

## Tagung der Vereinigung südostdeutscher Psychiater und Neurologen am 28. und 29. Mai 1932 in Prag.

Mit 7 Textabbildungen.

(Eingegangen am 20. Juni 1932.)

Anwesend sind: *Adler* (Gräfenberg); *Altschul* (Prag); *Beutel* (Prag); *Bezecny* (Prag); *Bier* (Prag); *Ehrenwald* (Preßburg); *Feuereisen* (Prag); *Fischer* (Prag); *Fischer, B.* (Prag); *Fischer, O.* (Prag); *Fröhlich* (Prag); *Gamper* (Prag); *Gesemann, K.* (Prag); *Gesemann, K.* (Prag); *Ghon* (Prag); *Girschek* (Prag); *Gretzmacher* (Prag); *Großer* (Prag); *Guttmann* (Berlin); *Guttmann* (Breslau); *Haas* (Prag); *Hansdörfer* (Breslau); *Herrmann* (Prag); *Hynek* (Prag); *Janota* (Prag); *Kahlbaum* (Görlitz); *Kalmus* (Prag); *Kattinger* (Gräfenberg); *Kertész* (Prag); *Klüger* (Prag); *Knöpfelmacher* (M. Ostrau); *Kohn, A.* (Prag); *Kohn, A.* (Prag); *Kral, A.* (Prag); *Král, J.* (Prag); *Kraus* (Prag); *Lange* (Breslau); *Lederer* (Prag); *Lorant* (Prag); *Löw-Beer* (Prag); *Löwy* (Marienbad); *Marx*, (Prag); *Mayer* (Prag); *Milder* (Prag); *Mittelbach* (Prag); *Mathon* (Prag); *Müller-Sittig* (Prag); *Münzer* (Prag); *Münster-Frank* (M. Ostrau); *Myslivoček* (Prag); *Neugebauer* (Prag); *Newekluf* (Prag); *Nonnenbruch* (Prag); *Nowak* (Prag); *Pick* (Prag); *Pollak* (Prag); *Popper* (Prag); *Pór* (Prag); *Rihl* (Prag); *Röschel* (Rumburg); *Salus* (Prag); *Schinke* (Tost); *Schmidt* (Prag); *Schmidt, R.* (Prag); *Schönfeld* (Brünn); *Schwarz* (Michalovce); *Sittig* (Prag); *Sonnenschein* (Brünn); *Spitz-Kallenbrunner* (Prag); *Sprengel* (Obernigk); *Starkenstein* (Prag); *Stein* (Prag); *Stein* (Teplitz-Schönau); *Vanga*; *Walter* (Reichenberg); *Weber-Fischer* (Prag); *Winkler* (Gleiwitz); *Woltär* (Außig); *Woletz* (Prag); *Wosyka*; *Zeynek* (Prag); *Zweig* (Brünn).

### *Sittig*: Der Begriff der Enthemmung in der Neurologie.

In seiner Cellularpathologie stellt *Virchow* drei Grundformen der Funktionsstörung auf: Mangel (Defekt), Schwächung und Verstärkung der Funktion. Scheinbar qualitative Abweichungen ergeben sich durch die höchst komplizierte Synergie verschiedener Teile oder durch die Kombination aktiver und passiver Zustände. Im Gebiete des Nervensystems unterscheidet *Virchow* dementsprechend zwei funktionelle Grundstörungen: Krampf und Lähmung.

Hat man die Lähmung als Ausdruck einer Herabsetzung der Funktion angesehen, so wurden positive Symptome als Ausdruck einer Reizung gewertet. Einige Forscher haben aber die Ansicht vertreten, daß manche positive Symptome nicht Ausdruck eines Reizes sind, sondern daß sie durch das gleichzeitig vorhandene negative Symptom bedingt sind, und zwar bedeute der Ausfall der Funktion gleichzeitig einen Wegfall einer normalerweise vorhandenen Hemmung. *Henry Monroy* hat 1851 gesagt, daß Geisteskrankheit auf einem Verlust des Nerventonus beruhe und daß

die Erregung des Geisteskranken, ebenso wie seine geistigen Defekte zwei Stadien dieses Verlustes des Nerventonus seien. *Anstie* erklärte in seinem Buche „*Stimulants and Narcotics*“ 1864 die scheinbar stimulierende Wirkung des Alkohols (und auch des Opiums) nicht durch Erregung, sondern durch Wegfall der Hemmung. Besonders hat aber *Hughlings Jackson* auf die große Bedeutung dieses Prinzips, das er das Prinzip des Verlustes der Kontrolle nennt, für die Hirnpathologie hingewiesen. Als klassisches Beispiel wählte er die manischen Erregungszustände nach epileptischen Anfällen. Der Kranke ist in diesem Zustande erregt, dabei ist aber sein Bewußtsein getrübt, bzw. ausgeschaltet, wie die folgende Amnesie beweist. Die Erregung ist ein positives Symptom, der Bewußtseinsverlust ein negatives Symptom. Diese Verbindung eines positiven mit einem negativen Symptom erklärt nun *Jackson* damit, daß normalerweise die höhere Nerventätigkeit auf die niedrigere eine hemmende Wirkung ausübt. Fällt unter pathologischen Bedingungen die höhere Nerventätigkeit aus, so fällt damit auch die von ihr ausgeübte Hemmung weg.

Um von Enthemmung sprechen zu können, muß also zunächst ein negatives Symptom vorhanden sein, d. h. es muß der Ausfall einer höheren nervösen Funktion nachweisbar sein. Zweitens muß ein positives Symptom vorhanden sein, d. h. es muß eine niedrigere nervöse Funktion gesteigert sein.

Was ist als höhere, bzw. niedrigere nervöse Funktion zu bezeichnen? Auch da hat *Jackson* Klarheit geschaffen. Die höheren Funktionen sind die weniger automatischen (was man auch die willkürlicheren nennt), die niedrigeren sind die automatischeren (Reflexe oder den Reflexen sich nähernd). Da sich beim Kinde zunächst die automatischeren Funktionen finden und sich erst allmählich im Laufe der Entwicklung die höheren, weniger automatischen Funktionen ausbilden, werden wir bei der Enthemmung Erscheinungen begegnen, die sich normalerweise beim Kinde finden, die aber beim normalen Erwachsenen nicht vorhanden sind.

Vielleicht das beste Beispiel der Enthemmung ist der Greifreflex. Der Greifreflex findet sich normalerweise beim Säugling und Kinde an den Händen und Füßen bis zu einem gewissen Alter. Er schwindet an der Hand im Durchschnitt im 6. Monat, zugleich mit dem Auftreten des Greifens, am Fuß mit einem Jahr, wenn das Kind zu stehen und laufen beginnt. Er findet sich unter pathologischen Bedingungen beim Erwachsenen, und zwar bei leichten, nicht zu schweren Paresen (negatives Symptom). Das positive Symptom ist der Greifreflex. Wichtig ist, daß der Greifreflex verschwindet, wenn die Lähmung an Schwere zunimmt.

Ein ähnliches Beispiel von Enthemmung ist die Echolalie bei gewissen Fällen von Aphasie (sog. transcorticale Aphasien). Hier besteht eine

Störung der Sprache (negatives Symptom), die Echolalie ist das positive Symptom. Das Nachsprechen ist gewiß als eine niedrigere Funktion zu werten als die normale Spontansprache. Bei Kindern läßt sich ein normales Stadium der Echolalie beobachten. Dagegen fehlt die Echolalie bei schwerer Störung der Expressivsprache, wie bei der *Brocaschen* Aphasie. Offenbar ist hier der Reflexbogen für das Nachsprechen nicht erhalten wie früher der für den Greifreflex.

Hier ist eine Gruppe von Enthemmungserscheinungen, aus denen man nun folgende Kriterien der Enthemmung entnehmen kann. Es muß ein negatives Symptom vorhanden sein, d. h. ein Ausfall einer höheren Funktion. Eine niedrigere, automatischere Funktion (oder Reflex), die normalerweise beim Erwachsenen nicht vorkommt, wohl aber in einem Stadium der kindlichen Entwicklung, ist vorhanden (positives Symptom). Der Reflexbogen für diese Erscheinung muß erhalten sein.

Soll also eine pathologische Erscheinung als Enthemmung angesehen werden, so muß bewiesen werden, daß 1. eine Funktion ausgefallen ist, 2. daß diese Funktion eine höhere ist, 3. daß eine normalerweise vorkommende Erscheinung wieder aufgetreten ist, 4. daß diese Funktion eine niedrigere ist (also etwa Reflexnatur), 5. der Reflexbogen muß erhalten sein. Dies kann klinisch nur dadurch erschlossen werden, daß bei Zunahme der Schwere des Ausfalls (des negativen Symptoms) das positive Symptom, z. B. der Reflex verschwindet.

Bei einer zweiten Gruppe von Enthemmungserscheinungen kommt es zu einer Steigerung niedrigerer Funktionen bei Wegfall höherer, man kann aber nicht sagen, daß sie beim Kinde in dieser Form normalerweise vorkommen. Hierher gehört die Enthirnungsstarre und die Massenreflexe bei vollständiger hoher Rückenmarksdurchtrennung, die *Head* als Enthemmungserscheinungen auffaßt. *Head* macht darauf aufmerksam, daß im Laufe der Entwicklung die niedrigeren Funktionen verschiedene Veränderungen durchmachen, so daß sie bei der pathologischen Enthemmung nicht in der gleichen Form auftreten müssen, wie sie ursprünglich beim Kinde vorhanden waren.

Eine weitere Gruppe von Enthemmungserscheinungen bilden die Iterativerscheinungen und die Pulsionen. Hier müßten aber noch die angeführten Kriterien nachgeprüft werden.

Wie allgemein das Prinzip der Enthemmung ist, beweist ihr Vorkommen auch im Psychischen. *Bergson* hat für den Traum ein gleiches Prinzip der Enthemmung angenommen und *Klages* für den Willen. Er sagt: Wir sind Wollende genau insoweit, als wir triebhafte Regungen unterdrücken. Es ist übrigens zu bemerken, daß schon *Jackson* ausdrücklich das Prinzip der Enthemmung auf das Psychische ebenso wie auf die Hirnphysiologie bzw. -pathologie angewendet hat, wie aus dem Beispiel der postepileptischen Manie deutlich hervorgeht.

## A u s s p r a c h e.

*Starkenstein.* Zum Begriffe der Enthemmung werden Beispiele aus der Pharmakologie angeführt, die anders als durch Lähmung von Hemmungen nicht erklärt werden könnten. Das klassische Beispiel ist die Erklärung des Strychnintetanus durch Lähmung der Hemmungen, die in den Schaltneuronen gelegen sind. Noch deutlicher läßt sich die scheinbare Erregung, richtiger „Aufregung“ der Katze nach Morphin durch Hemmungslähmung erklären, ein Beweis dafür kann darin gesehen werden, daß die „Aufregung“ durch Coffein, also durch einen typisch erregenden Stoff antagonistisch beeinflufßbar ist.

*O. Fischer.* Zu der von *Starkenstein* erwähnten Coffeinwirkung bei der Katze erwähnt *Fischer* eine Selbstbeobachtung aus dem Kriege. Hochgradige körperliche oder geistige Ermüdung hemmte bei ihm den Schlaf. Dagegen stellte sich in einem solchen Falle der Schlaf nach Genuß von etwas schwarzem Kaffee stets ein. Man sieht, daß diese in das Gebiet des Hemmungsmechanismus gehörende Wirkung des Coffeins auch beim Menschen beobachtet werden kann.

*Max Löwy* (Marienbad). Zum Begriff der Enthemmung wäre nützlich die Klärung des Begriffes pathologischer und normaler Hemmung. Wessen? der Erregung? oder der Reaktion? Letzteres wäre aber etwas Zeitliches. Und in der Tat gibt „Hemmung“ der unmittelbaren Reaktion, d. h. von Entladungen: den Boden oder wenigstens die Gelegenheit zu differenzierteren Leistungen. Enthemmung und Hemmungslosigkeit bedeuten so eine beschleunigte oder verstärkte Reaktion (oder eine ausgebliebene „Verteilung“ etwa beim Rigor), so in *Freuds* Neurosdefinition als „Unfähigkeit (ähnlich der infantilen), längerdauernde Libido-stauung zu ertragen, Libido in Schweben zu halten“, oder allgemeiner ausgedrückt und auch allgemeiner gültig wäre Enthemmung eine der Formen von Unfähigkeit, Impulse in Schweben zu halten, „Spannungen“ unentladen zu halten, welche Retention usw. in der Norm geleistet wird und „höhere“ Funktionen liefert oder ermöglicht.

*Guttmann, E. und E. Jokl* (Breslau): **Zur Frage der Muskelermüdung.**  
(Mit 6 Textabbildungen.)

Bei der elektrischen Untersuchung eines Myasthenikers ergaben sich eigenartige Befunde, die es wünschenswert scheinen ließen, an Muskelgesunden den Einfluß der Stromrichtung auf die Muskelarbeit zu prüfen. Zu diesen Untersuchungen bedienten wir uns eines *Mosso*-schen Ergographen, bei dem durch Zwischenschaltung einer Rolle die Zugrichtung des Gewichtes so umgekehrt war, daß die Arbeit durch *Streckung* des Mittelfingers geleistet wurde. Der Extensor dig. comm. wurde mit einer Normalelektrode galvanisch gereizt. Der Strom wurde einem gewöhnlichen Pantostaten entnommen und mittels eines Metro-

noms rhythmisch unterbrochen. Die Bewegungsausschläge des wie üblich geschienten Mittelfingers wurden mittels einfacher Fadenübertragung auf ein Kymographion registriert. Bei hinreichender Durchfeuchtung der Haut ließ sich die Stromstärke in längerdauernden Versuchen auf 5 mA konstant erhalten. Bei dieser Versuchsanordnung ist, wie nicht näher ausgeführt zu werden braucht, die Kathodenschließungszuckung größer als die Anodenschließungszuckung. Reizt man auf diese Weise rhythmisch mit der Kathode, so tritt regelmäßig nach einer gewissen Zeit eine Abnahme der Zuckungshöhen auf. Der Muskel ermüdet. Wendet man jetzt den Strom auf die Anode, so zeigt sich, daß die Anodenschließungszuckung nicht kleiner wird, wie zu erwarten, sondern ebenso groß, vielleicht noch etwas größer als die letzte Kathodenschließungszuckung (Abb. 1). Abb. 2 zeigt das Ende einer solchen Reizserie mit der Kathode. An der mit einem Pfeil bezeichneten Stelle wird der Strom gewendet, wiederum sind die ASZ. größer als die vorangegangenen KSZ. Wendet man nach einiger Zeit, im vorliegenden Versuch nach etwa 100 Sek., zurück auf die Kathode, so ergibt sich, daß die KSZ. nicht nur größer als die vorangegangenen ASZ, sondern auch beträchtlich größer als die letzten KSZ sind. D. h. also, bezeichnet man die Abnahme der Zuckungshöhen als Ermüdung, so hat sich der Muskel, ohne daß seine Arbeitsleistung unterbrochen worden ist, infolge des Polwechsels erholt. Abb. 3 zeigt ähnliches bei einer Reizserie mit etwas langsamerem Rhythmus. Der Muskel ist für den Kathodenreiz, wie hier nicht mehr mitgezeigt wird, ermüdet, die ASZ ist kleiner als die vorangegangene KSZ. Neu ist hier eine sichtbare Ermüdung auf Anodenreize, die wir übrigens häufig vermißten, wenn wir unsere Versuche mit der Anode begannen. Reizt man nun den ermüdeten Muskel mit der Kathode, so werden die Zuckungen wiederum größer als die Anodenzuckungen, ja auch größer als die vorausgegangenen Kathodenzuckungen, und vor allem, wendet man nun nochmals auf die Anode zurück, so sind schon nach kurzer Zeit die Anodenzuckungen größer als vor der Kathodenreizung. Diese Beobachtung ist um so wichtiger, als ja hier der Finger größere Ausschläge gemacht hat, die von dem Muskel geleistete Arbeit im Intervall größer war als bei der Reizung mit der Anode. Im vorliegenden Bild sehen Sie wegen der prinzipiellen Wichtigkeit den gleichen Befund noch einmal exakter dargestellt. Der Muskel wird zunächst lange Zeit mit der Anode gereizt. Umschaltung auf die Kathode mit wesentlich größeren Ausschlägen, d. h. entsprechend größerer Arbeitsleistung. Bei Rückwendung des Stromes sind die Anodenzuckungen 3mal so groß wie die letzten vor der Wendung. allerdings nehmen die Zuckungshöhen verhältnismäßig schnell wieder ab. Abb. 5 zeigt, daß der gleiche Effekt sich häufig, wir können aus anderen Beobachtungen sagen beliebig oft, wiederholen läßt. Abb. 6 zeigt einen ersten Versuch, die Intensität der Erholung mit der Anzahl der Zuckungen auf den entgegengesetzten Reiz in Beziehung zu

setzen. Es scheint, wie aus den verschiedenen Reizgruppen mit 2, 3, 6, 10 und 20 Ausschlägen hervorgeht, daß hier eine direkte Beziehung besteht.

Das diesen Befunden zugrunde liegende Prinzip ist in der Physiologie unter der Bezeichnung Wendungseffekt nicht unbekannt. Die erste Angabe findet sich bei *Kronecker* (Sitzungsbericht der Berliner Akademie

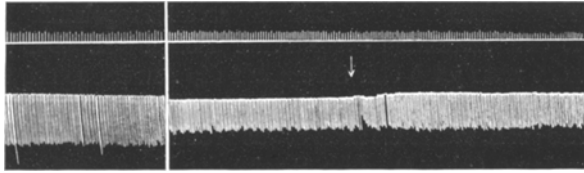


Abb. 1.

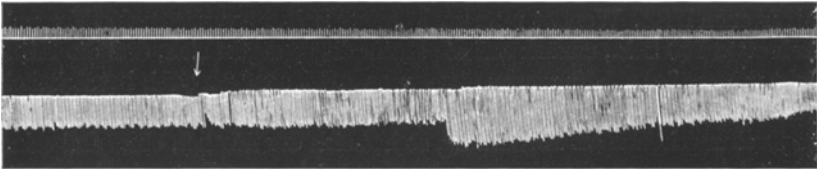


Abb. 2.

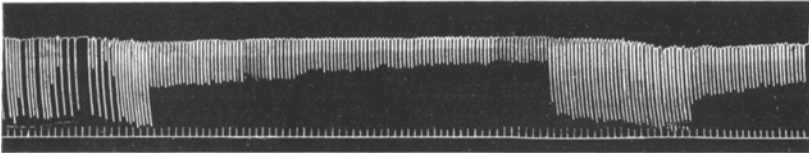


Abb. 3.

vom 11. August 1870). *Tigel* baute 1875 in einer großen Arbeit die Beobachtungen *Kroneckers* systematisch aus. Neuerdings hat *Scheminsky* mit zahlreichen Mitarbeitern das Phänomen wieder aufgegriffen, um daran die Richtigkeit gewisser Vorstellungen von den Beziehungen zwischen Membrandurchlässigkeit und Ermüdung zu beweisen.

Die genannten Untersuchungen wurden sämtlich an Froschmuskeln durchgeführt. Angesichts der grundsätzlichen Bedeutung, die unserer Ansicht nach diesen Befunden zukommt, erscheint es uns wichtig, sie auch am menschlichen Muskel zu bestätigen. Selbstverständlich bestehen schon in der Versuchsanordnung gewisse Unterschiede gegenüber dem Tierexperiment. Es braucht nur hervorgehoben zu werden, daß wir am Menschen nie mit maximaler Ermüdung bzw. Erschöpfung arbeiten konnten, wie die physiologischen Autoren dies getan haben. Es ist allgemein bekannt, daß jeder ermüdete Muskel durch eine Steigerung der

Reizstärke wieder zum Zucken gebracht werden kann. *Tigel* beschrieb, daß ein für einen bestimmten Reiz ermüdeten Muskel für den gleichen Reiz wieder zuckungsfähig gemacht werden kann, wenn man eine Periode stärkerer Reize dazwischenschaltet. Durch Änderung der Belastung kann man ebenfalls einen ermüdeten Muskel immer wieder arbeitsfähig machen, wie besonders aus den Versuchen von *Rießer* und *Schneider*

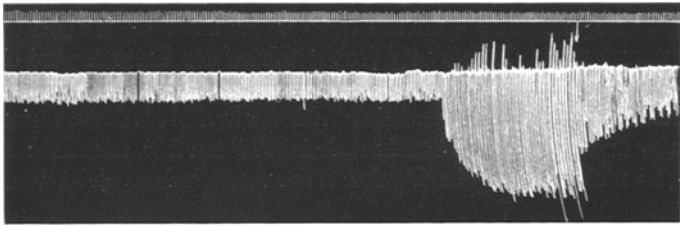


Abb. 4.

