

**104. ordentliche Generalversammlung  
des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz**  
**am 23. Juni 1928 in Bonn.**

(Eingegangen am 20. Juli 1928.)

Anwesend sind: *Aschaffenburg* (Köln); *Bach* (Bonn); *Bastin* (Düsseldorf); *Baumann* (Essen); *Becker* (Süchteln); *Berger* (Düsseldorf); *Beyer* (Roderbirken); *Blum* (Süchteln); *Brügelmann* (Köln); *Capell* (Düren); *Creutz* (Düsseldorf); *Frl. Deiters* (Düsseldorf); *Diener* (Bonn); *Dietrich* (Andernach); *v. Ehrenwall* (Ahrweiler); *Eichler* (Düsseldorf); *Ennen* (Merzig); *Gallus* (Bonn); *Geller* (Bonn); *Günther* (Andernach); *Herzfeld* (Ruppichteroth); *Hübner* (Bonn); *van Husen* (Süchteln); *Jacoby* (Sayn); *Kertenich* (Gladbach); *Kirch* (Krefeld); *Koester* (Bonn); *Kost* (Waldreibach); *Laskowski* (Saffig); *Last* (Bonn); *Linzbach* (Düren); *Loeb* (Gladbach); *Löwenstein* (Bonn); *Mappes* (Düsseldorf); *Marx* (Ahrweiler); *Mayer* (Düsseldorf); *Meyer* (Bonn); *Miesbach* (Köln); *Müller-Heß* (Bonn); *Neuhaus* (Roderbirken); *Frau Neustadt-Steinfeld* (Düsseldorf); *Neustadt* (Düsseldorf); *Offermann* (Bonn); *Orthmann* (Süchteln); *Pepers* (Bonn); *Peters* (Bonn); *Pfahl* (Bonn); *Raether* (Bedburg-Hau); *Recktenwald* (Bonn); *Ridder* (Barmen); *Rülf* (Bonn); *Schäfer* (Kaiserswerth), *Schäfgen* (Bonn); *Schaumburg* (Bonn); *Schenker* (Essen); *Kurt Schneider* (Köln); *Schnitzler* (Bedburg-Hau); *Schroedter* (Bonn); *Schwab* (Bonn); *Sioli* (Düsseldorf); *Stillger* (Euskirchen); *Störring* (Bonn); *Frl. Strasser* (Bonn); *Tillis* (Ahrweiler); *Tödter* (Bedburg-Hau); *Trapet* (Bonn); *Voß* (Düsseldorf); *Wahn* (Krefeld); *Wegener* (Düsseldorf); *Weinbrenner* (Düsseldorf); *Werner* (Bedburg-Hau); *Westphal* (Bonn); *Wiehl* (Düsseldorf); *Wildenrath* (Düsseldorf); *Wilhelmy* (Bonn).

Vor der Versammlung führte *Löwenstein* (Bonn) durch sein neu eingerichtetes erbbiologisches Institut und zeigte dann eine kinematographische Versuchsordnung der klinischen Epilepsiebeobachtung, über die er folgende Selbstberichte gibt.

***O. Löwenstein* (Bonn): Das psychiatrisch-erbbiologische Archiv in Bonn.**

Führung durch das psychiatrisch-erbbiologische Archiv, das im Anschluß an die Prov. Kinderanstalt für seelisch Abnorme in Bonn durch den Vortragenden errichtet wurde.

Grundlage des Archivs bildeten die Krankenakten, die in der Zeit von 1820 bis 1880 in der Irrenheilanstalt Siegburg angelegt wurden. Diese Anstalt war damals die einzige öffentliche Irrenanstalt der Rheinprovinz, so daß das Archiv das gesamte Material umfaßt, das in der genannten Zeit in der Rheinprovinz in öffentlichen Anstalten untergebracht war. Das gesamte Material ist kartothekmäßig geordnet; es diente als Grundlage für die Aufstellung von Stammbäumen, die in 2 verschiedenen Gruppen demonstriert wurden.

1. Stammbäume, die von gegenwärtig in der Anstalt untergebrachten Patienten ausgehen und in das alte Krankenmaterial der Siegburger Anstalt einmünden.

