

110. ordentliche Hauptversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 27. Juni 1931 in Düsseldorf.

(Eingegangen am 18. Januar 1932.)

Anwesend sind: *Adams* (Andernach); *Aschaffenburg* (Köln); *Bach* (Bedburg-Hau); *Bastin* (Düsseldorf); *Baumann* (Essen); *Becker* (Johannisthal); *Beelitz* (Tannenhof); *Berg* (Düsseldorf); *Beyerhaus* (Galkhausen); *Bodet* (Sinthern); *Braun* (Köln); *Capell* (Düren); *Cohnen* (Galkhausen); *Creutz* (Düsseldorf); *Deiters* (Düsseldorf); *Dietrich* (Bonn); *v. Ehrenwall* (Ahrweiler); *Eichler* (Andernach); *Ennen* (Merzig); *Eyrich* (Bonn); Frau *Eyrich* (Bonn); *Franke* (Düsseldorf); *Geller* (Bonn); *Gerber* (Bonn); *Günther* (Andernach); *J. Günther* (Köln); *M. Günther* (Köln); *Hackländer* (Essen); *Hansen* (Ettelbrück); *Havestadt* (Düsseldorf); *Heinen* (Bedburg-Hau); *Helsper* (Düsseldorf); *Hermann* (Galkhausen); *Hübner* (Bonn); *Kämmerling* (Düren); *Kehrer* (Münster); *Kellner* (Bedburg-Hau); *Kentenich* (M.-Gladbach); *Koester* (Bonn); *König* (Bonn); *Korbsch* (Münster); *Kost* (Waldbreitbach); *Landwehr* (Waldbreitbach); *Laskowski* (Saffig); *Last* (Bonn); *Laubenthal* (Bonn); *Loeb* (M.-Gladbach); *Löwenstein* (Bonn); *Mappes* (Grafenberg); *Marx* (Ahrweiler); *A. Meyer* (Bonn); *E. Meyer* (Düsseldorf); *Mohr* (Düsseldorf); *Mörchen* (Wiesbaden); *Neu* (Düren); *Neuhaus* (Roderbirken); *Neustadt* (Düsseldorf); *Neustadt-Steinfeld* (Düsseldorf); *Offermann* (Neuß); *Otten* (Andernach); *Peters* (Klosterhoven); *Raether* (Bedburg-Hau); *Recktenwald* (Bedburg-Hau); *Ridder* (Barmen); *Rinkel* (Düsseldorf); *Schaefer* (Kaiserswerth); *Schäffen* (Düren); *Schaumburg* (Bonn); *Schmitz* (Bonn); *Schmitz-Lückger* (Bonn); *Segerath* (Essen); *Settels* (Galkhausen); *Sioli Franz* (Düsseldorf); *Sioli Gertrud* (Düsseldorf); *Steinbrecher* (Düsseldorf); *Stillger* (Düren); *Störting* (Bonn); *Termehr* (Bonn); *Tillis* (Brauweiler); *Tödter* (Bedburg-Hau); *Voß* (Düsseldorf); *Wahn* (Krefeld); *Wegener* (Andernach); *Weinbrenner* (Düsseldorf); *Werner* (Fichtenhain); *Westphal* (Bonn); *Wichl* (Düsseldorf); *Wildenrath* (Düsseldorf); *Wilhelmi* (Düsseldorf); *Winkel* (Bedburg-Hau).

Der Vorsitzende *Sioli* begrüßt die Versammlung, die zum ersten Male in Düsseldorf tagt, er gedenkt des am 6. Juni 1931 verstorbenen Sanitätsrates Dr. *Herzfeld*, der seit 1904 Mitglied des Vereins war.

Dem Verein treten 5 Kollegen bei: Dr. *Broich* (Neuß), Privatdozent Dr. *Jahrreiß*, Oberarzt der Universitätsnervenklinik Köln, Dr. *Löw* (Euskirchen), Frä. Dr. *Schmitz-Lückger* (Bonn), Dr. *W. Schumacher*, Nervenarzt in Düsseldorf.

Voß: Bericht über einen eigenartigen Fall von Bulbärerkrankung.