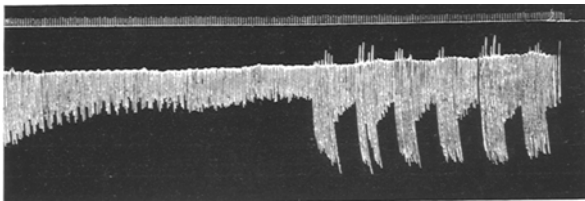


Abb. 5.

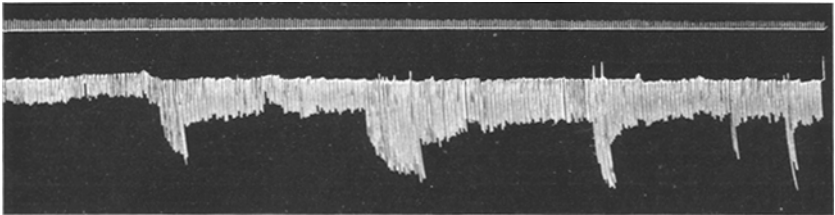


Abb. 6.

hervorgeht. *Taubmann* und *Hikiji* konnten einen in calciumfreier Ringerlösung bis zur Zuckungsunfähigkeit gereizten Muskel durch Hinzufügen kleiner Calciummengen wieder zu maximalen ja sogar zu übermaximalen Zuckungen bringen.

Aus allem diesem geht hervor, daß der Begriff der Ermüdung nur jeweils für ganz bestimmte experimentelle Verhältnisse Geltung beanspruchen kann. Diese Erwägungen gelten schon für die elektrische Muskelreizung. Bei der Übertragung solcher Befunde auf physiologische Verhältnisse müssen wir ja noch vorsichtiger sein, da wir aus den Untersuchungen von *Winterstein* wissen, daß die elektrische Nervenreizung von der

einfachen Erregungsleitung hinsichtlich ihres Stoffwechsels verschieden ist. Nur die elektrische Reizung geht mit einer Steigerung des Gaswechsels einher. Daraus läßt sich folgern, daß die künstliche Reizung zwei verschiedene Kategorien chemischer Prozesse auslöst, nämlich die physiologischen der vom Reizort ausgehenden Erregung, und 2. die am Reizort selbst durch die Einwirkung des elektrischen Stromes hervorgerufenen lokalen Prozesse. Letztere stellen nach *Winterstein* reine Kunstprodukte dar und lassen keinerlei Schlüsse auf das normale Geschehen zu.

Wir nannten hier Ermüdung die Abnahme der Leistung bei direkter elektrischer Muskelreizung. Unter diesen Verhältnissen können wir nach unseren Befunden für den menschlichen Skelettmuskel als Gesetz annehmen, was *Rießer* zuerst für den Froschmuskel bewiesen hat, nämlich: Die Ermüdung ist nicht einfach eine Funktion der vom Muskel geleisteten Arbeit.

*Kubik, J.* (Deutsche Augenklinik, Prag): Akut aufgetretene Oculomotoriusparese. (Mit Filmvorführung.)

Bei einer 50jährigen immer gesund gewesenen Frau traten plötzlich Doppelbilder auf. Die am Tage der Erkrankung vorgenommene Untersuchung ergab internistisch und neurologisch normale Verhältnisse. Blut-Wa.R. negativ, Liquor-Wa.R. positiv, sonstiger Liquorbefund normal. Die Analyse der Augenmuskelsymptome war ungemein schwierig, weil die Fixation in ständigem Wechsel von einem auf das andere Auge übersprang und das jeweilig nicht fixierende Auge in manchmal extremste Schielstellung ging. Es bestand also ein ständiger Wechsel zwischen primärer und sekundärer Schielstellung auf beiden Augen bei der binokularen Untersuchung. Die monokulare Untersuchung, die in der Ausmessung der Exkursionsfähigkeit jedes einzelnen Auges bestand, ergab eine Parese des R. internus rechts und eine Parese des R. internus, R. superior, R. inferior und Obl. inferior des linken Auges, sowie eine mäßige Parese des Levator palp. sup. des linken Auges. Der übrige okulistische Befund war normal, vor allem Pupillenreaktion, Sensibilität, Visus, Gesichtsfeld, Fundus. Im Laufe von 10 Tagen waren die Augenmuskellähmungen vollständig zurückgegangen. Ob dieses Zurückgehen auf die eingeleitete antiluische Therapie zu beziehen ist, ist fraglich. Die okulistische Diagnose mußte lauten: Beiderseitige inkomplette exteriore Oculomotoriusparese, welche rechts nur den Ast des R. internus betroffen hatte, links sämtliche exteriore Oculomotoriusäste. Die zugrunde liegende Krankheit konnte nicht mit Sicherheit diagnostiziert werden. Es wurde am ehesten an eine metaluische Erkrankung trotz des nicht dazu passenden Liquorbefundes gedacht.

Die sehr merkwürdigen Augenmuskelbewegungen konnten am Tage nach der Erkrankung kinematographisch aufgenommen werden. Der sehr gut ausgefallene Film, der die Krankheitserscheinungen auf ihrem Höhepunkt zeigt, wurde dem Kongreß demonstriert.



*Stary, Z. (Prag): Die Liquorkammerwasserrelation. (Mit 1 Textabbildung.)*

Zwischen dem Liquor cerebrospinalis und den intraokulären Flüssigkeiten bestehen nahe Beziehungen. Abgesehen von anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Parallelen ist es ja bekannt, daß in die Blutbahn eingebrachte Stoffe sowohl der Blutliquorschranke als auch der Blutkammerwasserschranke gegenüber ein analoges Verhalten zeigen. Da sich auch in der chemischen Zusammensetzung beider Flüssigkeiten manche Übereinstimmung vorfindet, hat sich der Vortragende gemeinsam mit *R. Winternitz* die Aufgabe gestellt, die Beziehungen, die zwischen der chemischen Zusammensetzung des Liquors und der des Kammerwassers bestehen, einer genauen quantitativen Untersuchung zu unterwerfen.

Als Testsubstanzen dienten einzelne anorganische Ionen, nämlich Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium, Chlor und anorganische Phosphorsäure. Für einen derartigen Vergleich scheinen diese Substanzen deshalb besonders geeignet, weil ihre Konzentration im Liquor und in den intraokulären Flüssigkeiten sich als weitgehend konstant erwiesen hat.

Die Bestimmungen ergaben, daß Liquor, Kammerwasser und Glaskörperflüssigkeit in chemischer Hinsicht deutlich voneinander verschieden sind. Nur im Chlorgehalt findet sich eine einwandfreie Übereinstimmung. Im Calciumgehalt sind deutliche, wenn auch geringe Differenzen nachweisbar; selbst Kammerwasser und Glaskörper des gleichen Auges zeigen im Calciumgehalt eine regelmäßige Differenz.

Größer sind die Differenzen im Magnesiumgehalt: Während der Magnesiumgehalt des Liquors durchschnittlich um 40% höher ist als der des Blutserums, ist der Magnesiumgehalt des Kammerwassers dem Magnesiumgehalt des Serums gleich, der Magnesiumgehalt der Glaskörperflüssigkeit ist nur um wenig höher.

Auffällige Differenzen bestehen auch in der Konzentration des Kaliums. Der Kaliumgehalt des Liquors ist nur etwa halb so groß wie der Kaliumgehalt des Kammerwassers. Die Glaskörperflüssigkeit steht in der Kaliumkonzentration ebenso wie beim Magnesium in der Mitte zwischen Kammerwasser und Liquor.

Der umgekehrte Fall liegt bei der *anorganischen Phosphorsäure* vor: Liquor und Kammerwasser besitzen hier ungefähr gleiche Konzentration, dagegen ist der Phosphorsäuregehalt der Glaskörperflüssigkeit um etwa 50% geringer.

Aus den durchgeführten Analysen geht somit hervor, daß jede dieser drei Flüssigkeiten ihre eigene charakteristische Zusammensetzung hat. Von einer Gleichsetzung oder gar Identität von Liquor, Kammerwasser oder Glaskörperflüssigkeit kann jedenfalls keine Rede sein.

Bekanntlich führt man die Bildung von Kammerwasser und Liquor vielfach auf eine Ultrafiltration oder einen dialysenartigen Vorgang in den Plexus chorioidei bzw. im Ciliarkörper zurück. Für den Liquor trifft

diese Anschauung, wie sich auf Grund von gemeinsam mit *A. Kral* und *R. Winternitz* ausgeführten vergleichenden Analysen und Modellversuchen hat nachweisen lassen, sicher nicht zu. Namentlich die erheblichen Differenzen, die im Magnesium, Kalium und Phosphorsäuregehalt zwischen Liquor und Ultrafiltrat bestehen, stehen in deutlichem Widerspruch zur Dialyse- oder Ultrafiltrationstheorie des Liquors.

Auch die Übereinstimmung im Calciumgehalt ist wohl nur eine zufällige und kann aufgehoben sein, wenn der Calciumgehalt des Blutes größere Verschiebungen erfährt. So zeigte ein gemeinsam mit *F. Münzer* untersuchter Fall von Tetanie, der auf der Klinik Prof. *Gamper* in Beobachtung steht, im Se um 6,3 mg % Calcium, davon etwa 2 mg % in ultrafiltrabler Form. Trotzdem betrug der Calciumgehalt des gleichzeitig untersuchten Liquors 5,8 mg %. Die normalerweise im Calciumgehalt bestehende Übereinstimmung zwischen Liquor und Ultrafiltrat muß also nicht immer vorhanden sein.

Analoge Untersuchungen wurden nunmehr auch bei den intraokulären Flüssigkeiten durchgeführt. Vergleicht man nämlich die intraokulären Flüssigkeiten mit Serumultrafiltrat in bezug auf die Konzentration der anorganischen Elektrolyten, so ergibt sich, daß das Kammerwasser dem Ultrafiltrat weit ähnlicher ist als der Liquor. Z. B. stimmt das Kammerwasser (im Gegensatz zum Liquor) im Kaliumgehalt mit dem Ultrafiltrat gut überein. Dagegen ist der Magnesiumgehalt des Kammerwassers merklich höher, der Gehalt an anorganischer Phosphorsäure fast um 50 % niedriger als es in einem Ultrafiltrat der Fall sein müßte (vgl. die Abb.). Trotz großer Ähnlichkeit in der Zusammensetzung von Kammerwasser und Ultrafiltrat kann das Kammerwasser somit nicht als reines Ultrafiltrat oder Dialysat des Serums angesehen werden.

Man kann dieses Resultat noch auf einem anderen Wege überprüfen und an die Stelle der Blutkammerwasserschranke eine künstliche Dialysmembran setzen. Läßt man Kammerwasser und Serum in vitro gegeneinander dialysieren, so muß, wenn das Kammerwasser ein Dialysat oder Ultrafiltrat des Serums ist, Gleichgewicht zwischen beiden Flüssigkeiten bestehen, d. h. die Konzentration auch der dialysablen Stoffe muß zu beiden Seiten der Membran gleich bleiben.

Geht jedoch die Bildung des Kammerwassers unter dem Einfluß anderer Mechanismen vor sich, die einer Kollodiummembran, d. h. einem gewöhnlichen Kolloidsieb nicht analog sind und deren Auswahlvermögen über die Unterscheidung von Stoffen bloß nach der Partikelgröße hinausgeht, so wird sich das Konzentrationsgefälle, das durch diesen spezifischen Auswahlmechanismus begründet ist, im Verlaufe eines derartigen Versuches auszugleichen suchen.

Läßt man nun tatsächlich Kammerwasser und Serum gegeneinander dialysieren, so zeigt sich, daß im Kammerwasser der Magnesiumgehalt

abnimmt, der Phosphorsäuregehalt aber zunimmt. Mit anderen Worten: Es stellt sich zwischen Kammerwasser und Serum dasjenige Verhältnis her, das zwischen Ultrafiltrat und Serum besteht und das zwischen Kammerwasser und Serum von vornherein bestehen müßte, wenn es sich beim Kammerwasser um ein reines Ultrafiltrat oder Dialysat des Serums handeln würde.

Haben wir damit den *Beweis* erbracht, daß die *intraokulären Flüssigkeiten nicht ausschließlich durch Ultrafiltration oder Dialyse des Serums entstanden* sein können, so soll das keinesfalls heißen, daß Dialyse oder Ultrafiltration bei der Bildung dieser Flüssigkeiten überhaupt keine Rolle spielen.

Auch rein biologische Vorgänge wie Sekretion usw. setzen sich ja letzten Endes aus physikalisch-chemischen Prozessen zusammen. Im physikalisch-chemischen Sinne bedeutet die Sekretionstheorie von Liquor und Kammerwasser ja letzten Endes nicht viel anderes als eine Vertagung der ganzen Problemstellung bis zu jenem Zeitpunkt, da man den Sekretionsvorgang selbst in seine physikalisch-chemischen Einzelkomponenten wird auflösen können.

Daß zu diesen Einzelkomponenten mancher Sekretionsvorgänge auch eine Ultrafiltration gehört, scheint heute schon sehr wahrscheinlich. Die Sachlage läßt sich am besten an einem Beispiel klarstellen. Niemand wird behaupten, der fertige Harn, wie er in die Blase gelangt, entspreche einem Ultrafiltrat des Blutplasmas. Daß aber bei der Harnbildung in den Glomeruli primär Ultrafiltrationsvorgänge zur Absonderung des Harnwassers führen, ist durch Untersuchungen der letzten Jahre recht wahrscheinlich geworden.

Ähnlich liegen die Verhältnisse offenbar auch beim Liquor und bei den intraokulären Flüssigkeiten. Die Tatsache, daß sich in den intraokulären Flüssigkeiten in kontinuierlicher Reihe ein Übergang von einem echten Ultrafiltrat bis zum Liquor hat finden lassen, spricht zweifellos zugunsten der *Mitbeteiligung von Ultrafiltrationsvorgängen* an der Liquorgenese.

Zweifellos ist aber, daß zu dieser Ultrafiltration in sehr eingreifender Weise noch andere Vorgänge hinzutreten müssen, welche die Zusammen-



Abb. 1. Liquor, Glaskörperflüssigkeit, Kammerwasser und das Ultrafiltrat des Serums sind in ihrer chemischen Zusammensetzung deutlich voneinander verschieden. Kammerwasser und Glaskörperflüssigkeit bilden in der Konzentration einzelner Ionen einen kontinuierlichen Übergang zwischen Liquor und Ultrafiltrat.

setzung der gebildeten Flüssigkeit von Grund auf verändern. Es sind derzeit Versuche im Gange, die Wirkung verschiedener physikalisch-chemischer Vorgänge, namentlich der Adsorption, auf Serumultrafiltrate zu bestimmen. Die leichte Adsorbierbarkeit des Kaliums und des Phosphorsäureions spricht zweifellos im Sinne einer Mitbeteiligung von Adsorptionsvorgängen an der Genese des Liquors und der intraokulären Flüssigkeiten.

Es erscheint ferner sehr auffallend, daß diese zur Ultrafiltration hinzukommenden Komponenten der Liquor- und Kammerwassergenese um so intensiver werden, je mehr die untersuchte Flüssigkeit mit Nervengewebe in Berührung steht. Wir haben schon seinerzeit die Vermutung geäußert, daß an der Liquorbildung nicht nur eine Blutliquorschranke, sondern auch eine Gehirnliquorschranke beteiligt sein könnte, daß es also an den Wandungen der Liquorräume zu einer Dialyse zwischen Liquor und den Geweben des Zentralnervensystems kommt. Bei den großen Magnesiumdepots, die sich namentlich in der weißen Substanz vorfinden, wäre es auf diese Weise möglich, zu einer Deutung des auffälligen Magnesiumüberschusses im spinalen Liquor zu kommen.

Aus den Untersuchungen ergibt sich also, daß man sich die physikalisch-chemischen Vorgänge, welche dem Permeabilitätsproblem zugrunde liegen, nicht so einfach vorstellen darf, wie dies bisher oft geschehen ist. Zweifellos handelt es sich um *ein Zusammenwirken einer ganzen Reihe verschiedener physikalisch-chemischer Einzelreaktionen*, die bei der Bildung des Liquors und der intraokulären Flüssigkeiten in verschiedenem Ausmaß beteiligt sind und sich gegenseitig überlagern. Es muß die Aufgabe weiterer Untersuchungen sein, auf dem eingeschlagenen Wege weiterzugehen und diesen sicherlich sehr komplizierten Vorgang, dessen Aufklärung den Kern des ganzen Permeabilitätsproblems bildet, Schritt für Schritt in seine physikalisch-chemischen Einzelkomponenten zu zerlegen.

*Gamper, E., A. Kral und R. Stein: Untersuchungen über die Wirkung von pathologischem Liquor cerebrospinalis bei Einbringung in die Vorderkammer des Kaninchenauges. (Ein Beitrag zum Schizophrenieproblem.)*

Im Rahmen ausgedehnter Untersuchungen über die biologische Wirksamkeit der Cerebrospinalflüssigkeit von Schizophrenen und anderen Geistes- und Nervenkranken wurden Versuche über die Wirkung pathologischen Liquors auf den Kaninchenbulbus angestellt.

Nach 2—3maligem Eintropfen von 2%igem Cocain in den Konjunktivalsack der Versuchstiere wurde die Vorderkammer mit dünnster Nadel punktiert, 0,2 ccm Kammerwasser abgesaugt und die gleiche Menge frischen, völlig blutfreien, sterilen Liquors injiziert. Das Versuchsergebnis wurde erstmalig nach 24 Stunden erhoben und die Untersuchung

hierauf täglich bis zum völligen Abklingen der Reaktion wiederholt. Es ergab sich auch bei Injektion verschiedenartiger Liquores grundsätzlich immer die gleiche Reaktion, bestehend in pericornealer und konjunktivaler Injektion, Irishyperämie und Exsudation eines fibrinösen, von Leukocyten durchsetzten Exsudates im Pupillarbereich. Linse, Glaskörper und Retina blieben frei von Veränderungen. Starke Unterschiede ergaben sich jedoch im Grade der Ausprägung der obengenannten Veränderungen und in ihrer Dauer. Es fanden sich neben völliger Reaktionslosigkeit (Reaktion 0), leichte Veränderungen, bei welchen das fibrinöse Exsudat nur in Form einzelner Klümpchen am Pupillarrand auftrat (Reaktion I „schwach“), mittelstarke mit bogen- und ringförmigem Exsudat am Pupillarrand (Reaktion II „mittelstark“) und endlich starke Reaktionen, bei welchen das Exsudat das Pupillarbereich ganz erfüllte. (Reaktion III „stark“). Die Veränderungen hielten bei Reaktion I 3 bis 4 Tage, bei Reaktion II 4—6 Tage, bei Reaktion III 7 und mehr Tage an. Es gab weiterhin Übergänge besonders zwischen Reaktion 0 und I (Reaktion 0—I „Spur“) und I und II (Reaktion I—II „deutlich“). Die Injektion verschieden konzentrierter Kochsalzlösungen und Kaninchenliquors ergab keine oder nur schwache Reaktion, ebenso die Injektion von Liquor normaler Personen und nicht prozeßhafter Psychosen. Dagegen fand sich bei Injektion des Liquors von 23 Fällen mit organischen Hirnprozessen (P. p., senile und arteriosklerotische Demenz, Epilepsie, alkoholische Psychosen und verschiedenartige neurologische Erkrankungen) 12mal „deutliche“ bis „starke“ Reaktion. Bei Injektion des Liquors von 19 Schizophrenen fand sich 13mal „deutliche“ bis „starke“ Reaktion, also ein auffallender Parallelismus zum Verhalten organischer Erkrankungen des Zentralnervensystems. Über die Beziehung von Verlaufsform und Dauer der schizophrenen Psychosen zur Vorderkammerreaktion ließ sich wegen der relativen Kleinheit des Materials kein abschließendes Urteil fällen. Auch die Frage, welcher Liquorbestandteil die Vorderkammerreaktion bedinge, muß offen bleiben, doch weisen die verschieden starken Reaktionen, die man bei P. p. mit gleichem Liquorspektrum erhält, ebenso wie die gleichstarken Reaktionen nach Injektion von Paralytiker- und Schizophrenenliquor daraufhin, daß der wirksame Faktor nicht oder nicht allein in jenen Veränderungen der Cerebrospinalflüssigkeit zu suchen ist, die mit den üblichen Untersuchungsmethoden nachgewiesen werden. (Erscheint ausführlich in der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie).

#### A u s s p r a c h e :

*Kubik* findet die angestellten Versuche sehr überzeugend, die kleine Zahl der Versuche jedoch schließt die individuelle Reaktion der Versuchstiere nicht mit Sicherheit aus. Deswegen möge bei der Fortsetzung der Versuche das eine Auge als Kontrollauge desselben Tieres mit Normal-

liquor regelmäßig, gleichzeitig mit dem pathologischen Liquor am anderen Auge beschickt werden. Es kann dadurch der Wert der Experimente nur gesteigert werden.