2. Stammbäume, die von dem Material der Siegburger Anstalt ausgehen (Deszendenzuntersuchungen). Da die alten Akten, die von *Maximilian Jacobi* mit großer wissenschaftlicher Gründlichkeit geführt wurden, zum großen Teil auch schon erbbiologische Gesichtspunkte hatten, — in den Fragebogen zum Beispiel, die um 1825 herum von der Anstalt ausgegeben wurden, wurde bereits nach geistigen Erkrankungen, Temperamentsartung und Körperbeschaffenheit der Eltern, der Großeltern und deren Geschwister gefragt — ist es im allgemeinen leicht, durch Deszendentenuntersuchungen Stammbäume herzustellen, die 6 bis 7 Generationen umfassen, und für die auch in den ersten Generationen gesicherte Angaben vorliegen. Es wird ein Stammbaum demonstriert, der eine schizophrene Eifeler Bauernfamilie von mehr als 2300 Personen umfaßt, die sich über 8 Generationen erstreckt, und in der 42 Schizophrenien, 14 nicht einzuordnende Psychosen, 7 senile Demenzen, je eine Paralyse und ein manisch-depressives Irresein, 101 Psychopathen, 68 Trinker und 11 Kriminelle vorkommen. Es wird an Hand des Stammbaums gezeigt, wie innerhalb der Gesamt-familie an einzelnen Stellen Geisteskrankheiten und Psychopathien sich häufen, gleichsam nesterartig auftreten, während andere Stellen völlig frei sind. Auf die Bedeutung der Einheirat pathologischer Persönlichkeiten oder phänotypisch gesunder, aber genotypisch kranker Persönlichkeiten für die Entstehung solcher Nester und die daraus sich ergebende Wichtigkeit psychiatrischer Eheberatung wird hingewiesen (ausführliche Veröffentlichung dieses Stammbaums erfolgt demnächst gemeinsam mit *F. Laubenthal*).

Das Archiv verfügt zur Zeit über etwa 120 umfangreiche, auch charakterologisch ausgewertete Stammbäume, über etwa 8000 Aktenstücke, die neuerdings durch das Aktenmaterial der *Erlenmayerschen Privatanstalt* in Bendorf vermehrt sind, und über eine Kartothek von etwa 20 000 Nummern.

Selbstbericht.

**Löwenstein (Bonn): Über eine kinematographische Versuchsanordnung für die klinische Epilepsiebeobachtung.**

Demonstration einer Versuchsanordnung, die im Wachsaal oberhalb des Bettes des Epileptikers angebracht ist. Ein kinematographischer Aufnahmegerät ist mit entsprechenden Belichtungskörpern so aneinander geschaltet, daß ein Herumwerfen eines Hebels genügt, um gleichzeitig die Beleuchtung in Gang und den kinematographischen Aufnahmegerät in Bewegung zu setzen. Die Apparatur kann durch das wachhabende Pflegepersonal leicht bedient werden, sobald ein epileptischer Anfall einsetzt — die Geschwindigkeit ist so abgestuft, daß 20 Bilder in der Sekunde aufgenommen werden können. Die Bedeutung dieser Methode für die Lokalisation der Anfälle wird erörtert. Ausführliche

Darstellung der Methode und der Resultate von Filmanalysen erfolgt an anderer Stelle. Selbstbericht.

Um 12 Uhr eröffnet *Westphal* (Bonn) die Versammlung und begrüßt die 5 neu aufgenommenen Mitglieder: *Eichler* (Düsseldorf); *Last* (Bonn); *Meyer* (Düsseldorf); *Schrödter* (Bonn); *Stillger* (Euskirchen).

### I. Demonstrationen.

*A. Westphal* (Bonn): **Myoklonus Epilepsie und Recklinghausensche Krankheit.** (Krankendemonstration mit Vorführung kinematographischer Bilder der Bewegungsstörung.)

1. *O. B.*, 32 jähriger Edelsteinschleifer. Über Epilepsie, Zuckungen oder sonstige Nervenleiden in der Ascendenz nichts bekannt. Eltern sind gesund. Ein Bruder an „Kopfkrankheit“ als Kind gestorben, ein anderes Kind wurde tot geboren. Ein Vetter leidet seit einer Kopfverletzung an Epilepsie. Im Alter von 7 Jahren fiel unser Patient, angeblich von hinten gestoßen die Treppe hinunter. Schwere Kopfverletzung mit Schädelbruch, der sofort operiert werden mußte. Seit diesem Unfall alle 4—5 Wochen Zustände von Bewußtseinstrübung, Herumräkeln, sinnlosem Fortdrängen. Seit 1915 schwere epileptische Anfälle und gehäuftes Auftreten von mitunter langdauernden Dämmerzuständen. Früher guter Schüler, jetzt zunehmende Interessenlosigkeit, stumpfes, schwerfälliges Wesen. Seit einiger Zeit gesteigertes Durstgefühl. Über das erste Auftreten der jetzt bestehenden, das Krankheitsbild beherrschenden motorischen Störungen ist nur soviel zu erfahren, daß sie später als die epileptischen Anfälle entstanden sind. Es treten fast andauernd, aber in sehr wechselnder Stärke und Ausdehnung, Zuckungen in der Muskulatur der Extremitäten und des Rumpfes auf. Es handelt sich um kurze klonische Zuckungen einzelner Muskeln oder von Muskelgruppen, die an den Extremitäten mitunter einen schleudernden Charakter haben. Fast konstant vorhanden kurze Dorsalflexionen der Finger. Die Bauchmuskeln nehmen teil an den Zuckungen. Mitunter kurze den Körper durchfahrende „tetanische“ Stöße. Gang gestört durch Schwanken und Drehungen des Rumpfes. Mitunter an Retropulsion erinnerndes Zurückweichen. Keine Pyramidenbahnzeichen. In der Klinik beobachtete epileptische Anfälle zeigen an den krampfenden Extremitäten eigenartige, an Athetose erinnernde drehende Bewegungen (extrapyramidaler Charakter des Anfalls). An den Pupillen ausgesprochener Spasmus mobilis konstant nachweisbar. Intelligenzprüfung ergibt typisch schwachsinniges Verhalten.

