

Bericht über die Tagung der Mitteldeutschen Psychiater und Neurologen in Halle a. S. am 4. November 1928.

(Offizieller Bericht.)

(Die Referate sind sämtlich Autoreferate.)

(Eingegangen am 20. Februar 1929.)

Anwesend sind die Herren: *Anton* (Halle); *Baumeyer* (Leipzig); *Berger* (Jena); *Bieling* (Friedrichroda); *Bingel* (Braunschweig); *Bläser* (Leipzig); *Blumenthal* (Dessau); *Boening* (Jena); *Böttcher* (Leipzig); *Braune* (Altscherbitz); *Brennecke* (Halle); *Bresler* (Kreuzburg); *Budde* (Halle); *Bunnemann* (Ballenstedt); *Conzen* (Leipzig); *Demme* (Hamburg); *Deutsch* (Leipzig); *Ecke* (Naumburg); *Eckert-Möbius* (Halle); *Eskuchen* (Zwickau); *Flatau* (Dresden); *Flügel* (Leipzig); *Forster* (Greifswald); *Gärtner* (Halle); *Gaupp* (Sonnenstein); *Gellhorn* (Halle); *Geyer* (Dresden); *Goldstein* (Magdeburg); *Grage* (Chemnitz); *Grünbaum* (Eisenach); *Grund* (Halle); *Guttmann* (Hamburg); *Hartung* (Pfaffroda); *Hauptmann* (Halle); *Heinrich* (Berlin-Buch); *Heyse* (Bernburg); *Hilpert* (Jena); *Hofmann* (Altscherbitz); *Hörmann* (Dresden); *Hultsch* (Bad Elster); *Hurtz* (Halle); *Jacobi* (Stadtroda); *Jaeger* (Wernigerode); *Jahrmärker* (Marburg); *Jessen* (Chemnitz); *Johannes* (Leipzig); *Jung* (Stadtroda); *Kaltenbach* (Gernrode); *Klien* (Leipzig); *Koch* (Leipzig); *Koch* (Schkeuditz); *Krahl* (Bautzen); *Krüger* (Nordhausen); *Kruse* (Halle); *Küffner* (Hochweitzschen); *Kufs* (Leipzig); *Lemmer* (Tannenberg); *Loewenthal* (Braunschweig); *Mann* (Dresden); *Mann* (München); *Müller* (Leipzig-Dösen); *Müller* (Schkeuditz); *Müller* (Weimar); *Mumme* (Halle); *Nießl v. Mayendorf* (Leipzig); *Noack* (Leipzig); *Peust* (Magdeburg); *Pfeifer* (Nietleben); *Pfeiffer* (Bernburg); *Pfeiffer* (Leipzig); *Pönitz* (Halle); *Quensel* (Leipzig); *Reif* (Dresden); *Reingardt* (Halberstadt); *Ritter* (Halle); *von Rohden* (Nietleben); *Röhrs* (Halle); *Rollin* (Jena); *Ruhemann* (Leipzig); *Runge* (Chemnitz); *Schaetz* (Halle); *Schmitt* (Leipzig); *Schob* (Dresden); *Scholz* (Leipzig); *Schramm* (Mühlhausen); *Schröder* (Leipzig); *Schröder* (Chemnitz); *Schröder* (Uchtspringe); *Schröter* (Altscherbitz); *Schulz* (Leipzig); *Schütz* (Leipzig); *Seelert* (Berlin-Buch); *Seige* (Bad Liebenstein); *Siems* (Halle); *Spar* (Groß-Schweidnitz); *Stieda* (Halle); *von Stockert* (Halle); *Sturm* (Magdeburg); *Suckow* (Leipzig); *Tegner* (Schkeuditz); *Teuscher* (Dresden-Weißer Hirsch); *Tilling* (Gera); *Vauck* (Schkeuditz); *Vieten* (Mühlhausen); *Weber* (Leipzig); *Weidenmüller* (Halle); *Weißbarth* (Magdeburg); *Werther* (Dresden); *Wichura* (Oeynhausen); *Wiehe* (Chemnitz); *Wille* (Berlin); *Winkler* (Stadtroda); *Wolter* (Halle); *Zahn* (Stendal); *Ziegelroth* (Nietleben).

I. Sitzung vormittags 9 Uhr in der psychiatrischen Klinik zu Halle.

Hauptmann (Halle) eröffnet die Sitzung und begrüßt mit einer kurzen Ansprache die Anwesenden. Als Schriftführer sind die Herren *Röhrs* und *Gärtner* (Halle) tätig.

Vorträge.

1. Schob (Dresden): „Pathologisch-anatomische Demonstrationen.“

a) *Bielschowsky* hat vor kurzem gezeigt, daß die infantile Form der amaurotischen Idiotie mit lipoidzelliger Splenohepatomegalie vom Typus *Niemann-Pick* vergesellschaftet sein kann, daß die infantile Form der amaurotischen Idiotie also Teilerscheinung einer Erkrankung des Gesamtorganismus sein kann, die als Störung des Lipoidstoffwechsels angesehen wird. *Böhmig* und Vortragender konnten nun bei einem nichtjüdischen, arischen Knaben von 12 Jahren, der an der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie erkrankt gewesen ist, ebenfalls die Verbindung der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie mit einer der *Niemann-Pickschen* Erkrankung nahestehenden Erkrankung des lymphatisch-hämatopoetischen Apparates (insbesondere Milz und Lymphdrüsen) nachweisen. Die von *Bielschowsky* gezogenen Schlußfolgerungen gelten demnach offenbar nicht allein für die infantile, sondern auch für die juvenile Form der amaurotischen Idiotie. Mit diesem Nachweis verlieren die *Schafferschen* Hypothesen über die Pathogenese der amaurotischen Idiotie immer mehr an Wahrscheinlichkeit. (Bezüglich Einzelheiten muß auf die bevorstehende Veröffentlichung hingewiesen werden.)

b) Zur Kenntnis der Wilson-Pseudosklerose. Vortragender hat das Gehirn der Schwester des Falles, über den er auf der Naturforscherversammlung in Innsbruck berichtet hat, untersuchen können. Während der Bruder einen ganz typischen, vom 12.—18. Lebensjahre sich erstreckenden Krankheitsverlauf gezeigt hatte, ist der Verlauf bei der 10 Jahre alten Schwester ein ganz abweichender: 8 Tage Dauer, zuerst Verdacht auf Diphtherie, nicht bestätigt; ins Krankenhaus eingewiesen, auf Meningitis verdächtige Symptome: Kahnbauch, Nackensteifigkeit, *Kernig*sches Symptom; Lumbalpunktion: außer Druckerhöhung auf 300 negativ. Am Abend des gleichen Tages tetanieverdächtige Symptome: Trismus, Stridor, Pfötchenstellung der Finger. Exitus am folgenden Tage. Typische Wilsonleber. Gehirn makroskopisch intakt (beim Bruder große schwappende Erweichungsherde in beiden Stirnlappen bei negativem makroskopischen Befund in den zentralen Ganglien. Mikroskopisch kleinste Fettkörnchenzellenherde im Putamen; typische *Alzheimersche* große blasse Gliazellen. (Beim Bruder nur Erweichung in den Stirnlappen, in den zentralen Ganglien lediglich *Alzheimersche* Gliazellen.) (Ausführliche Publikation an anderer Stelle.)

c) Pathologisch-anatomischer Befund bei dem in der *Flechsigt*-schrift mitgeteilten Fall von Wilson-ähnlichem Krankheitsbild in einer Huntingtonfamilie. Vortragender hat bei Bruder und Schwester die anatomische Untersuchung ausführen können. Beide zeigen in den zentralen Ganglien den für *Huntingtonsche* Chorea typischen Befund, bei der Schwester, die das Wilson-ähnliche Bild geboten hatte, in viel stärkerem Maße; makroskopisch in beiden Fällen starke Abflachung des

Nucleus caudatus. Mikroskopisch bei dem Bruder (Huntingtonbild) Schwund zahlreicher kleiner Zellen, Gliawucherung; bei der Schwester Schwund fast sämtlicher Nervenzellen überhaupt in Putamen und Nucleus caudatus; auch große Zellen fast bis auf ganz vereinzelte, degenerativ veränderte Exemplare geschwunden; sehr starke Gliawucherung. (Ausführliche Publikation an anderer Stelle.) (Eigenbericht.)

2. *Kufs* (Leipzig-Dösen): „Über die histochemischen Grundlagen der Darstellung der *Spirochaeta pallida* im Gefrier-, Celloidin- und Paraffinschnitt nach *Kanzler* und eine brauchbare Modifikation dieser Methode von *Kufs*.“

Eine Methode, die Spirochäten im Gefrier- bzw. Celloidinschnitt des Gehirns zu färben, ist deshalb so wertvoll, weil sie ermöglicht, die histopathologischen Veränderungen mit der Spirochätenaussaat zu vergleichen. Eine derartige Methode hat der Laboratoriumsgehilfe des Dösender neuropathologischen Laboratoriums *Kanzler* ausgearbeitet, die von der Hortegazellfärbung abgeleitet ist. Sehr gut eignet sich für diese Methode frisches Material, das in der Bromammonium-Formalinlösung fixiert worden ist. Am besten verbindet man die Untersuchung des paralytischen Gehirns auf Spirochäten mit der Mikrogliafärbung nach *Hortega*, weil die gleichen Lösungen benutzt werden. Die ersten Manipulationen mit den Gefrierschnitten schließen sich eng an das *Jahnelsche* Verfahren der Darstellung der Spirochäten im Gewebstück an (Pyridin, Uran). Die mit Silber (1,5% Arg. nitric.-Lösung) imprägnierten Schnitte werden wenige Sekunden in die Silbersoda-Ammoniaklösung *Hortegas* eingetaucht und in 5–10% Formalinlösung in wenigen Sekunden entwickelt. Bei dem Versuche, das *Kanzlersche* Verfahren für die Allgemeinpathologie zu verwenden (*Kufs*), wurde festgestellt, daß bei Organen von *Lues congenita* die Vorbehandlung der Schnitte mit Uran vor der Übertragung in die Silberlösung ebenso notwendig ist wie bei Schnitten aus dem Zentralnervensystem. Eine Arbeit amerikanischer Autoren über die Verwendung der ammoniakalischen Silberlösungen in der Neuropathologie bildete die Grundlage für die Erklärung der histochemischen Vorgänge bei der *Kanzlerschen* Methode und für die Ausarbeitung einer neuen, auch für älteres Material recht gut brauchbaren Methode der Imprägnation der Spirochäten im paralytischen Gehirn (*Kufs*). Bezüglich der genauen Vorschriften für die Ausführung dieser Methoden wird darauf hingewiesen, daß 2 ausführliche Veröffentlichungen in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie erscheinen. (Eigenbericht.)

