

105. ordentliche Hauptversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 24. November 1928 in Köln (Nervenklinik).

(Eingegangen am 10. Januar 1929.)

Anwesend sind: *Aschaffenburg* (Köln); *Bastin* (Düsseldorf); *Beyer* (Rodenkirchen); *Beyerhaus* (Galkhausen); *Blum* (Köln); *Bodet* (Sinthern); *Brügelmann* (Köln); *Busch* (Köln); *Creutz* (Düsseldorf); *Diener* (Bonn); *Dietrich* (Andernach); *Döllner* (Köln); *Dubitscher* (Düsseldorf); *von Ehrenwall* (Ahrweiler); *Eichler* (Düsseldorf); *Esser* (Köln); *Foerster* (Galkhausen); *Geller* (Bonn); *Gielen* (Duisburg); *Günther* (Andernach); *Herting* (Düsseldorf); *van Husen* (Süchteln); *Jacoby* (Sayn); *Johnen* (Bonn); *Kellner* (Bedburg); *Kellner* (Bonn); *Kirch* (Krefeld); *Kleine* (Ahrweiler); *Klingenberg* (Bonn); *König* (Bonn); *Koester* (Bonn); *Kost* (Waldbreitbach); *Kupfernagel* (Waldbroel); *Landwehr* (Waldbreitbach); *Laskowski* (Saffig); *Last* (Bonn); *Loeb* (M.-Gladbach); *Lohmer* (Köln); *Loofs* (Köln); *Löwenstein* (Bonn); *Lückerath* (Euskirchen); *Luther* (Eissen); *Mappes* (Düsseldorf); *Marx* (Ahrweiler); *Meder* (Köln); *Meyer* (Bonn); *Mörchen* (Wiesbaden); *Mosebach* (Solingen); *Müller* (Aprath); *Müller* (Düren); *Müller* (Neuß); *Neuhaus* (Rodenkirchen); *Neustadt* (Düsseldorf); *Frau Neustadt-Steinfeld* (Düsseldorf); *Offermann* (Bonn); *Orthmann* (Süchteln); *Otten* (Düsseldorf); *Peters* (Klosterhoven); *Pfahl* (Bonn); *Polstorff* (Süchteln); *Raether* (Bedburg); *Recktenwald* (Bonn); *Ridder* (Barmen); *Schaefer* (Kaiserswerth); *Schmitz* (Düsseldorf); *Kurt Schneider* (Köln); *Schnitzler* (Bedburg); *Schroedter* (Bonn); *Schumacher* (Köln); *Schwab* (Bonn); *Schwan* (Galkhausen); *Sioli* (Düsseldorf); *Steinbrecher* (Düsseldorf); *Stillger* (Euskirchen); *Störring* (Bonn); *Thönißen* (Andernach); *Tilliß* (Brauweiler); *Trapet* (Bonn); *Vahlhaus* (Bonn); *Wegener* (Düsseldorf); *Werner* (Bedburg); *Westermann* (Ensen); *Westphal* (Bonn); *Wilhelmy* (Bonn); *Witte* (Bedburg).

Der Vorsitzende *Herting* eröffnet um 12 Uhr die Versammlung. Auf seinen Vorschlag wird *Fabricius* (Moers), der im Oktober sein 80. Jahr vollendete, einstimmig zum Ehrenmitgliede ernannt.

Der Vorsitzende gedenkt der verstorbenen Mitglieder *Flügge*, *Niemeyer* und *Schulten* und begrüßt die neu hinzukommenden Mitglieder:

Dr. *Diener*, Assist.-Arzt der Nervenklinik Bonn, Dr. *Johnen*, Vol.-Arzt der Prov.-Heilanstalt Bonn; Med.-Rat Dr. *Kellner*, leit. Arzt der Alexianeranstalt Bonn-Endenich; Frl. Dr. *Müller*, Ärztin an den Anstalten des Bergischen Diakonissen-Mutterhauses in Aprath; Dr. *Polstorff*, Ass.-Arzt der Prov.-Heilanstalt Süchteln; Dr. *Schmitz*, Arzt an der Prov.-Heilanstalt Düsseldorf-Grafenberg; Dr. *Vahlhaus*, Ass.-Arzt der Prov.-Heilanstalt Bonn.