In der Scheitelgegend links große Operationsnarbe. Defekt im Knochen tastbar. Sehr zahlreiche Café au lait Flecken der verschiedensten Größe über den Rumpf zerstreut, einige naevi vasculosi vereinzelte kleine Fibrome (forme fruste der *Recklinghausenschen* Krankheit, Universitäts-Hautklinik).

Der Fall ist von besonderem Interesse mit Hinsicht auf einen in der letzten Sitzung des Vereins südwestdeutscher Neurologen und Psychiater (2. und 3. Juni 1928) von *Stark* vorgestellten Fall von *Recklinghausenscher Krankheit* mit mannigfachen Erscheinungen pluri-glandulärer Erkrankung (*Basedow* und auf Erkrankung der Hypophyse hinweisenden Symptome). Er fordert dazu auf, auf Erkrankung des Zwischenhirns oder des Blutdrüsensystems hinweisenden Symptomen, bei der Neurofibromatosis universalis weiter besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Als seltene Komplikationen werden derartige Symptomenverbindungen (Neurofibromatosis bei endokrinen Störungen der verschiedensten Art, aber auch bei Epilepsie, Tic usw.) in der Literatur erwähnt (*Oppenheim*, Lehrbuch), Beobachtungen, die im Licht unserer neuen Anschauungen über die Funktionen des Zwischenhirns und seiner Beziehungen zum endokrinen Apparat an Bedeutung gewinnen, indem sie nicht nur auf heredodegenerative Zusammenhänge der verschiedenen Affektionen im allgemeinen hinweisen, sondern auch an die Möglichkeit lokalisatorischer Beziehungen denken lassen.

Was die Beziehung der Myoklonusepilepsie zu dem schweren Schädeltrauma anbetrifft, verweise ich auf die kritischen Erblichkeitsstudien *Kehrs*<sup>1</sup>, und hebe in Übereinstimmung mit diesem Autor hervor, daß auch in dem vorliegenden Fall die bisherige Anamnese keineswegs eine erschöpfende und einwandfreie ist, daß ferner sehr wohl leichte Erscheinungen des Leidens schon unbemerkt dem Unfall vorausgegangen und durch denselben verstärkt auch nach außen in die Erscheinung getreten sein können, daß aber auch angenommen, daß in der Tat sich das Leid erst im Anschluß an das Trauma entwickelt hat, diesem bei der exquisit heredodegenerativen Natur der Krankheit wohl mehr eine „auslösende Wirkung“ bei vorhandener Anlage („scheinbar rein traumatische Entstehung“ eines heredodegenerativen Leidens) zukommt, worauf ja auch das Vorkommen einer traumatischen Epilepsie bei einem Vetter hindeutet. Auch die Verbindung mit der nicht selten sich auf heredodegenerativer Grundlage entwickelnden *Recklinghausenschen Krankheit* kann vielleicht in diesem Sinne verwertet werden. Die Beobachtung ist ein besonders deutlicher Beweis für die Richtigkeit der Ansicht, daß endogen und exogen sich bei den Entstehungsursachen von Nervenleiden nicht ausschließen, daß vielmehr auch an „mehrgliedrige Ätiologie“ (*Kehrer*) gedacht werden muß.

Wie der im vorigen Jahr vorgestellte Patient mit Myoklonus-Epilepsie zeigt dieser Fall das Symptom des Spasmus mobilis der Pupillen in ausgesprochenster Weise. Die Häufigkeit und die Prägnanz dieses Symptoms bei den verschiedensten extrapyramidalen Erkrankungen (und bei schizophrenen Krankheitsprozessen) läßt ein weiteres

<sup>1</sup> Erblichkeit und Nervenleiden.

<sup>1</sup> Ursachen und Erblichkeitskreis von Chorea, Myoklonie und Athetose. 1928.

Studium dieser eigenartigen Innervationsstörungen der Iris auf breiter klinischer Basis notwendig erscheinen.