*Kral* bemerkt im Schlußwort, daß Versuche zur Beurteilung der individuellen Reaktionsfähigkeit der Versuchstiere, wie sie Herr Prof. *Kubik* vorschlägt, angestellt wurden, wobei sich die auf den beiden Augen erzielten Reaktionen unabhängig voneinander verhielten. So fand sich z. B. auf dem einen Auge Reaktion Ø—I, auf dem anderen Reaktion III.

*Salus, F. und F. Sinek:* Über das Vorkommen bactericider Antikörper im Liquor cerebrospinalis.

Zu dieser Frage wurden in 193 Fällen 218 Untersuchungen mit *Bacterium coli haemolyticum* angestellt, in 5 Fällen auch mit Typhusbacillen und Paracolibacillen. Tabellarisch lassen sich die Ergebnisse folgendermaßen zusammenfassen:

Zahl der Fälle	Morbus	Liquor- bacterizide % vorhanden	Hämoly- sine- reaktion % vorhanden	Pleocyto- se %	Eiweiß, vermehrt %	Blut- bacterizide % vorhanden
6	Normal . . . . .	Ø	Ø	Ø	Ø	100,0
8	Sonstige interne Erkran- kungen . . . . .	13,0	Ø	Ø	Ø	
4	Rückenmarkstumor suboccip.	25,0	Ø	Ø	Ø	
26	Sonstige nichtentzündliche Erkrankungen des Zentral- nervensystems . . . . .	34,5	Ø	Ø	4,0	
10	Meningitis . . . . .	40,0	30,0	10,0	100,0	
11	Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems	45,0	11,5	11,5	11,5	
9	Tabes dorsalis . . . . .	55,5	22,0	44,5	44,5	
10	Sklerosis multiplex . . . .	60,0	20,0	10,0	10,0	
19	Tumor cerebri . . . . .	88,0	11,0	0	16,0	
11	Lues cerebri . . . . .	72,0	72,7	36,5	63,5	
6	Paralysis progressiva . . .	83,0	100,0	100,0	100,0	69,5 87,0 100,0 Ø
38	Anaemia perniciosa . . . .	84,0	5,0	2,5	2,5	
21	Fun. Myelitis . . . . .	90,5	5,0	5,0	Ø	
6	Rückenmarkstumor lumbal .	100,0	50,0	17,0	50,0	
5	Urämie . . . . .	100,0	20,0	20,0	Ø	Ø

- Unsere Ergebnisse sind folgende:
1. Dem normalen Liquor gehen so gut wie immer bactericide Fähigkeiten ab.
  2. Zwischen bactericidem Antikörper und Hämolsinreaktion bestehen keine direkten Beziehungen, ebenso wie auch das Auftreten des bactericiden Antikörpers im Liquor von dessen Zellzahl und Eiweißreaktionen unabhängig ist.

3. Daß tatsächlich Bactericidie im Liquor vom Zellgehalt vollkommen unabhängig ist, geht aus den Untersuchungen am meningitischen Liquor hervor: Denn nach Abzentrifugieren der Zellen ist im zellfreien Zentrifugat der bactericide Antikörper ebenso vorhanden, wie im zellreichen Liquor.

4. Zwischen Blut- und Liquorbactericidie bestehen insoferne Beziehungen, als in einem wesentlich höheren Prozentsatz, und zwar in etwa  $\frac{3}{4}$  der Fälle die Liquorbactericidie dann vorhanden ist, wenn sie im Blute nachweisbar ist.

5. Wenn die Bactericidie im Blute fehlt, kann sie trotzdem in einem größeren Prozentsatz, und zwar in 80 % der Fälle im Liquor vorhanden sein.

6. Bei wiederholt angestellter Reaktion zeigt sich bei sonst gleichen Bedingungen im Liquor der gleiche Ausfall der Reaktion.

7. Bei geänderten Bedingungen (z. B. Untersuchung im Lumbal- und Suboccipitalpunktat oder im blutigen und klaren Liquor, nach Abklingen einer Blutung oder vor und nach Transfusion) zeigt sich differentes Verhalten, und zwar manchmal zu einer Zeit, wo die anderen Reaktionen, nämlich Zell- und Eiweißgehalt sich noch nicht geändert haben.

8. Die Bactericidie zeigt bei Anstellung mit verwandten Stämmen (Typhus- und Paracoligruppe) das gleiche Verhalten wie gegen *Bacterium coli* hlt.

9. Es gelingt den bactericiden Antikörper im Liquor durch viel kleinere Toxinmengen zu zerstören als im Blute.

(Vorläufige Mitteilung.)

**Löw-Beer, A. und Fr. Th. Münzer: Seit Jahren bestehende Destruktion der knöchernen Schädelbasis durch einen Tumor bei geringfügigen klinischen Erscheinungen.**

Die Vortragenden demonstrieren zunächst die Röntgen-Schädelaufnahmen einer 45jährigen ledigen Dame, die röntgenologisch seit Februar 1928 die typischen Veränderungen eines Epipharynxtumors zeigt: An der seitlichen Aufnahme des Schädels fällt die totale Konsumption des Keilbeinkörpers auf. Der Defekt reicht nach rückwärts bis an das Clivus Blumenbachii, nach vorne bis unter das Planum sphenoidale und die hintere Wand der Orbita. — Die Aufnahme der Nasennebenhöhlen ergibt einen zackigen Defekt an der Begrenzung der Fissura orbitalis superior beiderseits. — An der axialen Aufnahme nach Schüller ist eine Zerstörung an den Pyramidenspitzen zu erkennen, die bei der Spezialaufnahme der Pyramiden nach Löw-Beer links bis an die Schnecke und rechts bis an den inneren Gehörgang reicht, beiderseits ist nur ein vogelschnabelförmiger — nach unten konkav begrenzter — Rest der oberen Pyramidenkante erhalten. Das Foramen ovale, spinosum, rotundum und lacerum lassen sich nicht differenzieren und der Processus

pterygoideus ist nicht erkennbar. Die Veränderungen zeigten seit dem Jahre 1928 keine wesentliche Progredienz.

In auffälligem Gegensatz zum Ergebnis der Röntgenuntersuchung stehen die anamnestischen Angaben, die Symptomatologie und der bisherige Verlauf.

Aus der Anamnese. Menarche mit 14 Jahren, bis zum 22. Lebensjahre regelmäßige Menstruation, die sich nach 2jähriger Pause noch einmal wiederholte. Seit dem 24. Lebensjahre vollkommene Amenorrhöe. Ihre jetzige Erkrankung führt die Dame auf einen Sturz im 33. Lebensjahre zurück, der von Schmerzen in der Hals- und Nackenmuskulatur gefolgt war. Diese Schmerzen wiederholten sich nach leichten Unfällen und bei Witterungswechsel öfters und führten angeblich in den letzten 9 Jahren zu einer Verkürzung des Halses und einer Erschwerung der seitlichen Kopfbewegungen. Bereits im Jahre 1923 wurde röntgenologisch eine Veränderung der Halswirbelsäule konstatiert, ohne daß wir diesen Befund auf der uns zur Verfügung gestellten Platte bestätigen konnten, hingegen läßt sich bereits auf diesem Bilde eine Destruktion der Pyramiden-spitzen erkennen.

Bei den seit dem Jahre 1928 wiederholt kontrollierten Untersuchungen konnte mit Ausnahme eines leicht hypothyreoiden Habitus — deswegen öfters Schilddrüsentherapie — und einer Einschränkung der seitlichen Kopfbewegungen nur minimale Zeichen linksseitiger Erscheinungen gefunden werden. Diese Symptome kamen in einer geringen Deviation der Zunge nach links, in einem links schwächeren Grundgelenksreflex, daselbst erhöhtem Patellarsehnenreflex und Achillessehnenreflex und positivem Rossolimo zum Ausdruck. Erst in letzter Zeit zeigte sich auch links ein angedeutetes *Babinskisches* Phänomen. Die übrige neurologische, ophthalmologische, otologische und interne Untersuchung, sowie die Untersuchung von Stoffwechsel, Harn und Blut ergaben einen durchaus negativen Befund. Für eine gröbere Schädigung der Hypophyse war kein Anhaltspunkt vorhanden. Auf Grund des Röntgenbefundes mußte man jedoch eine Veränderung des Nasenrachenraumes annehmen und tatsächlich fand sich nach gründlicher Cocainisierung in dessen linken Anteil ein kleiner höckeriger und leicht blutender Tumor, von dem bereits im Jahre 1929 ein Stückchen durch Probeexcision entfernt wurde. Zur größten Überraschung ergab damals die histologische Untersuchung ein aus kleinen Rundzellen bestehendes Sarkom. In den Präparaten einer vor wenigen Tagen wiederholten Probeexcision fand sich nur Schleimhaut und lymphoretikuläres Gewebe. Deswegen wurde heute nochmals ein größeres Stückchen entfernt, dessen Untersuchung noch aussteht.

Der hier demonstrierte Fall erscheint somit in mancherlei Hinsicht bemerkenswert. Denn es handelt sich zweifellos um einen vom Epipharynx ausgehenden Tumor, der zu weitgehender Zerstörung der



knöchernen Schädelbasis führt, jedoch auffallenderweise Hypophyse, basale Hirnnerven völlig und auch das Gehirn fast intakt läßt. Allgemeine Zeichen eines Hirndruckes waren weder klinisch noch röntgenologisch feststellbar. Besonders hervorhebenswert erscheint der normale klinische Befund am Opticus und Acusticus, an denen man nach dem Röntgenbild auch eine gewisse Beeinträchtigung erwartet hätte.

Wenn man die Amenorrhöe, das vielleicht einzig verwertbare anamnestiche Zeichen mit dem Prozeß in irgendeinem ursächlichen Zusammenhang bringen wollte, müßte man dessen Alter auf etwa 20 Jahre schätzen. Nach den Röntgenkontrollen kann er auf mindestens 9 Jahre zurückverfolgt werden.

#### A u s s p r a c h e.

*Kraus, L.* Der von Herrn *Münzer* vorgestellte Fall ist für den Rhinologen ungemein interessant. Auf Grund des Röntgenbildes müssen wir tatsächlich annehmen, daß es sich um einen Prozeß handelt, der vom Epipharynx ausgeht, wahrscheinlich maligner Tumor. — Die Diagnose der malignen Epipharynxtumoren ist erst in den letzten 2 Jahrzehnten durch die Kenntnis der Rhinoscopia posterior ausgebaut worden. Auch die Röntgenologie des Schädels hat viel zur Diagnostik beigetragen, da wir durch sie genauen Aufschluß über die Ausdehnung des Tumors gewinnen. — Von den 2 Hauptformen der malignen Epipharynxtumoren weist die eine einen kleinen Primärtumor im Epipharynx auf, dabei aber große Drüsenmetastasen beiderseits im Kieferwinkel oder Hals. Die 2. Gruppe sind meistens Tumoren, die keine Metastasen setzen und im Epipharynx und in den angrenzenden Gebilden weit ausgebreitet erscheinen. Histologisch finden wir bei diesen das Sarkom prävalierend. In diese Gruppe scheint der demonstrierte Fall zu gehören. Das wirklich Interessante für den Kliniker ist dabei jedenfalls der geringe rhinologische und neurologische Befund im Verhältnis zur röntgenologisch nachgewiesenen ausgedehnten Destruktion der Schädelbasis.

*Münzer* (Schlußwort). Bezüglich der Ätiologie scheint im vorliegenden Falle trotz des im Jahre 1929 erhobenen histologischen Befundes größte Vorsicht geboten. Vielleicht läßt sich nach weiterer histologischer Untersuchung (der heute vorgenommenen Probeexcision) darüber ein zuverlässiges Urteil gewinnen.

#### *Ehrenwald, Hans* (Wien-Preßburg): Zur Hirnlokalisation von Störungen der Zeitauffassung.

Die zeitliche Orientierungsstörung wird, im Gegensatz zur bisher geltenden Anschauung, nicht als uncharakteristisches „Allgemeinsymptom“ bei Schädigung des Gesamthirns dargestellt, sondern als mehr-weniger scharf umschriebenes Herdsymptom bei Bestehen einer bestimmten Herdkonstellation. Hierfür werden zwei anatomisch histo-

logisch genauer untersuchte Fälle angeführt. 1. Beidseits dorsale parieto-occipitale Schußverletzungen, mit Störung der räumlichen und zeitlichen Orientierung, Störung des Zeichnens und der konstruktiven Praxie. Es handelt sich also um eine Störung in den Koordinaten des Raumes und der Zeit (vierdimensionale „*ordinative*“ Störung), deren *eine* Seite die zeitliche Orientierungsstörung darstellt. 2. Ähnliches ordinatives Störungssyndrom bei doppelseitigen dorsalen parietooccipitalen Erweichungsherden. 3. Ein dritter Fall bot ein ordinatives Störungssyndrom nach operativer Durchtrennung des Balkenspleniums. Die zeitliche Orientierungsstörung vom ordinativen Typus wird dem Störungstypus beim echten Korsakow gegenübergestellt. Beim letzteren fehlen Herdsymptome, wie Akalkulie, Agraphie usw.

#### A u s s p r a c h e.

*Lange, J.* (Breslau): Soviel ich verstanden habe, sitzen die Herde im Falle des Herrn *Ehrenwald* weiter mantelkantenwärts als in den bekannten Fällen von Fingeragnosie und entsprechen in ihrer Lage etwa dem Parietalherd in Falle von *Balints* Seelenlähmung des Schauens. Dies ist im Hinblick auf die Symptomatologie des Falles des Herrn *Ehrenwald* besonders bemerkenswert, da dadurch der Fall *Balints* in einen größeren allgemeinen Rahmen gerückt wird. Im übrigen ist es bedauerlich, daß bei dem interessanten Fall des Herrn *Ehrenwald* noch mehr Herde als die für die Symptomatologie in Anspruch genommenen bestehen. Auch ich bin aber der Überzeugung, daß eine Raum-Zeit-Desorientierung durch Herdläsionen zustande kommen kann.

#### *Herrmann, G.*: Über faseranatomische Befunde im zentralen Abschnitt der Sehleitung.

Vortragender bespricht an der Hand von Diapositiven, die nach Serienschnitten angefertigt sind, einige noch strittige Punkte auf dem Gebiet der zentralen Anteile der Sehleitung. Im 1. Falle handelt es sich um einen embolischen Erweichungsherd im Schläfenoccipitallappen der linken Seite. Der Herd zerstört die dorsalen Anteile der Strata sagittalia. Durch diese Zerstörung kommt es zu sekundären Degenerationen, die sowohl oral als auch caudalwärts verlaufen. Oralwärts ziehen diese Degenerationen gegen die Kuppe und teilweise gegen mediale Anteile des Corpus geniculatum laterale; in diesem besteht an dieser Stelle eine Lichtung. Caudalwärts ziehen die Degenerationen gegen den Occipitalpol zu Rindenteilen mit Calcarinatypus, und zwar ein geringerer degenerierter Faserzug gegen die kuneale Lippe, ein stärkerer gegen die Spitze des Occipitalpols. Dieser Fall ist ein Beleg dafür, daß die topographische Anordnung in der Retina, im Corpus geniculatum laterale und durch die Sehstrahlung hindurch bis in die Calcarina überall übereinstimmt und

daß die corticale Projektion der Macula und des unteren Gesichtsfeldquadranten der Projektion an der Kuppe des Geniculatums und seinem medialen Anteil bzw. dem Occipitalpol und der kunealen Lippe entspricht. Da es sich um eine Durchbrechung der dorsalen Anteile der Strata sagittalia handelt, so ist der Fall weiter eine Bestätigung der Auffassung, daß im Bereiche des Parietallappens die Maculafasern dorsale Teile der Sehmarklamelle einnehmen. In einem 2. Fall bestand eine Erweichung im Gesamtgebiet der Arteria cerebri posterior links mit Erweichung des Balkenspleniums. Im Corpus geniculatum laterale der rechten (gesunden) Seite zeigt sich eine Lichtungszone, die ausschließlich die dorsale Zelllamelle mit der zugehörigen Marklamelle in der Kuppe des Geniculatums betrifft. Da der zentrale rechtsseitige Anteil der optischen Strahlung unbeschädigt ist, ist die Annahme berechtigt, daß diese Lichtung in Abhängigkeit steht von der völligen Zerstörung des zentralen Anteils der linken Sehstrahlung und zugehörigen Balkenstrahlung. Es bestehen zwei Möglichkeiten: 1. Daß der Fasciculus cruciatus von *Pfeiffer* rückläufig bis zum rechten Corpus geniculatum laterale hin degeneriert ist. 2. Daß von der Area striata einer Seite neben den zentrifugalen Verbindungen zum gleichseitigen Corpus geniculatum laterale auch solche zum gegenseitigen bestehen, die im vorliegenden Falle ebenfalls durchbrochen sind, und zu einer entsprechenden Lichtung im gegenseitigen Corpus geniculatum laterale geführt haben. Es können auch beide Möglichkeiten zusammentreffen, so daß also die Lichtung im Corpus geniculatum laterale der Gegenseite sowohl durch einen Ausfall von zentripetalen, wie zentrifugalen Faseranteilen bedingt ist.

*Girschek, Karl* (Prag): Zur Symptomatologie der Hypophysengangstumoren.

Die vornehmlich durch *Cushing* eingeleiteten Bestrebungen, die Diagnose der Hirntumoren soweit zu vervollkommen, daß nicht nur der Sitz, sondern auch die Art des Tumors bereits vor der Operation festgelegt werden kann, hat uns unter anderem auch die Leitlinie gebracht, die zur sicheren klinischen Erkenntnis der Hypophysengangstumoren (Tumoren der *Rathkeschen* Tasche) führt. Das entscheidende differentialdiagnostische Kriterium ergibt sich dabei allerdings nicht bei der einfachen neurologisch-klinischen Untersuchung, sondern wird erst durch das Röntgenbild beigebracht. Es handelt sich also im Einzelfall darum, daß auf Grund der klinischen Erscheinungen der Gedanke an die Möglichkeit eines Hypophysengangstumors überhaupt auftaucht. Ist der Verdacht einmal da, so bringt das Röntgenbild die fast sichere Entscheidung. Was nun diese Tumorform klinisch besonders interessant macht, ist die Mannigfaltigkeit ihrer klinischen Symptomatologie, in der fast kein Fall dem anderen genau gleicht, eine Tatsache, die sich einerseits aus der wechselnden Größe und den wechselnden Wachstumsrichtungen dieser

Geschwülste, andererseits aus ihren räumlichen Nachbarschaftsbeziehungen zu Hirnabschnitten verschiedener Dignität erklärt. Vom Gesichtspunkt klinisch symptomatologischer Besonderheit möchte ich ihnen kurz über eine eigene Beobachtung berichten.

Ein 26 Jahre alter Schlosser bemerkte ein Jahr vor seiner Aufnahme in die Klinik eine Abnahme des Gedächtnisses, Steigerung des Durstes, reichlicheren Harnabgang und Sinken der Libido. 6—8 Wochen vor Aufnahme an die Klinik stellte sich beim Patienten nächtliche Inkontinenz ein, gleichzeitig anfallsweise heftige Kopfschmerzen am Morgen nach dem Aufstehen, weitere Abnahme der Gedächtnisleistungen, Schläfrigkeit und Stimmungs labilität. Bei der klinischen Untersuchung fand sich eine geringe Hypästhesie im Trigeminusgebiet rechts, Parese im linken Facialis, Abschwächung des Bauch- und Cremasterreflexes links, Steigerung des linken Knie- und Achillessehnenreflexes, Papille beiderseits unscharf bei normalem Gesichtsfeld, auffallende Dösigkeit und Schläfrigkeit, dazwischen hinein war aber der Patient bummelwitzig, etwas ideenflüchtig, im Benehmen burschikos, hielt er den Ärzten gegenüber nicht die Distanz, neigte zum Renomieren. Während des Schlafes regelmäßig Einnässen. Röntgenologisch ergab sich das typische bekannte Bild eines Tumors der *Rathkeschen* Tasche mit ihren charakteristischen Verkalkungsbildern.

Am 12. Tag der klinischen Beobachtung brach Patient nachts auf dem Klosett bewußtlos zusammen und verharrte bis zu seinem Tode, am Morgen des übernächsten Tages in tiefem Sopor. Während dieser Schlußphase bestand starke Bradykardie, *Cheyne-Stockesscher* Atmungstypus, die linke Papille war maximal weit, die rechte maximal eng, beide reaktionslos, beiderseits Patellar- und Dorsalklonus, sowie Babinski. Der Kopf stand nach links gedreht; die Extremitäten fielen bei der ersten Untersuchung in den Morgenstunden schlaff herunter, im Verlaufe des Vormittags trat in den Beinen ein außerordentlich starker Strecktonus auf, während sich in den oberen Extremitäten ein zunehmender Widerstand bei der Abduktion in Schulter, Streckung von Ellenbogen, Hand- und Fingergelenken geltend machte. Bemerkenswert war nun, daß man bei passiven Veränderungen der Kopfhaltung in Form von Drehbewegungen nach rechts oder nach links die Tonusverteilung in den oberen Extremitäten ändern konnte. Linksdrehung führte zu einer Zunahme des Strecktonus, im linken Ellenbogengelenk, verbunden mit einer Pronation, einer Zunahme des Beugetonus im rechten und umgekehrt. Manchmal schien es, als ob die Kopfdrehung ohne Einfluß auf die Extremitätenmuskulatur blieb. Führt man dann aber passive Bewegungen aus, so stellte sich nach einigen Bewegungsversuchen die der Kopfstellung entsprechende Tonusverteilung ein. Es gelang also gleichsam durch passive Bewegungen eine der Kopfstellung entsprechende Tonusverteilung zum Einschießen zu bringen.