Aussprache.

Hauptmann (Halle): Ich beglückwünsche Herrn *Kufs* zu seiner Methode, die mir für die Erforschung der Beziehungen der Spirochäten-

ausbreitung zu den syphilogenen Gewebsveränderungen von größter Bedeutung zu sein scheint. Denn ohne eine sicher wirkende Darstellungsmethode der Spirochäten im Schnittpräparat sind wir nicht in der Lage, hierüber etwas Gültiges auszusagen. Die bisher bekannten Methoden sind aber, wie ich aus eigener Erfahrung weiß, unzuverlässig und liefern keine sauberen Präparate. (Eigenbericht.)

3. *Johannes* (Leipzig): „Zur Physiologie des Thalamus beim Kaltblüter.“

Als Ursache für die uneinheitliche Vielseitigkeit der Symptome im Tierversuch bei Thalamuszerstörung wird vermutet, daß der sensible Thalamus nicht einzelnen Funktionen vorsteht, sondern die Zusammenordnung vieler Sinnesfunktionen besorgt, also ein Zentrum der Koordination der Sensibilität ist. Am Frosch läßt sich mit der Methode der Reizkombination nach *Merzbacher* zeigen, daß sich die Koordination verschiedener Sinnesgebiete durch Thalamuszerstörung in entscheidender Weise stören läßt. Es fällt nämlich z. B. der verstärkende Einfluß eines Schallreizes auf eine von der Haut ausgelöste Reaktion absolut aus. Nach Wegräumung des Thalamus werden also akustische und sensible Reize nicht mehr zu *einer* bestimmten Funktion zusammengefaßt.

(Eigenbericht.)

Aussprache.

Pfeifer (Nietleben): Bei experimentellen Untersuchungen, die ich vor einer Reihe von Jahren in *Horsleys* Institut in London an Affen und Katzen vornahm, wobei mit einer bipolaren Glasnadel elektrolytische Läsionen in den verschiedenen Sehhügelkernen gesetzt wurden, ergab sich, daß sensible Ausfallserscheinungen dadurch nicht hervorgerufen wurden.

Die Untersuchungen des Herrn Vortragenden bei Fröschen stehen hiermit insofern im Einklang, als er ja auch rein sensible Störungen nicht nachweisen konnte. Seine Annahme, daß im Sehhügel eine höhere Koordination verschiedener sensibler Qualitäten, z. B. des Gefühls und Gehörs, zustande kommt, bedarf noch weiterer Bestätigung auch bei höheren Tieren. (Eigenbericht.)

Nießl v. Mayendorf (Leipzig): Die Befunde der menschlichen Pathologie stimmen vollkommen mit den Ergebnissen der Experimente *Horsleys*, welche *Pfeifer* erwähnt hat, überein. Recht umfangreiche Thalamusherde können ohne jedes Symptom intra vitam vorhanden sein. Nur wenn diese in der Nähe der langen Bahnen der Schleife oder Pyramide sich befinden, machen sie sich durch klinische Symptome bemerkbar. Man darf aber aus der Abwesenheit von Herderscheinungen noch nicht auf die Existenz eines Koordinationszentrums schließen. Der Frosch erscheint nur wenig geeignet, Störungen der Koordination zu beweisen.

(Eigenbericht.)

4. Scholz (Leipzig): „Genuine Epilepsie und Hirnprozeß.“

Der Nachweis eines selbständigen Hirnprozesses bei der sog. genuine Epilepsie läßt sich aus den seither beigebrachten anatomischen Befunden nicht führen. Insbesondere ist der Beweis für einen prozeßhaften Untergang nervösen Gewebes in erscheinungsfreien Zeiten nicht erbracht. *Spielmeyer* hat gezeigt, daß die markantesten und konstantesten Befunde (Ammonshornsklerose, Kleinhirnveränderungen) auf präparoxysmale angiospastische Ischämien zurückzuführen sind. Die übrigen, ihrer Art nach als narbig anzusprechenden chronischen Veränderungen sowie die akuten Veränderungen, die sich nach gehäuftem Auftreten epileptischer Erscheinungen im Gehirn vorfinden, widersprechen an sich einem ähnlichen oder gleichen Entstehungsmodus nicht. Ohne weiteres als vasogen erkennbare herdförmige Veränderungen in der Großhirnrinde gehören zwar nicht zu den regelmäßigen Befunden, kommen aber, wie bereits *Alzheimer* gezeigt hat, doch nicht so selten vor. Zudem finden sich bei längerer Dauer der Krankheit schließlich doch auch materielle Veränderungen an den Rindengefäßen (adventitielle Wucherungen, *Weber, Alzheimer*), deren Mitwirkung an den bleibenden Hirnveränderungen — möge man sie sich mechanisch oder funktionell denken — nicht außer Betracht bleiben darf. Gegen die Notwendigkeit der Annahme eines selbständigen Hirnprozesses für das Zustandekommen der in Frage stehenden, bisher als prozeßbedingt angesehenen Veränderungen (Randsklerose mit den dazugehörigen nervösen Ausfällen) sprechen jedenfalls Befunde wie der von *Volland*, der auch bei einem alten Falle von traumatischer Epilepsie eine über das ganze Gehirn verbreitete Randgliose festgestellt hat. Die Untersuchung von traumatischen Epilepsien auf die gleichen akuten und chronischen Veränderungen wie bei der genuine Epilepsie verspricht vorläufig mehr Erfolg bei der Klärung der Frage, als der oft versuchte, sehr diffizile und in den meisten Fällen anzweifelhafte Nachweis eines progredienten Prozesses in intervallären Zeiten.

(Eigenbericht.)

Aussprache.

Guttmann (Hamburg): Redner demonstriert im Diapositiv den histologischen Befund eines von ihm operierten Falles lokaler Epilepsie (präzentrales Augenfeld links). Es fand sich hier im excidierten Rindenstück eine schwere Randgliose (Makroglia), die aber nicht, wie bisher beschrieben wurde, diffusen Charakter hat, sondern inselförmig auftritt, und zwar wechselt ziemlich regelmäßig ein gliotischer Bezirk mit einem normalen ab. *Guttmann* hält zum schönen Gelingen eines Cajalpräparates, wie er es demonstriert, das sofortige Einlegen des excidierten Stückes in die *Cajalsche* Lösung für unerläßlich. Vor allem darf es nicht in Formol vorfixiert werden.

(Eigenbericht.)

Schob (Dresden) weist darauf hin, daß angiospastische Vorgänge auch für das Fortschreiten der anatomischen Veränderungen bei gewissen Formen lobärer Sklerose (Hemiatrophie) verantwortlich gemacht werden.
(Eigenbericht.)

5. *Grund* (Halle): „Psychologische Grundlagen der Anamnese.“

Definition der Anamnese als das Wissen des Patienten von seiner Krankheit. Dieses wird erworben durch Empfindungen, teils in Form unmittelbarer Krankheitsempfindungen, teils in Form indirekter Krankheitsbeobachtungen. In beiden Fällen spielen Urteilstvorgänge eine wichtige Rolle; bei den unmittelbaren Krankheitsempfindungen besonders der Vergleich mit den normalen Spontanempfindungen des Körpers, bei den Krankheitsbeobachtungen der Vergleich mit den Vorstellungen, die der Kranke von der normalen Beschaffenheit seines Körpers hat. Bei der Anamnese aus der Vergangenheit sind wichtig: der Einfluß der Aufmerksamkeit auf die Entstehung und zeitliche Dauer von Erinnerungsbildern; die mangelhafte Reproduzierbarkeit der unmittelbaren Krankheitsempfindungen aus dem Gedächtnis, wofür die Erinnerung an die Begleitumstände eintritt; der mangelhafte Zeitwert der Erinnerungsbilder, der durch logische Schlüsse ersetzt wird. Erinnerungsbilder jeder Art werden in kurzer Zeit zu komplexen Erinnerungsvorstellungen verarbeitet, die bei der Erhebung der Anamnese in ihre Komponenten zerlegt werden müssen.
(Eigenbericht.)

Aussprache.

Löwenthal (Braunschweig) wünscht von Zeit zu Zeit intensive Anleitung der angehenden Ärzte zu einer sachgemäßen Anamnese und weiterhin immer neue Wiederholung der Anamnese bei Gehirnkranken nach dem Muster der amerikanischen Klinik (*Cushing*).
(Eigenbericht.)

Heyse (Bernburg) weist auf die Umgestaltung der Erinnerung bei den Kranken hin, die einesteils darauf beruht, daß wir alle für außergewöhnliche Ereignisse eine bestimmte Ursache suchen, die dann oft genug tatsächlich nur eine nebensächliche Bedeutung hat, andernteils darauf, daß sich Begehrungsvorstellungen eindringen.
(Eigenbericht.)

Grünbaum (Eisenach).

6. *Jung* (Stadtroda): „Klages' Stellung zum Hysterieproblem.“

Vortragender geht aus von dem Gegensatz von Seele und Geist. Die Lebenseinheit des ursprünglichen Menschen ist die polargegliederte Einheit von Seele und Leib. Das Leben spielt sich triebhaft ab und wird geleitet durch die Zugkraft der Bilder der Welt. Die Seele ist der Sinn der Leibeserscheinung, der Leib ist die Erscheinung der Seele, Ausdrucksdrang und Ausdrucksvermögen, Gestaltungsdrang und Gestaltungskraft gehen ursprünglich einander parallel. Durch den Einbruch des lebens-

fremden Geistes (Wille, Denken, Bewußtsein) entsteht das Ich als neues Zentrum. Zwischen Leben und Geist besteht ein ständiger Kampf (Selbsterhaltungstrieb und Selbsthingebungstrieb). Das Wesen der psychopathischen, speziell hysterischen Persönlichkeit besteht in einer Loslösung von der Triebsschicht, einem krankhaften Wuchern des Geistes und damit in einer Verarmung an Gestaltungskraft. An Stelle des Gestaltungsdranges tritt der Darstellungsdrang. Es kommt zu einem „Rückschlag des Darstellungsdranges gegen das Gefühl der Lebensohnmacht“, zu „unaufheblichen und lebensnotwendigen Selbsttäuschungen“. An den Beispielen der *Pseudologia phantastica*, der *moral insanity*, der Gruppe der Fanatiker wird dies näher ausgeführt. Die psychopathischen Typen der klinischen Psychiatrie stellen nur Scheintypen, „Haltungsanlagen“ dar. Wenn sie auch in der Praxis vorläufig nicht zu entbehren sind, so ist doch das Wesentliche, auf welchen individuellen Charakter die Grundstörung trifft. Eine charakterologische Analyse ist daher unumgängliches Erfordernis, wozu die Charakterologie von *Klages* das beste Rüstzeug bietet. (Eigenbericht.)