Im Anschluß an diese Demonstration werden 3 weitere Fälle *Recklinghausenscher* Krankheit von W. vorgestellt, die sämtlich mit angeborener geistiger Schwäche verbunden sind (mongoloide Idiotie, Imbecillität bei cerebraler Kinderlähmung, Debilität). Einer dieser Fälle zeigt die seltene elephantiastische Form des *Recklinghausen* mit enormer Verdickung des linken Arms. Die Röntgenaufnahme ergibt schwere trophische Veränderungen an den Handwurzelknochen, sowie an den distalen Abschnitten des Radius und der Ulna in Form cystischer Aufhellungen (Med. Univ. Poliklinik), wie sie mitunter bei *Recklinghausenscher* Krankheit beschrieben worden sind.

*II. Multiples skleroseartiges Krankheitsbild nach Blitzschlag* (mit Krankenvorstellung).

21 jähriger bis dahin völlig gesunder junger Mann erkrankt im Anschluß an einen von längerer über eine Stunde andauernden Bewußtlosigkeit gefolgten, im Arbeitsbetriebe erlittenen Blitzschlag, an Kopfschmerzen, Schwindel und einer sich allmählich einstellenden Schwäche des l. Beins mit zeitweiligem Zittern desselben. Die Untersuchung ergibt mit Ausnahme eines leichten Schwächezustandes des l. Beins, *ausgesprochenem Oppenheim und Rossolimo links* (Gordon angedeutet) und einem *grobschlägigen Nystagmus* beiderseits, normale Verhältnisse. Ohne Feststellung dieses Befundes wäre bei dem Patienten sehr wahrscheinlich „Rentensucht“ angenommen, und ein dementsprechendes Gutachten abgegeben worden.

Hinweis auf ähnliche, an multiple Sklerose erinnernde, in der Literatur (*Oppenheim, Willige, Finkelnburg* und anderen) beschriebene Krankheitsbilder nach Blitzschlag<sup>1</sup>. Wenn sich auch in dem vorliegenden Falle nicht mit völliger Sicherheit nachweisen läßt, daß die betreffenden, auf ein organisches Nervenleiden hinweisenden Symptome vor dem Unfall nicht bestanden haben, muß nach dem Tatbestand die Annahme eines schon vorhandenen Leidens doch als unwahrscheinlich bezeichnet und zum mindesten Verschlimmerung eines bis zu dem Unfall völlig latenten Krankheitszustandes angenommen werden. Eigenbericht.

*A. Meyer* (Bonn): *Über eine Modifikation des Wartenbergsehen Daumenmitbewegungsphänomens* (mit kinematographischen Demonstrationen).

Bei Pyramidenbahnläsion kommt es nicht nur zu Mitbewegungen des Daumens bei aktiver Beugung der anderen Finger der Versuchsperson gegen Widerstand, sondern man kann durch aktive Beugung

<sup>1</sup> Inzwischen ist ein weiterer in dies Gebiet gehöriger Fall von *Preißner* (Dtsch. med. Wschr. 1928, Nr 28) mitgeteilt worden.

jedes Fingers Mitbewegungen aller anderen Finger einschließlich des Daumens erzielen. Auf diesen Synergien beruht übrigens auch das von *Trömner* beschriebene Knipsphänomen. Von diesen Mitbewegungen hat die Zeigefingerbeugung (stärkste Beugung in den beiden Endgliedern, schwächere im Grundgelenk) ungefähr die gleiche pathologische Bedeutung wie die Daumenmitbewegung. Es gibt Fälle (ein solcher wird im Film demonstriert), bei denen entsprechend stärkerer Verteilung der Lähmung im Zeigefinger, die Zeigefingermitbewegung stärker und eindeutiger ist als die Daumenbewegung. Die übrigen (ulnaren) Finger kommen wegen der schon unter normalen Verhältnissen vorhandenen synergischen Verbundenheit für eine allgemeinere pathologische Verwertung nicht in Betracht. Das schließt nicht aus, daß im Einzelfalle bei atypischer Lähmungsverteilung in den ulnaren Fingern auch durch ihre Mitbewegung ein beachtenswerter Hinweis auf die Pyramidenbahnaffektion gegeben werden kann, wie Vortragender das bei einem Hirnverletzten erlebt hat.

Für die Zeigefingermitbewegung gelten die gleichen Kautelen wie für die Daumenmitbewegung. Man darf entsprechend der *Wartenberg*-schen Vorschrift nur die mit aktiver Kraft nicht unterdrückbaren Mitbewegungen, möglichst nach Vergleich mit der gesunden Extremität verwerten. Es hat sich dem Vortragenden bewährt, von der Versuchsperson nicht volle, sondern nur *mäßige* Kraftentfaltung zu fordern. Die Mitbewegungen treten dann allerdings langsamer, vielleicht auch nicht ganz so ausgiebig ein, man hat aber den Vorteil, daß bei gleicher Kraftentfaltung auf der gesunden Seite niemals eine die Deutung erschwerende Bewegung am Daumen oder Zeigefinger erfolgt.