Über die grobe Diagnostik ist weiter kein Wort zu verlieren. Das Röntgenbild war dabei entscheidend. Wohl aber ist es interessant, unsere Beobachtungen mit bisher bekannten zu vergleichen. Dabei möchten wir für das erste herausheben, daß sich die Kalkschatten nicht auf die Peripherie des Tumors beschränkten, sondern auch das Zentrum einnahmen, ein Befund, der nach den Angaben von *McLean* auf ein längeres Bestehen des Tumors hinweist. Um so auffallender ist es, daß bei unserem Kranken die ersten Erscheinungen erst 1 Jahr vor der klinischen Aufnahme sich bemerkbar machten. Aus dem klinischen Erscheinungsbild möchten wir zunächst das Negative herausheben: Das Fehlen einer erheblichen Gesichtsfeldeinschränkung und das Fehlen der von *Förster* seinerzeit hervorgehobenen Gleichgewichtsstörungen als Ausdruck einer Bedrängung der medial liegenden frontopontinen Bahnen, bei deutlichen Erscheinungen der davon lateral liegenden Pyramidenbahn. Recht typisch war der Diabetes insipidus und das Erlöschen der Libido sexualis, ein ungewohntes Symptom hingegen die Inkontinenz. Eine sichere lokalisatorische Zuordnung dieser Störung ist bei einem Tumor kaum möglich. Es könnte sich dabei ebenso um eine Auswirkung der Pedunculuschädigung gehandelt haben, wie um irgendwelche Druckwirkung auf das Corpus Luisi, das auch nach den Untersuchungen von *Lichtenstern* mit der Blasenfunktion in Beziehung steht. Nicht ausgeschlossen ist endlich eine Wirkung vom Thalamus aus, wenn auch ein thalamisches Blasenzentrum nach den bisherigen Untersuchungen sehr fraglich ist. Von ganz besonderem Interesse sind die psychischen Veränderungen, die beim Erkrankten von allem Anfang so im Vordergrund standen, daß der behandelnde Arzt an die Möglichkeit einer Psychose dachte. Das psychische Störungsbild setzte sich aus einer subjektiv sehr unangenehm empfundenen Gedächtnisstörung und aus Zuständen schläfriger Dösigkeit zusammen, die mit wachen Zwischenphasen mit moriaartigem Verhalten wechselten.

Mit dieser Beobachtung möchte ich in Zusammenhang bringen, daß *Gamper* 1927 beim *Korsakoffschen* Symptomenkomplex schwere Veränderungen der Kerne am Boden des 3. Ventrikels, besonders des Corpus mamillare fand und daß *Förster* im Jahre 1929 darauf hingewiesen hat, daß er nicht nur bei operativen Eingriffen, bei denen vorn unten am Boden des 3. Ventrikels manipuliert wurde, ein maniakalisches Zustandsbild mit schwerer zeitlicher und örtlicher Desorientierung auslösen konnte, sondern auch bei umschriebenen Tumoren, welche den Boden des 3. Ventrikels ergriffen, die gleichen Zustandsbilder fand. Neuerdings hat *Förster* zusammen mit *Gagel* einen Fall eines Glioms des N. opticus beschrieben, bei dem sich Zustände maniakalischer Erregung mit stumpfer Passivität ablösten. Unser Fall geht nun dieser Beobachtung genau parallel und bringt eine weitere Bestätigung für die Anschauung, daß zwischen Hirnstamm und psychischen Vorgängen innige dynamische Wechselbeziehungen bestehen.

Endlich noch die Schlußphase: Hätte man den Kranken ohne Kenntnis der Vorgeschichte in diesem Endzustand angetroffen, so hätte man an das wohlbekannte Bild einer Blutung in den 3. Ventrikel gedacht. In unserer Beobachtung ließ sich sehr gut verfolgen, wie der Zustand anfänglicher Schlaflähmung übergang in das Bild jener eigenartigen Starre, die bereits wiederholt mit der Enthirnungsstarre beim Tiere verglichen wurde. Dabei trat nun sehr deutlich die Wirkung passiv gegebener Kopfstellungen auf die Tonusverteilung in den Extremitäten in der Form der bekannten Halsreflexe von *Magnus* zutage. Allerdings traten die Magnusreflexe nicht in markanter Form hervor, sondern mußten erst, wenn ich mich so ausdrücken darf, durch passive Bewegungen hervorgerufen werden. Wir heben diesen Umstand deshalb hervor, weil sich damit zeigen läßt, daß sich durch passive Bewegungen, wie sie *Kleist* und *Mayer* zur Erzielung des sog. Gegenhaltens anwenden, im vorliegenden Falle kein Gegenhalten einstellte, sondern eine Spannungsverteilung, die durch die jeweilige gegebene Kopfstellung determiniert war.

#### A u s s p r a c h e.

*Löw-Beer* weist darauf hin, daß die im Röntgenbilde sichtbaren intrakraniellen Kalkablagerungen die Folge regressiver Gewebsveränderungen sind. Bei den im Röntgenbilde sichtbaren Tumoren der Sellagegend handelt es sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um die pathogenetisch streng umschriebene Gruppe von sog. Erdheimtumoren. Der gleichartigen Histopathogenese entspricht kein einsinniges endokrines klinisches Symptomenbild. Es wechselt das Symptomenbild der *Dystrophia adiposo-genitalis* mit hypophysärer Ateleiose.

Die Ausbreitung des im Röntgenbilde sichtbaren Kalkschattens gestattet keine Schlußfolgerungen auf die wahre Größe des Tumors. Die Erdheimtumoren bestehen meist aus einem soliden und einem cystischen Anteil. Die Verkalkungen lokalisieren sich im Zentrum des soliden Teiles, dem genetisch ältesten Teil des Tumors. Diese Tatsache erklärt auch die Differenz in bezug auf die neurologische Symptomatologie und sichtbare Größe (Verkalkung) einerseits, wahre Größe des Tumors andererseits. Nicht nur in Fällen suprasellarer Verkalkungen, sondern bei jedem intrakraniellen Kalkherd ist es Aufgabe des Röntgenologen, darauf hinzuweisen, daß aus der Größe des Verkalkungsherdes keine Schlüsse auf die Größe des Tumors gezogen werden können.

#### *Altschul, Rudolf: Der Uncus.*

Vortragender berichtet kurz über die phylo- und ontogenetische Entwicklung der Ammonsformation im allgemeinen und des Uncus im besonderen. Es folgt die Besprechung der individuellen Unterschiede im Aufbau des Uncus, wobei der Versuch unternommen wird, gewisse

Bautypen zu unterscheiden. Der Vergleich mit dem Bau der Unci von 6—8 Monate alten Frühgeburten gestattet auch beim Erwachsenen fetale Formen zu erkennen und solche, die von der fetalen Entwicklungsstufe weiter entfernt sind. Der von *G. Levi* formulierte Satz: Der Grad der Einrollung der Ammonsformation ist direkt proportioniert der Entwicklung der Hirnrinde, kann auch für den Uncus angewendet werden, das bedeutet, daß die deutlichere Ausprägung des Hakens, die Entfernung von der fetalen Stufe und von der unvollkommenen, eben erst angedeuteten Uncusform der Anthropoiden, für eine höhere Entwicklung der Hirnrinde spricht.

Anschließend wird noch über einige andere, anlässlich dieser Untersuchungen erhobenen histologischen Befunde berichtet: Beschrieben wird die Lage und Struktur eines Nucleus unco-hippocampus, die gelegentliche Verschmelzung der Lamina affixa mit der Fimbria, das Auftreten von Ependymrosetten und die topographische Anordnung der Corpora amylacea in dieser Gegend. An jener Stelle, die von früheren Autoren als Diverticulum subiculi oder Fissura subiculi interna bezeichnet wurde, findet sich beim Erwachsenen keine Fissur, sondern eine glöse Leiste, die als Lötlinie der früheren Ventrikelbucht gedeutet wird.

(Der Vortrag erscheint demnächst ausführlich in *Z. Neur.*)

#### *Fischer, O.: Zur Psychopathologie des Brandstifters.*

Die pathologischen Brandstifter kann man im allgemeinen in 3 Gruppen einteilen.

1. Brandstiftung bei ausgesprochen klinischen Psychosen, bei denen das Feuerlegen auf Grund von Wahnideen oder Halluzinationen zustande kommt.

2. Bei schwer Schwachsinnigen, bei denen die Handlung aus den meist recht einfachen Motiven und ihrer vollständigen Hemmungslosigkeit entsteht und

3. Bei Debilen und Infantilen. Bei diesen, falls nicht Rache oder andere recht kindliche Motive in Betracht kommen, stellt sich meist heraus, daß sie auf Grund einer Lust am Feuer den Brand gelegt hatten, also doch etwas, was der Pyromanie nahekommmt. Da diese Lust sehr intensiven zwanghaften Charakter zu haben scheint, nahm man an, daß derselben irgendwelche abwegige Sexualmotive zugrunde lagen. Folgender Fall beweist letztere Ansicht.

Ein 21jähriger Mann legte in 5 Wochen 6mal Feuer. Als Motiv gab er unbezwingbare Lust am Feuer an. Eine genauere Untersuchung ergab einen infantilen, leicht debilen Menschen, bei dem sich erst vor 1½ Jahren die Sexualität regte, und zwar bekam er die erste Erektion beim Sehen eines Brandes. Die zweite Erektion bekam er, als er als Feuerwehrmann bei einem Brande tätig war. Später legte er Feuer

bei einem Bauer, wie er sagte, aus Rache [das sexuelle Grundmotiv dürfte mitgespielt haben]. Jetzt bekam er beim Brande auch den ersten Orgasmus, und von da konnte er sich nicht mehr halten. Der Orgasmus kam im Schläfe beim Träumen von Bränden, er stellte sich immer wieder Brände vor und konnte nicht anders, als wieder Feuer legen.

Einen so eindeutigen Zusammenhang zwischen Sexualität und Brandlegung zeigte noch kein Fall der einschlägigen Kasuistik. Vortragender schließt damit, daß dieser Fall aber doch wohl kein Unikum, sondern eher einen Typus darstelle

#### A u s s p r a c h e.

*Max Löwy* (Marienbad): Sicher ist mit dem Vortragenden die Hauptmasse der pathologischen Brandstifter als infantil anzusehen: Kindliches Spiel, kindliche Rache, kindliches Heimweh, auch pathologische Träume-reien (Indianerbücher veranlassen einen Jungverheirateten, seine Frau abzuschlachten und sein eigenes Haus anzuzünden, um frei nach Amerika auszu ziehen. Nach 30 Jahren Kerker begnadigt, ohne Psychose). Dazu *O. Woltärs* berühmter Fall eines Poriomanen, der nach Landstreicherart in diesem Zustand wegen verweigerten Nachtlagers dem Bauer den Heuschober anzündet, dann Amnesie. Die epileptischen Brandstifter und das „Zündeln der Kinder“ leiten über zum Feuer als Liebessymbol. Die Lust, „den Brand zu entfachen“ (mehr weiblich), die Lust am Löschen, zu dessen Herbeiführung man Brand legt (mehr männlich) erinnern an eine hypothetische Anmerkung in *Freuds* „Unbehagen in der Kultur“, wo die „Unterdrückung der Lust im Wettkampf mit der lodernden Flamme“, diese durch den Harnstrahl zu löschen, den unerhörten Kulturfortschritt ermöglicht, die Flamme nach Hause zu tragen und sich dienstbar zu machen.

*Dr. Woltär* (Außig): Der von *M. Löwy* erwähnte Fall zündete am Ende einer poriomanischen Wanderung das Haus eines Bauern an, der ihm das Nachtlager verweigerte. Seine Erinnerung an die Tat schwankte zwischen völliger Amnesie und detaillierter Erinnerung. In der Hypnose gelang es immer wieder, die Amnesie aufzuheben.

*Kalmus*: Wir hatten bei mehreren Fällen von Brandlegung Gelegenheit, auf die Motive dieser kriminellen Handlungen einzugehen. Was die Sexualität anbelangt, so scheint mir ein mit Prof. *Max Löwy* beobachteter Fall hier erwähnenswert, in welchem ein junger, bisher unbescholtener Mann wiederholt im Alkoholrausch Brandstiftungen begangen hatte, ohne irgendein anderes Motiv, als die Freude am Brande, den unwiderstehlichen Zwang, anzuzünden, dafür angeben zu können. Hier scheint mir gleichfalls die durch den Alkoholgenuß gesteigerte sexuelle Erregung ein wichtiges Moment zu bilden, wir konnten uns aber nicht entschließen, dem Inkulpaten einen Strafausschließungsgrund im Sinne des § 2 StGB.



zuzubilligen, haben aber doch Milderungsgründe im Sinne des § 46 a als bestehend zugegeben.

*Lange, J.* (Breslau): **Gesichtslupus und Persönlichkeit.**

Um die Reichweite von Erlebniswirkungen für die Persönlichkeitsentwicklung festzustellen, hat *Lange* ein lückenloses Material von Kranken mit Gesichtslupus untersucht, die im Breslauer Lupusheim untergebracht waren. Entgegen der Erwartung, daß der Gesichtslupus zur völligen Isolierung und zu entsprechenden Persönlichkeitsentwicklungen führt, wurde festgestellt, daß nicht nur ein sehr erheblicher Teil der Lupösen dauernd arbeitet, sondern daß auch zahlreiche Lupöse nach dem Ausbruch der Erkrankung noch heiraten. So sind etwa von mehreren hundert lupösen Frauen jenseits des 30. Lebensjahres  $\frac{2}{3}$  verheiratet. Zahlreiche peinliche Erlebnisse bleiben keinem Lupösen erspart. Dennoch bleibt in einem beträchtlichen Teil der Erkrankungen der Gesichtslupus ohne Einfluß auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung. In zahlreichen anderen Fällen kommt es zu einfacher Resignation, zur Aufgabe von gewissen Lebenszielen, ohne daß damit Wesentliches am Relief der Persönlichkeit sich ändert. Vermeintliche kompliziertere Reaktionen ergeben sich als natürliche Entwicklungen bei von jeher komplizierteren Persönlichkeiten, wie sich aus der eingehenden Berücksichtigung vor allem der Familienbefunde ergibt. Im Beginn und bei neuen Nachschüben der lupösen Erkrankung kommt es bei einem erheblichen Teil der Lupösen zu reaktiven Depressionen. In allen seelischen Entäußerungen der Lupösen liegt, wenigstens bei der größten Mehrzahl der Kranken, etwas Mattes, Unausgesprochenes. Die Lupösen sind im Durchschnitt triebsschwach, insbesondere in sexueller Hinsicht. Auch sonstige Befunde weisen darauf hin, daß die Lupösen offenbar in ihre Krankheit bestimmte konstitutionelle Eigentümlichkeiten mitbringen. Dies ist ein wichtiger Gewinn der Untersuchung, die vom Seelischen ausgeht. Psychiatrisch bedeutsam ist demgegenüber vor allem die Tatsache, daß schwerste seelische Belastung in der Regel ertragen wird, ohne daß entscheidende Wandlungen der betroffenen Persönlichkeit zustande kommen.

A u s s p r a c h e.

*Kalmus:* Die Ergebnisse der Untersuchungen *Langes*, daß die Persönlichkeit der Gesichtslupuskranken durch ihr Leiden und die damit verbundenen deprimierenden Erfahrungen nicht beeinflußt werde, müssen wohl trotz der vorgebrachten Tatsachen Widerspruch erregen. Es ist nicht glaubhaft, daß ein Mensch, der durch Gesichtslupus stark entstellt ist, alle die vielfachen, oft auch unbeabsichtigten Kränkungen und Verzichtleistungen ohne den geringsten Schaden erträgt. Ich denke da an einen Häftling unseres Gefängnisses des Bezirksgerichtes in Prag,

dessen Gesicht derart durch den Lupus entstellt war, daß ein um Rat befragter Dermatologe keinen Rat wußte und er infolge seines Leidens von allen Mithäftlingen gemieden wurde, so daß niemand mit ihm in der Zelle bleiben wollte. Es erscheint mir undenkbar, daß die seit früher Jugend durchgemachten Kränkungen, das vergebliche Hoffen auf Heilung usw. den Charakter des Bedauernswerten nicht geändert, nicht ungünstig beeinflußt, ihn nicht zu einem sozialen Tiefstand verurteilt hätten, welchen er sonst — ohne die Lupuserkrankung — vielleicht überwunden oder wenigstens nicht widerstandslos ertragen hätte. Auch mir sind wohl Fälle bekannt, daß Gesichtslupusranke ihr Schicksal nach langen Jahren schließlich mutig ertragen haben, es erscheint mir aber nicht erwiesen, daß sie nicht ohne die Lupuserkrankung sich zu anderen, wenn vielleicht auch nicht besseren Persönlichkeiten entwickelt hätten. Daß andere schwere Entstellungen des Körpers nicht ohne Schädigung der Persönlichkeit verlaufen, daß z. B. der Verlust eines ganzen Armes bei einem jungen Mädchen die Charaktereigenschaften desselben ungünstig oder jedenfalls verändernd beeinflußt, erscheint mir außer Zweifel. Jedenfalls erscheint mir bei der Verwertung der Schlußfolgerungen *Langes* große Vorsicht geboten.

Dr. *Woltär* (Außig): Das Verhalten erblindeter Kinder zeigt, daß ihre Persönlichkeit und deren Geltungstrieb durch den Defekt nicht gelitten hat.

*Max Löwy*: Die sich selbst ergebende vorerst ja ungesuchte Erweiterung der Fragestellung durch den Herrn Vortragenden zum Grundproblem „Anlage und Erlebnis“ (hier als Krankheitserlebnis und Krankheitsverlaufserlebnis) gibt auf den verschiedensten Gebieten der Psychopathologie, allgemeinen Medizin und Persönlichkeitsforschung ungefähr das gleiche Ergebnis, wie es *J. Lange* fand. Entscheidend der Anlagentypus, mitwirksam die aktuelle Störung des psychischen Gleichgewichtes und die Milieueinflüsse, letztere vorübergehend oder fixiert haftenbleibend aus verschiedenen Gründen und dazwischen die Kindheitskomplexe *Freuds*, für deren Auswahl und Wirksamwerden (Traumanalysen und anderem nach) neben den Kinderstübenschicksalen doch wieder die Anlage entscheidend ist.

*E. Popper* verweist, in Bestätigung der Ausführungen des Vortragenden, auf gewisse Erfahrungen bei den modernen Gesichtsplastiken, Nasenkorrekturen usw. Es ist außer Zweifel, daß auch da es vielfach mehr die innere Anlage ist, als der oft gar nicht so bedeutsame, äußere Mangel, die den Träger diesen so schwer empfinden oder gar, als Schicksal gestaltend, beurteilen läßt. Bericht über einen eigenen, ungewöhnlichen Fall, der im Zusammenspiel von abwegiger Anlage und äußerlichem Mangel die überragende Bedeutung des Anlagefaktors erweist.

*Kalmus*: Das vom Kollegen *Woltär* gebrachte Beispiel der mir sehr wohl bekannten Blindenschule in Außig scheint mir nicht stichhaltig,

da das schöne Milieu in dieser Schule nicht die psychischen Schäden ausgleichen dürfte, welche etwa sonst ein blindes, verlassenes Kind treffen. Aber selbst diese wohl gepflegten blinden Kinder dürften meines Erachtens, namentlich wenn sie nicht blind geboren sind oder in frühester Jugend erblindet sind, sehr viel an seelischem Leid und Entsagung durchzumachen haben, das ihre Persönlichkeit gewiß nicht unbeeinflußt lassen konnte. Psychische Traumen solcher Art können — so weit man auch *Freudsche* Theorien zurückweisen mag — die Persönlichkeit gewiß beeinflussen, auch wenn die Erbanlagen vielleicht die Art der Reaktion und die Intensität des Umweltseinflusses mitbestimmen. Die ganze Frage der Verwahrlosung der Kinder scheint mir durchaus nicht nur eine Frage der Konstitution, sondern auch eine Frage der Umwelt zu sein, in welcher das Kind aufwächst.