I. Demonstrationen:

Zunächst demonstriert *Polstorff* (Süchteln) 2 Gehirnschnitte, über die später nach der mikroskopischen Verarbeitung weiter berichtet werden soll.

II. Vorträge.

1. Dr. A. Otten (Düsseldorf-Grafenberg): **Dynamometrische und ergographische Untersuchungen als Hilfsmittel bei der Begutachtung Hirnverletzter.**

Nach literarischer Einleitung und Beschreibung der Apparatur und Versuchsanordnungen berichtet *Otten* über vergleichende dynamometrische und ergographische Untersuchungen bei Hirnverletzten.

An Hand von Tabellen wird gezeigt, daß bei der Kraftmessung am Hand- und am Körperelektrometer die Leistungen der Hirntraumatiker absolut genommen geringer sind als die entsprechend gebauter körperlich und geistig gesunder Menschen.

Bei der rythmischen Dauerarbeit ließen die gezeigten Ergogramme normaler Versuchspersonen im Beginn eine Plateaubildung, dann einen mehr oder weniger starken Abfall auf ein niedrigeres Niveau, hierauf wiederum eine Plateaubildung erkennen. Die Kurven Hirngeschädigter hingegen zeigten in ihrem Gesamtverlauf einen successiven Ermüdungsabfall ohne Plateaubildung. Die Hysterikerkurven ließen einen Ermüdungsabfall überhaupt vermissen.

Temposchwankungen waren bei den Normalkurven nur vereinzelt gegen Schluß des Arbeitsversuches, bei allgemein Hirngeschädigten schon während des Versuchsverlaufes und zum Schluß hin zunehmend nachweisbar. Bei den Stirnhirn- und Hysterikerkurven wechselte das Tempo sehr viel eher und in stärkerem Maße, ohne daß sich innerhalb dieser beiden Kurvenformen gesetzmäßige Unterschiede zeigten.

Antriebsschwankungen sowie Formveränderungen der Einzelpressungen wurden vornehmlich bei den Leistungskurven der Stirnhirngeschädigten und der Hysteriker beobachtet, deren Ergogramme sich in gewisser Hinsicht ähnlich sahen. Der grundlegende Unterschied zwischen beiden Kurvenformen war das Fehlen des Ermüdungsabfalles bei Hysterikern, welcher bei Stirnhirnverletzten nie vermißt wurde.

Als Zeichen der Anstrengung wurden bei den dynamometrischen und ergographischen Untersuchungen Normaler und Hirnverletzter in einem Teil der Fälle Erröten des Kopfes, Schweißausbruch und Pulsbeschleunigungen gesehen. Bei einigen Kranken war die Pulsbeschleunigung sehr beträchtlich und hielt abnorm lange an. Insbesondere zeigte sich das bei der Arbeit am Körperelektrometer. Nach derselben wurde bei einzelnen Kranken ein vorher nicht vorhanden gewesenes Schwanken oder Taumeln bei Fußaugenschluß festgestellt.

Ungeachtet dieser in vielen Fällen positiven Ergebnisse der kombinierten dynamometrischen und ergographischen Leistungsprüfungen bezeichnet der Redner sie als ein bescheidenes Hilfsmittel in dem Aufbau der klinischen und gutachtlichen Beurteilung Hirnverletzter und weist ausdrücklich auf ihren begrenzten Wert hin. Bei der Auswertung

der Ergogramme betont er, daß diese nicht immer so eindeutig ist, wie es an den gezeigten erläutert wurde. (Eigenbericht.)