Herr W., 43 Jahre alt, Gesanglehrer, erkrankte während eines Skikursus an Tonsillitis mit starker Schwellung der Halsdrüsen rechts, die er mit energischer Massage behandelte. Leichte Temperatursteigerung. Vorübergehend schmerzhaftes Ziehen in der rechten Nackengegend. 8 Tage später „Zungenlähmung“ und starke Heiserkeit. Halsarzt stellte Lähmung des N. laryngeus inferior rechts fest

und überwies den Patienten dem Nervenarzt. Hier fand sich wulstige Schwellung der rechten Zungenhälfte, leichte Parese der Zunge, Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit und träge Zuckung bei galvanischer Reizung in der rechten Zungenhälfte. Erschwerung des Schluckaktes. Rechtes Gaumensegel hängt beim Intonieren etwas herab. Würgreflex fehlt. Masseterreflex ebenfalls. Sensibilität intakt, ebenso Geschmack, auch die übrigen Hirnnerven, Befund von seiten des ganzen übrigen Nervensystems völlig normal. Wa.R. negativ.

Diagnose. Akute infektiöse Erkrankung des Vagus-, Glossopharyngeus- und Hypoglossuskerns rechts, ausgehend von einer Tonsillitis.

Verlauf. Innerhalb 16 Tagen allmählich fortschreitende Besserung mit restitutio ad integrum. Eigenbericht.

Vofß: Das Analogon des Rossolimoreflexes an der oberen Extremität als wichtiges Zeichen cerebrospinaler Erkrankungen.

Vofß hat seit länger als 10 Jahren diesen Reflex studiert, auf den vor einiger Zeit auch *Sterling* hingewiesen hat. Es handelt sich um eine Flexionsbewegung der Finger, die durch einen Schlag auf die Fingerkuppen oder auf die Plantarseite der Metacarpalköpfchen ausgelöst wird. Vofß bevorzugt die Auslösung von der Fingerkuppe aus, wobei er die dabei eintretende Flexionszuckung besonders am *Daumen* beobachtet. Wie beim Reflex am Fuß treten leichte Beugebewegungen auch in nicht pathologischen Fällen auf, sie schwinden aber bei Wiederholung des Reizes im Gegensatz zum spastischen Reflex, der sich bei Wiederholung gleich bleibt oder sogar verstärkt. Wie *Goldflam* überzeugend gezeigt hat, ist der Reflex ein echter *Sehnenreflex*, der an Zehen und Fingern nach Vofß' Ansicht genetisch und klinisch als *identisch* zu betrachten ist. Reflex und Babinski haben durchaus verschiedene Entstehung und Bedeutung. Beide Reflexe kommen isoliert, aber auch nebeneinander vor; in ähnlicher Weise verhalten sich der Reflex an der Hand und das *Wartenbergsche* Zeichen, vor dem der Reflex den großen Vorzug hat, daß er auch an *gelähmten* Gliedern geprüft werden kann. Die Beziehungen zwischen Reflex einerseits (*Léri, Mayer*), und „Knipsreflex“ andererseits konnten noch nicht geprüft werden.

Unter etwa 500 Fällen, die im Jahre 1930 geprüft wurden, fand sich Reflex 39mal und zwar fast nur bei reinen organischen Erkrankungen. Ausnahmen bildeten einzelne Fälle von Neuritis (auch Reflex an den Zehen kommt bei neuritisch-neuralgischen Erkrankungen gelegentlich vor!), je ein Fall von Psychopathie und vasomotorischem Kopfschmerz.

Als besonders wertvoll betrachtet Vofß den Reflex als *Frühsymptom der Polysklerose* und als feines Reagens auf die *traumatischen Hirn- bzw. Hirnhauterkrankungen*, bei denen er mitunter allein oder in Verbindung mit gleichseitigen spastischen Reflexen am Fuß oder Abweichungen der Bauchdeckenreflexe usw. diagnostisch ausschlaggebend sein kann.

Eigenbericht.

An der Aussprache beteiligten sich *Kehrer, Korbsch, Baumann, Meyer, Ridder*.

Korbsch (Münster i. W.): Das System der Geschwülste des Nervengewebes.

