

102. ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 25. Juni 1927 in Bonn.

(Eingegangen am 19. Juli 1927.)

Anwesend sind: *Adams-Andernach, Aschaffenburg-Köln, Bach-Bonn, Baumann-Essen, Beelitz-Tannenhof, Blümmers-Bonn, Boernstein-Bonn, Busch-Köln, Capell-Düren, Creutz-Düsseldorf, Diener-Bonn, Dietrich-Andernach, v. Domarus-Bonn, Drews-Galkhausen, Drossart-Bonn, v. Ehrenwall-Ahrweiler, Gallus-Bonn, Geller-Bonn, Günther-Andernach, Hackländer-Essen, Hübner-Bonn, Jacoby-Sayn, Kentenich-M.-Gladbach, Kleefisch-Essen, Kleine-Ahrweiler, Koenig-Bonn, Koester-Bonn, Kost-Waldbreitbach, Landwehr-Waldbreitbach, Laskowski-Saffig, Linzbach-Düren, Löwenstein-Bonn, Lückcrath-Euskirchen, Mappes-Düsseldorf, Meyer-Bonn, Mohr-Coblenz, Mörchen-Wiesbaden, Müller-Düren, Naegeli-Bonn, Neustadt-Düsseldorf, Frau Neustadt-Steinfeld-Düsseldorf, Peters-Bonn, Pfahl-Bonn, Raether-Bonn, Recktenwald-Andernach, Ridder-Barmen, Rülff-Bonn, Schäffen-Bonn, Schaumburg-Bonn, Schwab-Bonn, P. Schneider-Köln, Curt Schneider-Köln, Siebert-Galkhausen, Sioli-Düsseldorf, Frau Sioli-Düsseldorf, Staehly-Godesberg, Störting-Bonn, Strasser-Bonn, Teudt-Essen, Trapet-Bonn, Voss-Düsseldorf, Wegener-Düsseldorf, Weinbrenner-Düsseldorf, Westermann-Ensen, Westphal-Bonn, Wilhelmy-Bonn.*

Der Vorsitzende *Sioli* eröffnet die Versammlung, widmet den Toten des Jahres: *Buddeberg, Lenzmann, Peretti* und *Weingärtner* Worte wärmster Anerkennung, vor allem *Peretti*, dem ältesten Mitglied und einzigen Ehrenmitgliede des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz. Er begrüßt die 5 neu aufgenommenen Mitglieder *Creutz, Kost, Pentrup, Schäfer* und *Schwab*.

Nach Erledigung einzelner geschäftlicher Anträge beantragt vor Eintritt in die Tagesordnung

I.

Aschaffenburg zu der Fassung des § 56 des Entwurfs eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuchs vom Jahre 1927 Stellung zu nehmen und knüpft damit an an die Tradition unseres Vereins, der im Jahre 1871 durch einen Beschluß, der die Unterschriften *Nasse, Pelman* und *Richartz* trägt, die Fassung unseres jetzigen § 51 entscheidend beeinflußt hat.

Der § 56 lautet:

„Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt“.

„Wird jemand als nicht zurechnungsfähig freigesprochen oder als vermindert zurechnungsfähig verurteilt, so erklärt das Gericht seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt für *zulässig*, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Dasselbe gilt, wenn sich nach Erhebung der öffentlichen Klage, jedoch vor der Hauptverhandlung

ergibt, daß der Täter zur Zeit der Tat nicht zurechnungsfähig war, und wenn das Gericht aus diesem Grunde die Eröffnung des Hauptverfahrens ablehnt oder das Verfahren einstellt.“

Diese Fassung ist unhaltbar. Daß die Unterbringung eines Gemeingefährlichen zulässig ist, bedarf keines Gerichtsbeschlusses, der nur eine Selbstverständlichkeit aussprechen würde. Es würde einen Rückschritt bedeuten gegenüber den Vorentwürfen und besonders gegenüber dem Vorentwurf vom Jahre 1925, wenn das Gericht wieder bei der Unterbringung ausgeschaltet wird. Die Schwierigkeiten, die wir Psychiater bei der Begutachtung erleben, beruhen ja größtenteils darin, daß der Richter Bedenken trägt, jemand freizusprechen, ohne daß die öffentliche Rechtssicherheit ausreichend geschützt ist. Der Widerstand der weitesten Volksmassen beruht ebenfalls darauf, daß das Gericht nur die Freisprechung zu verfügen hat, nicht aber über die weiteren Maßregeln bestimmt. Es würde einen großen Rückschritt bedeuten, wenn die jetzige Fassung durchdringen würde.