Über weitere hier interessierende Fragen der Häufigkeit, der speziellen Vorbedingungen für das Zustandekommen des Mitbewegungsphänomens, seiner Beziehungen zu den anderen Pyramidenzeichen der Hand wird auf die spätere ausführliche Publikation verwiesen. Eigenbericht.

*O. Löwenstein* (Bonn): Über affektbedingte Tonusschwankungen (mit Krankenvorstellung und Filmdemonstrationen).

104. Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz vom 23. Juni 1928 in Bonn.

Erörtert im Anschluß an *Redlichs* Arbeiten zum Krankheitsbild der Narkolepsie den Begriff des „affektiven Tonusverlustes“ und zeigt an Hand entsprechender Fälle, daß der affektive Tonusverlust auch in seiner vollen Ausprägung nicht ausschließlich an das Krankheitsbild der Narkolepsie gebunden ist. Der Tonusverlust ist nur eine besondere Form der Tonusschwankung. Tonusschwankungen aber sind regelmäßige Begleiterscheinungen nicht nur jedes Affektes, sondern eines jeden Bewußtseinsvorganges überhaupt. Jeder Affekt führt zu bestimmten

Tonusverschiebungen innerhalb der Gesamtmuskulatur; die Tonusverschiebungen von dem einen Muskel zum anderen erfolgen mehr oder weniger gesetzmäßig derart, daß jedem Affekt eine ganz bestimmte Tonusverteilung zukommt, die für ihn charakteristisch ist („Tonusgestalt“, *Löwenstein*). Diese Tonusgestalten erfahren unter pathologischen Verhältnissen, ganz besonders bei Veränderungen des extrapyramidalen Systems, charakteristische Abänderungen.

Die vorgestellten Fälle und zur Darstellung gelangten Filme betreffen 2 verschiedene Gruppen; die erste Gruppe, in der Tonusschwankungen mit langdauernder Tonusvermehrung und nachfolgender Verminderung gezeigt werden, und die zweite Gruppe, bei der es sich um Tonusschwankungen mit alternierenden, kurzdauernden Tonusverminderungen und Tonusvermehrungen handelt. Die entsprechenden Zustände werden experimentell erzeugt, indem psychische Reize (Schreckreize, Schmerzreize, Furchtsuggestionen usw.) zur Einwirkung gebracht werden. Die Reizwirkungen werden in Filmen festgehalten und analysiert. Zur ersten Gruppe werden 3 Fälle gezeigt — 2 Fälle mit postencephalitischen Störungen und ein Fall mit Myoklonusepilepsie, die nach der Einwirkung der genannten Reize eine mehr oder weniger ausgedehnte Standunsicherheit zeigen, in Pro-, Retro- und Lateropulsionsbewegungen geraten und schließlich die Herrschaft über ihre Muskulatur soweit verlieren, daß sie zu Boden stürzen. Im Anschluß an den Fall von Myoklonusepilepsie wird auf die Beziehung zwischen Myoklonie und Myotonie einerseits und Myoklonie, Myotonie und Gemütsbewegung andererseits hingewiesen.

Die in der zweiten Gruppe gezeigten Fälle betreffen Erkrankungen von spastischer Paraplegie mit choreatisch-athetotischen Störungen bei Kindern im Alter von 10 bis 12 Jahren. Setzte man bei diesen Kranken Schmerz oder Schreckreize oder Furchtsuggestionen, so traten als Reaktionen Schleuderbewegungen der Extremitäten auf, die bei zweien der Fälle hauptsächlich einseitig, in einem Fall bilateral-symmetrisch verliefen. Die Filmanalyse zeigte, daß bei Ablauf dieser Reaktionen Stadien auftraten, in denen die Gesamtstellung an die Stellungen bei tonischen Hals- und Labyrinthreflexen erinnern, so daß der Ablauf vielfach durchaus von der Kopfstellung abzuhängen schien. Die Extremitäten zeigten gelegentlich typische extrapyramidale Stellungen (Zeigestellung, Spreizstellung, Dorsalflexion der großen Zehe usw.). War an den affektbedingten Tonusschwankungen neben den Extremitäten auch die Muskulatur des Stamms beteiligt, so konnten selbst die liegenden Patienten sich nicht in ihrem Bett halten, sondern rollten nach einer Seite heraus.