*Newekluf*: Verkrüppelte Kinder, besonders Mädchen, werden in einer besonderen, typischen Weise abwegig. Diese Verbildung bleibt in richtig heilpädagogisch geführten Krüppelheimen weitgehend aus. Konstitution und Milieu stehen in einer korrelativen Beziehung zueinander und wir dürfen annehmen, daß ein Trauma, Verkrüppelung, entstellende Erkrankung oder anderes um so tiefer modifizierend einwirkt, je früher es auftritt, bei der plastischen Persönlichkeit des Kindes mehr als bei der gereiften des Erwachsenen.

*Nonnenbruch*: Die von *Ebstein* gesammelten und kürzlich von *G. B. Grüber* verwerteten Krankengeschichten historisch bekannter Tuberkulöser kommen zu den gleichen Schlüssen betreffs Beziehung von Krankheit zu Persönlichkeit, wie sie Herr *Lange* aus seinen Untersuchungen an Lupösen gezogen hat.

*Erich Guttman* (Breslau): Die typische Charakterveränderung verkrüppelter Kinder wird bearbeitet. Außer dem Problem Anlage und Reaktion spielt hier auch die biologische Art der Schädigung eine Rolle. Außer eigenen Beobachtungen wird auf die Krankengeschichte v. *Bayers* hingewiesen, aus der z. B. eine besondere Bereitschaft der Poliomyelitiker zur resignierenden Verarbeitung ihrer Verkrüppelung hervorzugehen scheint. *Lange* hat die Möglichkeit erörtert, daß die Verarmung an Muskelsubstanz das biologische Substrat der Persönlichkeit verändert.

*Sittig* weist darauf hin, daß das Wesentliche in den Untersuchungen des Vortragenden die Methode ist, denn auf andere Weise als durch Statistik lasse sich die Frage wissenschaftlich nicht lösen.

*Lange* (Schlußwort): Gegenüber den Ausführungen des Herrn *Kalmus* muß nachdrücklich betont werden, daß auch ich selbst ganz anderes erwartet habe, als ich noch unerfahren war, daß aber ein wirkliches Bild nur gewonnen werden kann bei Untersuchung eines lückenlosen repräsentativen Materials. Das gleiche gilt hinsichtlich der Reaktionen Blinder, auf die Herr *Woltär* hingewiesen hat. Jenen Blinden insbesondere, von

dem Herr *Woltär* ausgeht, kenne ich selbst sehr genau, da ich mit ihm nicht bloß sein eigenes Schicksal, sondern Fragen der Blindenpsychologie überhaupt besprochen und Fragestellungen für eine Klärung grundsätzlicher blindenpsychologischer Fragen beraten habe. Im übrigen ist eine blindenpsychologische Untersuchung bei mir im Gange. Ganz Entsprechendes ist in Fragen der Krüppelpsychologie zu sagen, über die meine Mitarbeiter *Guttmann* und *Jokl* soeben interessante Befunde erhoben haben. Einwände, wie sie mir in der Diskussion gemacht worden sind, setzen an der falschen Stelle ein. Wenn Einwände gegenüber der Untersuchung möglich sind, dann müssen sie bei der Frage einsetzen, wie denn Persönlichkeitsentwicklungen beurteilt werden können. Diese Frage hier in extenso zu behandeln, ist ausgeschlossen.

**Gamper, Ed.: Meningiom der Olfactoriusgrube mit atypischem, klinischem Bilde.**

Vortragender berichtet über einen Fall von Meningiom der Olfactoriusgrube, das in seiner klinischen Symptomatologie wesentlich von dem typischen Bild, wie es von *Cushing* und *Boström-Spatz* umrissen wurde, abwich. Besonders bemerkenswert waren anfallsweise auftretende motorische Phänomene. Die Kranke führte ruckartige Bewegungen des Kopfes nach vorne und unten aus, verbunden mit schnüffelnden Bewegungen der Nase und Hochziehen der Oberlippe, so daß die oberen Schneidezähne entblößt wurden. Vortragender bringt diese durch ihr Gesamtgepräge unmittelbar an Phasen des Freßaktes bei Tieren gemahnenden Erscheinungen in Beziehung zu den von *Schaltenbrand* und *Cobb* bei elektrischer Reizung der Commissura anterior an Katzen beobachteten Phänomene (Schnüffelbewegungen, Sträuben der Schnurrbarthaare, Kauen, Lecken) in Beziehung und kann am anatomischen Präparat demonstrieren, daß in seiner Beobachtung die Commissura anterior durch die große Geschwulst nach hinten gedrängt und gedehnt wurde.

(Ausführliche Mitteilung erfolgt anderen Orts.)

### A u s s p r a c h e.

*R. Schmidt:* Ich möchte einen kleinen Beitrag liefern zum Kapitel der Hirntumoren.

Es handelt sich um ein Symptom, welches bisher der Aufmerksamkeit entgangen ist. Es besteht in einer Störung des Wasserhaushaltes und äußert sich in einer oft hochgradigen Verminderung der Diurese bei hohen spezifischen Gewichten und in Einsparung im Wassertrinkversuch. Als auslösender Mechanismus kommt jedenfalls die intrakranielle Drucksteigerung in Betracht, da nach Druckentlastung die Oligurie manchmal sogar in eine leichte Polyurie umschlägt, das Durstgefühl sich steigert und der Trinkversuch normal ausfällt. Es scheint mir naheliegend zur

Erklärung des Phänomens der „*Hirntumor-Oligurie*“ Funktionsstörungen im mesencephal-hypophysären System anzunehmen. Es besteht vielleicht eine gewisse Analogie zu den Veränderungen am Hypophysenvorderlappen, wie sie von *E. J. Kraus* im hiesigen pathologisch-anatomischen Institute festgestellt wurden. Es wäre von Interesse, weiterhin festzustellen, ob ein gewisser Parallelismus der Hirntumoroligurie besteht in Beziehung zu dem Auftreten von Prolan, wie es von *E. J. Kraus* und von *Hirsch-Hoffmann* bei Hirntumoren festgestellt wurde und zu den röntgenologisch faßbaren Veränderungen an der Sella.

(Erscheint ausführlich in der Klinischen Wochenschrift.)

*Sittig*: Zur Frage von Veränderungen des Harns bei Nervenkrankheiten weist *Sittig* darauf hin, daß *Bentley Todd* bei Fällen von Chorea minor wiederholt ein auffallend hohes spezifisches Gewicht fand, das mit der Heilung normal wurde.

*Schönfeld, A.* (Brünn): Die geklagte Psychoanalyse (als Kunstfehler).

Vortragender bemerkt einleitend, daß die veränderte Einstellung des Publikums dem Arzte gegenüber, sowie die Zeitverhältnisse bewirken, daß Anschuldigungen von Ärzten wegen Kunstfehler jetzt häufiger vorkommen als früher. Im allgemeinen bilden durch mechanische Eingriffe oder physikalische Prozeduren hervorgerufene tatsächliche oder vermeintliche Schädigungen den Klageinhalt.

Neu sei, daß eine psychotherapeutische Methode, im gegebenen Falle die Psychoanalyse, vor das Gericht zitiert, als Lehre und Heilweise angeklagt wurde.

Ein 26jähriger Ingenieur, der an chronischen Magenbeschwerden litt, wandte sich schließlich an einen Nervenarzt, der sein Leiden als nervös erklärte und ihm psychoanalytische Behandlung anriet. Auf besonderes Befragen des Patienten betonte er die absolute Unschädlichkeit der Methode. Als sich während der Kur das Leiden verschlimmerte, machte er die Psychoanalyse dafür verantwortlich und klagte wegen Fahrlässigkeit.

Das Gericht wies die Einwendung des beklagten Arztes wegen rechtlicher und kausaler Zulässigkeit ab, erklärte sich für kompetent und ging in die Verhandlung ein.

Der Beklagte bestritt die Schädlichkeit der Methode, die von ihm nach dem Stande der herrschenden Lehre durchgeführt worden sei.

Ein Sachverständiger bezeichnete den Kläger als Hypochonder, dessen Beschwerden wahrscheinlich latent vorhanden waren und wies auf die Ungefährlichkeit der analytischen Kur hin.

Kläger lehnte den Gutachter als der älteren medizinischen Schule angehörig ab, welchem Verlangen das Gericht jedoch nicht entsprach, und brachte eine große Zahl von Gründen vor, die gegen die psychoanalytische Lehre und ihre Anwendung bei Neurotikern sprechen. Er

bezeichnete das Aufwühlen seines Seelenlebens bis in die Kindheit hinein, das Suggestieren von seiner Wesensart bisher fremden, nie gedachten Gedankenverbindungen (Ödipuskomplex) und anderen „unmoralischen“ Vorstellungen als höchst schädlich für seinen Gesundheitszustand. Für die ihm zugefügten seelischen und körperlichen Qualen verlangt er Entschädigung und Schmerzensgeld.

Das Erstgericht sowie die höheren Instanzen beschieden die Klage abschlägig mit der Begründung, daß dem Kläger der Wahrheitsbeweis nicht völlig gelungen sei.

Vortragender weist auf die Unterschiede der gerichtlichen Beurteilung von Kunstfehlern im deutschen und österreichischen Rechte hin, betont das Einzigartige des Falles und macht darauf aufmerksam, daß, wie die Tatsache beweist, auch Nervenärzte bei Anwendung psychotherapeutischer Methoden Gefahr laufen können, wie andere Kollegen, wegen Kunstfehlers angeklagt zu werden. Autoreferat.

#### A u s s p r a c h e.

*Sonnenschein:* Der geklagte Arzt war ich. Es handelte sich offenbar um eine beginnende Psychose, denn es folgten rasch aufeinander Klagen gegen andere Kollegen (natürlich auf Schadenersatz) wegen höchst absurder „Schädigungen“.

*Kalmus:* Zu dem von *Schönfeld* berichteten Falle möchte ich mir nur einige formale Bemerkungen erlauben. Da es sich um einen Zivilprozeß gegen den betreffenden Arzt handelt, hatte das Gericht nicht die Möglichkeit, ein Gutachten der jetzt an Stelle der Fakultätsgutachten getretenen Gerichtsärzteräte einzuholen. Diese Gerichtsärzteräte können nach den derzeit gültigen Bestimmungen nur im Strafverfahren gegen einen Arzt angerufen werden. Es wäre vielleicht einer Anregung wert, daß in jenen Fällen, in welchen Zweifel an der Richtigkeit eines von Gerichtsärzten abgegebenen Gutachtens vorgebracht werden, auch in Zivilfällen die Anrufung des im zuständigen Lande bestehenden Gerichtsärzterates möglich gemacht werden sollte. Es wäre das manchmal auch im Interesse des etwa von einer Partei angegriffenen Sachverständigen gelegen, besonders wenn etwa vorgelegte Privatgutachten die Richtigkeit des vom Gericht bestellten Sachverständigen bezweifeln oder als unrichtig hinstellen. Daß heute leider ein Arzt auch unberechtigterweise strafrechtlich geklagt wird, weil er einen Krankengeld begehrenden Kassenpatienten für invalid, aber nicht behandlungsbedürftig erklärte, hat mir ein Fall, den ich im Gerichtsärzterate in Prag zu referieren hatte, bewiesen.

*Popper, Erwin (Prag): Zwangsneurose und Persönlichkeit.*

Meine hier versuchte Erörterung über die Beziehungen zwischen Zwangsphänomen und dessen Träger, der Persönlichkeit des Zwangs-

bedrängten oder Zwangskranken, ist nur als vorläufige Mitteilung gedacht und ein Bruchstück aus einer begonnenen, größeren Studie über Zwangserscheinungen, deren Veröffentlichung an anderem Orte beabsichtigt ist.

Meine Ausführungen berücksichtigen hier nur die formale Seite des Zwangshaften und sehen von dessen Inhaltlichem ab. In formaler Hinsicht handelt es sich um das unwillkürliche und als ungewollt empfundene Auftreten von Erscheinungen, die subjektiv in verschiedenster Weise erlebt und — ebenso verschieden und vielfältig — reaktiv beantwortet werden. Wir finden alle Abschattierungen von dem noch richtig gewerteten Belästigtsein durch einen als sinnwidrig erkannten und dennoch nicht abweisbaren, psychischen Fremdling bis zu höchster Unruhe, die deren Träger keineswegs mehr (falls man dies etwa, den älteren Definitionen über Zwangsmäßiges entsprechend, so annehmen wollte), noch wirklich über der Situation stehen läßt, sondern ihm die mannigfachsten Reaktionen, bis zum kompliziertesten Zwangsrituale, erpreßt. Wir finden alle Abstufungen vom passiven Hinnehmen des Zwangsphänomens, bei voller Einsicht und Kritik in dessen abstruse Fremdheit, bis zu hilfloser Unsicherheit, ja förmlicher Besessenheit, die dem Krankheits-träger eine brauchbare Entscheidung zwischen den oft polar-entgegengesetzten Antrieben kaum noch ermöglicht. In allen höheren Graden von Zwangshaftem aber tritt dabei, mehr oder minder deutlich, ein mystisch-magisches Element hervor, das dem primitiv-archaischen Glauben an die Allmacht und an die Fernwirkung von Gedachtem entspricht, dem kultischen Glauben an die Zaubervirkung gewisser Handlungen vergleichbar. Die Beziehungen der psychischen Zwangsphänomene zum Aberglauben und zur religiös-kultischen Einstellung sind im Schrifttum bereits so sorgfältig erörtert worden, daß dieser Hinweis hier genügen mag. Aus dem zwangshaften Aberglauben an den telekinetischen Effekt gewisser Handlungen oder Unterlassungen erwächst dem Zwangsbehafteten ein furchtbares Verantwortlichkeitsgefühl, das ihn, selbst bei noch teilweise vorhandener Überlegenheit und erhaltener Kritik, ein wirkliches Abweisen der Zwangstendenzen vielfach gar nicht mehr wagen läßt.

Phänomenologisch sind alle Zwangserscheinungen dadurch gekennzeichnet, daß in den normalen Rhythmus geistigen Geschehens, in den situationsbedingten Gedanken- oder Bewegungsablauf ein anscheinend heterogenes Element einschneidet, das nicht erledigt werden kann und trotz aller Versuche, es abzuschütteln, immer wiederkehrt. Die normale Möglichkeit, einen Gedanken dadurch abzulehnen, das man ihn durchüberlegt, d. h. zu Ende denkt, damit zugleich bewußter Kritik zugänglich macht und ihn nach erfolgtem Urteil abweisen kann, ist hier verlorengegangen. *Friedmann* hat dies als die Abschlußunfähigkeit der Zwangskranken eingehend beschrieben. Es gehört nicht in den Rahmen, bzw. in das engere Gebiet der Zwangserscheinungen, wenn, etwa bei einer

Konzentrationsstörung, sei diese wodurch immer bedingt, der dominierende Gedankenablauf durch Neben- oder Gegenideen für Augenblicke gestört wird. Es gehört ebenso noch nicht zu den Zwangssphänomenen, wenn etwa eine timide Persönlichkeit, eine Hamletnatur, ängstlich Verschiedenes gegeneinander abwägt und solcherart in seiner Entschlußfähigkeit schwer beeinträchtigt wird. Wohl aber gehört es hierher, wenn trotz Überlegens und Erwägens der Schlußpunkt nicht erreicht wird, sei es, weil der psychische Fremdling mit soviel an Beunruhigung ausgestattet ist, daß ein Durchdenken gar nicht gewagt wird, sei es und das ist wohl das noch Wesentlichere, daß auch das Zuendedenken keine Erlösung bringt, so, wie etwa auf körperlichem Gebiet gewisse Abwehrbewegungen gegen irgendwelche Mißempfindungen, z. B. beim krankhaften Juckreiz, den erstrebten Zweck nicht erfüllen, sondern gebieterisch Wiederholung fordern, ohne daß auch diese Erleichterung schafft.

Überall, wo der Ablauf psychischen Geschehens sich verlangsamt, kann die dadurch verursachte *psychische Starung* sich in Zwangshaftes pervertieren. Man darf geradezu sagen, daß es *nur* solche Momente sind, in denen Zwangshaftes auftreten kann. Es ist kaum je beobachtet worden, daß bei glattem Gedankenabfluß, in völlig ausgeglichener, seelischer Situation oder bei klarer und zielbewußt vorwärts strebender Intention eine Zwangerscheinung hervorgebrochen wäre, was ja, schon auf Grund der natürlichen Enge des Bewußtseins, wenn dieses durch präzisen Inhalt und sichere Zielstrebigkeit eindeutig erfüllt ist, gar nicht der Fall sein könnte.

Daraus jedoch ergibt sich bereits, welche Situationen es sind, die, selbstverständlich bei entsprechender und noch zu erwägender Disposition, das Auftreten von Zwangshaftem überhaupt erst ermöglichen. Dies ist einmal, um nur einiges herauszugreifen, die physiologische Müdigkeit, die das Festhalten an einem gewollten Inhalt erschwert, das gedankliche Tempo verlangsamt und, was ja eben das Wesen ermüdungsbedingter Konzentrationserschwerung kennzeichnet, das Auftauchen von dem Grundinhalt des Augenblicks fremden oder ihm geradezu polar entgegengesetzten Vorstellungen oder Strebungen erleichtert und ermöglicht. Ebenso vermag dies jede Affekt- bzw. Konfliktsituation zu bewirken, indem infolge der emotiven Unentschiedenheit jedes Ziel sich verwischt. Eine besondere Rolle wird jede depressive Stimmungslage zu spielen vermögen. Die unsicher zögernde Attitude der Depression bedingt verlangsamen Denkablauf, während zugleich der entschlußblähende Pessimismus jedes Ziel erschüttert, jede Zielrichtung verschleiert. Bei echten, endogenen Depressionszuständen kommt noch, in ihren Auswirkungen der normalen Ermüdung analog oder diese übersteigernd, die endogen verursachte Dauererschöpfbarkeit hinzu. Endlich ist es die Ambivalenz des schizoiden Denkens, in grundsätzlicher Hinsicht und paradigmatisch dem Zweifel vergleichbar, die



naturgemäß mit besonderer Intensität ein Widerspiel polarer, psychischer Gegensätzlichkeiten zeitigen kann.

Die zu all dem Angeführten jedoch notwendigerweise hinzugehörige Prädisposition, die Basis, auf der allein erst die mannigfach begünstigenden Faktoren wirklich wirksam werden können, ist praktisch daraus erschließbar, daß man gewiß keinen Zwangsträger finden wird, der nicht auch sonst in irgendeiner Weise auffällig oder abwegig wäre oder nicht zumindest in seiner Persönlichkeitsentfaltung oder in seiner Familiengeschichte Abweichungen aufweisen würde. Mag diese Feststellung für leichtere Fälle nicht immer ganz einfach gelingen, für alle einigermaßen globaleren Formen von Zwangshaftem wird ihre Richtigkeit wohl ohne weiteres zugegeben werden müssen.

Damit aber ist behauptet, daß die Zwangsdisposition in der Persönlichkeit verankert ist und es möge der kurze Nachweis folgen, daß diese Zwangsdisposition, d. h. *der Grundmechanismus der Zwangsphänomene*, sich in *Leibnähe* abspielt, sozusagen in *leibnaher, tieferer, psychischer Schicht*. Schon daß die bloße Ermüdung, wie bei jedem Zwangskranken fast immer deutlich feststellbar, das Emporkommen von Zwangsattacken begünstigt, spricht dafür. (Wir haben erst gestern, aus den Ausführungen *Sittigs*, in überaus interessanter Weise gehört, inwieweit Ermüdung Enthemmung bedeuten und Unruhe, ja Erregung zeitigen kann.) Das Auftauchen von Perseveratorischem, von iterativen und ähnlichen Phänomenen in der Ermüdung gehört ebenso hierher, wie das plagende Haften an einer Melodie, die man wohl stets nur in Zuständen einer gewissen Abspannung nicht los werden kann. Vielleicht ist übrigens zwischen diesem Melodiehaften und der Echolalie (die *Sittig* ebenfalls in seinen Ausführungen über Enthemmung als Beispiel heranzog), die Verwandtschaft nicht gar so entfernt und damit die Beziehung zu tieferer, psychischer Schicht und zum *Funktionsabbau* gegeben. Daß in wesentlichem Maße auch der Zusammenhang von Zwangsphänomenen mit Depressivem und mit Schizophrenem (will doch *Bleuler* immer wieder das ganze Gebiet des Psychisch-Zwangshaften im großen Rahmen der Schizophrenie aufgehen lassen) für die gewissermaßen organische oder leibnahe Bedingtheit der Zwangsgrundlagen spricht, ist ebenso erwägenswert, wie die auffallenden Beziehungen von Zwangserscheinungen zu striären, insonderheit encephalitischen Störungen, worauf mit als erste *Herrmann* und *Fischer* hingewiesen haben.

