



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

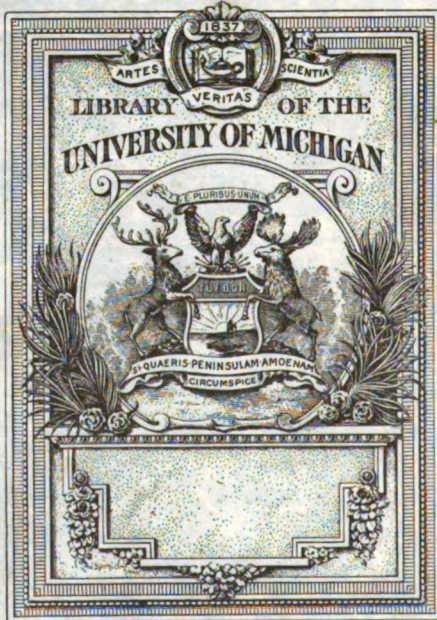
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



B 3 9015 00213 438 8
University of Michigan - BUHR





610.5

Z6

N46

Centralblatt

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben

im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes

von

Dr. Robert Gaupp

Dozent in München.

1905.

XXVIII. Jahrgang.

(Neue Folge XVI.)



Berlin SW. 30.

Verlag von Vogel & Krelenbrink.

Inhaltsverzeichnis.

Originalabhandlungen.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

- Karl Abraham: Ueber einen Fall von Hemianopie mit Farbsinnstörung im erhaltenen Gesichtsfeld 18.
- Konrad Alt: Nochmals mein Standpunkt in Fragen der höchstzulässigen Anstaltsgrösse 84.
- Erich Arndt: Zur Analyse des Krankheitsbewusstseins bei Psychosen 773.
- Theodor Axenfeld: Angeborene Bewegungstörungen der Augen 547.
- W. von Bechterew: Ueber die Bedeutung der Aufmerksamkeit für Lokalisation und Entwicklung halluzinatorischer Bilder 329.
- G. Catola und M. Lewandowsky: Tabes und Synergie 369.
- Carlo Ceni: Ueber das Wesen und die Spezifität der im Blutserum der Epileptiker enthaltenen toxischen Stoffe 213.
- Carlo Ceni: Ueber einige Charaktere spezifischer Antitoxine im Blutserum der Epileptiker 372.
- Max Dobrschansky: Seekrankheit als Ursache akuter Geistesstörung 815.
- Fausser: Zur allgemeinen Psychopathologie der Zwangsvorstellungen und verwandter Symptome 933.
- Max Friedmann: Janet's Werk: les obsessions et la psychasthénie. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Zwangszuständen 409.
- Robert Gaupp: Einseitiger Hippius bei progressiver Paralyse 298.
- Heddaeus: Zur Frage der Entstehung der Miosis bei der reflektorischen Pupillenstarre 129.
- Karl Heilbronner: Ueber die Auffassung und Bedeutung aphasischer Störungen bei Epileptikern 249.
- Willy Hellpach: Zur Frage der „Lenksamkeit“ 449.
- Eduard Hess: Hexenbekenntnisse 83.
- Eduard Hess: Zum fünfzigjährigen Bestehen der Kahlbaumschen Nervenheilanstalt in Görlitz 770.
- Arthur Hermann Hübner: Ueber die psychische und sensible Reaktion der Pupillen 945.
- C. G. Jung: Experimentelle Beobachtungen über das Erinnerungsvermögen 653.
- C. G. Jung: Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik 813
- Emil Kraepelin: Fragestellung der klinischen Psychiatrie 573.
- M. Lewandowsky: Apraxie bei progressiver Paralyse 705.
- Max Liebers: Beitrag zur Symptomatologie der Chorea chronica progressiva 337.
- Hugo Liepmann: Carl Wernicke † 564.
- Georg Lomer: Wahn und Persönlichkeit 209.
- Hermann Lundborg: Eine Hypothese betreffend die Natur des katatonischen Symptomenkomplexes 289.
- L. Merzbacher: Die Beziehung der Syphilis zur Lymphozytose der Cerebrospinalflüssigkeit und zur Lehre von der „meningitischen Reizung“ 489.
- Clemens Neisser: Beitrag zur Kenntnis der Epilepsie 693.
- Karl Pfersdorff: Die motorische Erregung im manisch-depressiven Irresein 169.
- Karl Pfersdorff: Ueber eine Form der Depression in der Dementia praecox 733.
- Otto Rehm: Weitere Erfahrungen auf dem Gebiete der Lumbalpunktion 798.
- Max Reichardt: Ueber Todesfälle bei funktionellen Psychosen 1.