Es wird zunächst die Entwicklungsgeschichte des Nervengewebes rekapituliert, insbesondere die Differenzierung der Medullarzelle, des Neurogliaocyten *Helds*, zu den drei Gewebsarten des fertigen Nervensystems, den Nervenzellen, der Glia und den *Schwannschen* Zellen. Die Geschwülste des Nervengewebes werden entsprechend der *Cohnheimschen* Theorie von keimversprengten, tumorös entartenden Elementen der verschiedenen Differenzierungsreihen verschiedener Entwicklungsreife abgeleitet. An Hand von Mikrophotogrammen werden das Neurocytom *Marchands*, das Neuro- oder Ganglioblastom und das Gangliom besprochen, ferner die verschiedenen Gliomarten, das Gliosarkom von *Borst* (Glio- oder Spongioblastom) und das Sternzellengliom von *Ströbe* (Gliom im engeren Sinne), schließlich das Neurinom, insbesondere das Neurocyto-Lemmoblasto-Neurinom, welches, da es alle Entwicklungsstufen der Differenzierungsreihe der *Schwannschen* Zelle vom Neurogliaocyten an enthält, einen Beweis für die Richtigkeit der vorgetragenen Anschauung über die Geschwulstgenese darstellt. Zum Schluß wird die Klassifikation der Gliome von *Bailey* und *Cushing* erörtert und mit der vorgetragenen in Parallele gesetzt. Eigenbericht.

Bei der Aussprache weist *Kehrer* auf die Allgemeinsymptome bei Hirntumoren hin.

Jahrreiß (Köln): Mißempfindungen und hypochondrische Reaktionen.

Es wird gefragt, welcher Wirkungswert am Aufbau hypochondrischer Syndrome den Mißempfindungen zukomme. Sie sind im Verlauf hypochondrischer Reaktionen und Entwicklungen fast regelmäßig vorhanden, und es wird schon von alten Autoren zutreffend betont, daß der Hypochonder die Beschwerden, über die er klagt, auch wirklich fühlt. Bei der Frage nach ihrem Strukturwert ist hervorzuheben, daß es sicher hypochondrische Reaktionen gibt, in denen die Mißempfindungen erst im späteren Verlauf sich einstellen. Weiter ist zu unterscheiden, welcher Art die körperlichen Mißempfindungen sind, und wo sie lokalisiert werden, und zum anderen, welcher Art die hypochondrische Reaktion ist. Die Form des hypochondrischen Denkens reicht von den Eintagsbefürchtungen des hypochondrisch Labilen über die ausgesprochen überwertigen Ideen bis zum fast systematisierenden Krankheitswahn. Ein wesentliches, wenigstens prädisponierendes Moment kommt den körperlichen Mißempfindungen nur im Bereich der affektiv überwertigen Formen zu, und auch hier ist ihr Wirkungswert weitgehend abhängig von ihrer Art und Lokalisation (negativ betonte Vitalgefühle, oder sinnliche Gefühle von bestimmter Lokalisation: Kopf, Herz, Leib).

Die relative Seltenheit hypochondrischer Befürchtungen bei der Melancholie wird damit zu erklären versucht, daß die ungewöhnliche

Breite und Tiefe der vitalen Störung die Beobachtung und Isolierung der eigenen Körpergefühle unmöglich macht; und daß die Melancholischen in ihrer prämorbidem Persönlichkeit einen ausgesprochenen Mangel an Selbstbespiegelung und egozentrischer Einstellung erkennen lassen.

Die Auffassung, daß die Mißempfindungen der Hypochonder insgesamt psychisch bedingt seien, wie dies die psychoanalytische Schule will, wird abgelehnt.

Zum Schluß wird auf die Vermutung *Schilders* hingewiesen, daß dem hypochondrischen Syndrom eine Störung des Körperschemas zugrunde liege. Vortragender möchte das Leib-Ich, das einheitliche Bewußtsein unseres Leibes, in dessen Ganzem gesonderte Organempfindungen und Organgefühle erst sekundär wie aus ihrem fundierenden Hintergrund heraustreten (*Scheler*), als ein Komplexgefühl vom eigenen Körper bezeichnen und es von dem subjektiven Körperraumbild, dem Körperschema *Schilders* abtrennen. Bei jedem hypochondrischen Syndrom sind beide beeinträchtigt. In den flüchtigen Reaktionen und den unkompliziert affektiv überwertigen Verläufen herrscht die Erschütterung des Komplexgefühles vom eigenen Körper als Krankheitsgefühl vor; während die Isolierung einzelner Körperteile und damit die Beeinträchtigung des Körperraumbildes die chronischen und mehr oder minder systematisierend wahnhaften Formen kennzeichnet.