Mit Rücksicht darauf beantragt der Vortragende, dem § 57 eine Fassung zu geben, die den Richter ermächtigt, die Sicherungsmaßnahmen anzuordnen.

Nach längerer Aussprache, an der sich die Herren Professor *Sioli*, *Stachly*, *Peipers*, *Recktenwald*, *Hübner*, *Müller-Hess* und der Antragsteller beteiligten, wurden die Herren *Aschaffenburg*, *Müller-Hess* und *Recktenwald* beauftragt, für die dem Reichstag einzureichende Petition einen Wortlaut zu entwerfen.

Es wurde darauf folgendes vorgeschlagen:

Der Psychiatrische Verein der Rheinprovinz hat in seiner Sitzung vom 25. Juni 1927 beschlossen, eine Petition an den Reichstag zu richten die neue Formulierung der Verwahrungsmaßnahmen gemäß § 56, 57 des Entwurfs eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuchs (Drucksachen Nr. 3390) fallen zu lassen, und schlägt statt dessen in Anlehnung an die §§ 43ff., Entwurf 25, als Fassung vor:

„Wird jemand als nicht zurechnungsfähig freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt oder als vermindert zurechnungsfähig verurteilt, so ordnet das Gericht zugleich die Verwahrung in geeigneten Anstalten an, falls sein Zustand und die öffentliche Sicherheit diese Maßregel erfordert. Genügt Schutzaufsicht, so ist diese anzuordnen“.

Die Versammlung nahm mit überwiegender Mehrheit den Beschluß an.
(Eigenbericht.)

II. Demonstrationen und Vorträge.

1. *Westphal* (Krankenvorstellungen).

1. *Ein Fall von Pseudosklerose auf wahrscheinlich syphilitischer Grundlage.*

B., Aegidius, 22 Jahre alt. Mutter nervös, eine Tante väterlicherseits soll an „Anfällen“ gelitten haben. Sonst angeblich keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie.

Normale Entwicklung bei guter geistiger Begabung. Im 15. Lebensjahr Beginn der Bewegungsstörung. Zunahme derselben nach einer Nasenoperation. Zur Zeit stark ausfahrende wackelnde Bewegungen der oberen Extremitäten an „*Flügelschlagen*“ erinnernd. Bei intendierter Bewegung starke Zunahme bis zum allgemeinen Schütteltremor. Leichte Tonuserhöhung, mitunter Andeutung von Fixationsrigidität. *Keine Pyramidenbahnsymptome*. Vertrackte Gehform, breitbeinig auf den Fußspitzen, mitunter Tanzschritt, torsionsspasmusähnliche Bewegungen des Rumpfes oder im Kreise drehen. Alle diese komplexen Bewegungen gehen besser, wenn Patient etwas in den Mund nimmt oder in einen Gegenstand (Bettdecke) beißt.

Gesichtsausdruck starr, starkes Grimassieren. Hochgradigste Sprachstörung: alle Wörter und Silben werden in einzelnen Silben oder Buchstaben abgesetzt vorgebracht, an skandierende Sprache erinnernd. Auslassen von Konsonanten. Verbigeratorisches Iterieren von Konsonanten oder Vokalen — ausgesprochene Palilalie. Nasaler Beiklang. Oft ein ganz unverständliches singendes Heulen.

Das Symptom der wechselnden Pupillenstarre (Spasmus mobilis in ausgesprochenster Weise vorhanden.

Beiderseits typischer Fleischerscher Cornealring (links stärker als rechts). (Universitäts Augenklinik.)

An den inneren Organen kein krankhafter Befund, dagegen ergibt der *Wasserversuch mit Zuckerbelastung eine Leberschädigung im Sinne eines verzögerten und verringerten Anstieges des Blutzuckers* (Medizinische Poliklinik).

Psychisch auffallend euphorisches, läppisch-heiteres Wesen ohne deutlichen Intelligenzdefekt.

Blutwassermann bei allen Untersuchungen negativ. *Liquorbefund* (zusammengefaßt): Es besteht *Pleocytose* (höchste Zellzahl 128/3). *Nonne-Apelt* wechselnd zwischen deutlicher Trübung, schwacher und andeuteter *Opalescenz*. Gesamteiweißgehalt (*Esbach*) erhöht. Wa.R. von 0,5 an *positiv*. Mastix-Reaktionen wechselnd zwischen deutlicher *Lues-cerebri-Kurve* und mehr oder weniger ausgeprägten Lueszacken.