Aussprache.

Boening (Jena).

7. *Quensel* (Leipzig): „Zur Beurteilung der Unfallneurosen.“

Wenn ich heute das Problem der Beurteilung der Unfallneurosen noch einmal aufrolle, so geschieht es, weil in letzter Zeit von den verschiedensten Seiten (*Aschaffenburg, Eliasberg, Horn, Levy-Suhl, Meyer-Köppern, Mörchen, Serog*) lebhaft gegen die R.V.A.-Entscheidung vom 24. 9. 26 Einspruch erhoben ist.

Ich übergehe die Einwände, die sich lediglich auf direkte Verkennung, Fehldiagnosen und Mißverständnisse beziehen. Diese äußerlichen Schwierigkeiten lassen sich durch Sorgfalt, größere Erfahrung und im Streitverfahren wohl überwinden.

Die grundsätzlichen Einwände lassen sich kurz in folgender Weise charakterisieren und beantworten.

Widerspruch erhebt sich gegen die Anschauung, die Unfallneurose ist überhaupt keine Krankheit. Daß der Unfallneurotiker oft, vielleicht meist, ein Kranker ist, ist ohne weiteres zuzugeben. Eine einheitliche, selbständige, biologisch verständliche Krankheit „Unfallneurose“ existiert aber noch viel weniger, als eine „Hysterie“. Was den einheitlichen Charakter der im einzelnen sehr verschiedenen Fälle ausmacht, ist tatsächlich nur eine bestimmte normalpsychologisch verständliche Reaktion, eine besondere Verhaltensweise.

Art und Erklärung dieser Reaktion sind umstritten. Durch Begierungsvorstellungen und Rentenwünsche allein wird die abnorme Verhaltensweise nicht völlig erklärt. In der Tat ist die Reaktion in ihrer Ausgestaltung und ihren Elementen oft sehr komplex, individuell

verschieden, allgemein-gedankliche Einstellung, Gefühlsregungen, Situationsanpassungen aller Art spielen mit. Tatsächlich wird aber doch durch das Bewußtsein des Versichertseins und seiner Vorteile, wenn auch oft auf Umwegen, das Auftreten der Unfallreaktion und ihre besondere Form, wenn auch nicht allein, so doch wesentlich und in erster Linie, bestimmt. Daß diese normalpsychologische Einschaltung zwischen Unfall und Neurose als Unterbrechung des wirklich ursächlichen und biologischen Zusammenhanges und damit der Entschädigungspflicht gewertet wird, kann der Arzt nur begrüßen.

Die Prädisposition als weiteres bestimmendes Moment für die besondere Reaktion schließt an sich den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Neurose nicht aus, ist vielmehr mit zu berücksichtigen, außer da, wo sie auch ohne den Unfall bei beliebiger anderer Gelegenheit zu gleicher Reaktionsweise führen würde. Sie kann unter Umständen den rein psychischen Einfluß des Unfallvorganges in besonderen, seltenen Fällen geradezu zum biologisch wirksamen Moment in der Entstehung einer Neurose erheben. Dies kommt aber nur in Frage, wo gerade das Unfallerlebnis das einzigartige und für diesen Fall inhaltlich und für die Entwicklung bestimmende Schlüsselerlebnis bildet. Der Nachweis muß aber in strikter Weise geführt werden. Ein harmloses Erlebnis, das in geradezu allgemeingültiger Weise bei einem beliebigen Menschen entgegen der sonstigen allgemeinen ärztlichen Erfahrung fixierte Gewohnheiten und hysterische Produktionen hervorruft, kann auf diese Sonderstellung keinen Anspruch erheben, sie gilt fast nur für psychische Zwangsvorgänge.

Bei der Mehrzahl der psychogenen, reaktiven Erscheinungen der Unfallneurosen bedarf diese Natur durchaus keines besonders schwierigen Nachweises. Sie ergibt sich aus der Massenhaftigkeit und Regelmäßigkeit der Erfahrung und bei der praktisch psychologischen Exploration der Kranken. Ebenso wie für den Nachweis muß auch für die Ablehnung des ursächlichen Zusammenhanges die überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend erachtet werden, und man kann einen einwandfrei sicheren Beweis nicht verlangen. Man wird sich gewiß vor einem allzu rigorosen Vorgehen hüten, ebensowenig ist aber auch eine allzu ängstliche und weichherzige Auffassung am Platze.

Die Erfahrungen bei der Behandlung der Unfallneurosen lassen sich als Beweis für die wirklich krankhafte Natur ihrer Erscheinungen im allgemeinen nicht heranziehen. Heilung durch ärztliche psychische Behandlung ist ganz ungewöhnlich und meist in Wahrheit ebenfalls durch äußere Verhältnisse bestimmt. Letztere sind unbedingt ausschlaggebend. Der Erfolg der rechtlichen Erledigung kann nicht bestritten werden, wenn auch vereinzelte abweichende Fälle vorkommen, für die man aber auch nicht den Unfall als solchen verantwortlich machen kann. Die Stellung des behandelnden Arztes zu seinem Kranken muß notwendigerweise eine ganz andere sein, als die des Gutachters. Er tut aber dann

zur Erhaltung seines therapeutischen Einflusses besser, auf die gutachtliche Tätigkeit beim Unfallneurotiker ganz zu verzichten oder aber er muß die Behandlung wenigstens für die Mehrzahl der Fälle aufgeben.

Gegenüber der grundsätzlichen Stellung *Hoches*, welcher die Auslegung des geltenden Gesetzes als Kampfmittel gegen die Unfallneurose unbedingt ablehnt, ist zu erwidern: ob eine Gesetzesänderung tatsächlich von durchschlagendem Erfolge sein würde, ist für alle bisher gemachten Vorschläge zweifelhaft. Daß sie in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, steht vollkommen fest.

Auslegung bestehender Gesetzesvorschriften in Anpassung an den Wechsel und Fortschritt der psychiatrischen Erkenntnis ist durchaus gangbar und wird auch heute schon bei der Anwendung des § 51 R.St.G.B. regelmäßig angewendet. Den forensischen psychogenen Reaktionen versagt man durchaus nicht die Anerkennung als Krankheitsäußerungen und behandelt sie dementsprechend, dagegen wird ihnen die Erreichung ihres eigentlichen Zweckes ebenso regelmäßig versagt. Das Verhalten gegenüber den Unfallneurosen ist, soweit nicht bloße Simulation vorliegt, ein vollkommen paralleles. Als Krankheitsäußerungen verweisen wir dieselben an die Krankenversicherung, äußerstenfalls an die Invalidenversicherung. Wir versagen ihnen aber den eigentlichen Zweck, die Erlangung der Unfallrente. Rechtliche Bedenken dagegen bestehen in keiner Weise.

Nicht nur auf Grund der wissenschaftlichen Überzeugung, sondern vor allem auch auf Grund der außerordentlich günstigen Erfahrungen muß man die Rekursentscheidung vom 24. September 1926 bei vorsichtiger und gewissenhafter Anwendung als eine auch für die Neurotiker selber äußerst segensreiche Errungenschaft bezeichnen.

(Eigenbericht.)

Aussprache.

Nießl v. Mayendorf (Leipzig): Wir können durch ein Gesetz die Unfallneurose nicht ohne weiteres aus der Welt schaffen. Man darf nicht *schablonenhaft jede* Unfallneurose als eine psychogene Reaktion auffassen. Es gibt zweifellos auch Simulanten und Aggravateure, aber es gibt auch wirkliche Neurotiker. Der Gutachter muß *unbefangen* an den Unfallkranken herangehen und nicht durch bestimmte gesetzliche Bestimmungen oder Auslegungen von solchen nach einer Richtung hin beeinflusst werden. Der Gutachter hört sonst aus dem Unfallkranken das heraus, was er heraushören will. Wenn ein Rentenneurotiker keine Rentenansprüche mehr stellt, weil er sich keinen Erfolg verspricht, so ist er noch lange nicht geheilt. Ich glaube daher doch, daß das Gesetz verbesserungsbedürftig wäre.

(Eigenbericht.)

Loewenthal (Braunschweig) erkennt den Segen der Richtlinien für die Allgemeinheit an, soweit es sich um Rentensucht handelt. Dabei kommen aber sicher die Kommotionsneurosen und die wenigen echten

traumatischen Neurosen im Sinne *Oppenheims* zu kurz; er weist in Analogie auf die traumatischen Neuralgien nach Extremitätenverletzungen hin, die auch noch bei Vollrente und Verstümmelungszulagen bestehen bleiben können. (Eigenbericht.)

Schröder (Leipzig): Die Neuauslegung, welche in der Rekursentscheidung des R.V.A. enthalten ist, hat zum Gegenstand lediglich die Frage, ob und wieweit „neurotische“ Störungen als *Unfallfolgen* anzuerkennen seien, nicht, ob die Störungen krankhaft oder eine Krankheit sind; darüber sind wir uns noch sehr viel weniger einig und darüber fehlt es erst recht an einer Stellungnahme der obersten Spruchbehörde.

Die Neuauslegung sucht aufzuräumen mit den uns genügend bekannten leidigen Folgen der alten Auslegung, die schließlich nicht mehr haltbar war.

Widersprechende Überlegungen und Zweifel an der formalen und wissenschaftlich-ärztlichen Berechtigung der neuen Auslegung vorzubringen, ist gewiß nicht schwer. Sie schaden schwer, weil sie die geschlossene Front stören, bevor die neue Auslegung ihre größere praktische Berechtigung bzw. Nichtberechtigung hat nachweisen können.

(Eigenbericht.)