Die Reaktionen traten bei denselben Individuen auf die gleichen Reize hin stets mit den gleichen Reizwirkungen auf. Jeder der vorgezeigten Fälle hatte seinen eigenen Typ der Reizwirkung. Das bedeutet in funktioneller Hinsicht daß er seinen eigenen festumschriebenen

Defekt innerhalb seiner "Tonusgestalt" hat; und das bedeutet in somatischer Hinsicht, daß diesen Defekten wahrscheinlich ihre eigene Lokalisation zukommt. Praktisch befähigt uns diese Methode der systematischen psychischen Reizsetzung in Verbindung mit der nachfolgenden kinematographischen Analyse der Reizwirkungen, feine Unterschiede im Tonus einer Körperseite, die auf einer Läsion im extrapyramidalen System beruhen, die aber klinisch nicht recht erkennbar sind, kenntlich zu machen

Selbstbericht

*Georg Schwab* (Bonn): **Demonstration.** Ein Fall von Myositis ossificans und Encephalitis epidemica.

Der jetzt 15 jährige E. R. erkrankte Januar 1925 an Grippe. Einige Wochen nach der akuten Erkrankung trat Schlafverschiebung auf. Im November 1925 wurden Zwangsbewegungen beobachtet, gleichzeitig damit setzten hyperpnoische Anfälle ein. Vom Januar bis Mai 1926 lag Patient wegen Oberschenkelfraktur (nach Sturz vom Rade) im Krankenhaus. Im Verlaufe der Behandlung wurden plötzlich einschließende Tonussteigerungen in der Extremitätenmuskulatur wahrgenommen, die sich gelegentlich zu Starrezuständen in der gesamten Körpermuskulatur steigerten. Bei der Entlassung bestanden Dauerspasmen in beiden Beinen. Im Juli 1926 war mehrwöchiger Speichelfluß vorhanden. Seit Februar 1927 wird der Junge zunehmend bewegungsärmer und schwerfälliger. Auf intellektuellem Gebiet trat der Mangel an Initiative hervor, das Erinnerungsvermögen ließ nach, rasche Ermüdbarkeit wurde bemerkbar.

Die Untersuchung ergab *röntgenologisch*: 1. Verknöcherung der Sehnenansätze am linken Unterarm, rechten Oberschenkel und im Bereich der linken Adductoren, 2. Rarefikation der Gelenkköpfe, 3. Verknöcherungsvorgänge an den entsprechenden Gelenken (wahrscheinlich von der Synovia ausgehend), 4. allgemeine Decalcination.

Die Stoffwechseluntersuchung (Dr. Marx, Med. Poliklinik) ergab im Ruhezustand eine Alkalireserve von 42, nach einem hyperpnoischen Anfall eine solche von 48,5. Der Calciumgehalt des Blutes betrug 13,2 mg %, der Blutzuckerwert nüchtern 115 mg %. Im Zuckerbelastungsversuch bot der zweimalige Anstieg der Kurve große Ähnlichkeit mit den Stoffwechseldiagrammen bei Metencephalitiskranken.

Vegetativ war feststellbar: 1. Starke Abmagerung, Aufzehrung des Fettpolsters, 2. Hypotonie mit Bradycardie, 3. verlangsamte Pupillenreaktion, 4. Verminderung der Tränensekretion und des Lidschlages.

Neurologisch bot Patient: 1. Verkürzungstendenz der Extremitätenbeuger, 2. Tonussteigerung in den Beinen (links mehr als rechts), 3. Parkinsonhaltung, Mangel an Mitbewegungen, Amimie und Akinese, 4. Retropulsion, 5. Schlafverschiebung, 6. hyperpnoische Anfälle.

Seelisch zeigte sich: 1. erheblicher Mangel an psychischer Aktivität, 2. verminderte geistige Aufnahmefähigkeit und Einengung des geistigen Blickfeldes, 3. Verlangsamung des Denkablaufes bei komplexeren Aufgaben, 4. Verminderung des Gedächtnisses und Einschränkung der Merkfähigkeit, 5. Abflachung des Gemütslebens mit Neigung zu Witzeleien und Bon-Mots, 6. rasche geistige Ermüdbarkeit. (Eigenbericht.)