Nach diesen Untersuchungen liegt zweifellos ein pathologischer Liquor, zum mindesten sehr wahrscheinlich auf syphilitischer Grundlage vor. Infektion des Kranken selbst sehr unwahrscheinlich. Die Untersuchung der elterlichen Reaktionen konnte bisher aus äußeren Gründen nicht stattfinden. Eine spezifische Behandlung des Patienten ist in Aussicht genommen. Hinweis auf die schon früher vom Vortragenden¹ betonte

¹ Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 51, H. 1.

Notwendigkeit sorgfältiger Liquoruntersuchungen bei der Pseudosklerose (Wilsonsche Krankheit). Daß die Syphilis eine nicht ganz ungewöhnliche Grundlage strio-pallidärer Symptomenkomplexe im allgemeinen bildet, ist seitdem wiederholt bestätigt worden (*Nonne, Pette, Boas, Förster, A. Westphal* u. a.). — Erfahrungen, die nicht nur von theoretischem Interesse, sondern auch von praktischer Bedeutung sind.

2. Ein Fall von *Myoklonus-Epilepsie*.

B., Anton, 30 Jahre alt. Angeblich keine hereditäre Belastung, nichts über „Anfälle“ oder „Zuckungen“ bei Familienmitgliedern zu erfahren. Die jetzt bestehenden, den Kernpunkt des Krankheitsbildes darstellenden Zuckungen sollen schon im Knabenalter begonnen und dem Auftreten von epileptischen Anfällen vorausgegangen sein. Es handelt sich um *fast andauernd bestehende Muskelzuckungen* von sehr verschiedener Stärke und wechselndem Charakter. Während sie bei geringerer Ausbildung einen ausgesprochen *myoklonischen* Charakter haben, sich auf blitzartige Zuckungen einzelner Muskeln beschränken, gehen sie besonders unter dem Einfluß der verschiedensten sensiblen, sensorischen oder psychischen Reize (*myoklonische Reaktion*) in ganz untergeordnete, schleudernde Bewegungen mit grobem Bewegungseffekt ganzer Muskelgruppen von choreiformem Charakter über, die sich mitunter zu anfallsartigen Zuständen einer förmlichen „Muskelraserei“ steigern. Die *Zungen- und Schlundmuskulatur* nimmt an den Zuckungen teil. Die Sprache ist durch dieselben artikulatorisch gestört. Bessere und schlechtere Zeiten wechseln miteinander in unregelmäßiger Weise ab. Schwere *epileptische Anfälle* schieben sich in unregelmäßigen Intervallen ein, und es pflegt nach ihrem Abklingen ein Nachlassen der myoklonischen Zuckungen einzutreten. Keine Pyramidenbahnsymptome. Die 4 Reaktionen negativ. Kein ausgesprochener Intelligenzdefekt, aber Verlangsamung und Schwerfälligkeit des Gedankenablaufs.

Von besonderem Interesse ist die *evidente Beeinflussung der myoklonischen bzw. choreiformen Zuckungen durch Luminalebehandlung*. Unter *Luminalebehandlung* lassen die Zuckungen nach, um nach kurzer *Darreichung des Mittels* völlig zu verschwinden und nach *Aussetzen desselben* sofort wieder in die Erscheinung zu treten. Der immer wieder zu konstatierende prompte Erfolg der Luminaleinwirkung auf die epileptischen Anfälle und die myoklonischen Erscheinungen läßt daran denken, daß wir im vorliegenden Falle in der myoklonisch-choreatischen Komponente eine der „epileptisch-motorischen Varianten“ (*Krisch*) im Bereich des *extrapyramidalen Systems* zu sehen haben. Auf das Striatum und seine Verbindungen (Hypothalamus?) weist das auch in dem vorliegenden Falle mit Deutlichkeit vorhandene Symptom des Spasmus mobilis der Pupillen hin, welches nach unseren sich stetig mehrenden Erfahrungen ein häufiges Symptom bei den verschiedensten extrapyrami-

dalen Symptomenkomplexen darstellt, und bei *systematisch* durchgeführten Pupillenuntersuchungen wohl nicht leicht zu übersehen sein dürfte.

Auf die Unterschiede des vorliegenden Falles von den *Unverricht-* und *Lundborgs*chen familiären und hereditären Formen der Myoklonus-Epilepsie wird hingewiesen. Ob er der von *Lafora*, *Westphal-Sioli* und *Ostertag* beschriebenen durch eigenartige Einschlüsse in die Ganglienzellen ausgezeichneten Gruppe zugehörig ist, läßt sich auf Grund der klinischen Beobachtung nicht entscheiden.

(Eigenbericht.)