Forster (Greifswald): Es soll nicht auf die Hysteriefrage eingegangen werden. Da aber *Hoche* erwähnt wurde, der die Ansicht, die Hysterie stelle eine an sich gesunde Reaktion dar, kritisierte, so möchte Vortragender, der diese Ansicht zuerst und am schärfsten ausgesprochen hat, hierzu doch Stellung nehmen. Es entstehen viele Mißverständnisse in dieser Frage, weil nicht klar genug definiert wird. Bei der hysterischen Reaktion handelt es sich um etwas Ähnliches, als wenn ich bei einem Patienten, der äußerlich korrekt aussieht, schmutzige Füße feststelle. Das bedeutet keine Krankheit, aber ich werde es doch verwerten zur Beurteilung. Dieser Befund enthebt mich auch nicht der Untersuchung. So auch die hysterische Reaktion. Wenn ich sie feststelle, und zwar auf positivem Wege, indem ich nachweise, daß der Patient auf seine Umgebung den bestimmten Eindruck machen will, krank zu sein, obwohl eine solche Krankheit, wie er sie vorführt, tatsächlich nicht vorhanden ist, so nehme ich diese Reaktion zur Kenntnis, muß den Patienten aber auf andere körperliche und auch psychische Symptome trotzdem genau untersuchen und etwaige psychische Krankheitssymptome genau feststellen und benennen. Aus diesem Grunde ist auch nur der neurologisch und psychiatrisch ausgebildete Arzt instande, die Hysterie zu diagnostizieren und zu behandeln, denn nur er kann diagnostizieren, daß neben der hysterischen Reaktion auch noch eine bestimmte Psychopathie, eine hypochondrische, paranoische Reaktion oder auch eine leichte Benommenheit irgendwelcher Art, eine Demenz oder eine beginnende Dementia praecox vorliegt. Zu sagen, es handelt sich um einen hysterischen Psychopathen, ist immer falsch. Es muß genau diagnostiziert werden, welche Art von Psychopathie neben der Hysterie in jedem einzelnen Falle vorliegt. Von einer Heilung der

Hysterie zu sprechen, ist immer falsch. Die Hysterie ist keine Krankheit und kann also auch nicht geheilt werden. Die hysterische Reaktion kann und muß aber durch Beeinflussung und Erziehung beseitigt werden. Für eine hysterische Reaktion Rente zu bewilligen, ist ebenso falsch, als ob man einen schlecht erzogenen Menschen durch Bewilligung einer Rente gesellschaftsfähig machen wollte. (Eigenbericht.)

Runge (Chemnitz) stimmt dem Vortragenden zu. Die Gefahr, daß die Anschauungen der praktischen Ärzte über diese Fragen noch weiter in einem für die praktische Lösung dieser Dinge sehr ungünstigen Sinne durch die Stimmen, die sich gegen die jetzt übliche Praxis wenden, beeinflußt werden, ist eine sehr große. Die Neigung der Ärzte, den Kranken jeden Zusammenhang mit Unfällen zu bescheinigen, ist schon jetzt allzu groß und wirkt fördernd auf die Entwicklung von „Unfallneurotikern“. Dagegen möchte Ref. für eine Änderung der Gesetze in dem Sinne der Regelung bei den Privatversicherungsgesellschaften eintreten, daß funktionelle Unfallfolgen nicht entschädigungspflichtig sind, und zwar um die Stellung der Gutachter zu stärken und den heute nicht selten auftretenden Umstand, daß sie gegenüber den Verwandten in eine scheinbar schiefe Lage kommen, zu vermeiden. (Eigenbericht.)

8. *Forster* (Greifswald): „Beiträge zur Paralyseforschung.“

Vortragender hat seine Versuche aus dem Jahre 1913, die die Frage klären sollten, inwieweit die Paralyse spirochäte infektiös ist, fortgesetzt. Es wurden 59 Hirnpunktionen ausgeführt. Bei diesen wurden in 37 Fällen Spirochäten gefunden und in 22 nicht. Tierimpfungen blieben immer negativ. Auch ein geimpfter Affe zeigte keine manifesten Syphilissymptome. Ein Kontrollaffe, der mit Material von einem Primäraffekt geimpft worden war von einem schon behandelten Manne, in dessen Sekret Spirochäten nicht mehr nachweisbar waren, wurde syphilitisch krank. Ebenso ein anderer Affe, der mit dem Sekret des Primäraffektes der Frau, an dem der vorher erwähnte Mann sich infiziert hatte, geimpft worden war. Dieser letztere Impfstoff war noch spirochätenhaltig.

Es wurden auch Züchtungsversuche der Paralyse spirochäten gemacht nach der Methode von *Reiter*, in deren Technik Prof. *Hahn*, Direktor des hygienischen Instituts, Berlin, Vortragenden freundlicherweise eingeweiht hatte. Es gelang nicht, Spirochäten zu züchten. Die Versuche erlauben natürlich noch kein abschließendes Urteil, um so mehr als die *Kolleschen* Erfahrungen über die Nuller die jetzt nachzuprüfende Möglichkeit ergeben, daß Versuchstiere trotz fehlender manifester Erscheinungen krank geworden sind.

Auch der Liquor der Paralyse wurde untersucht. Nach den Publikationen von *Wile*, die von *Schönfeld* nachgeprüft worden waren, schien die Möglichkeit zu bestehen, daß schon bei sekundär Luetischen ohne Nervensymptome Spirochäten im Liquor vorhanden sind. *Wile* nahm

an, daß die Spirochäten beim Zentrifugieren des Liquors vernichtet würden und wandte deshalb die *Alzheimersche* Methode zur Zelluntersuchung des Liquors an und fand auf diesem Wege Spirochäten resp. deren Schnitte. Da Vortragender bei der Kontrolle derartige spirochätenverdächtige Bruchstücke bei der *Alzheimerschen* Schnittmethode auch bei *Dementia praecox*-Fällen gefunden hatte, mußte die Frage des Vorkommens der Spirochäten im Liquor erneut nachgeprüft werden. Es wurde deshalb zunächst untersucht, ob die Spirochäten tatsächlich beim Zentrifugieren zugrunde gehen. Nach der Technik von *O. Foerster* (Ablassen des Liquors, Luft nachfüllen) wurde bei einem Patienten mit *Dementia praecox* 60 ccm Liquor entnommen und Spirochäten eines Truffi-Kaninchens in einem Tropfen zugefügt. Nach dem Zentrifugieren fanden sich massenhaft Spirochäten lebend im Dunkelfeld. Es konnte also auf die *Alzheimersche* Methode verzichtet werden. Bei mehreren Paralytikern wurde nun ebenfalls dieselbe große Liquormenge zentrifugiert, es konnte aber nur in einem Falle bei einem Patienten, bei dem durch Hirnpunktion rechts und links im Stirnhirn Spirochäten nachgewiesen worden waren, eine Spirochäte gefunden werden.

Dem Zellgehalt der Paralytiker wurde auch Aufmerksamkeit geschenkt. Mittels der vom Verfasser angegebenen Methode des Serumzusatzes zum Liquor zeigte sich, daß bei unbehandelten Paralysen ein großer Zellreichtum verschiedener Zellarten vorliegt: Lymphocyten, Leukocyten, sehr viel kleine, mittlere und große Plasmazellen, degenerierte mesodermale Zellen und noch verschiedene Zellen, die noch nicht genau bestimmt werden konnten. Bei mit Malaria behandelten Paralysen änderte sich regelmäßig das Zellbild. Es wurden fast nurmehr mittlere und kleine Plasmazellen gefunden, am Ende der Kur oft nur Lymphocyten. Das Schwinden der Plasmazellen zeigt sich ebenfalls bei syphilitischen Prozessen des Zentralnervensystems, wenn die Syphilis mit Salvarsan behandelt wird. Die Veränderung der Liquorzellen in dem Sinne, daß zunächst nur Plasmazellen und wenig Lymphocyten auftreten und dann nur Lymphocyten übrig bleiben, entspricht zweifellos einem Heilungsvorgang. Um zu zeigen, wie gut die angewandte Methode gestattet, Zellbilder zu beurteilen, demonstrierte Vortragender farbige Mikrophotogramme (Agfa-Platten) von behandelten und nicht behandelten Paralysen und zum Vergleich auch die Photographie eines Liquorzellbildes von einem Hypophysistumor. Darin waren die Tumorzellen deutlich zu erkennen. (Eigenbericht.)

9. *Stieda* (Halle): „Zur operativen Behandlung der Kleinhirn-Brückenwinkel-Tumoren.“ (Mit Vorweisung eines operierten Falles.)

Bei der kurzen Besprechung der bei jedem Kleinhirn-Brückenwinkel-Tumor auftretenden Symptome, die neben Allgemeinerscheinungen in Herdsymptomen (Störung an den dort austretenden Nerven 5, 7, 8)

und Nachbarschaftsbeteiligung bestehen, wird auf die für die Diagnose besonders verwertbare sog. *Oppenheimsche Trias* (halbseitige Acusticusaffektion, einseitige Blicklähmung und Areflexie der Cornea) hingewiesen.

Dieser Symptomenkomplex fand sich auch in den beiden Fällen, über die der Vortragende berichtet.

Fall 1: 53jährige Patientin der Universitätsnervenklinik mit einer seit über 6 Jahren allmählich bis zur Taubheit zunehmenden Verminderung des Hörvermögens rechts, konjugierter Blicklähmung nach rechts, starkem Nystagmus, Stauungspapille beiderseits (5 D. Prominenz), Untererregbarkeit des N. vestibularis, Areflexie der Cornea und Hypästhesie im Gesicht rechts, Facialisparese rechts, Gaumensegel rechts weniger gespannt als links, schwankender Gang, Fallneigung nach rechts, starke Kopfschmerzen. Also betroffen: N. 2, 5, 6, 7, 8.

Operiert wurde in Lokalanästhesie nach der *Krauseschen* Methode von der hinteren Schädelgrube aus mit Fortnahme des Knochens. Es handelte sich um einen etwa kleinwalnußgroßen (mikroskopisch als Neurofibrom anzusprechenden) Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels mit einer dahinter gelegenen etwa ebenso großen, abgeschnürten Ausbuchtung der Cisterna pontis. Der Tumor war derb und wurde nach dem Vorgang von *Cushing* aus der umgebenden blutreichen Kapsel herausgelöffelt, ein Zapfen aus dem Meatus acusticus int. entfernt. Naht der Dura. Zurücklegen des Hautmuskellappens mit Verschuß der Wunde. Im Verlauf der sonst glatten Heilung vorübergehende Liquorfistel. $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Operation: außer wesentlicher Besserung des Allgemeinbefindens (keine Kopfschmerzen mehr, Gehen ohne Stock möglich) Rückgang der Stauungspapille (Prominenz r. 3 D., links 1 D.), noch leichte Facialisparese rechts.

Fall 2. Bei der 51jährigen Patientin, Arztfrau (von Dr. *Seeligmüller* überwiesen), handelte es sich um einen Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel, der nicht von dem Gehirn selbst oder den dort austretenden Nerven, sondern von der Dura des Felsenbeins ausging. Die Exstirpation der hühnereigroßen Geschwulst war nicht möglich. Die Palliativtrepanation in der hinteren Schädelgrube brachte vorübergehende Erleichterung. Die Patientin erlag 16 Tage nach der Operation einer Lungenkomplikation. Der Tumor erwies sich als ein Endotheliom mit auffallend starker Gefäßentwicklung und reichlichen Kolloideinschlüssen¹.