Eigenbericht.

Günther, Max: Zur Symptomatik der akuten traumatischen Gehirnschädigung.

Die mangelhafte Kenntnis der neurologischen Symptomatik der akuten traumatischen Schädigung des Gehirns hat mich veranlaßt, seit einigen Jahren regelmäßig Gehirnverletzte bei der Einlieferung in die chirurgische Klinik der Lindenburg neurologisch und psychiatrisch zu untersuchen und von Tag zu Tag zu verfolgen. Die Untersuchungen sind ergänzt durch genaue Röntgenuntersuchungen, ohren- und augenärztliche Befunde, sowie in der größeren Zahl der Fälle durch Liquoruntersuchungen.

Neurologisch ist auffällig, wie häufig sich bei mit längerer Bewußtseinsstrübung einhergehenden Gehirnschädigungen Fokalsymptome finden. Diese sind allerdings nur im Beginn nachweisbar, verschwinden oft nach Stunden, meist nach Tagen. Wesentlich sind entweder ein Erlöschen der Reflexe oder auch eine auf dieses Stadium folgende vorübergehende Reflexsteigerung, die manchmal, aber nicht immer, hemiplegisch ist. Wiederholt wurden völlig zur Ausheilung kommende Aphasien beobachtet. Vestibularisstörungen waren nur sehr selten nachweisbar, außer bei Brüchen des Felsenbeins.

Epileptische Anfälle im Frühstadium haben wir kaum beobachtet, dagegen ist bei den schweren Fällen sehr lange eine sehr diffuse Reiz-

beantwortung nachzuweisen. Bei leichten sensiblen Reizen, insbesondere Druck auf Knochen, Gelenke oder Nervenstämme erfolgen ungestüme Abwehrreaktionen; motorische Reizbeantwortungen erfolgen nicht hinreichend isoliert, sondern es treten eigenartige Synergien ein, Mundöffnen + Augenschließen, Mitbewegungen der Gegenseite pathologischer Art usw. Häufig sind Phänomene wie Stützreaktion, sehr oft sieht man tonische Störungen beim Grundversuch, bei den Rückstoßphänomenen, bei der *Schilderschen* Versuchsanordnung. Die motorisch-sensible Entdifferenzierung ist oft der letzte Ausklang der Bewußtseinsstörung und verrät noch nach Tagen, daß ein schweres Bild vorliegt. Sie überdauert oft die obengenannten Reflexstörungen.

Fast in allen Fällen, in denen die aufgeführten Symptome aufzeigbar sind, ist nachweisbar, daß eine Fraktur vorliegt, oder daß Blutungen in den Schädelinnenraum erfolgt sind. Eine Punktion ist deshalb bei Beobachtung solcher Störungen wohl immer angezeigt. Man wird bei ihr nach unseren Erfahrungen in 80 % der Fälle die Blutung nachweisen können.

Falls die genannten Symptome und die bekannteren Zeichen eines Schädelbasisbruches schon in den ersten Stunden fehlen, tritt so gut wie immer noch am ersten Tage volle Bewußtseinsheilligkeit und in wenigen Tagen völlige Beschwerdefreiheit ein.

Psychotische Erscheinungen haben wir in 3 Fällen beobachtet. Es handelt sich zum Teil um eigenartig euphorisch-paranoische Bilder, bei denen zunächst eine Bewußtseinsstrübung kaum vorzuliegen scheint und nachher doch eine vollständige Amnesie besteht.