2. O. Löwenstein-Bonn: *Über Mitbewegungen bei Lageveränderungen* (Film-Demonstrationen).

Demonstriert zwei eigentümliche Fälle von Lage- und Stellreflexen mit Pseudo-Spontanbewegungen. Beide Fälle betreffen postencephalische Veränderungen mit Parkinsonismus. Im 1. Fall folgte auf Augenschluß bei der sitzenden Patientin, einem 10 jährigen Mädchen, eine Rückwärtsbeugung des Kopfes, während gleichzeitig die rechte untere Extremität in Hüfte und Kniegelenk gebeugt wurde, wobei sich rechtsseitige starke Supination und Adduction des Fußes mit Dorsalflexion der großen Zehe ausbildete. Die rechte Hand nahm Zeigestellung an. Bei aktiver und passiver Rückbewegung des nach hinten gebeugten Kopfes wurde die Bewegung der rechten unteren Extremität rückgängig im Sinne der Rückbewegung. Mit der Rückwärtsbeugung des Kopfes verbanden sich Gähnbewegungen. Hält man den Kopf bei geschlossenen Augen einige Zeit in Rückwärtsbeugung, so sinkt der ganze Körper hintüber. Die anatomische Untersuchung des Falles (*A. Meyer*) zeigte neben dem typischen sonstigen Befund bei Encephalitis histologisch eine für die epidemische Encephalitis ungewöhnliche Affektion der Pyramidenbahn.

Der 2. Fall, ein 17 jähriges Mädchen, zeigt bei Augenschluß und geringer Rückwärtsbewegung des Kopfes Pseudo-Spontanbewegungen der rechten unteren Extremität. Bei stärkeren Bewegungen des Kopfes Mitbewegungen der rechten unteren Extremität im Sinne der Beugung in Hüfte und Knie, während der Rumpf langsam hintüberfällt. Dabei Spitzfußstellung rechts; der linke Fuß gerät in starke Adduction, zu der sich bei Wiederholung der Bewegung allmählich unter Zunahme von Adduction und Supination des Fußes starke Dorsalflexion der rechten Zehe hinzugesellt. Die Bewegungen werden im Sinne von *Magnus*, *de Kleijn*, *Goldstein* gedeutet als Stell- und Lagereflexe.

(Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)

O. Löwenstein-Bonn: *Über den halbseitigen Zungenbelag bei corticalem Herde und bei peripherer Trigeminesschädigung* (demonstriert an zwei Fällen von halbseitigem Zungenbelag).

1. Fall. Im Jahre 1916 Granatsplitterverletzung am linken Scheitelbein, an der Grenze von Stirn- und Schläfenbein; Lähmung des rechten Armes und des rechten Beines; motorische Aphasie. Hypästhesie und Hypalgesie auf der ganzen rechten Kopfhälfte mit Nachdauer der Empfindung. *Die Untersuchung der Trophik zeigt einen ständigen Zungenbelag auf der rechten Zungenhälfte, der hinsichtlich seiner Intensität schwankt.* Die Haut des rechten Armes, besonders der Hand ist glatter als links; die Fingernägel sind rechts härter und wachsen etwa doppelt so schnell wie links. Die Zungenspitze bleibt frei von Belag.

2. Fall. Im November 1914 Infanterieschuß durch das linke Kinn mit darauffolgender Eiterung. Seit der Verwundung anfallsweise auftretende heftigste Schmerzen im Bereich des Trigeminus III. Gefühl von Taubheit in der linken Zungenhälfte. Es findet sich Hypästhesie der ganzen linken Gesichtshälfte. Das Gebiet des ersten Cervicalnerven ausgespart. Hypästhesie über sämtliche 3 Trigeminusäste, einschließlich Mundschleimhaut und Zunge. *Die linke Zungenhälfte ist meist stärker belegt als die rechte; zeitliche Schwankungen in der Intensität dieses Belages.*

Es findet sich also im 1. Fall herdgekreuzter Zungenbelag, im 2. Fall Zungenbelag auf der Seite der Trigeminusschädigung. Dabei ist es für die Ausbildung des Symptoms gleichgültig, ob die Schädigung der Trophik der Zungenschleimhaut zentral oder peripher bedingt ist.