Vortragender hebt die Vorteile des Operierens vom Hinterhaupt her gegenüber den vor einiger Zeit empfohlenen translabyrinthären Wegen hervor. Der Knochen kann ohne Schaden geopfert werden. Die Statistik ergibt noch ein trübes Bild: *Krause*, der wohl über die größte Zahl eigener Operationen verfügt, hat etwa 60% Mortalität und *v. Eiselsberg* berichtet in seinem Referat auf dem Chirurgenkongreß 1926 von etwa 75%. So

¹ Veröffentlicht in der Festschrift für *Gabriel Anton* (J. Psychiatr. u. Neur. 37, 1928).

groß also auch die Verantwortung bei der Operation der Kleinhirn-Brückenwinkel-Tumoren ist, so muß sie doch immer wieder gewagt werden. (Eigenbericht.)

Aussprache.

Quensel (Leipzig): In einem Falle unserer Beobachtung hatte man sich von anderer Seite sehr auf dieluetische Natur festgelegt, weil der Otologe die stärkere Affektion des Vestibularis als Beweis für Lues mit großer Bestimmtheit aufgeführt hatte. Das stimmt auch nach der allgemeinen Erfahrung keineswegs. Interessant war ein Fall, wo der Kleinhirn-Brückenwinkel-Tumor sekundär auftrat nach einem als traumatisch anerkannten Neurofibrom am Rückenmark. (Eigenbericht.)

Berger (Jena) hebt hervor, daß Herr *Gulecke* (Jena) in allen Fällen von Tumoren der hinteren Schädelgrube den Knochen über *beiden* Kleinhirnlappen bis ins Foramen magnum hinein wegnimmt. Die Resultate sind viel besser geworden. (Eigenbericht.)

Eskuchen (Zwickau): Die Erfolge der operativen Behandlung der Hirntumoren stehen in keinem Verhältnis zum Fortschritt der Diagnostik. Die vorzüglichen Resultate der Amerikaner sind zu einem erheblichen Teil dem Vorhandensein von Neurochirurgen zuzuschreiben. Diese fehlen bei uns fast ganz. Ein zweiter Grund für die mäßigen therapeutischen Erfolge bei Hirntumoren ist der Umstand, daß diese Fälle vielfach zu spät zum Spezialisten geschickt werden, wo dann die Lokaldiagnose oft unmöglich und die Operation aussichtslos geworden ist.

(Eigenbericht.)

Guttmann (Hamburg) berichtet über die Operationstechnik bei Kleinhirn-Brückenwinkel-Tumoren und raumbeengenden Prozessen der hinteren Schädelgrube überhaupt, wie sie an der *O. Försterschen Klinik* üblich ist, und die sich im wesentlichen mit dem Vorgehen *Cushings* deckt. Es wird auch bei einseitigen Prozessen doppelseitig über dem Kleinhirn entlastet. Zur Herabsetzung des sehr starken Hirndrucks während der Operation, der sich bei der Operation durch das starke Herausdringen des Kleinhirns unangenehm bemerkbar macht, wird vorher eine Ventrikelpunktion vorgenommen und Liquor entfernt, da ja bekanntlich bei jedem Tumor der hinteren Schädelgrube ein sekundärer Hydrocephalus der Seitenventrikel und des 3. Ventrikels besteht, durch den der Hirndruck zum Teil bedingt ist. Die Punktionsnadel wurde in mehreren Fällen während der Operation im Ventrikel belassen, so daß dauernd etwas Liquor abtropfte. *Guttmann* fragt den Vortragenden, ob er evtl. ebenfalls mit dieser Methode Erfahrungen gesammelt hat.

(Eigenbericht.)

Mann (Dresden): Die Angaben des Herrn Vorredners, man müsse, wie in Jena, die ganze hintere Schädelgrube freilegen oder man müsse, wie in Breslau, vor der Operation die Seitenventrikel punktieren, sind

dahin richtig zu stellen, daß beide Forderungen von *Crushing* stammen. Des weiteren möchte ich betonen, daß die Diagnose der Kleinhirn-Brückenwinkel-Tumoren weder vom Neurologen noch Internisten allein gestellt werden könne. Es muß der Ohrenarzt gehört werden. Der Acusticus kann ganz intakt sein — aber der Vestibularis kann allein gestört sein. Zu dieser Feststellung ist nur der Otologe berufen. (Eigenbericht.)

10. *Budde* (Halle): „Über eine subcorticale Blutcyste in der Regio motorica.“

Vorstellung eines 32 jährigen Patienten, der im Januar 1927 mit typischen Jacksonanfällen erkrankte, die zuerst den linken Arm betrafen, später auf das Bein und zuletzt auch auf den Facialis übergingen. Gleichzeitig Störungen des Muskelgefühls und Lagesinnes. Sämtliche Luesreaktionen in Blut und Liquor negativ.

Diagnose: Fortschreitender Prozeß, wahrscheinlich Tumor, von subcorticalem Sitz in der Gegend der rechten vorderen und hinteren Zentralwindung.

Operation am 10. März 1927. Aufklappung eines großen Hautperiost-Knochenlappens über dem Herd. Dura intakt, geringe Hirnpulsation, Neigung zu Prolaps. Befund an den weichen Hirnhäuten und der Hirnoberfläche negativ. In 1½ cm Tiefe wird etwa 6 Wochen altes hämolytisches Blut punktiert. Beim Eingehen auf den Herd findet sich eine Blutcyste, die etwa 12 ccm faßt. Nach Entleerung sinkt der Hohlraum zusammen. Probeexcisionen wegen Tumorverdacht negativ. Schluß der Wunde durch Naht. Nach der Operation anfänglich linksseitige Hemiplegie, dann im Laufe von 6 Wochen Rückkehr aller Muskelfunktionen und der Tiefensensibilität. Nach der Operation völliges Sistieren der Jacksonanfälle. Ätiologisch kommt eine Granatsplitterverletzung aus dem Jahre 1916 an der Stirn in Frage, die aber sowohl unmittelbar nach der Verwundung, als auch späterhin keinerlei Erscheinungen gemacht hat. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wird infolgedessen auf Ruptur eines miliaren Aneurysmas gestellt, wie sie bei Jugendlichen an den Gefäßen des Hirnstammes öfters vorkommen. (Eigenbericht.)

II. Sitzung nachmittags 1½ Uhr (Vorsitzender: *Forster-Greifswald*).

11. *Eskuchen* (Zwickau): „Die stickstoffhaltigen Substanzen des Liquors und ihr Verhältnis zueinander sowie zu denen des Serums.“

Die stickstoffhaltigen Substanzen des Liquors sind zum Teil erst unvollkommen untersucht worden, vor allem aber ist meist nur ein Teil dieser Substanzen gleichzeitig bestimmt worden, so daß Gesamtanalysen der N-haltigen Substanzen fehlen. Sie sind jedoch notwendig, wenn man versuchen will, den Anteil dieser Stoffe am Rest-N-Gehalt aufzuklären.

Die nachstehenden Werte sind das Ergebnis einiger tausend Einzelanalysen und zahlreicher Gesamtanalysen.

Tabelle 1. *Normalwerte.*

in mg-%	Grenzwerte		Durchschnitt	
	Serum	Liquor	Serum	Liquor
Rest-N	23—35	17—19	30	18
Harnstoff-N	15—30	10—15	20	13
Harnsäure-N	1—2	0,2—0,4	1,5	0,3
Kreatinin- und Kreatin-N	0,7—1,3	0,5—0,8	1,0	0,6
Aminosäuren-N	4—6	1,5—3,0	5,0	2,5
Summa =			27,5	16,4
Residual-N			2,5	1,6

Wir sehen, daß zwischen der Summe des Stickstoffs der N-haltigen Substanzen (Harnstoff, Harnsäure, Kreatinin und Kreatin, Aminosäuren) und dem Rest-N eine Differenz bestehen bleibt; der Residual-N (in Frankreich wird als Residual-N die Differenz zwischen Rest-N und Harnstoff-N bezeichnet). Sie beträgt im Serum 2,5 mg-%, im Liquor

Tabelle 2. *Beispiel von 2 Analysen.*

	Normalfall		Urämie	
	Serum	Liquor	Serum	Liquor
Rest-N	29,5	18	207	170
Harnstoff-N	19,5	12,5	176	159
Harnsäure-N	1,6	0,4	4,8	2,2
Kreatinin- und Kreatin-N	1,1	0,8	12,0	5,0
Aminosäuren-N	5,4	2,8	10,6	2,05
Summa =	27,6	16,5	203,4	168,2
Residual-N	1,9	1,5	3,6	1,8

1,6 mg-%. Ob dieser Residual-N uns noch unbekannten N-haltigen Substanzen zukommt oder ob er durch die Fehlerquellen der Methoden bedingt ist, kann nicht entschieden werden. Für die zweite Möglichkeit spricht der Umstand, daß wir einzelne Gesamtanalysen aufweisen können, bei denen keine Differenz gegenüber dem Rest-N oder sogar ein kleiner Überschuß vorhanden ist. Andererseits ist es auffallend, daß bei Urämien mit ihren stark erhöhten Werten der Residual-N keine erhebliche Zunahme aufweist.

Das Verhältnis der N-haltigen Substanzen des Liquors zueinander und zu denen des Serums ist aus den Tabellen ersichtlich. Bei Anstieg der Werte unter pathologischen Verhältnissen pflegt sich der Unterschied

zwischen Liquor- und Serumspiegel zu verringern, er kann sich unter Umständen fast ganz ausgleichen (vgl. Harnsäure-N und Harnstoff-N).
(Eigenbericht.)

12. *von Rhoden* (Halle-Nietleben): „Über die diagnostische Bedeutung der Walterschen Permeabilitätsreaktion.“

Nach einleitenden Bemerkungen über Wesen und Methodik der Permeabilitätsreaktion werden an Hand von Tabellen und graphischen Darstellungen die Ergebnisse mitgeteilt, die sich auf über 1100 Untersuchungen an 700 größtenteils männlichen Insassen der Landesheilanstalt Nietleben beziehen. Das Ziel der Untersuchungen bestand in erster Linie darin, zu einem empirisch möglichst gut fundierten Urteil über die klinische Brauchbarkeit dieser neuen biologischen Untersuchungsmethode zu gelangen.

Die Befunde bestätigen in weitgehendem Maße die Ergebnisse hauptsächlich von *Walter* und *Hauptmann*. Während bei Normalen, Neurasthenikern, Hysterikern und Manisch-Depressiven die Permeabilität bei der weitaus größten Zahl der Fälle sich als normal erweist, treten die normalen Reaktionen bei Paralytikern und Schizophrenen ganz in den Hintergrund. Dafür zeigt der größte Teil der unbehandelten Paralytiker (91%) eine gesteigerte, der größte Teil der Schizophrenen (75%) eine herabgesetzte Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke. Dem Permeabilitätstypus der Schizophrenen nähern sich die Metencephalitiker, dem der Paralytiker die symptomatischen Psychosen. Die alkoholischen Psychosen verhalten sich verschieden, je nachdem Alkoholintoleranz vorliegt oder nicht. Diese geht größtenteils einher mit gesteigerter Permeabilität, für die Alkoholtoleranz charakteristisch ist die Herabsetzung der Durchlässigkeit. Malariabehandlung beeinflusst die Schrankenfunktion in dem Sinne, daß die Zahl der Fälle mit gesteigerter Permeabilität um mehr als die Hälfte abnimmt, die Zahl der Fälle mit normaler Permeabilität von 7% auf 43% steigt. Die Besserung der Paralyse ist in 50% von einer Besserung der Permeabilität begleitet. Zwischen Permeabilität und Konstitution bestehen keine eindeutigen Beziehungen. Ebensowenig läßt sich eine Abhängigkeit der Permeabilität vom Alter nachweisen. (Erscheint ausführlich a. a. O.) (Eigenbericht.)