Fast bei allen schweren Fällen ist nach kurzer Zeit und für lange Zeit eine auffallende Euphorie und völlig mangelnde Einsicht für die Notwendigkeit längerer Ruhehaltung zu beobachten. Fast 100 % der Kranken haben bei der Entlassung nach 4—5 Wochen gar keine Beschwerden mehr und bezeichnen sich als völlig gesund. Dabei handelt es sich zum großen Teil um entschädigungspflichtige Unfälle, insbesondere solche, bei denen Haftpflichtprozesse laufen.

Nachuntersuchungen über den Spätverlauf sind im Gange, und es ist beabsichtigt, darüber bei späterer Gelegenheit zu berichten, insbesondere über die Beziehung zwischen akutem Bild und späterem Verlauf.

Ausführliche Publikation erfolgt.

Eigenbericht.

An der Aussprache beteiligten sich *Baumann, Kehrler, Last, Voß, Mörchen, Neustadt, Ridder* und *Sioli*.

Löwenstein (Bonn): Über den Nachweis konstitutioneller Minderwertigkeit im Nervensystem.

Der Begriff der „konstitutionellen Minderwertigkeit“ ist uralte; schon *Hippokrates* war es geläufig, daß der Verlauf einer Erkrankung

von der individuellen Beschaffenheit einzelner Organe und Organsysteme abhängen. Seiner Mystik entkleidet wurde der Begriff zuerst in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts durch *Beneke*, der aus den Maßverhältnissen der Organe einen Hinweis auf ihre funktionelle Wertigkeit erlangen wollte. Auf dem Gebiete der Neurologie waren *Gowers* und *Edinger* die ersten, die auf die individuelle Krankheitsdisposition hinwiesen. Aber das Verdienst, nachhaltig und auf Grund systematischer Untersuchungen die Lehre von der Organminderwertigkeit begründet zu haben, gebührt *Adler*.

Der Vortragende versucht, den speziellen Nachweis der Organminderwertigkeit im Bereiche bestimmter motorischer Systeme bei hysterischen Persönlichkeiten zu erbringen. Er bedient sich dabei 3 verschiedener Methoden: einmal der Analyse der „Tonusgestalt“ (*Löwenstein*), sodann einer Darstellung der Variabilität des Lichtreflexes der Pupillen und einer Analyse der funktionellen Wertigkeit extremer Varianten, die er in vieler Hinsicht als funktionell minderwertig erweist. Schließlich glaubt er drittens in gewissen erbbiologischen Beziehungen Hinweise auf das finden zu sollen, was man als Organminderwertigkeit bezeichnet. Eine solche „Organminderwertigkeit“ liege der Labilität des psychomotorischen Systems zugrunde, die wir bei hysterischen Persönlichkeiten regelmäßig antreffen und die in der besonderen Form, die von dem Vortragenden zuerst als „sekundäre Reaktion“ bezeichnet wurde, *Conditio sine qua non* sei für die Entstehung manifesten hysterischer Symptome (erscheint ausführlich). Eigenbericht.

An der Aussprache beteiligten sich *Aschaffenburg*, *Göring* und *Meyer*.

Meyer, A. (Bonn): Experimentelle Cyanvergiftung und ihre Bedeutung für die vergleichende Histopathologie des Gehirns.

Durch experimentelle Untersuchung an Hunden und Kaninchen konnte der Vortragende den Nachweis führen, daß sowohl nach einmaliger wie mehrmaliger subcutaner Injektion von Cyankalilösungen (in subletaler Dosierung) Dauerveränderungen erzielt werden konnten, die histologisch den Erweichungen nach Kohlenoxyd gleichen. Die Veränderungen befielen Rinde, Mark, Substantia nigra usw. In einem Falle war auch das Pallidum miterkrankt. (Bei Fortsetzung der Versuche ist es inzwischen gelungen auch typische elektive Pallidumerweichungen zu erzielen.)

Diese Feststellungen sind sowohl praktisch wie theoretisch bemerkenswert. Theoretisch insbesondere deshalb, weil sich von hier aus vielleicht ein Weg zur Erklärung der Pallidumvulnerabilität eröffnet. Bezüglich der Einzelheiten muß auf die spätere ausführliche Publikation verwiesen werden.

Eigenbericht.

Schmitz (Bonn): Über eine fortlaufende Darstellungsweise von motorischen und sprachlichen Erregungszuständen.