3. Meyer-Bonn: *Demonstrationen aus dem Gebiete der Hirnchirurgie.*

1. Fall (klinisch beobachtet von Curtius und Meyer): Beginn der Erkrankung mit Jacksonschen Anfällen im rechten Facialis und Arm, dabei passagere motorische Aphasie. In 1½ Monaten Ausbildung einer deutlichen Parese in diesem Gebiete, geringer auch im rechten Bein, und einer dysarthrischen Sprachstörung. Keine Stauungspapille. Liquor o. B. Explorative Trepanation in der Gegend der linken unteren Zentralwindung und Brocaregion ergab außer leichter fibröser Dura-verdickung nichts Pathologisches. Nach der Operation zunächst Besserung der Symptome, dann rapide Verschlechterung. Bei der Aufnahme in die Nervenklinik 2½ Monate post operationem: Prolaps der Trepanationsstelle, beginnende Stauungspapille, ausgesprochene rechtsseitige spastische Hemiplegie, Reflexsteigerung auch im linken Bein, komplette motorische Aphasie, motorische *Dyspraxie* der linken Hand.

Die schnelle Entwicklung der Monoplegia brachiofacialis zur Hemiplegie ohne sensible Störungen spricht im Verein mit dem Auftreten der sympathischen Dyspraxie der linken Hand (Liepmann) eindeutig für *subcorticalen* Tumor der linken Hemisphäre. Der Sektionsbefund (Gliom) bestätigte die klinische Annahme. (Demonstration von Diapositiven des Sektionsbefundes.)

Fall 2. Traumatische Epilepsie. Typische Jackson-Anfälle im linken

Arm und Facialisgebiet, gewöhnlich mit sensibler Aura. *Schwere generalisierte Anfälle mit Bewußtseinsverlust, die stets mit optischer Aura und Krampf der Augen und des Facialis nach links beginnen.*

Der Befund deutete auf Läsion des occipitalen Feldes 19 (O. Förster) der rechten Seite. (Das Trauma hatte den Hinterkopf getroffen.) Röntgenbild o. B. Freilegung dieser Stelle zeigte schwere cystische Veränderungen der Meningen und narbige der darunterliegenden Hirnoberfläche in ganzer Ausdehnung des Operationsfeldes, nach vorne anscheinend noch nicht abgeschlossen. Prognose quoad sanationem infolgedessen infaust. Der Fall zeigt die *lokalisatorische Bedeutung* der Analyse des epileptischen Anfalls, wie sie vor allem O. Förster gelehrt hat.

Fall 3: Kleinhirnsymptomatologie: frühzeitige Ausbildung von doppelseitiger Stauungspapille, Nystagmus, cerebraler Ataxie nach beiden Seiten, Pulsunterschied bei Lagewechsel, passagere Hirnnervenstörungen. Eigentümliche *Anfälle*, die mit den von Jackson u. a. bei Wurmumoren beschriebenen identisch sind. *Opisthotonische Streckung des Kopfes, tonische Krämpfe in den Extremitäten bei erhaltenem Bewußtsein.* Es bestehen Beziehungen dieser Anfälle zu der *Enthirnungsstarre*, mit der sie den Strecktypus der Krämpfe gemeinsam haben. Die Operation ergab tatsächlich über dem Wurm circumscribede seröse Meningitis. Seit der Operation (März d. Jahres) Verschwinden sämtlicher Symptome bis auf Reste, auch der Stauungspapille, so daß die weitere Prognose günstig ist. (Eigenbericht.)

4. Th. Naegeli-Bonn ergänzt die drei von Herrn Meyer mitgeteilten Fälle, besonders im Hinblick auf die Therapie und die Resultate und berichtet danach noch über eine vierte Beobachtung.

Zu 1. *Trepanation (Naegeli)* wegen linksseitigen subcortical gelegenen Tumors. Kein Tumor zu fühlen. Mehrfache Punktionen. Histologische Untersuchung: ödematöse Gehirnssubstanz, schwerere pathologische Veränderungen sind nicht festzustellen. Dura zeigt chron. fibröse Entzündung. Völlig negatives Operations- und Punktionsresultat, trotzdem ein Tumor schon damals vorhanden, wahrscheinlich aber inoperabel gewesen wäre.

Zu 2. *Trepanation* ergibt graurotes Narbengewebe von härterer Konsistenz ohne scharfe Abgrenzung. Vollständige Entfernung nicht möglich. Da der Prozeß sehr ausgedehnt, ist die Prognose ungünstig, was durch den weiteren Verlauf sich bestätigt, da sehr bald wieder epileptische Anfälle auftraten.