Aussprache.

Hauptmann (Halle): Ich bin Herrn *von Rhoden* für seine Untersuchungen zu großem Dank verpflichtet, um so mehr, als sie in weitem Maße eine Bestätigung meiner Ergebnisse bringen, wegen welcher man mich, so weit sie die Schizophrenie betreffen, angegriffen hat. Gestützt auf die Untersuchungen *von Rhodens* und meine weiteren Befunde muß ich die Behauptung aufrecht erhalten, daß die *verminderte Permeabilität*

der Blut-Liquor-Schranke bei *Schizophrenie* außerordentlich häufig vorkommt. Nach den von mir angestellten Katamnesen darf ich annehmen, daß die Fälle, die mit einer gesteigerten Permeabilität einhergingen, keine wirklichen Schizophrenien waren, sondern nur schizophrene Zustandsbilder als Symptom einer andersartigen (exogen bedingten?) Psychose darstellten. Gewiß darf man die Permeabilitätsverhältnisse nicht geradlinig und einseitig für die Ätiologie der Psychosen verwerten, gemeinsam mit anderen Untersuchungsergebnissen aber wird man in ihnen wertvolle Handhaben für die Pathogenese und Differentialdiagnose erblicken dürfen. Mehr aber als bisher muß auf die Beeinflussung der Permeabilitätsverhältnisse durch *körperliche* Erkrankungen und Heilmittel (Schlafmittel) geachtet werden. (Eigenbericht.)

Ziegelroth (Halle-Nietleben): Nachuntersuchung und Beobachtung von als *Schizophrenie* eingelieferten Fällen mit *herabgesetzter* Permeabilität ergab auch bei uns sehr häufig, daß *nicht* Schizophrenie, sondern symptomatische Psychose oder gar Paralyse vorlag.

Die Technik der Methode ist nicht so einfach, wie vielfach angenommen wird, dagegen macht die Enteiweißung von Serum und Liquor keine Schwierigkeit. Bei Metencephalitis haben nach *Walter* (auch *Jacobi-Kolle*) 50% normale, 50% verminderte Permeabilität. Bei unserem kleinen Material fand sich bisher 59% verminderte, 29% normale, 12% erhöhte Permeabilität. (Eigenbericht.)

13. *Flügel* (Leipzig): „Traumatische Spätabcesse im Gehirn.“

Kurze Mitteilung von 2 Fällen von Hirnabscessen nach Schußverletzung des rechten Stirnlappens, vom Ort der Verletzung ausgehend. Im ersten Falle erfolgte 10 Jahre nach der Verwundung der Durchbruch des Abscesses, welcher infolge eitriger Meningitis schnell ad exitum führte. Im zweiten Jahre trat 15 Jahre nach der Verwundung eine Verschlimmerung des Zustandes auf. Der Absceß wurde diagnostiziert und operativ entfernt. Jetzt, 6 Wochen nach der Operation, anhaltendes Wohlbefinden.

Beide Fälle zeigten in ihrem Verhalten große Übereinstimmung. Es fand sich psychisch eine starke Reizbarkeit, daneben Initiativlosigkeit und Neigung zum Dösen. In Fall 1 kam noch eine Neigung zu reaktiven depressiven Verstimmungen hinzu, in Fall 2 zeitweise eine deutliche Witzelsucht. An körperlichen Zeichen fanden sich bei beiden Patienten Klagen über Kopfschmerzen und Anfälle von Bewußtlosigkeit mit Herumschlagen von Händen und Beinen, welche besonders nach Aufregungen auftraten. Neurologische Symptome waren sonst nicht vorhanden.

Bei Fall 1 waren etwa 2 Monate vor Absceßdurchbruch die Kopfschmerzen heftiger geworden, außerdem soll Patient seit dieser Zeit viel stiller geworden sein. Einmal wurde eine kurz dauernde Temperatur-

steigerung beobachtet. Patient suchte keine ärztliche Behandlung auf. Die Meningitis trat über Nacht ein.

Im Fall 2 bestand 7 Jahre nach der Verwundung ein vorübergehender Zustand von starken Kopfschmerzen und Lethargie. Bei der Lumbalpunktion fand sich leichte Druckerhöhung. Der Zustand besserte sich von selbst wieder. 15 Jahre nach der Verletzung trat ein ähnlicher Zustand ein. Hierauf wurde die Diagnose Hirnabsceß gestellt und durch Operation an der alten Verletzungsstelle ein etwa walnußgroßer Absceß entleert. Nach der Operation verschwanden die Kopfschmerzen und die Apathie; es trat jetzt ein witzelsüchtiges Bild deutlich hervor.

Beide Patienten waren allmählich bis auf 100% Rente gekommen. Fall 1 war wegen Suicidversuchen und Erregungszuständen nach geringen Alkoholmengen einige Male in klinischer Behandlung gewesen. Es wurde vermerkt, daß der Eindruck eines Rentenbegehrens bestand.

Es ließen sich durch die Analyse beider Fälle die zeitweise exacerbierenden Kopfschmerzen sowie die zeitweise Steigerung der Initiative-losigkeit bis zu einem apathischen Zustand als einzige Absceßsymptome, welche auch im Fall 2 zur Operation Anlaß gaben, herausarbeiten.
(Eigenbericht.)

Aussprache.

Grage (Chemnitz) berichtet über einen Fall von traumatischem Spätabsceß des rechten hinteren Stirnhirns (operativ und autopsisch kontrolliert), der weniger durch die lange Latenzzeit von 10 Jahren, als dadurch bemerkenswert ist, daß der Absceß sich auf dem einfachen lateralen Röntgenogramm des Schädels plastisch abzeichnete. Entsprechend dem Röntgenogramm wurde operativ eingegangen und der Absceß gefunden. Der Kranke ging nach wochenlanger Besserung an einer eitrigen Meningitis von kleineren multiplen Abscessen aus, die sich röntgenologisch nicht abgezeichnet hatten, zugrunde.
(Eigenbericht.)

Goldstein (Magdeburg): Traumatische Spätabscesse sind nicht so selten, wie man denkt, sondern können auch jahrelang bestehen, ohne wesentliche Krankheitserscheinungen hervorzurufen oder die Arbeitsfähigkeit erheblich herabzusetzen. Bei einem Fall lag die Gehirnverletzung etwa 12 Jahre zurück.
(Eigenbericht.)

Eskuchen (Zwickau).

14. *Seise* (Bad Liebenstein): „Neue Wege der Melancholie-Behandlung.“

Während in den letzten Jahrzehnten die Klinik des manisch-depressiven Irreseins große Fortschritte gemacht hat, ist in der Behandlung so gut wie gar keine Änderung eingetreten. Das erscheint umso verwunderlicher, als ja die körperlichen Symptome der Krankheit bedeutend genauer erforscht worden sind.

Die Melancholien des Rückbildungsalters, aber auch alle jene, bei

denen ein Hypogenitalismus wahrscheinlich erschien, fordern ja eine Behandlung mit Ovarialhormonen geradezu heraus. Wenn die bisherigen Behandlungsversuche mit den verschiedensten Eierstockspräparaten erfolglos waren, so ist dies nach den neuesten Forschungen über diese Präparate nicht verwunderlich. Vortragender hat ausgedehnte Versuche mit dem neuen Präparate Folliculin-Menformon gemacht und damit eine Abkürzung der Melancholien und ein Leichterwerden der Angstzustände erzielt. In einzelnen Fällen wurde Hypophysenvorderlappenhormon hinzugefügt. Ein männliches Sexualhormon kennen wir nicht, die Behandlung männlicher Depressionszustände mit Hormonpräparaten ist zwecklos, auch die Behandlung dieser Depressionen mit Hypophysenvorderlappenhormon erzielte keinerlei Ergebnisse. Die von frauenärztlicher Seite gegen Wechseljahrstörungen empfohlenen Eigenbluteinspritzungen hatten sehr guten Erfolg, es wurden 15 ccm Eigenblut mit 5 ccm sterilem Wasser sofort wieder eingespritzt, der Erfolg dauerte jedesmal mehrere Tage an.

Seit langer Zeit wissen wir, daß melancholische Kranke häufig Zucker im Urin ausscheiden und erhöhten Blutzuckergehalt haben. Während man früher diese Erscheinung als nicht spezifisch für das manisch-depressive Irresein auffaßte, lassen die Forschungen *Reiters* an 125 manisch-depressiven Familien einen nahen Zusammenhang mit dem Diabetes annehmen. Es lag deshalb die Behandlung dieser Erkrankung mit Insulin nahe. Auf diese Tatsache wurde zuerst von amerikanischer Seite (*Cowie, Parsons* und *Raphael*) hingewiesen. Vortragender hat ebenfalls sofort nach Einführung des Insulin ausführliche Versuche mit der Melancholie gemacht, während aber der Blutzucker prompt abfiel, konnte er sich nicht überzeugen, daß der seelische Zustand sich wesentlich änderte. Die amerikanischen Forscher kamen zum gleichen Ergebnis, *Schmidt* (Osnabrück) hat allerdings bessere Erfolge gesehen. Vielleicht läßt sich aber das Insulin bei Ernährungsschwierigkeiten verwenden. Bessere Ergebnisse wurden mit Synthalin und Synthalin B erzielt. Vielleicht liegt dies an der Leberwirkung des Mittels, die allerdings zu großer Vorsicht auffordert. In der letzten Zeit wurden Versuche mit dem neuen Pflanzenpräparat der I. G. Farbenindustrie „Galegin“ gemacht, die vielversprechend erscheinen, jedoch noch zu keinem Abschlusse gekommen sind.

Vortragender steht auf dem Standpunkt, daß die Zeit, wo man Melancholien schematisch mit Opium und Packungen behandelte, vorüber ist und daß ein bedeutend aktiveres Vorgehen an der Tagesordnung ist.

Aussprache.

Loewenthal (Braunschweig) erwähnt die von *Hitzig* empfohlene Salzsäuretherapie, die aber nur symptomatisch wirkt; ferner erwähnt er, daß bei einer Patientin Aufenthalt in 1800 m im Hochgebirge abkürzend auf die Depression gewirkt hat. (Eigenbericht.)