(Vortrag erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

In den unruhigen Häusern der Anstalt Bonn wird seit Anfang 1930 das sprachliche und motorische Verhalten der Kranken von den wachhabenden Pflegern regelmäßig graphisch dargestellt, und die Tabelle wird von den Stationsärzten durch Eintragung der Verordnung ergänzt. In den betreffenden Stundenquadranten der Tabelle wird das Verhalten der Kranken mittels Rot- und Blaustift eingezeichnet.

Tief blaue Farbe bedeutet Schlaf, blau schraffiert: Dahindämmern, für die Zeiten, an denen der Kranke wach und ruhig war, bleiben die entsprechenden Quadrate frei. Durch tief rote Farbe wird hochgradige Erregung dargestellt, sprachliche und motorische Erregung werden wagerecht bzw. senkrecht schraffiert. Besondere Zeichen in den entsprechenden Stundenquadranten machen die angewandten Prozeduren und die verabfolgte Medizin ersichtlich.

Die so entstehende Tabelle gestattet es, mit einem Blicke abzulesen, wie lange der Kranke schlief, wie lange seine Erregung währte, wann sie auftrat, welcher Art sie war, welchen Grad sie erreichte und wie und wann der Kranke auf die Verordnung reagierte. Bei längerer Fortführung ergeben die Tabellen eine eindrucksvolle Übersicht über die Aufeinanderfolge der einzelnen Phasen, der individuelle Erregungstypus wird deutlich. Diese Methode hat sich als einfach zu handhaben, praktisch und aufschlußreich erwiesen. Ihre Anwendung wird daher bei jeder Art von Erregungszuständen empfohlen. Sie erscheint unentbehrlich, wenn es gilt, neue Medikamente auszuprobieren. Durch vergleichende Beobachtung graphisch dargestellter Erregungszustände scheint es möglich, besondere Erregungstypen herauszufinden, was für die Diagnose wie für die Therapie von gleicher Bedeutung sein kann. Was die Temperaturkurve für die Klinik fiebernder Kranken, das bedeutet die Erregungstabelle in der Klinik der Erregungszustände.

Die Methode wird an einer vergrößerten Wiedergabe einer solchen Tabelle näher erläutert. Ferner wird eine besonders charakteristische Tabelle, welche einen mehrere Monate langen Krankheitsverlauf wiedergibt, gezeigt. Hier deckt die graphische Darstellungsmethode einen ganz regelmäßigen phasischen Verlauf der Erregungszustände auf.

Eigenbericht.

Hierzu sprach *Wegener* (Andernach), welcher auf die Anregung des Vorredners hin ebenfalls die besprochene Tabelle auf seiner unruhigen Abteilung führen ließ. *Wegener* bestätigt die guten Erfahrungen voll und ganz und hebt hervor, daß diese Tabellen den erregten Kranken fester in die Hand des behandelnden Arztes geben, größere Sicherheit in der Arzneiverordnung vermitteln und einen besseren Einblick in den Verlauf der Erregungszustände ermöglichen.

Eigenbericht.

Creutz (Düsseldorf): Arthropathie aus peripherer Nervenschädigung.

Beitrag zur Kenntnis der relativ seltenen Gelenkveränderungen aus peripherer Nervenschädigung an Hand eines Falles von Arthropathie des linken Schultergelenkes infolge traumatischer Lähmung des linken Nervus axillaris (Unfallverletzung infolge Sturzes vom Fahrrad bei Zusammenstoß mit einem Auto). Die über das Maß des aktiven muskulären Funktionsausfalles (Lähmung des Deltoideus und Teres minor) hinausgehenden Bewegungsstörungen des linken Schultergelenkes gaben zu eingehenden Röntgenuntersuchungen Veranlassung. Es fanden sich, wie an Hand der Röntgenbilder demonstriert werden konnte, im Humeruskopf atrophische Knochenprozesse im Sinne der *Sudeckschen* Knochenatrophie, ferner Gelenkveränderungen, welche bei oberflächlicher Betrachtung als einfache Arthritis deformans imponierten und auch chirurgischerseits zunächst als eine solche aufgefaßt wurden. Aus der sehr weitgehenden Koinkidenz der vorliegenden Knochen- und Gelenkveränderungen mit den sensiblen Innervationsbezirken des gelähmten Axillaris im Bereiche und in der Umgebung des Schultergelenks ließ sich jedoch nachweisen, daß es sich um eine Osteoarthropathie des linken Schultergelenks aus einer peripheren Axillarislähmung handelte. Auf die Frage nach den Einzelmechanismen im Zustandekommen solcher Osteoarthropathien aus peripheren Nervenschädigungen wurde kurz eingegangen.