2. R. Neustadt (Düsseldorf): Über die gutachtlche Bewertung seelischer Symptome bei organischen Hirnschädigungen.

Die Begutachtung der seelischen Störungen bei abgeklungenen, aber immer noch nachweisbaren Hirnschädigungen ist an verschiedene *Voraussetzungen* geknüpft. Die erste Voraussetzung ist eine einwandfreie *Untersuchung* mit eingehenden und modernen Untersuchungsmethoden. Die zweite Voraussetzung ist die Ablegung eines *diagnostischen Vorurteils*, das sich nicht selten störend bemerkbar macht, besonders dann, wenn es mit dem Bestreben einhergeht, eine klinische Diagnose zu stellen. Die dritte Voraussetzung ist die, die Diagnose Hysterie stets nur aus dem *Nachweis der psychogenen Erlebnisverarbeitung* zu stellen, nicht aber negativ aus dem Fehlen anderer Symptome. Daneben besteht die Möglichkeit, die Diagnose Hysterie aus dem Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen abzuleiten.

Aus dem Unfallhergang ist auf die Art und den Umfang der bleibenden psychischen Erscheinungen im voraus nicht zu schließen.

Die psychischen Symptome der Hirntraumatiker sind gruppenweise zusammengefaßt: Schädigungen der höheren geistigen Eigenschaften, Veränderung des psychischen Tempos, körperliche Mißempfindungen und Temperamentsverschiebung. Maßgebend für die Wertung der oft wechselnden und kontrastierenden Symptome ist der Gesamtverband der seelischen und körperlichen Erscheinungen, nicht das Einzelsymptom.

Auch bei den sicher Hirngeschädigten kommt den psychischen Symptomen eine verschiedene Wertstelle zu. Sie können Zeichen sein des *Abbaus* der Persönlichkeit oder der *Enthemmung* von Grundkomponenten der befallenen Persönlichkeit oder des echten psychogenen *Überbaus*. Das bleibt im Einzelfall zu klären. Psychogene Überlagerung ist weit seltener als sie gemeinhin diagnostiziert wird.

Nach der Wertung der psychischen Symptome haben sich Begutachtung und Therapie zu richten. (Ausführliche Veröffentlichung vorgesehen.) (Autoreferat.)

3. Else Neustadt-Steinfeld (Düsseldorf): Beitrag zur Kenntnis der Psychosen des frühen Kindesalters.

Im Kindesalter ist die Abgrenzung einer Psychose von Schwachsinnszuständen schwierig, aber nicht unmöglich und besonders wichtig. Es wird die Krankengeschichte eines Kindes berichtet, das im Alter von 5 Jahren in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg eingeliefert wurde mit den Symptomen der Angst, des Mutismus, der Nahrungsverweigerung, der Unsauberkeit und des Negativismus

auf allen übrigen Gebieten. Das Kind entsprach körperlich einem 3 jährigen Kind. Es war das zweitgeborene von zweieiigen Zwillingen, hatte bei der Geburt 1600 g gewogen, der andere Zwilling war immer bedeutend kräftiger als die kleine Patientin. Das Kind begann mit $2\frac{1}{2}$ Jahren zu sprechen, konnte aber bei Beginn der Krankheit keine vollständigen Sätze sprechen, konnte alles benennen, war auch im übrigen vollkommen dem Alter entsprechend. Die Krankheit begann im Alter von $3\frac{1}{2}$ Jahren und entwickelte sich allmählich zu dem schweren Zustandsbild. Es ist wahrscheinlich, daß unglückliche äußere Verhältnisse wie Fortsein der Mutter und Pflegefehler ungünstig auf das Kind eingewirkt haben, sie waren aber für die Entstehung des Leidens nicht ausschlaggebend. Vor der Aufnahme in die Heilanstalt Grafenberg war das Kind 4 Monate in einer anderen Anstalt. Auch dort mußte es immer mit dem Schlauch gefüttert werden. In dieser Anstalt wie auch in einer bedeutenden Kinderklinik hatte man die Diagnose eines Schwachsinns und eine entsprechend ungünstige Prognose gestellt.