Zu 3. *Trepanation (Naegeli)*, März 1927 in L. A., nachdem vorher eine Probepunktion des rechten Kleinhirns und des rechten Parietallappens negativ ausgefallen. Freilegung beider Kleinhirne unter völliger Entfernung des Knochens. In zweiter Sitzung — 10 Tage später — Spaltung der sehr stark gespannten Dura, worauf reichlicher Liquor-

abfluß erfolgt. Tumor weder sicht- noch fühlbar. Anfänglich kleine Liquorfistel, die sich spontan schließt. Später sammelt sich Liquor unter dem dicken Haut-Muskellappen an und wird mehrfach durch Punktion entleert. Seit ungefähr 8 Wochen keine Liquoransammlung mehr, ständig zunehmende Besserung aller Störungen sowohl der Augen wie des Ganges.

4. Fall. 27 jähriges Mädchen wird wegen Sehbeschwerden und Kopfschmerzen mit unsicherem Fassungsvermögen der linken Hand in der Augenklinik aufgenommen. Beiderseits Stauungspapille mit Blutextravasat Hypalgesie der linken Hand, linken Unterschenkel und Fußes. Stereognostischer Sinn links gestört, an der Hand mehr wie am Fuß. Diagnose: Raumbeengender Prozeß, *wahrscheinlich Tumor im rechten Scheitellappen*. Da erst stärkerer Hirndruck, dann Herdsymptome, wird als Sitz die *Tiefe des rechten Scheitellappens* angenommen.

24. X. 1925 Operation. *Trepanation* der rechten Seite in L. A. (Geheimrat Garré). Nach Spaltung der Dura Entleerung von klarer Flüssigkeit aus dem Gehirn. Druck läßt sofort nach. Es wird eine Cyste angenommen, die basalwärts nach unten und hinten von der Zentralmündung gelegen. Anfänglich prompter Rückgang sämtlicher Erscheinungen, die aber nach etwa 18 Tagen wiederkehren. In den folgenden Wochen 8 mal Punktion von der Trepanationsöffnung aus, wobei bis zu 90 ccm Flüssigkeit abgesaugt werden, die stets steril, keine pathologischen Bestandteile aufwies. Wegen des immer kürzer werdenden Zeitintervalls der Punktionen am 4. I. 1926 *nochmalige Operation* (Naegeli), bei der subcortical mehr in der Parietalgegend in ziemlicher Tiefe, in der Wand des cystischen Hohlraums 2 derbe, gut kastaniengroße Tumorknoten gefühlt werden, die sich glatt ausschälen ließen.

Histologischer Befund: *gliomähnlicher Tumor*. Rascher Rückgang der Beschwerden, so daß Patientin am 1. II. 1926 entlassen werden konnte. Bis heute ist sie beschwerdefrei geblieben und arbeitsfähig.

5. Georg Schwab-Bonn: *Die Bedeutung der psychischen Strukturen für die Entstehung und Form seelischer Abarten des Kindesalters*.

Nach kurzer geschichtlicher Darstellung der Wandlungen des Strukturbegriffes gelangt der Ref. zu folgender Formulierung: Die Struktur ist der Erlebnisgrund, auf dem alle psychischen Akte mit ihren daraus folgenden Strebungen und Handlungen sich abspielen und von dem aus sie dispositionell in ihrem Ablauf bestimmt sind. Es werden nun sog. Strukturebenen für die verschiedenen Altersstufen herausgearbeitet, welche die entwicklungsmäßig differenten Erlebnisweisen der Kindheit, eingebettet in die Eigenwelt des Kindes, zu erfassen streben. Die Bedeutung dieser psychologischen Feststellungen für die Psychopathologie des Kindesalters besteht darin, daß die angewandte Methode 1. einen vertieften Einblick in das seelische Leben der verschiedenen Schwach-

sinnsstufen vermittelt, 2. daß sie in den Auflösungsprozessen psychische Störungen abgrenzen läßt, für welche die strukturelle Diskrepanz charakteristisch ist und 3. zwischen dem Ausmaß der psychopathischen Züge und der vorgefundenen Strukturstufe eine innere Abhängigkeit feststellen läßt. (Eigenbericht.)