Seelert (Berlin-Buch): Behandlung von Melancholien und anderen Psychosen mit Insulin in der Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Buch ließen keine Besserung des psychischen Zustandes erkennen. In einzelnen Fällen schien dabei eine Förderung der Nahrungsaufnahme erreicht zu werden.
(Eigenbericht.)

Eskuchen (Zwickau): Bei der Anwendung des Synthalins ist große Vorsicht geboten. Schwerste Leber- und Nierenschädigungen sind beobachtet worden. Insulin verdient daher den Vorzug.

(Eigenbericht.)

Peust (Magdeburg): Der Vortragende hebt die häufig auftretenden schweren Magendarmstörungen hervor, die häufig nach Synthalin-Verabreichung bei depressiven oder anderen Zuckerkranken auftreten. Das gleiche wurde von mir auch bei einer Reihe von Fällen in Magdeburg beobachtet. Aus diesem Grunde wurde dort vom Ref. das sog. Synthalin B, das diese Erscheinungen ausschalten soll, gegeben, das sich hierbei von sehr gutem Erfolg erwies. Die ausgesprochen katarrhalischen Erscheinungen von Magen und Darm und insbesondere die fortdauernde völlige Appetitlosigkeit, die bei dem erst gegebenen Synthalin auftraten, blieben bei dem Synthalin B vollständig fort, so daß weitere Versuche angebracht erscheinen.

(Eigenbericht.)

Bieling (Friedrichroda): Ich kann bestätigen, daß wir entgegen dem Synthalin A mit Synthalin B sehr gute Erfahrungen gemacht haben. Selbst bei fortgesetztem Gebrauch für längere Zeit mit den üblichen Pausen zeigten sich keinerlei Magen- und dgl.-Störungen.

(Eigenbericht.)

Hauptmann (Halle): Wir haben an der Klinik auch Versuche mit *Insulin* angestellt und dabei gefunden, daß die Depressionszustände hinsichtlich ihrer Beeinflußbarkeit mittels Insulin geschieden werden müssen in solche, die dem eigentlichen manisch-depressiven (bzw. periodisch-depressiven) Irresein angehören, und solche, die als Ausdruck des Klimakteriums bzw. Präseniums anzusprechen sind. Nur bei jenen konnten wir bisweilen bei der Insulinbehandlung gewisse Erfolge buchen. (Bei den klimakterischen Depressionszuständen haben wir von der Röntgenbestrahlung der Hypophyse Gutes gesehen.)

Wir behandelten außerdem Depressionen mit *Eigenblutinjektionen* und müssen bei leichteren Fällen entschieden eine günstige Einwirkung konstatieren.

(Eigenbericht.)

Seige (Schlußwort): Herrn *Hauptmann* ist zu erwidern, daß, um die Gefahr eines Shocks auszuschließen, bei der Insulinbehandlung natürlich regelmäßige Blutzuckeruntersuchungen angebracht sind. Herrn *Eskuchen* ist darin zuzustimmen, daß die Synthalinbehandlung nicht ungefährlich ist und großer Vorsicht bedarf.

(Eigenbericht.)

15. *Goldstein* (Magdeburg): „Die intralumbale Eigenserumbehandlung der Metencephalitis.“

Die Zahl der sog. Metencephalitiker ist eine große und das Siechtum der Kranken, die gewöhnlich im besten Alter von dem Leiden befallen werden, ein so schweres und langwieriges, daß die Encephalitis epidemica chronica ein gewaltiges soziales Problem geworden ist. Zur Verhütung der Entwicklung der chronischen Form ist energische und ausgiebige Behandlung im akuten Stadium dringend erforderlich. Bei den chronischen Formen zeitigt ergiebige intravenöse Jod- und intramuskuläre Arsenbehandlung in großen Dosen manchmal gewisse Erfolge. Atropin- und Scopolaminpräparate wirken nur symptomatisch, während die intralumbale Eigenseruminjektion, wie in den Krankengeschichten mitgeteilt wird, in 60% der Fälle nicht nur einen Stillstand, sondern erhebliche Besserung zeitigt. Die Injektion muß eventuell mehrfach in Abständen von einigen Wochen oder Monaten durchgeführt werden. Man entnimmt 30—50 ccm Blut aus einer Armvene, läßt das Serum bei 56° C 10 Minuten lang im Brutschrank und injiziert 10—20 ccm körperwarmen Serums bei horizontaler Lagerung des Kranken intralumbal, nachdem man vorher eine entsprechende Menge Liquor abgelassen hat. In der Injektionspritze kann ausströmender Liquor mit dem Serum gemischt werden, um so eine bessere Verteilung herbeizuführen. Außerdem empfiehlt sich Hochstellung des Fußendes des Bettes für mehrere Stunden. Leichte Temperatursteigerungen klingen gewöhnlich nach einigen Tagen ab. In den Zwischenpausen darf Psychotherapie nicht vernachlässigt werden. Die Occipitalpunktion dürfte vor der Lumbalpunktion keine besonderen Vorzüge haben.

Es fragt sich, ob wir die therapeutischen Effekte des Verfahrens im wesentlichen auf eine meningitische Reizung mit Hyperämie und besserer Ernährung des angrenzenden Parenchyms zurückführen müssen, oder ob Antikörper in die Krankheitsherde übertreten, wenn im Blute noch Immunstoffe kreisen. Jedenfalls würde die in den Stadien der sog. Metencephalitis vermutete Blut-Liquorsperre gegen Antikörper durch die endolumbale Behandlung ohne Schwierigkeiten und vermutlich Schädigungen überwunden werden können. (Eigenbericht.)

Aussprache.

Demme (Hamburg) berichtet aus der *Nonneschen* Klinik über gute Erfolge mit intralumbaler Eigenserumtherapie bei postencephalitischen Zuständen. Auf Grund tiexperimenteller Untersuchungen werden diese Erfolge auf die unspezifische Reaktion (aseptische Meningitis) zurückgeführt. Vor intralumbaler Applikation von Medikamenten wird gewarnt. (Eigenbericht.)

Ziegelroth (Halle-Nietleben): Allgemeinbehandlung der Encephalitiker nicht vergessen: Milieu: Wachsaal, Beschäftigung, Anregung der geistigen

Funktionen und des Stoffwechsels sind wichtig. Auch hydriatrische Prozeduren erreichen Günstiges. (Eigenbericht.)

Schmitt (Leipzig): Die aseptische Meningitis ist vielleicht auch dasjenige, was bei der intralumbalensalvarsanisierten Eigenserumbehandlung der Metasyphilis die gelegentlichen Erfolge zeitigt. Kann uns der Herr Redner Auskunft geben, ob er in der lumbalen und cisternalen Serum-injektion Unterschiede bezüglich des Heilerfolges feststellen konnte? (Eigenbericht.)

16. *Hörmann* (Dresden-Weißer Hirsch): „Über die Heilstättenbehandlung von Alkoholkranken in der Heilstätte Seefrieden bei Moritzburg (Bez. Dresden).“

Die Heilbehandlung von Alkoholkranken in der Heilstätte Seefrieden bei Moritzburg, Bezirk Dresden, wird an Hand von Bildern aus der Heilstätte dargestellt. Man sieht die schöne Lage der Heilstätte am Waldesrand, fernab von Ortschaften, sieht die Ausstattung der Zimmer. Man erlebt die Beschäftigungsbehandlung der einzelnen Patienten, die je nach ihrem Beruf oder in der Landwirtschaft und Gärtnerei beschäftigt werden. Man sieht die Bilder aus der Heuernte, Roggen- und Kartoffelernte, man sieht Bauarbeiten, Forstarbeiten, Kulturarbeiten. Man sieht die morgendlichen Atem- und Leibesübungen auf dem Sportplatz. Man erfährt, daß die Patienten bei geeigneter Jahreszeit Liegekuren machen müssen, ohne lesen, schlafen, sprechen oder rauchen zu dürfen. Man nimmt an den frohen Festen der Heilstätte teil, sieht, wie zum Jahresfest die früheren Patienten mit ihren Angehörigen die Heilstätte besuchen und frohe Stunden dort verleben. Es werden Bilder gezeigt vom Strand- und Badeleben an den nahen Moritzburger Teichen. An den Abenden finden belehrende Vorträge über den Alkohol oder über sonstige Wissensgebiete, Lehrgänge, Spiele und Radiounterhaltungen statt. Die entlassenen Patienten werden abstinenten Vereinigungen zugeführt. In größeren Städten, wo mehrere frühere Patienten sich befinden, werden Vereine ehemaliger Seefriedler gebildet. Der Vortrag mit den Bildern sollte den Ärzten, denen es nicht möglich ist, eine Heilstätte gelegentlich zu besuchen, das Leben und Treiben einer solchen Heilstätte zeigen, damit sie ihre Alkoholkranken richtig beraten können.

(Eigenbericht.)

Aussprache.

Peust (Magdeburg): Für die Provinz Sachsen besteht seit 2 Jahren im örtlichen Anschluß an die Landesheilanstalt Uchtspringe die Trinkerheilstätte Wilhelmshof, die etwa 35—40 Alkoholranke aufnehmen kann. Diese Anstalt soll nach Mitteilung des Vertreters des Herrn Landeshauptmann, Herrn Landesrat *von Schleinitz*, eventuell geschlossen werden, da die Belegziffer dauernd weit unter der Norm ist und gegenwärtig z. B. nur 6 Köpfe beträgt. Es wird, soweit die Ärzte und Anstalten der Provinz

Sachsen in Betracht kommen, dringend empfohlen, die Anstalt doch möglichst zahlreich mit Alkoholkranken zu beschicken, damit die Gefahr vermieden wird, daß die neuerbaute Anstalt geschlossen wird. Da die Anstalt Wilhelmshof nur eine offene Anstalt ist und keine geschlossene Abteilung enthält, die kritische, im Stadium fortschreitender Abstinenz unruhig werdende und flüchten wollende Kranke aufnehmen kann, wurde vom Ref. bei der diesbezüglichen Konferenz, an der der Vertreter des Herrn Landeshauptmans, der Vertreter der inneren Mission, der Vertreter und Leiter der städtischen Trinkerfürsorge und der Ref. als Leiter der städtischen Fürsorge- und Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke in Magdeburg teilnahmen, am 26. 10. 28 deshalb angeregt, der offenen Anstalt Wilhelmshof zugleich eine geschlossene Abteilung neu anzugliedern, um eine dauernd größere Belegziffer zu erhalten, da dann auch etwas schwerere Fälle dorthin überwiesen werden können. Diese Anregung soll nachgeprüft und ihr vielleicht später entsprochen werden. (Eigenbericht.)