## II. Vorträge.

### *Georg Schwab (Bonn): Über taktile Gestaltswahrnehmungen.*

Zur Untersuchung gelangte das Erkennen von einfachen geometrischen Figuren an verschiedenen Stellen der Haut. Es wurden Kreise, Quadrate und Dreiecke als Flächen oder in punktförmige Elemente aufgelöst simultan gegeben, weiterhin die gleichen Figuren sukzessiv in ihren Umrißlinien, bzw. unter Verwendung einer verschiedenen Anzahl von punktförmigen Reizen aufgezeichnet. An allgemeinen Feststellungen ergab sich: 1. die dominierende Bedeutung der Finger in ihrem gegenseitigen Zusammenwirken für das Erkennen der Formen, 2. daß die sukzessiv in ihren Umrißlinien gegebenen Figuren in einem überraschend hohen Prozentsatz (über 80%) auf der gesamten Körperoberfläche erkannt wurden. Hinsichtlich der an dem Aufbau der taktilen Gestalten beteiligten Faktoren ließ sich herausstellen: a) *der spezifisch taktile Anteil*. Die Sicherheit im Erkennen der Form wird bestimmt von der Stärke des Druckes, der Geschwindigkeit der ausgeführten Bewegung und der Längenausdehnung der Formelemente. Besondere taktile Gestaltphänomene wurden beobachtet bei plötzlichem Beschleunigungszuwachs, bzw. Verminderung während des Aufzeichnens der Figur, bei Wiederholung einer Kreisbewegung am gleichen Reizort und bei Veränderung der Winkelgrößen von punktförmig gegebenen Figuren; b) *der optische Anteil*. Die Verminderung der Leistungen im Formerkennen der verschiedenen Figuren ließ die nämlichen Gesetzmäßigkeiten im Abbau erkennen, wie dies für die gleichen visuell dargebotenen Figuren hinsichtlich der optischen Gestaltung von Dr. Neber nachgewiesen wurde; c) *der subjektive Anteil*. Es ergaben sich Abhängigkeiten beim Erkennen der Figuren von der psychischen Gesamtverfassung. Die Untersuchungen gaben dann noch Anlaß zur Aufstellung von verschiedenen Typen hinsichtlich des Gestaltungsvorganges. *Beim begabten Typ* war der Eindruck des Erkennens a priori einheitlich, ohne weitere Reflexion gegeben. *Beim lernfähigen Typ* trat eine Verschmelzung des taktilen Eindrückes mit dem optischen Gedächtnisbild ein; im Verlaufe der Einübung vollzog sich die Verschmelzung allmählich ungehinderter, selbstverständlicher. *Beim Ermüdungstyp* konnte die Kongruenz zwischen dem taktilen Eindruck und der optischen Vorstellung nur mühsam und unter intensivster Aufmerksamkeitszuwendung vollzogen werden. (Eigenbericht.)

*Baumann (Essen):*

Die Eisessig-Schwefelsäureprobe des Liquors ist eine technisch sehr einfache und daher von jedem Arzt sofort nach der Punktion anzustellende Reaktion. Sie ist positiv, wenn eine lila Ring oder eine allgemeine lila Verfärbung auftritt, negativ, wenn keine Verfärbung oder eine schmutzig braun-gelbe Verfärbung vorhanden ist.

Die Reaktion ist positiv in jedem Fall von progressiver Paralyse; bei Lues cerebro-spinalis fanden wir sie schwach positiv in etwa  $\frac{2}{3}$ , negativ in etwa  $\frac{1}{3}$  der Fälle; bei den wenigen untersuchten Tabesfällen war sie stets positiv. Bei der Epilepsie war sie positiv in  $\frac{1}{3}$ , negativ in  $\frac{2}{3}$  der Fälle. Bei den übrigen organischen Nervenkrankheiten fand sie sich eindrucksmäßig häufig positiv, wenn akut entzündliche Reizerscheinungen eine Rolle spielten. Bei Psychopathen zeigte sich die Reaktion in knapp 90% negativ, in stark 10% schwach positiv.

Der Vortrag erscheint ausführlich in der Münchener Medizinischen Wochenschrift.  
(Eigenbericht.)

*Störring E. (Bonn): Beiträge zum Permeabilitätsproblem.*

Vortragender berichtet über eigene Untersuchungen an 65 Schizophrenen und 45 Paralysen, die nach der Walterschen Brommethode ausgeführt wurden.

Bei Schizophrenie fand sich in 78,4% eine Verminderung der Permeabilität. In 18,6% war die Permeabilität normal und nur in 3% erhöht.

Im Fieber trat bei den Schizophrenen eine Erhöhung der verminderten Permeabilität bis an die obere Grenze des Normalen ein. Eine Abhängigkeit der Permeabilität vom Alter, wie sie von Büchler angegeben wurde, konnte nicht festgestellt werden.

Ebenso erhöht sich die Permeabilität in Zuständen hochgradiger katatoner Erregungen. Die Zahl der unter diesem Gesichtspunkt untersuchten Fälle ist noch gering, weitere Untersuchungen sind im Gange.

Bei Paralyse wurden die Permeabilitätsverhältnisse vor, während und nach der Malariakur untersucht. Vor der Kur war die Permeabilität 56% erhöht, in keinem Falle erniedrigt. Während der Kur erhöhte sich die schon erhöhte Permeabilität weiter. Nach der Kur war die Permeabilität in nur 15% erhöht, dagegen in 40% erniedrigt.

Auf Grund von Modellversuchen glaubt Vortragender nachweisen zu können, daß der Permeabilitätsquotient nicht allein durch ein Donnan-Gleichgewicht bestimmt wird.

Erscheint ausführlich an anderer Stelle.

(Eigenbericht.)