Nachdem durch die Untersuchung eine akute oder chronische noch floride Gehirnerkrankung ausgeschlossen war, setzte die aktive Psychotherapie ein, die ärztlich begonnen wurde und unter ärztlicher Leitung im wesentlichen von einer Pflegerin in ausgezeichneter Weise durchgeführt wurde. Mit unendlicher Mühe — täglich beschäftigte sich eine Person mindestens 2 Stunden mit dem Kind — langsame Besserung des schweren Zustandes. Nach etwa einem halben Jahr konnte die Psychose als abgelaufen betrachtet werden, nach 9 Monaten selbstständiges Essen, nachdem das Kind vorher immer mit dem Schlauch gefüttert werden mußte und man es eine Zeitlang in der Packung mit dem Löffel gefüttert hatte, allmählich auch sprechen lernen.

Heute, nach $1\frac{1}{2}$ jähriger Behandlung, entspricht das Kind in der Größe und im Gewicht körperlich vollkommen seinem Alter.

Psychisch ist es unauffällig. Es kennt seine Umgebung, ist willig beim Unterricht. Es ist vollkommen sauber, braucht keine Hilfe beim An- und Ausziehen, nimmt an den Spielen und Beschäftigungsspielen der anderen Kinder teil, soweit man sich nicht mit ihm allein beschäftigt. Es macht im Sprechen und sonstigen Lernen große Fortschritte. Es zeigt noch eine leichte Ermüdbarkeit, die sich im Nachlassen der Konzentration auswirkt. Es ist ein weiches, liebebedürftiges Geschöpf, in der Motorik und im ganzen Wesen sehr graziös. Es versteht und spricht alles, das Sprechen ist aber noch undeutlich und stammelnd, auch agrammatisch. Nach Binet-Simon-Bobertag ist es dem Alter entsprechend, wenn man von der Sprech- und Zeichenfähigkeit absieht.

Das Krankheitsbild hat eine große Ähnlichkeit mit den von *Weygandt* und *Heller* berichteten Fällen von *Dementia infantilis*. Trotzdem kann wegen des bisherigen Ausgangs in diesem Falle die Diagnose einer

Demenz nicht gestellt werden. Das Zustandsbild wird als funktionelle Psychose bei einem hirngeschwächten Kind bezeichnet.

Aus dem Studium der Literatur und aus der Kenntnis eigener beobachteter Fälle von vorübergehenden psychischen Störungen bei Kleinkindern ging hervor, daß fast alle psychischen Störungen des frühen Kindesalters unter dem Bilde des negativistischen Stupors und des Mutismus verlaufen. Es erhebt sich deshalb die Frage, ob wir es nicht mit einem Prädilektionstypus der frühinfantilen Psychosen zu tun haben, der wie das beschriebene Zustandsbild auftritt. Daß dieser Prädilektionstypus so ist, hat vielleicht seinen Grund in der normal-psychologischen Veranlagung dieser Zeit, die auch das Bock- oder Trotzalter genannt wird.

Daß die Mehrzahl dieser Zustandsbilder in Demenz übergeht, ist im frühen Kindesalter nicht verwunderlich, denn bei Kindern geht jede Psychose mit einem Stillstand und einem Rückgang der geistigen Entwicklung einher. Das trifft um so mehr zu, je jünger ein Kind ist. Es müssen deshalb zur Vorbeugung eines ungünstigen Ausgangs bei diesen Psychosen alle Gesichtspunkte therapeutischen Handelns ergriffen werden. (Ausführliche Veröffentlichung vorgesehen.) (Autoreferat.)

Nach diesen 3 Vorträgen entspann sich eine recht lebhafte Aussprache, an der sich *Ridder*, *Sioli*, *Mannheim*, *Mörchen*, *Neustadt* und *Otten* beteiligten.

Mörchen bemerkte: Die Feststellung des Krankheitswertes psychogener Unfallfolgen (auch bei Gehirnverletzten) ist eine äußerst verantwortliche und in erster Linie psychologische Aufgabe. Sie erfordert eine Erfassung der Gesamtpersönlichkeit, wie sie bei einmaliger „Untersuchung“ zwecks Begutachtung kaum möglich ist. Auch „rentenneurotische“ psychische Unfallfolgen können Krankheitswert besitzen und entschädigungspflichtig sein.