17. Winkler (Stadtroda): „Zur Kritik der Encephalographie als Heilmittel bei genuiner Epilepsie.“

Vortragender berichtet über den Einfluß der Hirnluft einblasung auf 14 an sog. genuiner Epilepsie leidende Patienten. Die medikamentöse Behandlung behielt er nach dem Eingriff in gleicher Weise wie vorher bei, um unbeeinflusst von Änderungen in der sonstigen Therapie allein den Einfluß der Luft einblasung beobachten zu können. Seine Untersuchungen haben folgende Befunde ergeben:

Ein sich über Monate erstreckendes anfallfreies Intervall nach der Luft einblasung sah er in keinem Falle.

In drei Fällen folgte der Luft einblasung eine anfallfreie Zeit, die etwa das drei- bis vierfache des bisherigen anfallfreien Intervalles betrug.

In zwei Fällen ist in den der Encephalographie folgenden Monaten ein deutliches Seltenerwerden der Anfälle zu verzeichnen.

In zwei Fällen gewinnt man den Eindruck, daß eine gewisse Besserung auf seelischem Gebiet eingetreten ist.

In sieben Fällen ist in dem Krankheitszustand keinerlei Änderung durch die Luft einblasung eingetreten.

In zwei Fällen schließlich ist scheinbar eine Verschlimmerung erfolgt, doch können bei kritischer Betrachtung diese beiden Fälle auch nur als Nichterfolge verzeichnet werden.

Auf Grund seiner Erfahrungen an diesen Fällen kommt der Vortragende unter Berücksichtigung und Verwertung der zahlreichen vorhergehenden Mitteilungen über den Einfluß der Encephalographie auf die genuine Epilepsie zu der Ansicht, daß man den an sogenannter genuiner Epilepsie Leidenden mit häufigen Anfällen zur Vornahme der Encephalographie, natürlich unter dem Hinweis, daß ein Erfolg keineswegs sichergestellt

ist, raten soll, da in einigen Fällen doch eine gewisse Besserung durch die Encephalographie erreicht wurde, und in keinem Falle eine sichere Verschlimmerung zu verzeichnen war. Besonders auch im Hinblick darauf, daß das ihm zur Verfügung stehende Material sehr klein ist und von anderer Seite weit günstigere Erfolge berichtet sind, will er keineswegs von der Vornahme der Encephalographie als therapeutischem Eingriff bei der genuinen Epilepsie abraten. Im übrigen gibt das Encephalogramm nicht selten Befunde, die durch andere Untersuchungsmethoden nicht zugänglich waren. Auch in Fällen, die bisher als genuine Epilepsie galten, fanden sich Hinweise auf Herdläsionen und konnten dem operativen Vorgehen zugänglich gemacht werden. (Eigenbericht.)

Aussprache.

Grage (Chemnitz): Bei den Fällen der Chemnitzer Nervenheilanstalt war die Beeinflussung der Epilepsie durch die Encephalographie eine negative. In manchen Fällen trat in der ersten Zeit nach der Lufteinblasung eine Zunahme der Anfälle ein, in anderen eine Verringerung. Ein Dauererfolg ist nie gesehen worden. Die Zahl der bisher behandelten und von den Autoren angeführten Fälle ist zu gering, um sich ein kritisches Urteil über die therapeutische Beeinflussung der Epilepsie zu gestatten. Nach unseren Erfahrungen kommt vorläufig die Lufteinblasung als therapeutisches Mittel bei genuiner Epilepsie nicht in Betracht, zumal der Eingriff ein sehr unangenehmer ist. (Eigenbericht.)

Guttmann (Hamburg): Zur Frage der Encephalographie als Therapeuticum bei Epilepsie erscheint *Guttmann* der Standpunkt derjenigen, welche die Encephalographie in Bausch und Bogen als therapeutisches Mittel ablehnen, ebenso falsch zu sein wie der Standpunkt derjenigen, welche sie als Methode der Wahl bezeichnen. *Guttmann* fand besonders bei Fällen von Epilepsie, bei denen sich im Encephalogramm eine starke Oberflächenzeichnung im Sinne einer Meningitis serosa chron. fand und die mit Liquorresorptionsstörungen einhergingen, einen günstigen Einfluß der Encephalographie auf die Zahl der epileptischen Anfälle. Geradezu lebensrettend wirkt oft die Encephalographie beim Status epilepticus, worauf jüngst *Trömmner* auch hingewiesen hat. *Guttmann* demonstriert die Krampftabelle eines Falles von tuberöser Sklerose, der vor der Encephalographie täglich mehrere Anfälle hatte und der seit der Encephalographie (3 Monate) anfallsfrei ist. Auffallend ist, daß die Wirksamkeit des Luminals nach der Encephalographie in zahlreichen Fällen eine weit bessere ist als vorher, so daß man mit viel geringeren Dosen zur Behebung der Anfälle auskommt. (Eigenbericht.)

18. *Suckow* (Leipzig): „Kapillarmikroskopie bei Psychosen.“

Nach Bemerkungen über die bisherigen wichtigsten Ergebnisse der Capillaroskopie weist Vortragender darauf hin, daß in seinen Unter-

suchungen auch bei Schwachsinnigen normale Capillaren, bei normalen und auch begabten Kindern Archicapillaren gefunden wurden. Untersuchungen bei 80 Schizophrenen ergaben neben Vasoneuroseformen auch Archicapillaren (Bilder wie sie v. *Leupold* schon gezeigt hat). Das Wesentliche im capillarskopischen Bilde scheint nach den Untersuchungen besonders an jugendlichen Katatonikern das Ungeordnete, das Durcheinander, das Nebeneinander von Vasoneurosecapillaren und Archicapillaren mit den verschiedenen Schichtungen zu sein. Bemerkenswert ist bei diesen Capillaren auch die Labilität in der Funktion. Die geschilderten Capillarbilder sind bei Manisch-Depressiven selten. Es fanden sich hier mehr reine Vasoneuroseformen. Ein Vergleich der Psychosen dürfte einstweilen wegen der verschiedenen Altersstufen jedoch noch schwierig sein; bei den Schizophrenen bestand das Material vorwiegend aus jugendlichen, bei den Manisch-Depressiven aus älteren Kranken. Die bei Schizophrenen häufig gefundenen Capillaren dürften wohl nur als Ausdruck eines körperlichen Infantilismus', einer mangelhaften und disharmonischen Entwicklung anzusehen sein. Solche Capillaren sind ja auch bei gewissen Psychopathen und bei Schwachsinnigen nicht selten und werden auch bei der genuinen Epilepsie häufig gefunden.

Es wurden dann Fälle beschrieben, die aus der Nervenpoliklinik der Charité stammen, bei denen Migräneanfälle, Schwindelanfälle, Ohnmachten und auch Krampfanfälle mit Gefäßstörungen zeitlich zusammenfallen oder diesen folgen. Auch im Capillarbilde wurden gröbere Veränderungen bei diesen Patienten gefunden. In einem Fall bestanden Differenzen zwischen den Capillaren der linken und rechten Hand. Dann wurde ein Fall erwähnt, bei dem nach Entwicklung einer Livedo racemosa zuerst Ohnmachten, dann Petit-mal-Anfälle und schließlich große epileptische Krampfanfälle auftraten. An den Capillaren dieses Falles waren starke Erweiterungen, säckchenförmige Ausbuchtungen der Schaltstücke und zahlreiche frischere und ältere capilläre Blutungen sichtbar. Zum Schluß wurden Capillarveränderungen beim chronischen Alkoholismus und beim Delirium tremens besprochen.

Die Ausführungen mögen gezeigt haben, daß die Capillarmikroskopie auch in der Psychiatrie zu verwerten ist, aber auch hier nicht einseitig, sondern unter Berücksichtigung des gesamten Gefäßsystems neben anderen klinischen Untersuchungsmethoden anzuwenden ist.

(Eigenbericht.)

19. *Jacobi* (Stadtroda): „Studien zur röntgenologischen Darstellung der Kopfarterien des lebenden Hundes.“

Die röntgenographische Darstellung des Gefäßnetzes der Arteria cerebri ant. und der Arteria fossae Sylvii durch Injektion kontrastgebender Flüssigkeit in die Carotis interna eröffnet bedeutsame Ausblicke für die Diagnostik des Zentralnervensystems.

Ein weiteres Suchen nach neuen Kontrastflüssigkeiten ist deshalb geboten, weil die Verwendung der Halogenstrontiumverbindungen (*Berberich* und *Hirsch*) und der Jodnatriumlösung (*E. Moniz*) wohl für die Darstellung der peripheren Blutgefäße im Röntgenbild geeignet, jedoch für die von uns angestrebten Zwecke nicht unbedenklich ist.

Aus diesem Grunde wurden von uns vergleichende Untersuchungen zur röntgenologischen Darstellung der Kopfarterien beim lebenden Hunde mit je 10—20 ccm einer 10—20%igen Strontiumbromatlösung (Dominal X), 20%igen Jodnatriumlösung und mit dem *Benköschen* Jodpräparat Mirion angestellt.

Von den 10 Versuchstieren gingen zwei im Anschluß an die Injektion von je 10 ccm Dominal und 10 ccm Mirion zugrunde.

Die kontrastgebende Wirkung des Mirion, das sonst gut vertragen wurde, stand der des Dominal nicht nach. Die Verträglichkeit des Jodnatriums war zwar gut, jedoch war die kontrastgebende Wirkung nicht zufriedenstellend, was wohl mit dem Prozentgehalt der Lösung an Jod in Zusammenhang zu bringen ist.

Die Darstellung der peripheren Gefäße im Röntgenogramm war teilweise eine bis an die äußersten Ausläufe gehende, allerdings konnten die Arteriengeflechte des Hirns nur andeutungsweise erfaßt werden. Das nimmt aber bei der Engkalibrigkeit dieser Gefäße und der Länge der Belichtungszeit, die uns unsere Apparatur vorschrieb, kaum Wunder.
(Eigenbericht.)

20. *Kruse* und *Schaetz* (Halle): „**Autoptisch kontrollierte Encephalogramme.**“ (Erscheint ausführlich in der Zeitschrift für Kinderheilkunde.)

Aussprache.

Schröder (Uchtspringe): Die Vortragenden haben zur Härtung des Gehirns vor der Eröffnung des Schädels Formalininjektionen unmittelbar ins Gehirn mit unbefriedigendem Erfolg vorgenommen. Ich habe eine Methode angegeben zur Fixierung des Gehirns vor der Eröffnung des Schädels durch Formalininfusion von der Aa. carotis com. und den Aa. vertebrales aus. Man erhält dadurch eine schnelle und gleichmäßige Härtung des Gehirns in situ. (Veröffentlicht in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 79, S. 81.)
(Eigenbericht.)