Aus all dem folgt aber und ist durch die psychotherapeutische Praxis reichlich erwiesen, die Sonderstellung auch der anscheinend sinnvollsten, tiefenpsychologisch oft ausgezeichnet faßbaren Zwangskrankheiten gegenüber anderen, wahrscheinlich doch „reiner“-psychogenen Neurosen. Trotz gelungener, analytischer Deutung versagen Zwangsneurosen häufig genug der Therapie den vollen Erfolg oder lassen sich ihn nur zögernd abringen, so daß man nicht selten glauben muß, die

endliche Heilung sei erst erfolgt, wenn die tiefer zugrunde liegende Krankheitsphase spontan abgeklungen ist. Das ist besonders wahrscheinlich und deutlich überall dort, wo die Zwangsphänomene in eine tiefergreifende Depressionsphase eingebaut erscheinen und erst weichen, wenn die Depression endgültig geschwunden ist, mögen nun die Zwangsinhalte deutbar gewesen sein oder nicht. Immer aber bleibt, auch beim schönsten Erfolg, dem ehrlichen Therapeuten, Zwangskrankheiten gegenüber, ein Gefühl der Unsicherheit, dessen Berechtigung die Erfahrung, in der so häufigen Wiederholung neuerlicher Attacken, leider in hohem Maße bestätigt.

Schließlich ist es das so überaus deutliche und oft recht eindrucksvolle Vorkommen auf magisch-mystisch-archaische Momente zurückgehender Symptome, bzw. Inhalte oder Handlungen, das einen an Zusammenhänge mit tieferen, also: *älteren*, psychischen Schichten denken läßt, ähnlich, wie etwa *Max Löwy* oder *Storch* diese älteren, primitiveren Schichten bezüglich der Schizophrenien zur Deutung heranziehen. *Löwy* hat übrigens auch auf die Bedeutung dieser Schichten für das sphärische und vorformulierte Denken hingewiesen und Zusammenhänge der Sphäre mit Iterativerscheinungen und Zwangsphänomenen bereits 1911 wahrscheinlich gemacht. Es kommen sicherlich nur ganz selten Fälle von Zwangshaftem zur Beobachtung, bei denen nicht auch über das eigentlich Krankhafte hinaus besondere magische, zu Geheimnisvollem, zumindest zu Abergläubischem hinneigende Tendenzen vorhanden wären. Die Primitivität der meisten Zwangshandlungen, seien sie auch in ihrem Zusammenspiel scheinbar recht kompliziert, das Naive, Infantile, des Zwangshaften, selbst bei geistig hochstehenden Persönlichkeiten, seien hier mit herangezogen und mögen weiter erhellen, was gemeint ist. Auch die Beziehungen von Zwangshaftem zum infantilen Erlebnis gehören hierher. Infantiles Erlebnis basiert auf infantilem Fühlen. Das aber heißt auch wieder nichts anderes, als ein Verankertsein in einer tieferen Stufe der noch unfertigen Persönlichkeitsentfaltung und die Regression dahin ist ein Absteigen in tiefere, frühere, psychische Schichten. Endlich ist es die, man mag sonst über tiefenpsychologische Zusammenhänge und Hypothesen denken, wie man wolle, unleugbar starke Beziehung so vieler Zwangskomplexe zu Sexuellem, das zweifellos häufige Vorkommen sexueller Abweichungen und infolgedessen sexueller Konflikte bei Zwangsträgern, die einen weiteren Hinweis auf die Leibnähe der Zwangsmechanismen darbieten.

Solcherart scheinen die Ähnlichkeit mit organisch verursachten Iterativphänomenen, die Beziehungen zu organischen Störungen (wie Encephalitis), die Beziehung zu zweifellos im Körperlichen verankerten Erkrankungen, wie Melancholie und Schizophrenie, aber auch der fraglose Zusammenhang von Zwangshaftem mit Magisch-Mystischem (und damit mit tieferen, älteren, psychischen Schichten) die Leibnähe der

Zwangsphänomene zu erklären und dadurch ihre feste Verankerung in der psychischen Persönlichkeit des Zwangsträgers zu erhärten. Damit aber ist vielleicht zugleich, wenn auch mit aller Vorsicht, die Frage erlaubt, ob nicht auch die Zwangsphänomene in gewisser Weise als *Enthemmungsphänomene* verstanden werden können.

#### A u s s p r a c h e.

*Max Löwy:* In der Tat organische, encephalitische, wie depressive und schizophrene Fälle und dazwischen die der psychischen Behandlung bedürftigen Zwangsneurosen. Die Prognose zweifelhaft, die Behandlung, wie der Herr Vortragende mit Recht hervorhebt, schwierig und von unsicherem Erfolg. Vielleicht dafür der bei der Analyse gefundene „psychosexuelle Sadismus“ neben der Intelligenz der Patientin die Ursache, dieser Sadismus eigentlich mehr hervortretend als *Freuds* „Analerotik“. Die Patienten sind eine andere Art „Lustmörder“, sie morden jede Lust, die eigene und jene der Umgebung und ihre Komplexe, „morden“ meistens eine Erziehungsperson (im Traume usw. im Ödipuskomplex eigener Art).

#### *Kalmus, E.: Psychische Hygiene in der Tschechoslowakei.*

Seit der ersten Auflage des wohl jedem Psychiater bekannten Buches von *Clifford Wittingham Beers*: „*A mind that found itself*“ sind 24 Jahre vergangen. Die von ihm ausgehende große Bewegung der „Mental Hygiene“ hat seither große Fortschritte gemacht und sich von Amerika über einen großen Teil der zivilisierten Welt verbreitet.

Über die Erkrankung *Beers* schreibt *Sommer*<sup>1</sup>, daß *Beers* älterer Bruder an epileptischen Anfällen infolge eines Hirnbasistumors erkrankte, daß er seit dessen erstem Anfalle Angst vor dem Schicksal des Bruders hatte, daß er im Alter von etwa 17 Jahren einen nervösen Zusammenbruch erlitt, der bald vorüberging. Nur behielt er eine nervöse Scheu, in der Schule vorzutragen. Im Juni 1897, also mit 17 Jahren, wurde er in Yale graduiert, trat dann als Schreiber in das Büro eines Steuererhebers ein, war vom Mai 1899 bis Juni 1900 bei einer kleinen Lebensversicherungsanstalt in New York angestellt. Auch hier ließ ihn die Furcht nicht los. Nach wie vor hatte er unter mehr oder weniger nervösen Tagen, Wochen und Monaten zu leiden. März 1900 trat eine Verschlechterung ein. Er erkrankte schwer an Grippe, bekam darauf eine stärkere Depression, die zu dem schließlichen Zusammenbruch am 23. Juni 1900 führte. Die äußere Katastrophe erfolgte durch einen Sprung aus dem 4. Stock des Wohnhauses. Er fiel auf weichen Boden, so daß er nicht das Bewußtsein verlor, nur Knochenbrüche an den Füßen und Quetschungen an anderen Körperteilen erlitt. Er kam zuerst in ein Privatsanatorium, dann ab

<sup>1</sup> *Sommer*: Z. psych. Hyg. 1, H. 1, 5—9 (1928).

8. November in ein staatliches Hospital. Im September 1903, also nach über 3jähriger Störung mit Anstaltsbedürftigkeit wurde er entlassen.

Am 1. Januar 1905 begann *Clifford Wittingham Beers* vieles aus seinen Erlebnissen in der Privatanstalt und in öffentlichen Anstalten niederzuschreiben und sich auf die Abfassung eines Buches vorzubereiten. Innerhalb 2 Tagen hatte er 15 000 Worte geschrieben. Seine Fähigkeit sich auszudrücken, entwickelte sich nun rasch. Dann legte er sein Manuskript Prof. Dr. *James* von der Harvard-Universität vor, der sich anerkennend aussprach.

Die in dem Buche ausgesprochenen psychiatrischen Reformpläne hat *Beers* in dem Wort „*Mental Hygiene*“ zusammengefaßt. *Sommer*<sup>1</sup> beschreibt in dem Referate über den großen Erfolg des *Beerschen* Buches, welche Schwierigkeiten zu überwinden waren, obzwar hervorragende Fachleute wie *William James*, Dr. *Stewart Paton*, Dr. *Adolf Mayer*, Direktor der Phipp's Psychiatric-Clinic am Johns Hopkins Hospital (Baltimore) sich der Sache annahmen und auch weitere repräsentative Persönlichkeiten durch einen offenen Brief *Mayers* dafür gewonnen waren.

Am 6. Mai 1908 wurde die *Connecticut-Society* für geistige Hygiene gegründet. Ein erster Erfolg des Buches war die Gründung einer Psychiatric-Clinic am Johns Hopkins Hospital. Am 19. Februar 1909 wurde in New York das National Comitee gegründet, aber erst durch großzügige Spenden von 4 Frauen „Mrs Anderson, Mrs Vandervilt, Mrs Harriman und Mrs Anderson“ war das Werk des National Comitee für Mental Hygiene gesichert. Seit 1917 erscheint das offizielle Organ „*Mental Hygiene*“ vierteljährig, außerdem wird das für praktische Zwecke bestimmte „*Mental Hygiene Bulletin*“ herausgegeben.

In sehr übersichtlicher Weise hat *Roemer*<sup>2</sup> die Arbeit des amerikanischen Nationalkomitees für geistige Hygiene geschildert: „Die erste Aufgabe war die Reform der Fürsorge für Geisteskranke und Geistesschwache, durch Ausbau des Beurlaubungssystems und der Außenfürsorge, durch umfassende Erhebungen, durch Einigung auf eine klinische Klassifikation und ein Schema für die Statistik, durch Förderung der Beschäftigungstherapie. Sie führte zur Einsetzung eines Komitees zum Studium des angeborenen Schwachsinn. Dem bekannten Gefängnis „Sing-Sing“ wurde eine psychiatrische Beobachtungsstation angegliedert, die Schaffung von Jugendgerichtshöfen mit Hilfe der *Rockefeller-Stiftung* betrieben und schließlich eine Abteilung zur Verhütung der jugendlichen Kriminalität eingerichtet.

<sup>1</sup> Am 11. 12. 22 fand eine Zusammenkunft des vorbereitenden Ausschusses des Internationalen Kongresses für Mental Hygiene statt. An derselben nahmen die Vertreter von über 20 Ländern teil.

<sup>2</sup> *Roemer*: Z. psych. Hyg. 1, H. 2, 34 (1928).

Die Aufklärung der Allgemeinheit über Ursache, Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten wurde mit Zeitschriften, Flugblättern Broschüren, Versammlungen usw. erfolgreich bewerkstelligt und so zugleich der Boden für die freien Fürsorgeformen geebnet. Statistische Erhebungen ergaben die überraschend große Anzahl der internierten Geisteskranken und Schwachsinnigen und die außerordentliche Höhe des so benötigten öffentlichen Aufwandes. Unter der Leitung von *Anderson* stellte man unter anderem den hohen Prozentsatz der geistig Abwegigen unter den Gefängnisinsassen fest und gelangte zu der Forderung, die Kriminalität der Erwachsenen durch Behandlung der jugendlichen Psychopathen vorbeugend zu bekämpfen. So ergab sich die Notwendigkeit, das jugendliche Seelenleben zu studieren, wobei die einschlägigen Organisationen Hilfe leisteten. Neben der erblichen Anlage wurde den äußeren Einflüssen im frühkindlichen Alter eine erhebliche Bedeutung für das spätere Zustandekommen von psychopathischen Erscheinungen und dadurch von Anpassungsschwierigkeiten zuerkannt. Diese Auffassung, die die Grundlage der Eugenik ergänzt, aber nicht ersetzen will, führte zur planmäßigen Einrichtung von Beratungsstellen für psychopathische Jugendliche und von Pflegerinnenschulen, zur Anstellung vorgebildeter psychiatrischer Sozialfürsorger und „beaufsichtigender Lehrer“, sowie zur systematischen Orientierung der Eltern. Neben der Verhütung der verschiedenen Formen von mangelhafter sozialer Anpassung, wird als Aufgabe einer positiven geistigen Hygiene die Entwicklung der bestmöglichen Persönlichkeitstypen bezeichnet.

In derselben Arbeit fährt *Roemer* fort: Das Amerikanische Nationalkomitee umschreibt seine Aufgaben folgendermaßen:

„Sorge für Erhaltung der geistigen Gesundheit, Einschränkung und Verhütung der Geisteskrankheiten und Defektzustände, Vervollkommnung der Behandlung und Pflege der Geisteskranken, Berufsausbildung und Überwachung der Schwachsinnigen, Belehrung der Öffentlichkeit über das Wesen der Geisteskrankheit und Psychopathie, sowie die hierdurch bedingten Anpassungsschwierigkeiten in der Erziehung, Industrie, Straffälligkeit usw., Förderung der psychiatrischen Ursachenforschung, Veranstaltung einschlägiger Erhebungen und Untersuchungen, Verwertung der Ergebnisse für die Aufklärung und Gesetzgebung, Förderung der psychiatrischen Sozialfürsorge, Einrichtung von psychiatrischen Beratungsstunden, besonders für Kinder, Ausbildung der Mediziner und des Hilfspersonals, Zusammenwirken mit allen einschlägigen staatlichen und privaten Stellen. Dabei wird die Aufgabe der geistigen Hygiene keineswegs auf die ausgesprochen Geisteskranken beschränkt, sondern ausdrücklich auf alle psychopathischen Anpassungsschwierigkeiten im täglichen Leben ausgedehnt“.

*Roemer* führt in dieser aus dem Jahre 1928 stammenden Arbeit nachfolgende Staaten an, in welchen ähnliche Komitees für geistige Hygiene

bestehen: „Kanada, Frankreich, Belgien, England, Australien, Rußland, Brasilien, Bulgarien, Italien, Dänemark, Ungarn, Peru, Südafrika, Spanien, Holland, Tschechoslowakei, Lettland, Norwegen, Polen, Rumänien und Schweden“. Der Schweizer Verein für Psychiatrie habe einen besonderen Ausschuß für psychische Hygiene mit Unterausschüssen für die einzelnen Arbeitsgebiete kürzlich gegründet. Die einschlägigen Fachvereinigungen in Österreich haben sich dem 1925 gegründeten Deutschen Verband für psychische Hygiene angeschlossen.

Seither hat nun in der Zeit vom 5.—10. Mai 1930 der Erste Internationale Kongreß für psychische Hygiene in *Washington* stattgefunden, an welchem 4000 Teilnehmer aus 52 verschiedenen Staaten teilnahmen<sup>1</sup>.

Eines der wichtigsten positiven Ergebnisse dieses Kongresses war die am 6. Mai 1930 erfolgte Gründung des „Internationalen Ausschusses für psychische Hygiene“<sup>2</sup>.

Der Zweck dieses internationalen Ausschusses für psychische Hygiene (*The International Comitee for Mental Hygiene*) ist nach Artikel 3 der Konstitution dieses Komitees ausschließlich die charitative, erzieherische, literarische und wissenschaftliche Tätigkeit, mit spezieller Berücksichtigung der Verbesserung und Erhaltung der geistigen Gesundheit der Menschheit und das Studium, die Behandlung und die Verhütung von nervösen und psychischen Krankheiten und Defekten.

Mittel zur Erreichung dieser Zwecke sind:

1. Anregung und Förderung der Errichtung von freiwilligen *nationalen Organisationen für geistige Hygiene* zur Erhaltung der geistigen Gesundheit, zur Verminderung und Verhütung von Nerven- und Geisteskrankheiten und geistigen Defekten, die wissenschaftliche und menschliche Behandlung und Fürsorge jener Personen, welche an einem derartigen Zustande leiden, die Sammlung und Verbreitung verlässlicher Informationen über alle Phasen der genannten Bestrebungen, welche auf dem Gebiete der Erziehung, der industriellen Tätigkeit, der Arbeitslosigkeit, der Kriminalität, der sozialen Abhängigkeit, der Prostitution, der Rauschgifte und auf anderen Gebieten innerhalb der ärztlichen Tätigkeit vor sich gehen.

2. Als Zentrale für die Arbeit auf dem Gebiete der geistigen Hygiene zu dienen und mit allen Korporationen, ob nun öffentlich-rechtlichen oder privaten Organisationen und auch mit einzelnen Persönlichkeiten, welche auf einem dieser Gebiete tätig sind, zusammenzuarbeiten.

3. Ein Sekretariat in den Vereinigten Staaten von Amerika zu errichten und später auf die Errichtung anderer *Zentren* in den verschiedenen *Weltteilen* hinzuwirken, dort, wo das Werk der Gesellschaft gefördert werden solle.

<sup>1</sup> *Stransky*: Leitfaden der psychischen Hygiene, S. 273. Berlin - Wien: Urban & Schwarzenberg 1931.

<sup>2</sup> *Brandejs, M.*: Mezinárodní výbor pro duševní hygienu. časopis Praktický lékař č. 17 (1930); Z. psych. Hyg. 4, 24.

4. Anregungen zu geben und dahin zu wirken, daß in geeigneten Intervallen regionale Konferenzen und internationale Kongresse für psychische Hygiene stattfinden.

Diese ursprünglich festgelegten Zwecke und Ziele des Internationalen Komitees für geistige Hygiene haben inzwischen einige, wenn auch nicht wesentliche Änderungen erfahren und auch in der Zusammensetzung des Komitees sind einige Änderungen eingetreten.

Zum ersten Generalsekretär des Internationalen Komitees wurde *Clifford Wittingham Beers*, gewählt. Außerdem wurden Ehrenpräsidenten für Afrika, Asien, Australien, Europa und je einer für Nord- und Südamerika gewählt.

Die Namen der gewählten Vorsitzenden hier anzuführen würde zu weit führen, ebenso ihre Ausführungen anlässlich der ersten Sitzung des Internationalen Komitees für psychische Hygiene<sup>1</sup>.

Von den beiden Deutschen Teilnehmern *Weigand* (Hamburg) und *Roemer* (Illenau) wurde die Hoffnung ausgesprochen, daß das amerikanische Beispiel auch die anderen Länder dazu anregen werde, die Grundsätze der psychischen Hygiene zu realisieren. Speziell *Roemer* wies darauf hin, daß es dem Internationalen Komitee hoffentlich gelingen werde, der praktischen Psychiatrie die Achtung der öffentlichen Meinung zu erringen, welche ihr gebührt und daß die gesammelten Erfahrungen der verschiedenen Staaten und Nationen auf dem Gebiete der geistigen Hygiene und sozialen Psychiatrie den verschiedenen Staaten Richtlinien auf dem Gebiete des Fortschrittes und den ärztlichen Ratgebern das nötige Ansehen geben und ihre Autorität erhöhen werden.

Als Vertreter der tschechoslowakischen Republik war bei dem Ersten Internationalen Kongreß für Psychische Hygiene „International Congress for Mental Hygiene“ (I. C. f. M. H.) Dr. *Mathias Brandejs*, Oberdirektor der Landesirrenanstalt in Prag, anwesend.

Ihm und Kollegen Dr. *Franz Kafka* verdanke ich hauptsächlich nachfolgende Informationen über die als Folge des Internationalen Kongresses für Psychische Hygiene in Washington eingeleiteten Bestrebungen auf dem Gebiete der Psychischen Hygiene in der tschechoslowakischen Republik.

Wohl hatten schon vor dieser mächtigen Anregung aus Amerika, auch noch vor dem Weltkriege zahlreiche Anregungen und Einrichtungen bestanden, welche der Verhütung psychischer Erkrankungen dienten und speziell in Böhmen waren von tschechischer und deutscher Seite die verschiedensten Bestrebungen im Gange, um die Fürsorge für Geistes- kranke, Epileptiker, Schwachsinnige, zu verbessern.

Vielleicht ist es hier auch gestattet, auf einige gesetzgeberische Maßnahmen hinzuweisen, welche der Verhütung von Geisteskrankheiten dienen, so auf die sog. „*Lex Hollitscher*“, welche die Verabreichung von Alkohol

<sup>1</sup> *Brandejs, M.*: Mezinárodní výbor pro duševní hygienu. Praktický lékař č. 17 r. (1930).

an Jugendliche wesentlich einschränkte, auf die neue Entmündigungsordnung vom 20. Juni 1916 RGBL. Nr. 207, welche die veraltete österreichische Entmündigungsordnung wenigstens teilweise verbesserte und die Möglichkeit einer Fürsorge für Geisteskrankte wenigstens anbahnte.

Als nach Beendigung des Weltkrieges der tschechoslowakische Staat vor große Reformaufgaben gestellt war, schritt er unter anderem an eine Reform der *eherechtlichen* Bestimmungen, deren Härte namentlich bei Ehen Geisteskranker von jedem menschlich denkenden Psychiater empfunden worden war.

Mit dem Gesetz vom 22. Mai 1919 (S. d. G. u. Vdg. Nr. 320), das am 13. Juni 1919 kundgemacht wurde, wurde eine Änderung der Bestimmungen des Bürgerlichen Rechtes über die Förmlichkeiten des Ehevertrages, über die Trennung und die Ehehindernisse vorgenommen. Diese Änderung brachte neben der fakultativen Zivilehe auch im § 13 g die im alten österreichischen Gesetz unmögliche Klage auf Trennung der Ehe wegen einer dauernden oder periodisch verlaufenden Geisteskrankheit, welche 3 Jahre andauert, wegen angeborener oder erworbener schwerer geistiger Degeneration, einschließlich schwerer Hysterie, Trunksucht oder gewohnheitsmäßigen Mißbrauch von Nervengiften, falls dies 2 Jahre andauert, wegen Fallsucht, wenn dieselbe wenigstens 1 Jahr dauert, mit mindestens 6 Anfällen im Jahr, oder mit dazugekommener Geistesstörung.