4. *Esser* (Köln) stellt ein Kind vor mit der Diagnose: **Dementia praecocissima**.

5. *Koester* (Bonn): **Die Typhusepidemie in Bonn.**

Vortragender berichtet zuerst über das Auftreten der Epidemie, betont das Uncharakteristische im Beginn und Verlauf der Erkrankungen an Hand von Kurven, Tabellen und auf Grund seiner Beobachtungen, erörtert den Einfluß der Impfung und die Art und Weise des Auftretens des Typhus nach Altersstufen und psychiatrischen Krankheitsbildern, ebenso die interessanten bakteriologischen und serologischen Untersuchungsergebnisse. Danach geht er ein auf die körperlichen Komplikationen, dann auf die verschiedenen psychischen Erkrankungen, führt

im einzelnen an seine Beobachtungen über den Einfluß der Infektion auf das Nervensystem und den Ablauf der Geisteskrankheit während und nach dem Typhus. (Erscheint ausführlich in dieser Zeitschrift.)

(Eigenbericht).

6. Schroedter (Bonn): Typhus-Epidemie Frauenabteilung.

Die Parallelität der epidemiologischen und klinischen Grundzüge der Epidemie der Frauen- und Männerabteilung darstellend, betont Vortragender insbesondere das Verhalten der Schizophrenen als konträr zu den normalen Typhuskranken. Die beiderseitig beobachtete Besserung der Schizophrenen stellt Vortragender als bedingt durch die infolge des Typhusfiebers normalisierte Blutliquorschwelle dieser Kranken.

(Eigenbericht erscheint ausführlich.)

An der anschließenden Diskussion beteiligten sich: *Lohmer, Mosebach, Orthmann, Peters, Raether und Witte*.

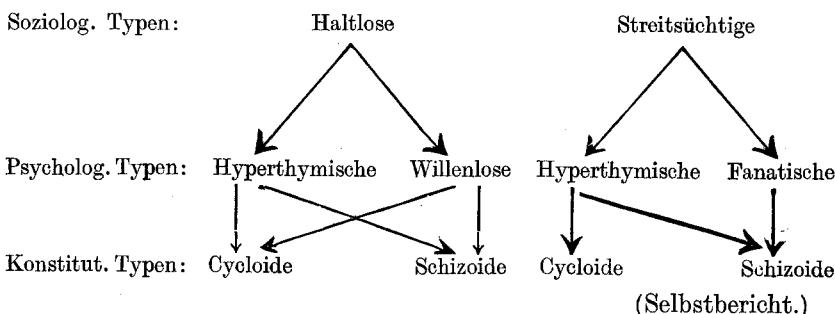
7. Witte (Bedburg) berichtet über Sektionsergebnisse bei 6 weiblichen Geisteskranken der Anstalt Bedburg-Hau, welche Dauerausscheiderinnen von Typhusbacillen gewesen waren. Anatomische Veränderungen, welche als der Boden, auf dem sich die Bacillen ansiedelten, angesehen werden müssen, fanden sich bei 5 Fällen, und zwar je 2 mal eine Cholecystitis und eine Pyelonephritis und einmal ein unter dem Einfluß einer Lungentuberkulose entstandener chronisch entzündlicher Prozeß der Leber. Ein Fall konnte auch durch die histologische Untersuchung nicht geklärt werden, vielleicht weil er nicht vollständig genug untersucht worden war. — Nach den bisherigen Erfahrungen spricht Intaktheit der hauptsächlich in Betracht kommenden Organe, der Gallenblase, der Leber und des uropoetischen Systems, gegen Dauerausscheidung. Dieser Umstand ließe sich vielleicht klinisch für die Erkennung der Dauerausscheider verwerten. Alle diejenigen Personen nämlich, welche bei einer ersten bakteriologischen Untersuchung als negativ befunden werden und bei welchen dann eine sorgfältige klinische, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln angestellte Prüfung keine Störungen der betreffenden Organe erkennen läßt, könnten als unverdächtig angesehen werden. Auf diese Weise würden viele belanglose Fälle, welche unnötig Zeit und Material in Anspruch nehmen, schon frühzeitig ausgeschaltet, alle übrigen aber könnten dann um so häufiger und intensiver bakteriologisch weiter untersucht werden.