(Ausführliche Veröffentlichung vorgesehen.)

Eigenbericht.

Hackländer berichtet bei der Aussprache über einen ähnlichen Fall durch Kriegsverletzung.

Neustadt (Düsseldorf): Trauma und Schizophrenie.

Diese Frage wird heute viel erörtert, vorwiegend unter prinzipiellen Gesichtspunkten. Einer prinzipiellen Lösung der Frage stellen sich aber bisher noch unüberwindbare Schwierigkeiten entgegen, vor allem die Unkenntnis über Ursachen und Wesen der Schizophrenie, sowie die Uneinheitlichkeit in der Umgrenzung des Schizophreniebegriffes. An Hand von praktischen Beispielen wird gezeigt, daß die Schwierigkeiten der Begutachtung nicht auf theoretischen Unklarheiten beruhen, sondern auf der oftmals diagnostisch schwierigen Abgrenzung postcommotio-neller schizophrenieähnlicher Psychosen von den echten Schizophrenien. Wenn eine scharfe Trennung dieser beiden Psychosenarten durchgeführt wird, findet man keinen Anhaltspunkt für eine hirntraumatische Verursachung der Schizophrenie.

(Ausführliche Veröffentlichung vorgesehen.)

Eigenbericht.

Sioli (Düsseldorf): Krankenvorstellung.*a) Kleinwuchs und psychischer Versagungszustand, wahrscheinlich thymopriver Genese.*

Die folgenden Fälle zeigen, daß manchmal an der Enge der psychiatrischen Systematik sich manches Seltenerere stößt und dadurch die Untersuchung und Auffassung des Einzelfalles sowohl wie der sichere Rahmen der Systematik leidet. Im ersten Fall handelt es sich um einen jetzt 45jährigen Mann mit einem harmonischen und durchaus männlich geformten Kleinwuchs. In der Schule hat er gut gelernt, hat bis zum Jahre 1923 seine soziale Stellung als Lohnbuchhalter voll und unauffällig ausgefüllt. Seit 1929 läuft ein Rentenverfahren auf Berufsinvalidität. In diesem Verfahren halten die praktischen Ärzte den Patienten wegen Gedächtnisschwäche und mangelnder Auffassungsgabe für berufs-unfähig, die Fachkollegen ihn zwar für körperlich und geistig minderwertig, aber nicht für krank.

Die eigene Beobachtung zeigt mit Sicherheit, daß eine Veränderung des psychischen Wesens eingetreten ist. Diese ist vorwiegend gekennzeichnet durch einen eigentümlichen Versunkenheitszustand und einen nicht durch Bewußtseinsstrübung oder Abgelenktheit verursachten Mangel an Aufmerksamkeit. Die Auffassung ist eine sehr geringe, der Patient ist initiativlos, zeigt Fehlleistungen in den einfachsten Sachen (aber nicht im Sinne einer Pseudodemenz), ist still-harmlos versunken. Für die Genese dieses Versagungszustandes bietet sich der harmonische Kleinwuchs, als thymogene Störung, sinnfällig an.

Diesem Fall schließt sich die Demonstration eines 22jährigen Mädchens mit harmonischem und typisch weiblichem Kleinwuchs an. Hier besteht auch eine starke Intelligenzstörung. Auffallend ist das Persönlichkeitsverhalten der Patientin, gekennzeichnet durch Pedanterie, Ehrgeiz und Empfindlichkeit bei starker Ermüdbarkeit. Durch diese Geistesart und durch die Art ihres Kleinwuchses stehen die beiden Fälle in Verbindung.