Abgesehen von anderen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere von den Gesetzen, welche die *soziale Versicherung* auch in der Tschechoslowakei wesentlich ausbauten und speziell die Versicherung der Arbeiter gegen Alter- und Invalidität brachten, erscheint es mir in diesem Zusammenhang auch notwendig, auf das einige Jahre nach dem Umsturz erlassene Gesetz zur *Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* vom 11. Juli 1922 hinzuweisen, welches meines Erachtens einen wesentlichen Fortschritt auf diesem Gebiete bedeutet und dadurch indirekt zur Verhütung der post-syphilitischen Erkrankungen und vielleicht auch indirekter psychischer Störungen durch andere Geschlechtskrankheiten beiträgt.

Daß auch die bessere Organisation des Gesundheitswesens in der tschechoslowakischen Republik die Errichtung eines eigenen Ministeriums für öffentliche Gesundheitspflege und körperliche Erziehung, die Errichtung eines staatlichen Gesundheitsinstituts und die Vereinheitlichung der Verwaltung der Länder gewisse Veränderungen brachten, welche indirekt der Prophylaxe der Psychosen dienten, daß auch das *Hilfsschulwesen* in den letzten Jahren gesetzlich geregelt wurde<sup>1</sup>, sei hier ausdrücklich erwähnt. Ebenso sind einzelne Verbesserungen der Anstalten für Geisteskranken und einige wenige Verbesserungen auf dem Gebiete der Schwachsinnigenfürsorge nicht in Abrede zu stellen; dagegen ist von einer weiteren

<sup>1</sup> Kafka, Franz: S. das Gesetz über die Hilfsschulen (Hilfsklassen) vom 24. Mai 1929. S. d. Ges. u. V. 1929 Nr 86.



Psychischen Hygiene im Sinne der von *Beers* bzw. dem Internationalen Ausschuß für Psychische Hygiene in Amerika inaugurierten Bestrebungen vor dem Washingtoner Kongreß bei uns kaum die Rede gewesen.

In einer sehr lesenswerten, leider nur in tschechischer Sprache erschienenen Publikation des Sozialinstitutes in Prag aus dem Jahre 1930, von Dr. *Franz Kafka*, über die Geisteskranken in der menschlichen Gesellschaft<sup>1</sup> schreibt dieser bezüglich der geistigen Hygiene, bzw. der Fürsorge für Geisteskranke außerhalb der Anstalten folgendes:

„Bei uns kämpft sich die Idee der geistigen Hygiene eigentlich erst langsam durch. Beratungsstellen und Dispensare (für psychische Kranke) sind bei uns nur vereinzelte, seltene Ausnahmen, meistens haben wir nur Programme verschiedener Vereine. Wir können jedoch mit Freude konstatieren, daß wenigstens theoretisch schon seit 2 Jahrzehnten bei uns ein genügendes Interesse vorhanden war und daß diese Bestrebungen wenigstens literarisch den Boden vorbereiteten.“

Er weist dann weiter auf die vor mehr als 20 Jahren begonnene, verdienstvolle Arbeit des tschechischen Vereins zur Fürsorge für Nervenranke hin, welcher auf Initiative von Prof. *Haškovec* gegründet, durch viele Jahre hindurch eine Ambulatorium unterhielt. Für Geisteskranke fehle jedoch eine ähnliche Einrichtung. Es bestanden nur Ambulatorien an den Kliniken, deren Rahmen jedoch viel zu eng sei.

Weiter weist er auf die Tätigkeit des tschechischen Abstinentenbundes hin, welcher unter Führung von Prof. *Foustka* dazu führte, daß das Ministerium für Gesundheitspflege, gemeinsam mit dem Ministerium für soziale Fürsorge die erste Trinkerheilanstalt in Tuchlowitz errichtete.

Ferner erwähnt er den Kampf gegen den Alkohol, in welchen neben Präsident *Masaryk* eine ganze Reihe tschechischer Ärzte eingriff und schließlich hebt er noch die gleichfalls von *Haškovec*, *Růžicka* und *Matušenko* geführten Bestrebungen der tschechischen *eugenischen Gesellschaft* hervor, deren praktischer Erfolg die Errichtung einer *Eheberatungsstelle* war.

Hierher rechnet *Kafka* auch die tschechische Berufsberatung, welche sich in einer Zentrale der Berufsberatungsstellen organisierte. Weiter erwähnt *Kafka* die Gründung einer Liga für psychische Hygiene, deren Vorstand gleichfalls Prof. *Haškovec* ist, und beklagt es, daß die Tätigkeit dieser Liga nicht einmal den Ärzten, geschweige denn der weiteren Öffentlichkeit bekannt sei. Als ein Fortschritt ist auch die im Vorjahre errichtete *offene Abteilung* für Geisteskranke beim Krankenhaus „*Bulovka*“ in Prag (Dozent *Janota*) zu bezeichnen.

Daß auch seitens der deutschen Ärzte schon lange vor dem Kriege Bestrebungen bestanden, die Fürsorge für Geisteskranke und die Prophylaxe der Psychosen zu verbessern, bedarf wohl keiner Erwähnung.

<sup>1</sup> Publikace sociálního ústavu ČSR. č. 49. MUDr. *František Kafka*. o duševně chorých v lidské společnosti. — Vývoj organizace a nové úkoly péče v čl. republice s předmluvou Dr. *Frant. Procházky*.

Diesbezüglich sei hier nur auf meine früheren Veröffentlichungen auf diesem Gebiete hingewiesen<sup>1</sup>.

*Kafka* vergleicht nun diese bescheidenen Bestrebungen in der tschechoslowakischen Republik mit dem enormen Erfolg und Echo, welches die Bewegung für psychische Hygiene jenseits des Ozeans gefunden hat und verweist diesbezüglich auf die Publikation von *Brandejs* bezüglich *Clifford Wittingham Beers* und der Entwicklung der Mental Hygiene in Amerika.

Der rührigen Initiative von *Brandejs* ist nun der Beginn einer weitreichenden Organisation für psychische Hygiene auch in der tschechoslowakischen Republik zu danken.

In zahlreichen Schriften, welche er teils in Tagesblättern, teils in Fachblättern veröffentlichte, insbesondere aber durch die Unterstützung des Präsidenten *Masaryk* hat die Bewegung für psychische Hygiene auch in der tschechoslowakischen Republik einen erfreulichen Anfang genommen.

Im April 1931 wurde unter der Führung des Ministeriums für öffentliche Gesundheitspflege und körperliche Erziehung in Prag unter persönlicher Leitung des Gesundheitsministers Prof. *Spina* ein Ausschuß zusammengestellt, welcher derzeit aus 75 Mitgliedern besteht und als Beratungskörper bei dem betreffenden Ministerium gedacht ist.

In diesem Ausschuß befinden sich neben Minister *Spina* als Vorsitzendem, Prof. *Haškovec*, Sektionschef I. U. Dr. *Bébr* und Oberdirektor *Brandejs*, der Rat des politischen Landesamtes *Hanousek*, 71 Mitglieder, unter welchen sich außer Fachpsychiatern eine Reihe anderer Persönlichkeiten befindet, von denen ein lebhafteres Interesse an den Fragen der psychischen Hygiene zu erwarten ist.

Dieser Ausschuß teilte sich in mehrere Sektionen, und zwar:

1. Eine eugenische.
2. Eine pädagogische.
3. Eine zum Schutze der geistigen Gesundheit.
4. Eine Sektion für ärztliche Forschung.

<sup>1</sup> *Kalmus*: Über Geisteskrankheiten und Irrenfürsorge. Slg. gemeinnütziger Vortr. Prag. September 1901, Nr 276. — Der 8. Internationale Kongreß gegen den Alkoholismus in Wien. Prag. med. Wschr. 26 (1901). — Skizze des gegenwärtigen Standes der Irrenfürsorge in Böhmen. Psychiatr.-neur. Wschr. 1902, Nr 31/32. — Alkoholismus in Böhmen, gemeinsam mit Dozent *Weleminsky*. Bericht der Statthalterei von Böhmen 1898/01. — Die vorübergehenden Geistesstörungen und ihre forensische Bedeutung. Wien, med. Wschr. 1908, 21/22. — Der 3. Internationale Kongreß für Irrenpflege in Wien am 7.—11. Oktober 1908. Prag. med. Wschr. Februar 1909. Schutz vor Geisteskranken. Der Amtsarzt. Wien 1909, Nr 9/10. — Bericht über den 4. Internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke. Berlin 3.—7. Okt. 1910. Ärztl. Sachverst.ztg 1911, Nr 1. — Zur Irrenfürsorge in Österreich. Der Amtsarzt 1911, Nr 12, 1912, Nr 1/2. — Prophylaxe der Psychosen. Med. Wschr. 1913, Nr 7. — Die neue Entmündigungsordnung. Der Amtsarzt 1916, Nr 19/12. — Sozialní hygienické úkoly policejních lékařů. Věstník min. zdravotnictví 1922. — Péče o zločinné choromyslné a choromyslné zločince. Čas. zdravotnictví 1922, 108. Geschlechtliche Hörigkeit des Weibes als Verbrechensursache. Z. Neur. 76, H. 1/2 (1922); Festschr. f. Prof. Dr. *Arnold Pick*. — Soziale Fürsorge als Mittel zur Verbrechensverhütung. Dtsch. Z. gerichtl. Med. 2, H. 2 (1923).

5. Eine juristische Sektion.

6. Eine Sektion für Organisation, Propaganda und Statistik.

Von den Themen, welche sich diese Sektionen vorläufig zur Bearbeitung vorgenommen haben, seien hier nur einige erwähnt, um die Fragen zu charakterisieren, welche der Ausschuß für psychische Hygiene beim tschechoslowakischen Ministerium für öffentliche Gesundheitspflege und körperliche Erziehung zunächst der Bearbeitung unterziehen will.

In der ersten Sektion sind vorgeschlagen:

1. Die Bedeutung der Erbllichkeit für die geistige Hygiene.
2. Erziehbarkeit und Erbllichkeit.
3. Der Einfluß der Kreuzung der Rassen und Nationen auf die geistige Gesundheit.
4. Eugenische Eingriffe im Interesse der geistigen Gesundheit.
5. Der Einfluß des natürlichen und sozialen Milieus auf die geistige Gesundheit.
6. Die Propagation der eugenischen Prinzipien.
7. Die Belehrung der Eltern und zukünftigen Eltern über die Fragen der Fürsorge für die geistige Gesundheit und Entwicklung des Kindes.
8. Leitsätze zum bevorstehenden Sanitätsgesetz vom Standpunkte der Eugenik.
9. Leitsätze zum Bürgerlichen Gesetzbuch und Strafgesetz vom Standpunkt der Eugenik.

In der zweiten pädagogischen Sektion, welche unter Vorsitz des Prof. *Karl Herfort*, des bekannten Vorstandes der Anstalt für Schwachsinnige „Ernestinum“ und Herausgebers der tschechischen Zeitschrift „*Úchylná mládež*“<sup>1</sup> steht, sind folgende Themen vorgeschlagen:

1. Programm der Schwachsinnigenfürsorge.
2. Errichtung von Beratungsstellen bei Jugendgerichten.
3. Errichtung von Hilfsklassen an Schulen größerer Städte.
4. Programm und Methoden der Hilfsklassen.
5. Die Lehrerbildung mit Rücksicht auf die Grundsätze der psychischen Hygiene.

Die dritte Sektion:

1. Bauprogramme der Anstalten für Geisteskranke für die nächsten 5 Jahre.
2. Trinkerheilanstalten.
3. Derzeitige gesetzliche Vorschriften über den Kampf gegen Alkohol und Geschlechtskrankheiten.
4. Ausarbeitung von Richtlinien für die weitere Tätigkeit.
5. Sozialer Dienst an Geisteskranken in den Anstalten und außerhalb derselben (soziale Anamnese, Entlassenenfürsorge).
6. Institution und Ausbildung psychiatrisch-sozialer Fürsorgerinnen.
7. Errichtung einer psycho-hygienischen Musterberatungsstelle.

<sup>1</sup> Abwegige Jugend.

8. Studium der wirtschaftlichen Abhängigkeit und der psychischen Faktoren, welche sie verschulden.

9. Revision der Vorschriften für die Übergabe in Anstalten mit Rücksicht auf das Entmündigungsgesetz vom 28. Juni 1916.

10. Anträge zur wirksamen Propaganda richtiger Aufklärung über geistige Gesundheit (Vorträge, Flugblätter, Artikel, Zeitschriften usw.).

Außer anderen, schon im Programm der 1. und 2. Sektion genannten Themen, sind hier noch zu erwähnen:

12. Wie ist der Mangel an Psychiatern zu beseitigen?

13. Richtige Unterbringung Geisteskranker und defekter Häftlinge (Abteilungen an den Irrenanstalten oder an Gefängnissen oder eigene Abteilungen?)

14. Psychiatrisches und psycho-hygienisches Studium aller Strafanstaltsinsassen zum Zwecke ihrer Klassifikation, der richtigen Auswahl ihrer Beschäftigung, der Disziplinar Mittel und der Rechtzeitigkeit ihrer Entlassung.

15. Der Rechtsschutz der geistigen Gesundheit.

Aus der vierten Sektion seine folgende, in den anderen Sektionen nicht erwähnte Themen hervorgehoben:

1. Antrag auf Klassifikation der Geisteskrankheiten und psychischen Mängel.

2. Aufbau der tschechischen psychiatrischen, psychologischen und psycho-hygienischen Nomenklatur.

3. Neuregelung des Gesetzentwurfes über den psychiatrischen Unterricht, damit dieser den Aufgaben am besten angepaßt und sozial möglichst nützlich wäre.

4. Wie wäre eine möglichst lebhafteste Forscher- und wissenschaftliche Tätigkeit auf dem Gebiete der Psychiatrie zu ermöglichen?

Aus der fünften (juridischen) Sektion wären die schon in der ersten Sektion angeführten juridischen Themen zu erwähnen.

Die sechste Sektion hat folgende Themen vorgeschlagen:

1. Statistik der Geisteskranken, Schwachsinnigen, Epileptiker, der wirtschaftlich Abhängigen, der kriminellen Häftlinge.

2. Statistik der Psychiater, der praktischen Psychologen, der praktischen Beratungsstellen, der öffentlichen und privaten Anstalten, welche sich mit der Fürsorge für Geisteskranke, Defekte und Abnorme beschäftigen.

3. Statistik der Laboratorien an psychiatrischen Kliniken, Landesanstalten und Krankenhäusern, soweit sie der Erforschung der Geisteskrankheiten dienen, sowie ein Verzeichnis der an den Laboratorien arbeitenden Ärzte.

4. Eine Evidenz der fachlichen und von Laien gebildeten Vereine, welche ihre Aufmerksamkeit den Interessen der geistigen Gesundheit widmen.

5. Anträge zur wirksamen Propaganda richtiger Informationen über geistige Gesundheit.

Wenn auch von diesen weitreichenden Plänen bis heute wohl wenig realisiert werden konnte, so muß erfreulicherweise konstatiert werden, daß in den tschechischen Fachkreisen sich zunächst eine Propagandatätigkeit, welche in einer für die breite Öffentlichkeit bestimmten populären Monatsschrift „Duše“ (Seele) die seit dem 1. Januar 1931 erscheint und von Oberdirektor *Brandejs* redigiert wird, ihren Ausdruck findet.

Aus dem reichen Inhalt dieser tschechischen Zeitschrift seien hier nur einige Arbeiten erwähnt:

Ein Artikel von *Brandejs* über Clifford Wittingham Beers.

Ein Artikel von *Herfort*, über die von ihm geleitete Anstalt für Kinderforschung (pedologisches Institut der Hauptstadt Prag, gegründet 1910) mit einem Ambulatorium für psychische Erkrankungen des Jugendalters.

Ein Artikel von Prof. *Mysliveček*, über die Grenzen geistiger Gesundheit.

Ein Artikel von Redakteur *Reismann*, die Anstalten für Geistesranke in Schweden betreffend.

Ein Artikel von Prof. *L. Taussig*, über Alkohol und Geistesstörungen.

Ein Artikel von Dr. *Franz Soukup* über Intelligenz-Prüfungsmethoden.

Ein Artikel von Dr. *V. V. Anderson*, bzw. ein Auszug aus seiner beim 1. Internationalen Kongreß für psychische Hygiene gehaltenen Rede über geistige Hygiene und Industrie.

Ein Artikel von Dr. *Picek* über die psychische Hygiene auf der Internationalen hygienischen Ausstellung in Dresden.

Die Ansprachen des Ministers Spina, des Sektionschefs *Bébr* und des Prof. *Haškovec* und Oberdirektor *Brandejs*, anläßlich der Eröffnungssitzung des Ausschusses für geistige Hygiene in der tschechoslowakischen Republik am 15. 12. 1931.

Aus dem diesjährigen Jahrgang wäre ein Artikel von Dr. *Hraše* über die Mängel unserer Fürsorge für geistig abnorme Kinder.

Ein Artikel von Dr. *Hordák*, (Bohnic) über den Besuch der Trinkerheilanstalt in Seefrieden.

Eine Neujahrsbotschaft von Clifford Wittingham *Beers*, in welcher der 2. Internationale Kongreß für psychische Hygiene für das Jahr 1935 in Paris angekündigt wird.

Ein Artikel von Frl. Dr. *Nevekluf* über psychische Hygiene der Jugend in Wien usw.

Weitere Bestrebungen betreffen, wie ich der freundlichen Mitteilung von Oberdirektor *Brandejs* entnehme, die Errichtung einer *Fürsorge-stelle* für entlassene Geistesranke und ihre Familien an der Irrenanstalt in Prag und den Ausbau der Schwachsinnigenfürsorge in Böhmen, über welche Gegenstände Verhandlungen mit dem Landesamte in Böhmen im Zuge sind.

Zusammenfassend ist demnach zu sagen, daß die Bestrebungen auf dem Gebiete der psychischen Hygiene, wie sie vom Internationalen Komitee für psychische Hygiene in Amerika und auch in letzter Zeit von den einzelnen nationalen Organisationen in den verschiedensten

Ländern propagiert wird, auch in der Tschechoslowakei auf fruchtbaren Boden gefallen sind und daß begründete Aussicht vorhanden ist, daß diese vorläufig mehr akademischen Bestrebungen auch in absehbarer Zeit, wenigstens zum Teil einer Verwirklichung entgegengehen.

Wenn ich zum Schluß kurz zusammenfassen darf, was mir auf dem Gebiete der psychischen Hygiene mit Rücksicht auf die bestehenden Verhältnisse in der tschechoslowakischen Republik am dringendsten erscheint, so wäre es in teilweiser Anlehnung an die Ausführungen *Franz Kafkas* in seiner obenerwähnten Publikation aus dem Sozialinstitut etwa folgendes:

1. Die bisher bestehenden Anstalten für Geisteskranke sind den heutigen Bedürfnissen entsprechend auszugestalten, insbesondere bedürfen die Verhältnisse in Prag endlich einer Regelung, ganz besonders das Verhältnis der psychiatrischen Kliniken, welche noch immer trotz aller, schon seit langen Zeiten bestehender Pläne in der Landesanstalt für Geisteskranke untergebracht sind.

Sehr ungünstig scheint mir, wie ich schon an anderer Stelle<sup>1</sup> betont habe und wie auch *Kafka* wohl mit Recht behauptet, die Rayonierung der einzelnen Irrenanstalten bzw. die Abgrenzung ihrer Aufnahmebezirke. Es kommt immer wieder vor, daß Geisteskranke von ihren Angehörigen nach Prag gebracht werden in der Meinung, daß dieselben hier im Allgemeinen Krankenhaus Aufnahme finden können. Die Angehörigen sind wohl nicht mit Unrecht darüber empört, daß sie ihre Kranken nicht an jene Anstalten abgeben dürfen, zu welcher sie das persönliche Vertrauen haben. Besonders schwer empfinden die Abweisung die Angehörigen jener Geisteskranken, welche etwa mit großen materiellen Opfern ihre Kranken nach Prag gebracht haben in der Hoffnung, sie zunächst hier an einer psychiatrischen Klinik genauer untersuchen lassen zu können und welche nun auf Grund der Rayonierung angewiesen werden, die Kranken in den zuständigen Rayon zu bringen, was nicht nur mit beträchtlichen Kosten und Schwierigkeiten bezüglich des Transportes verbunden ist, sondern auch häufig die Geheimhaltung einer geistigen Erkrankung unmöglich macht.

Ist es doch gerade das begreifliche Bestreben vieler Familien, daß die weitere Umgebung des Geisteskranken nichts von seiner Krankheit erfährt und empfindet es namentlich die minderbemittelte Bevölkerung als ein Unrecht, daß ihr die Wahl der Anstalt für ihre Kranken nicht gerade so zusteht, wie den Angehörigen der bemittelten Klassen, welche ihre Patienten in eine private, ja sogar ausländische Anstalt geben können.