6. *Bach-Bonn: Über Malariabehandlung bei Paralyse.*

Von 100 malariabehandelten und anschließend mit Salvarsan und Wismut ausgiebig nachbehandelten, zumeist ausgewählten Fällen von Paralyse wurden 31 wieder mehr oder weniger arbeitsfähig; davon 18 mit und 13 ohne deutliche psychische Störungen. Es rezidierten innerhalb einer Beobachtungsdauer von 6 Monaten bis zu 3 Jahren 6 Fälle. Die größte Tendenz zur Remission zeigten die affektstumpfen und die expansiven Formen, es kommen dann die depressiven Formen, während die dementen nur einen sehr geringen Anteil an unserem Remissionsbefund haben. Ebenso wurde keine unserer „Anfallsparalysen“ auf längere Zeit wesentlich gebessert, und wo — wie bei einem Anfallsparalytiker — sich eine unvollkommene Remission anbahnte, kam der Kranke nach einigen Wochen der Besserung durch plötzlich auftretende gehäufte paralytische Anfälle zum Exitus. Ferner sahen wir die 3 von uns beobachteten atypischen psychotischen Umwandlungen infolge Fieberbehandlung durchaus ungünstig verlaufen, die umgewandelten Zustandsbilder entwickelten sich im Sinne einer paranoiden bzw. katonen Schizophrenie. Diese Ergebnisse sind gegenüber früheren Angaben über die Häufigkeit von Remissionen nach Malariabehandlung als bescheidene zu bezeichnen; gemessen an der Häufigkeit der Spontanremissionen, bedeuten sie eine deutliche Erhöhung der Remissionstendenz durch die Fieberbehandlung. (Eigenbericht.)

7. *Neustadt-Düsseldorf: Über Pfröpfhebephrenie.*

Primär zu klären ist die Frage, was als Schwachsinngrundlage einer Pfröpfhebephrenie zu betrachten ist. Nicht jede geistige Entwicklungshemmung ist gleichbedeutend mit Schwachsinn; alle geistigen Erkrankungen fallen nicht unter den Schwachsinn i. e. S. Unter Schwachsinn verstehen wir nur die angeborenen oder in früher Jugend erworbenen geistigen Schwächezustände, die stationär sind und zu einem Intelligenzdefekt geführt haben, die eigentlichen Oligophrenien. Diese sind nur durch den Nachweis charakteristischer Intelligenzdefekte zu bestimmen, nicht aus frühzeitigem Versagen im Leben. Leider wird der Begriff des Schwachsinn vielfach noch in wechselnder Bedeutung angewandt und dadurch der Begriff der Pfröpfschizophrenie ungebührlich erweitert.

Interessant sind die Psychosen mit Wahnbildung und Sinnes-täuschungen bei angeborenem Schwachsinn. Doch warnen gerade sie — wie an 2 Krankheitsgeschichten dargestellt wird — vor einer Überschätzung des psychopathologischen Einzelsymptoms. Im Gesamt-

verlauf erweisen sich die „episodischen psychischen Störungen der Schwachsinnigen“ (*Sioli*) mit Wahnideen, Sinnestäuschungen, Stuporzuständen und Affektstörungen nicht als Schizophrenien. Die wesentliche Grundlage dieser Psychosen ist die schwachsinnige Persönlichkeit; den „schizophrenen“ Symptomen kommt nur pathoplastischer Wert zu. Ob man überhaupt das Vorkommen einer Psychose, die der Idee der Pfropfschizophrenie entspricht, annimmt, hängt wesentlich von der Umgrenzung des bisher nicht einheitlichen Schizophreniebegriffes ab. Sicher spricht die klinische Erfahrung dafür, daß nur der kleinste Teil aller sogenannten Pfropfschizophrenien wirklich Pfropfschizophrenien sind. (Eigenbericht.)

8. *H. Wegener-Düsseldorf: Über den gekreuzten Adductorenreflex.*

An Hand der älteren und neueren Literatur wird die klinisch und neurophysiologisch unklare Stellung des gekreuzten Adductorenreflexes erörtert.

Insbesondere die *P. Hoffmanns*che Monographie über die „Eigenreflexe menschlicher Muskeln“ veranlaßte zu kritischer Beleuchtung dieses schon 1879 von *Strümpell* zuerst angegebenen Phänomens.

Am eigenen Material wird gezeigt, daß der gekreuzte Adductorenreflex ein sehr häufiges Begleitsymptom spastischer Reflexe ist. Einseitig kommt er nur bei organischen Erkrankungen des ZNS vor.

Doppelseitig findet er sich bei vielen Gesunden, ohne pathologische Bedeutung zu besitzen.

Es wird angenommen, daß er bei allen Menschen, wenn auch meist klinisch latent vorhanden ist, als Ausdruck einer funktionellen Seitenverbindung. Theoretisch wird dies begründet mit der besonderen funktionellen Stellung, die der eigenreflektorische Apparat im Bewegungsmechanismus der Glieder einnimmt. Der gekreuzte Adductorenreflex spielt eine wesentliche Rolle bei der Regulation der alternierenden Bewegungen.

An Hand von Aktionsstromphotogrammen wird die Tatsächlichkeit des Vorkommens bei Gesunden nachgewiesen.