**H. Wegener (Düsseldorf-Grafenberg): Der gegenwärtige Stand des Alkoholismus nach dem Material der rheinischen Provinzialanstalten.**

Es soll der subjektive Eindruck von einer starken Steigerung der Alkoholikeraufnahmen in die Irrenanstalten am Material der rheinischen Provinzialanstalten zahlenmäßig belegt werden.

Seit 1919 beobachten wir ein ständiges Wachsen der Trinkerzahlen in den Anstalten.

An mehreren Kurven werden die Zahlen der Gesamtaufnahmen in die Anstalten, die Alkoholikerzahlen, sowie die prozentuale Gliederung demonstriert. Mit 381 Alkoholikern wurden 1927/28 mehr als doppelt soviel Alkoholiker aufgenommen als 1909/10 (162), während die Zahl der Gesamtaufnahmen nur um 45% zunahm.

7,1% aller Aufnahmen 1927 kamen wegen Alkoholismus gegen 5,4% im Vorkriegsjahre.

Die Männer tragen naturgemäß den Hauptanteil, nämlich 11,1% aller Männeraufnahmen waren Trinker, nur 1,3% der Frauenaufnahmen. Die Männer liegen damit um fast 50% über der Vorkriegszahl.

Aus weiteren Kurven sind die Verhältnisse an der Anstalt Grafenberg ersichtlich, die mit denen der Gesamtprovinz wesentlich übereinstimmen. Ihre klinische Zusammensetzung wird gezeigt.

Auf das charakteristische Verhalten (Abnahme) der Trinker in der Inflations- und Besetzungszeit wird hingewiesen (Polizeistunde).

Die Frage nach einer Zunahme des Alkoholmißbrauchs überhaupt scheint bejaht werden zu müssen. Aus allen Teilen des Reiches wird die Steigerung der Alkoholismusfälle berichtet.

Die Bekämpfung des Alkoholismus ist nach wie vor eine problematische Aufgabe. Durch ärztliche oder fürsorgerische Maßnahmen scheint er, trotz der nach dem Krieg einsetzenden gewaltigen Wohlfahrtsbewegungen, nicht eingeschränkt werden zu können.

Die prompte Wirksamkeit gesetzgeberischer Maßnahmen hat der Krieg zur Evidenz gebracht. Vielleicht ist der Entwurf zum neuen Strafgesetzbuch ein erster Schritt auf diesem Wege. (Eigenbericht.)

Zur Diskussion sprachen: Aschaffenburg-Köln und Miesbach-Köln.

**Mayer (Düsseldorf): Über kongenitale Wortblindheit.**

Vortragender erläutert die Unterschiede zwischen angeborener und erworbener Wortblindheit. Bespricht dann einen Fall, der anderweitig auf Grund seiner Schreib- und Leseunfähigkeit als Imbezillität begutachtet und nach einem Totschlag exkulpiert worden war. Die Allgemeinintelligenz war jedoch durchaus gut. Kein krankhafter körperlicher Befund, Rechtshänder. Die Mutter macht beim Schreiben grobe Fehler vom Typ der kongenitalen Wortblindheit. Ein Onkel und ein Bruder sind Idioten. Es werden Genese, Symptomatologie und Psychologie

der kongenitalen Wortblindheit erörtert. Optische Fehler, wie Verwechslung ähnlicher Buchstaben, treten weitgehend zurück. Es besteht bei Kenntnis der Buchstaben die Unmöglichkeit, Worte zusammenfassend zu lesen bzw. sie beim Schreiben in Laute zu zerlegen. Bei Diktat-schreiben völliges Durcheinander. Außer dem Namen werden nur einige wichtige und besonders affektbetonte Worte, und zwar als Gesamtbilder gelesen und geschrieben. Zahlen und Datumzeichen, also komplexe Schriftsymbole, machen keine Schwierigkeiten, ebensowenig Abschreiben und Transskribieren. Als noch nicht beschriebene Besonderheit besteht in diesem Falle die wohl sekundäre Unfähigkeit, die Konsonanten als Laute aufzufassen. Die Silbenzahl 2—4silbiger Worte wird richtig angegeben. Der kongenital Wortblinde dieses Typus befindet sich gewissermaßen auf der phylogenetisch älteren Entwicklungsstufe eines Menschen mit einer Wort- oder Silbenschrift. Der Defekt beruht wohl auf einer allgemeineren — und nicht, wie früher angenommen, eng umschriebenen — Hirnschädigung. Es wird ein Schema zur Prüfung auf kongenitale Wortblindheit vorgelegt, das dem an der Düsseldorfer Klinik gebräuchlichen Aphasiaprüfungsschema entspricht. Die Diagnose der Imbezillität darf sich nicht auf einen isolierten Defekt stützen, sondern sie muß die Gesamtpersönlichkeit in ihrem Verhalten als schwachsinnig erweisen.

(Eigenbericht.)

Auf Grund von Eigenberichten zusammengestellt. *Geller.*