Nur nebenbei sei hier erwähnt, daß die nun einmal bestehenden nationalen Gegensätze nicht geeignet sind, das Vertrauen zu anderssprachigen psychiatrischen Anstalten zu heben und die ohnehin bestehenden Vorurteile gegen Irrenanstalten zu mildern.

<sup>1</sup> *Kalmus, E.*: Die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken in den Irrenanstalten Böhmens. Beitr. ärztl. Fortbildg 6, Nr 10.

2. Die nächst wichtigste Aufgabe der psychischen Hygiene scheint mir eine gründlichere Ausbildung der Ärzte auf psychiatrischem Gebiet. *Kafka* betont meines Erachtens mit Recht, daß die Ausbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Psychiatrie viel zu wünschen übrig lasse und verlangt die Ausgestaltung der Prager Anstalt für Geistesranke zu einer Aufnahmestation und zu einem Psychiatrischen Zentralinstitut nach dem Muster der Forschungsanstalt in München und dem Psychoneurologischen Institut in Charkov.

3. Was die Frage des mangelnden Nachwuchses an geeigneten Psychiatern anbelangt, so ist diese in der Tschechoslowakei und speziell in Böhmen schon lange Gegenstand bitterer Klage.

Gerade die ungünstige Lage der Landesanstalten für Geistesranke weit von den Kulturzentren, die schlechte Kommunikation, die oft recht unleidlichen Verhältnisse in den Anstalten und nicht zuletzt die nationalen und politischen Gegensätze, haben viele befähigte junge Ärzte abgeschreckt, in den Landesdienst zu treten.

Speziell seitens der deutschen Ärzte wurde seit Jahrzehnten versucht, eine Besserung dieser Verhältnisse zu erzielen, und da es ihnen nicht gelang, hat sich auch deutscherseits nur selten ein psychiatrisch qualifizierter Arzt bereitgefunden, in den psychiatrischen Landesdienst einzutreten. Ja eine ganze Reihe deutscher Ärzte mußte ins Ausland gehen und hat allerdings wie z. B. Prof. *Kafka* (Hamburg) und Prof. *Jahnel* (München) dort viel mehr erreicht, als ihnen im Inlande möglich gewesen wäre.

Wenn auch heute nur selten ein deutscher Arzt in den tschechoslowakischen Landesdienst eintreten will, so geschieht dies einerseits mit Rücksicht auf die trostlosen, von *Franz Kafka* in seiner Abhandlung sehr kraß geschilderten Verhältnisse, andererseits aber auch aus dem Grunde, weil in der ganzen tschechoslowakischen Republik keine Landesanstalt besteht, in welcher deutsche Kranke von deutschen Ärzten und deutschem Pflegepersonal gepflegt werden könnten und weil die Erwerbung der vollkommenen Kenntnis und Beherrschung der tschechischen Sprache in dem Maße, wie sie für einen Psychiater notwendig ist, für den deutschen Arzt mit großer Mühe und jahrelanger Arbeit verbunden ist.

Es erscheint demnach mit Rücksicht auf die in der tschechoslowakischen Republik bestehenden Verhältnisse vielleicht nicht ungerecht und würde die Bewerbung gar mancher Ärzte wesentlich erleichtern, wenn für tschechische Kranke rein tschechische Anstalten, für deutsche Kranke deutsche, bzw. ungarische Kranke, vielleicht auch für slowakische und karpatorussische Kranke eigene Anstalten eröffnet würden, für welche die Forderung nach *vollständiger* Beherrschung der tschechischen Sprache nicht unbedingt aufrecht erhalten werden müßte.

Ganz besonders scheint mir diese Forderung für die deutsche, über 3 Millionen Einwohner zählende Bevölkerung berechtigt und dies um so mehr, als z. B. in der Nähe von Karlsbad bzw. Joachimsthal seit vielen Jahren Grundstücke — und wenn ich richtig informiert bin — auch

Baupläne, für eine neue Landesanstalt für Geisteskranke vorliegen und als anscheinend nur aus politischen Gründen die Errichtung einer deutschen Anstalt für deutsche Kranke vereitelt wurde.

4. Sehr wesentlich erscheint mir die schon vor vielen Jahren von mir vertretene Forderung<sup>1</sup> des Ausbaues der *Fürsorge* für Geisteskranke außerhalb der Anstalten und damit die Ausgestaltung der *Familienpflege* und der Irrenhilfsvereine. Auf diesem Gebiete bleibt in der Tschechoslowakei noch alles zu tun übrig, und hier müßte meines Erachtens die vom Ausschuß vorgeschlagene Propagandatätigkeit energisch einsetzen.

Dabei bin ich mir wohl bewußt, daß die Unterbringung Geisteskranker in fremder oder in eigener Familie, selbst mit Unterstützung seitens der öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen bei uns, selbst auf dem Lande, bei der ackerbauenden Bevölkerung, noch großen Schwierigkeiten begegnen dürfte, und daß in unseren jetzt stark verarmten Industriegegenden ein günstiges Milieu für psychische Kranke schwer zu finden sein dürfte. Trotzdem wäre meines Erachtens der Versuch, namentlich im Anschluß an die Landesanstalten und unter Aufsicht von eigens zu diesem Zwecke anzustellenden Ärzten gewiß durchführbar.

5. Die *Schwachsinnigenfürsorge*, welche durch Errichtung der *Hilfsschulen* und *Hilfsklassen*, sowie von Abteilungen für Schwachsinnige an den öffentlichen Anstalten in den letzten Jahren bemerkenswerte Fortschritte gezeigt hatten, bedarf gleichfalls einer wirksamen Organisation.

Auf *psychiatrisch-kriminologischem* Gebiete hat das neue Jugendstrafgesetz vom 11. März 1931, Sammlung 48, einen Fortschritt gebracht, doch scheitert seine Durchführung vielfach an den ungenügenden Fürsorgeeinrichtungen für Jugendliche überhaupt und für abwegig Jugendliche im besonderen.

Gerade hier könnte die unter 4 angeführte Schwachsinnigenfürsorge und das Hilfsschulwesen auf dem Gebiete der Verbrechensverhütung Gutes leisten<sup>2</sup>.

Auch für psychisch kranke Erwachsene ist durch die Errichtung der Anstalt für kranke Gefangene in *Mürau* (Nordmähren) und der Unterstellung desselben unter ärztliche Leitung (Dr. *Mrha*) ein bemerkenswerter Versuch gemacht worden, dem tschechoslowakischen Strafgesetzentwurf gewissermaßen vorzugreifen, bzw. die in diesem Entwurf geforderten staatlichen Anstalten für geisteskranke Kriminelle vorzubereiten.

6. Auch auf dem Gebiete der *Berufsberatung* sind seit dem Umsturz beträchtliche Fortschritte in der Tschechoslowakei zu verzeichnen und hat speziell die tschechische, in geringerem Grade auch die deutsche Be-

<sup>1</sup> *Kalmus, E.*: Siehe mein Referat auf der 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad. Psychiatr.-neur. Wschr. September 1902, Nr 31 und 32.

<sup>2</sup> *Kalmus, E.*: Siehe meinen Artikel Soziale Fürsorge als Mittel zur Verbrechensverhütung.



rufsberatung in der Tschechoslowakei in den letzten Jahren sehr anerkennenswerte Fortschritte gemacht, namentlich seit dem internationalen Kongreß für wissenschaftliche Betriebsführung<sup>1</sup>. Daß auch die Berufsberatung einschließlich der Beratung jener Erwachsener, welche aus irgendeinem Grunde zu einem *Berufswechsel* gezwungen sind, ein wesentlicher sozialer Faktor zur Verhütung psychischer Erkrankung bzw. zur Verhütung der Rückfälligkeit in Geisteskrankheit oder Kriminalität ist, unterliegt meines Erachtens nach den Erfahrungen aller Fachleute keinem Zweifel.

7. Die bessere Ausgestaltung der *Trinkerfürsorge*, des Kampfes gegen den Alkohol und andere Rauschgifte, des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten ist eine weitere Forderung der psychischen Hygiene.

8. Die Ausbildung psychiatrischer, sozialer *Fürsorgerinnen* wäre wohl im Anschluß an die Ausbildung sozialer Fürsorgeschwestern durchführbar und auch für nichttschechische Anwärtnerinnen zugänglich zu machen.

9. Die *eugenischen* Bestrebungen, welche sich die erste Sektion des tschechoslowakischen Ausschusses für psychische Hygiene zum Gegenstande gewählt hat, wären meines Erachtens wohl am besten dadurch zu fördern, daß man der Frage der besten Art der *Schwangerschaftsverhütung* eingehendste Aufmerksamkeit schenkte, denn dieses Problem der verstandesgemäßen Geburtenregelung scheint mir am ehesten geeignet, eine Verminderung der unerwünschten Nachkommenschaft herbeizuführen.

Inwiefern die *fakultative Sterilisation* mitunter diese konzeptionsverhütenden Maßnahmen einzubeziehen ist, müßte meines Erachtens doch erst weiteren Forschungen vorbehalten bleiben.

Gegen eine zwangsmäßige Sterilisation bestehen meiner Ansicht nach noch immer wichtige Bedenken.

Das von *Haškovec* in tschechischen Kreisen stark befürwortete *Ehebefähigungszeugnis* bzw. die eugenische Eheberatung hat seinen unleugbaren Wert, wenn die Gewähr für eine objektive unparteiische und unbeeinflusste Ausstellung des Zeugnisses und für ebenso unparteiische, nicht tendenziösen Zwecke dienende Eheberatung die nötige Gewähr gegeben ist.

10. Die vom internationalen Komitee für psychische Hygiene befürworteten Bestrebungen auf dem Gebiete der Erziehung, der Industrie, der Arbeitslosigkeit, der Kriminalität, der Prostitution usw., fallen meines Erachtens in das Gebiet der allgemeinen Sozialhygiene und gehen über das engere Gebiet der psychischen Hygiene wohl zu weit heraus, als daß sie hier auch nur flüchtig gestreift werden könnten.

Vielleicht ist es aber hier gestattet, darauf hinzuweisen, daß an den tschechischen medizinischen Fakultäten nach dem Umsturz *Lehrkanzeln für soziale Pathologie* errichtet und mit erfahrenen Fachleuten besetzt

<sup>1</sup> *Kalmus, E.*: Siehe meinen Bericht über den I. Kongreß für wissenschaftliche Betriebsführung, Taylor-Bücherei 14—15. Wien und Leipzig: Richard Lotties 1925.

wurden, welche meines Erachtens einer gründlichen Ausgestaltung bedürften und dann der Ausbildung der Mediziner von großem Nutzen werden würden.

Auch die *Abteilung für soziale Hygiene* am staatlichen Gesundheitsinstitut in Prag, das mit Hilfe der Rockefeller-Stiftung errichtet wurde, ist wohl als ein beträchtlicher Fortschritt auf sozialhygienischem Gebiete zu bezeichnen.

Was die Verhütung der durch die Industrie hervorgerufenen Schädigungen (Unfälle und Gewerbekrankheiten) anbelangt, wäre gleichfalls eine wesentlich bessere Ausgestaltung der Ausbildung der Techniker und Mediziner dringend notwendig, worauf ich schon wiederholt auch auf internationalen Kongressen<sup>1</sup>, zuletzt auf dem Kongreß in Genf 1931, hingewiesen habe.

Ein kleiner Fortschritt auf diesem Gebiete ist die Errichtung einer gewerbehygienischen Abteilung am hygienischen Institut der deutschen Universität in Prag und die Vorbereitung eines Gesetzes über die Gleichstellung gewisser Berufskrankheiten mit den Unfällen.

Mit den obenangeführten, durchaus nicht auf Vollständigkeit Anspruch machenden 10 Leitsätzen, ist wohl ein großes Programm im Sinne der Vorschläge des tschechoslowakischen Komitees für psychische Hygiene gegeben und ich bin mir wohl bewußt, daß derzeit die erforderlichen Mittel schwer aufzubringen sein werden.

Der Zweck meiner Ausführungen ist jedoch zum Teil schon erreicht, wenn es mir durch dieselben gelungen sein sollte, jüngere, arbeitsfreudige Ärzte und andere Fachleute dazu anzuregen, sich mit den weitreichenden Aufgaben der psychischen Hygiene zu beschäftigen und damit dazu beizutragen, die internationale Zusammenarbeit aller menschlich fühlenden Faktoren aller Nationen zu fördern und der Krankheit unserer Zeit, speziell der überwertigen Idee der Autarkie, welche in letzter Zeit alle Staaten ergriffen zu haben scheint, entgegenzuarbeiten.

#### Aussprache zu *Kalmus*.

*E. Gamper*: Zu den programmatischen Ausführungen des Herrn Vortragenden wäre viel zu bemerken. Ich möchte mich aber auf die Feststellung beschränken, daß für die Durchführung der Bestrebungen, die der Vortragende im Auge hat, die wichtigste Grundlage, modern ausgestattete psychiatrische Kliniken, die den Forderungen des Unterrichts und der Forschung genügen, sowohl an der deutschen wie an der tschechischen Universität fehlen. Wer die Zustände an den beiden psychiatrischen Kliniken kennt, weiß, daß hier Verhältnisse vorliegen, wie sie den Uranfängen ärztlicher Bemühungen um Geisteskranke einmal entsprachen.

<sup>1</sup> Kongreß in Genf 1931.

### *Salus, F.*: Talamus- und Hypotalamusherd mit multiplen endokrinen Störungen.

Der jetzt 42jährige Patient wird seit 2 Jahren in 4 Etappen an der Klinik beobachtet. Er erkrankte 1926 mit Krampfanfällen, die in den rechten Extremitäten begannen und denen Bewußtseinsverlust folgte. Seit 1918 blieb Bewußtlosigkeit aus. Seit 1929 Impotenz; nie Kopfschmerzen in der Anamnese, nie Doppeltsehen. Erster Klinischer Aufenthalt vom 25. 3. 30—21. 5. 30. Status: Monoparese der rechten oberen Extremität, der später auch eine analoge der unteren Extremität folgte. Die Hemiparese war nicht vom Prädilektionstyp. Außerdem konnten Krampfanfälle in den rechten Extremitäten beobachtet werden, und zwar rein tonischer Natur. Ausgelöst wurden sie hauptsächlich durch psychische Affekte. (Sowohl akustisch wie auch optisch usw.). Während dieser oder unabhängig von ihnen kam es paroxysmal zu einer halbseitigen rechtsseitigen Gänsehaut. Dann bestand eine halbseitige rechtsseitige, mehr dissoziierte Empfindungslähmung vom lateralen Typ, die nicht mit der Mittellinie abschnitt. Zeitweise starke rechtsseitige halbseitige Schmerzen. Fundus, Visus, Gesichtsfeld o. B. Schädelröntgen o. B. Andauernde Polyurie von 2—3½ Litern mit spezifischen Gewichten von 1,010—1,020. Außerdem spontane und alimentäre Glykosurie. Blutzucker erhöht. Auf Insulin gutes Ansprechen. Im Blut Hypercholesterinämie, Natriumgehalt erniedrigt. Außerdem die Zahl der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins erhöht. Grundumsatz normal. Spezifisch-dynamische Wirkung fehlt.

Zweiter Aufenthalt vom 3. 11. 30—20. 12. 30. Der Patient ist jetzt vor allem langsam, schwerfällig, hypokinetisch und hypomimisch. Die Sensibilitätsstörung läßt sich nicht mehr nachweisen. Hemiparese rechts ist ausgesprochener, es besteht auch eine Lähmung in der linken oberen Extremität. Reichlich Anfälle wie in Aufenthalt 1.

Dritter klinischer Aufenthalt vom 25. 2. 31—18. 5. 31. Die Hypokinese hat zugenommen, außerdem zeitweise starker Tremor in der rechten oberen Extremität. Während dieses Aufenthaltes treten deutlich akromegale Veränderungen an Nase, Zunge, Lippen, Kinn und Akren auf. Es besteht jetzt Oligurie, Glykosurie ausgeprägter. Schädelröntgen andauernd o. B.

Vierter Aufenthalt seit 5. 9. 31. Zunehmende psychische Beeinträchtigung des Patienten, starke Zunahme der rechten Lähmungen, aber keine Sensibilitätsstörungen. Jetzt wieder im Blute Zahl der roten Blutkörperchen erhöht, ebenso Hämoglobingehalt erhöht. Die während des dritten Aufenthaltes beobachtete Oligurie macht jetzt normalen Harnwerten Platz. Grundumsatz stark erniedrigt, spezifisch-dynamische Eiweißwirkung gesteigert.

Folgende Störungen ließen sich also beobachten: Paresen anfänglich nur in den rechten Extremitäten, später vorübergehend auch der linken oberen. Schmerzen in der rechten Körperhälfte und eine rechtsseitige halbseitige Sensibilitätsstörung, dann tonische Krampfanfälle in den rechten Extremitäten, zunehmende Hypokinese. Visus, Gesichtsfeld, Augenhintergrund, Schädelröntgenogramm immer o. B. Daneben noch endokrine Störungen und zwar erst Polyurie, dann Oligurie, dann normale Harnwerte, weiters akromegale Veränderungen, spontane und alimentäre Glykosurien. (Ausführliche Darstellung erfolgt später).

*Pór, F.* bespricht das Krankheitsbild der **Heredoataxien** an der Hand eines Falles.

Eine 46jährige Patientin mit cerebellaren Symptomen, Areflexie der unteren Extremitäten, ohne Pyramidenzeichen. Krankheitsdauer seit 8 Jahren. Liquor normal. Vestibularis beiderseits calorisch unerregbar, auf Drehen untererregbar. Cochlearis: Innenohrschwerhörigkeit. Blick einschränkung besonders nach rechts, weniger in der vertikalen Blickrichtung. Cornealreflexe herabgesetzt. Angedeutete

mimische Starre. Das sporadische Auftreten ohne Pyramidenzeichen und sonstigen konstitutionellen Stigmata (Veränderungen des Knochensystems) in relativ hohem Alter erinnert an die Fälle von *Déjerine* und *Thomas*, die der cerebellaren Heredoataxie nahestanden und sich von dieser durch das Fehlen der Heredität und des familiären Charakters unterschieden. Eine Trennung der *Friedreichschen* (spinalen) und der *Nonne-Marieschen* (cerebellaren) Heredoataxien ist sowohl klinisch als auch anatomisch nicht durchführbar. Auch bei diesem Falle müssen wir cerebellare und spinale Symptome mit entsprechendem anatomischem Sitz der Läsion annehmen, wobei eine angeborene Schwäche des Hinterstrangkleinhirnsystems angenommen werden kann.

## 2 Fälle von Syringomyelie:

*Fall 1.* 40jähriger Mann, bei welchem Symptome seit vielen Jahren bestanden (Syringomyelia dolorosa Curschmann) stürzte vor 10 Monaten über eine Treppe und einige Tage später konnte er den Arm im Schultergelenk nicht bewegen. Wegen Verdacht auf eine Luxation Aufnahme auf der deutschen chirurgischen Klinik. Die Röntgenuntersuchung ergab eine schwere Osteoarthropathie. Neurologisch: Zeichen einer Syringomyelie. Das Trauma ist das auslösende Moment, man kann aber eine traumatische Genese der Syringomyelie in diesem Falle ausschließen. Die traumatischen Höhlenbildungen sind klinisch und histopathologisch wesensverschiedene Prozesse.

*Fall 2.* 24jähriger Kaufmann mit vorwiegend halbseitiger Lokalisation der Grundkrankheit. Bulbäre Symptome, spastische Zeichen der rechten unteren Extremität mit angedeuteter Ataxie. Lokalisatorisch reicht der Prozeß vom obersten Halsmark in die Oblongata, unter Bevorzugung der rechten Seite. Ausgedehntes licheninfiziertes Ekzem an den Streckseiten aller Extremitäten, besonders der oberen. Man kann wohl mit Wahrscheinlichkeit einen Zusammenhang zwischen den trophoneurotischen Störungen und dem Ekzem annehmen, wenn auch der strikte Beweis fehlt.

## *Feuereisen, W.* (II. med. Klinik): Zur Klinik der Cholesteatome der Schädelbasis

Ausgehend von der Beobachtung eines Falles von Cholesteatom der Schädelbasis, der jahrelang das Bild einer multiplen Sklerose vorgetäuscht hatte, wird an Hand der Kasuistik die Symptomatologie dieser Tumoren abgehandelt. Es ergibt sich, daß bloß die schubweise, remittierende Verlaufsform eines basalen Prozesses mit mehr minder stark hervortretenden Hirndrucksymptomen und das Vorliegen von Mißbildungen einigermaßen ein Charakteristikum dieser unter den verschiedensten klinischen Zustandsbildern sich manifestierenden Tumoren darstellen.

(Erscheint ausführlich.)

---