Der Versagungszustand beider Fälle gehört nicht zu denen der endogenen Prozeßpsychose oder grober materieller Gehirnerkrankungen und ist nicht psychogen. Er bedarf zunächst nur der Registrierung; der Zusammenhang des biologischen Prozesses mit dem psychischen mag vorläufig noch dahingestellt bleiben. (Ausführliche Veröffentlichung vorgesehen.)

b) Episodische Entfremdungszustände.

Der jetzt 30jährige junge Mann ist seit 12 Jahren in der Anstalt, hat in dieser Zeit 6 schwere Zustände und eine Reihe von leichteren Zuständen derselben Art durchgemacht. In seinen gesunden Zeiten ist er geordnet, fleißig und adrett, zeigt Überlegung, Entschlußfähigkeit und Zuverlässigkeit. Seine episodischen Entfremdungszustände beginnen in stets gleicher Weise mit Schlaflosigkeit, Mißmut, Unsicherheit des Auftretens

und Verhaltens, verändertem körperlichen, erschlaferten Aussehen, erhöhte Reizbarkeit und erhöhter Ermüdbarkeit. Bei den stärkeren psychotischen Attacken steigern sich diese Zustände, der Patient lebt dann eine Zeitlang in einem schnellen Wechsel von Versunkenheit und Einkapselung, Witzeln und plötzlichen unmotivierten Handlungen, mißtrauischer Reizbarkeit und subordiniertem Wesen. Er ist in dieser Zeit weder kataton und negativistisch, noch deprimiert, noch gehoben. Er lebt in dieser Zeit in einer Art des Nichtinerscheinungtretens, die seinem sonstigen Wesen völlig fremd ist, sogar in seinen plötzlichen unmotivierten Handlungen. Er ist zwar nicht negativistisch, geht aber auch auf nichts richtig ein in dieser Zeit. Gewöhnlich hat er bei diesen schweren Zuständen akustische Halluzinationen, die er, wie er nach der Genesung berichtet, als etwas Fremdes und Gleichgültiges empfindet. Die Bezeichnung dieser Ausnahmezustände als Entfremdungszustände soll besagen, daß ihr führendes Symptom die Unsicherheit in allen geistigen Vorgängen ist, ohne daß eine Verwirrtheit oder Bewußtseinstrübung im Sinne eines Dämmerzustandes oder eines oneiroiden Zustandes oder einer ratlosen Verfassung oder einer schizophrenen Störung oder auch eine psychogen ausdeutbare psychopathische Entgleisung vorliegt.

Ein weiterer Fall, der fast in allen rheinischen Anstalten und einer Reihe anderer Anstalten als *Dementia praecox* oder auch als schizoide Psychopathie gedeutet worden ist, dessen Zustände dem des vorigen Falles genau gleichen, ist inzwischen entlassen worden. Die Persönlichkeiten zeigen keine Beziehungen zu dem schizophrenen, manisch-depressiven und epileptischen Krankheitskreis, sind auch nicht den sonstwie bestimmbar psychopathischen zuzurechnen. Wir rubrizieren sie unter der Begriffsbildung der episodischen Psychosen und unpsychopathischer Persönlichkeiten, wie eine Reihe ähnlicher Störungen, die von *Kleist* und *Schroeder* beschrieben sind.

c) *Gekreuzte und diagonale Reflexe.*

Demonstration eines Falles von Hirnlues mit doppelseitigem gekreuzten Babinski, der nur gekreuzt und nicht gleichseitig ist. Außerdem besteht von der oberen Extremität aus eine longitudinale gleichseitige und longitudinale gekreuzte Reflexirradiation im Sinne des *Babinskischen* Reflexes. Die Demonstration erfolgt, weil unsere Beobachtungen an Stirnhirnabscessen den Gedanken nahegelegt haben in dieser alternierenden diagonalen Reflexsteigerung ein Stirnhirnsymptom zu sehen. Einige Mitteilungen in der Literatur lassen einen Zusammenhang dieser Reflexsteigerung mit anderen Stirnhirnsymptomen vermuten. Verbreiterung des Materials ist notwendig. (Ausführliche Veröffentlichung vorgesehen.)

Eigenbericht.

Auf Grund von Eigenberichten zusammengestellt.

Geller.