Die Reaktionszeit entspricht ungefähr der des Patellarreflexes.

(Eigenbericht.)

9. *Koester-Bonn: Über die Häufigkeit des Vorkommens des Spasmus mobilis (wechselnde, katatone Pupillenstarre) bei Schizophrenien.*

Vortragender hat bei den Kranken seiner Wachabteilungen das Westphalsche Pupillenphänomen systematisch bei allen Kranken durchgeprüft. Er hat das Phänomen gefunden bei 34 von 110 auf seiner Abteilung aufgenommenen sicheren Schizophrenien. 15 Fälle boten die Störungen fast dauernd, die anderen 19 vorübergehend. Während er bei Schizophrenien im Laufe seiner Untersuchungen Pupillenveränderungen fand, sei es das ausgesprochene Phänomen, seien es auch nur

Formen- oder Weitenveränderungen beider Pupillen oder einseitig, konnte er bei manischen Erregungen und bei Depressionen, die sich später als Zustandsbilder manisch-depressiven Irreseins herausstellten, niemals Pupillenveränderungen finden.

Dreierlei glaubt Vortragender durch seine Untersuchungen dargetan zu haben.

1. Die Häufigkeit des Symptoms, und zwar wechselnde Starre bei aufgehobener oder auch erhaltener Konvergenzreaktion. Erforderlich ist regelmäßige Untersuchung. Die Störung der Lichtreaktion ergab: teilweise träge und unausgiebige Reaktion, dann in sehr vielen Fällen auf Belichtung (elektrische Taschenlampe 2½ Volt) eine prompte Reaktion, danach Starre; sodann in wieder anderen Fällen spontane Starre. Wieder in anderen Fällen konnte die Starre durch die bekannten Versuche von *Redlich* und *Meyer* ausgelöst werden, sowohl bei solchen, die das Symptom wochenlang spontan zeigten, als auch bei solchen, bei denen es spontan nicht gefunden werden konnte. Das spontane Phänomen war in der Regel wechselnde Starre bei mittlerer Weite, selten die mydriatische Starre.

2. Die Möglichkeit der Abgrenzung zu Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins, damit den praktischen Wert des Phänomens in differentialdiagnostischer und prognostischer Hinsicht bei unklaren Symptomenkomplexen.

3. fand er bestätigt, daß das Phänomen bei allen Stadien der Schizophrenie vorkommt, im Beginn, im weiteren Verlauf und bei alten Zustandsbildern jahrelang dauernder Krankheit. Es wurde gefunden bei jeder Stimmungslage, bei Stuporen, Erregungen und in relativ freien Zeiten, vollkommen wechselnd und ohne Gesetzmäßigkeit, nur bei einem Fall prompt sich einstellend mit dem Stupor und verschwindend mit der Lösung desselben. Über das Vorhandensein läßt sich nichts voraussagen, es kommt vor bei allen Weiten, vorwiegend bei mittlerer Pupillenweite, selten ist die mydriatische Starre.

Es betont die Nachuntersuchung gerade bei dem großen Anstaltsmaterial, da hier neben der großen Zahl die lange Beobachtung Gelegenheit gibt, die Symptome nachzuprüfen und sie praktisch in differentialdiagnostischer und prognostischer Hinsicht zu verwerten.

(Erscheint ausführlich in dieser Zeitschrift.)

10. *Schäpfgen-Bonn*: Zur Anwendung der „Dauernarkose“ in der Psychiatrie.

(Erscheint ausführlich in dieser Zeitschrift.)

11. *E. v. Domarus-Bonn*: Zur Charakteristik des schwachsinnigen Denkens.

In dem Vortrag wird zunächst im Gegensatz zu der materialen und formalen Gattung der Denkstörungen die schwachsinnige in ihrer

Eigenart zu kennzeichnen gesucht und sodann die letztere in zwei Arten unterschieden: solche schwachsinnigen Denkstörungen, die als unklare und indistinkte bezeichnet werden und auf unklare und indistinkte Begriffsbildung zurückgeführt werden können; andererseits solche schwachsinnigen Denkstörungen, die allein in der Synthese gründend verschiedene Typen von Menschen falsch die „an und für sich“ d. h. begrifflich richtig gefaßten Ereignisse parallelisieren, divergisieren oder konvergieren lassen.

Der Vortrag erscheint ausführlich unter gleichem Titel im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. (Eigenbericht.)

Nach der Versammlung fand ein gemeinsames Essen in der Lese statt.

(Auf Grund von Eigenberichten zusammengestellt. *Geller.*)