(Eigenbericht).

Anschließend Aussprache, an der *Lohmer, Mosebach, Schnitzler* und *Witte* teilnahmen.

8. Kurt Schneider: Methodisches zur Psychopathentypologie.

Es soll gezeigt werden, daß die für Psychopathen gebrauchten Typenbezeichnungen von ganz verschiedenen Gesichtspunkten aus gewonnen sind. *Kraepelins* Psychopathentypen sind meistens *soziologische* Typen. Als Beispiele werden die „Haltlosen“ und die „Streitsüchtigen“ gewählt. Unter diesen sozialen Gruppen verbergen sich ganz verschiedene Persönlichkeiten. So zerfallen die „Haltlosen“ mindestens in „Hyperthymische“ und „Willenlose“, die Streitsüchtigen in „Hyperthymische“ und „Fanatische“. Man kommt so auf eine *zweite* Form der Typenbildung: auf *psychologische* Typen. Betrachtet man diese unter dem Gesichtspunkt der „Cycloiden“ und „Schizoide“ *Kretschmers*, so läßt sich leicht zeigen, daß es sich bei *Kretschmers* Typenbildungen um eine *dritte* Form der Psychopathentypen handelt: um *Konstitutionstypen*. Um bei den vorigen Beispielen zu bleiben: es gibt sowohl „cycloide“ wie „schizoide“, „Hyperthymiker“ und „Willenlose“; „Fanatische“ sind immer „schizoid“. — Es ergeben sich so *drei übereinanderliegende Systeme*: soziologische Typen, psychologische und Konstitutionstypen. Zwischen ihnen gibt es zwar zahlreiche *Beziehungen*, aber keine *Konkurrenz*. Die Beziehungen werden durch folgende *Figur* illustriert:



9. Aschaffenburg (Köln): Ein hellseherischer Diagnostiker.

Der 20jährige *F.* war wegen Beleidigung angeklagt, weil er einen Herrn fälschlich des Mordes und dessen Sohn der Abtreibung beschuldigt hatte. Vortragender war beauftragt worden, den Angeklagten auf seinen Geisteszustand zu untersuchen. Von irgendeiner geistigen Erkrankung konnte keine Rede sein. Es war dagegen äußerst interessant, die diagnostischen Fähigkeiten des Mannes, die ihm, wie aktenmäßig festgestellt wurde, an einzelnen Tagen bis 50 Patienten zuführten, nachzuprüfen.

F. versagte in einer geradezu bejammernswürdigen Weise. Seine mit vielfach falsch ausgesprochenen Fremdwörtern gespickten Beschreibungen der angeblichen Krankheiten waren so töricht, daß es unverständlich ist, wie darauf irgend jemand hereinfallen konnte. Trotzdem

darf zugunsten des wenig begabten Menschen geltend gemacht werden, daß ihm sein Erfolg zu Kopf steigen mußte. Es fand sich doch sogar ein bekannter Parapsychologe, der das Phänomen *F.* zum Gegenstand eingehender Darlegungen in einer parapsychologischen Tagung gemacht hat!

Die Prüfung des Falles *F.* ergibt deutlich, daß für die Vorliebe weiter Kreise für Kurpfuscher nicht deren besonderes Geschick, mit den Menschen umzugehen, als Ursache betrachtet werden kann, sondern daß die tiefste Wurzel in der unheilbaren Dummheit der Menschen zu suchen ist. (Eigenbericht.)

Auf Grund von Selbstberichten zusammengestellt.

Geller.