- Max Rosenfeld: Ueber die Encephalitis des Tractus opticus 132.
 Max Rosenfeld: Ueber Partialdefekte bei Endzuständen der Katatonie 893.
 J. Sadger: Die Hydratik der Psychosen 853.
 Gustav Specht: Chronische Manie und Paranoia 590.
 Walter Spielmeyer: Ein Beitrag zur Pathologie der Tabes dorsalis 187.
 C. F. van Vleuten: Funktionelle Seelenblindheit 49.
 Ernst Weber: Kritisches und Eigenes über das Weinen bei Gemütsbewegungen 613.
 Weifenbach: Ueber Neuronal- und seine Brauchbarkeit in der Irrenanstalt 89.
 Robert Wollenberg: Die nosologische Stellung der Hypochondrie 529.

Namenregister.

(Die Zahlen bebeden die Seiten.)

- | A. | B. | |
|---|---|--|
| Abraham, K. 18, 712, 800. | Babinski 489. | Bethe 196. |
| Ach 315, 317. | Bach 949. | Beyer 73, 856. |
| Adamkewich 441. | Bärensprung 353. | Bianchi 198. |
| Agapow 687. | Bäumler 553. | Bianchini 166, 327, 651. |
| Alaux 154. | Ballet 164, 534. | Bielschowski 237, 303, 461, 551, 885, 889, 930, 931. |
| Albrecht 323. | Balogh 190, 247, 800. | Bigami 323. |
| Aldrich 246. | Balser 681. | Binet 310. |
| Alexander 228, 922. | Barras 531. | Binswanger 534, 695. |
| Allen 928. | Barth 866. | Binz 156. |
| Alt 84. | Baumann 152. | Biondi 564. |
| Alter, W. 45, 470, 845, 856, 885. | Bayenthal 67, 554, 602. | Birnbaum 717. |
| Alzheimer 65, 269, 389, 432, 443, 632, 639. | Baylis 381. | Bischoff 848. |
| Angiolella 447. | Bayon 400, 404. | Biss 563. |
| Antheaume 866, 876. | Beard 532. | Bleuler 207, 231, 367, 448, 486, 690, 692. |
| Anton 431, 440, 636. | v. Bechterew 329, 886, 962. | Bloch 406, 460, 644. |
| Apáthy 196. | Becker 525. | Blum 292, 599, 687. |
| Apert 732. | Beling 511. | Blumenthal 731, 799. |
| Arnaud 534. | Benedict 384. | Bocquillon 248. |
| Arndt 366, 695, 773. | Bergeli, P. 769. | Boedeker 115. |
| Aschaffenburg 83, 144, 232, 544, 677, 907. | Berger, A. 286. | Boerma, F. 730. |
| Assicot 874. | Berger, H. 296, 365, 912, 915. | Börst 461. |
| Ast 642. | Bernhard 112. | Bösbauer 40, 359. |
| Aub 408. | Bernhardt 353, 460. | Boettiger 534. |
| Auer 395. | Bernheimer 956. | Bohr, Ch. 651. |
| Auerbach 558. | Bernstein 249, 475, 686, 697, 747, 847. | Boissard 49. |
| Axenfeld 22, 547, 554. | Bertels 729. | Bonhöffer 50, 116, 162, 258, 697, 894. |
| Azoulay 153. | Berze 83. | Bonnes 872. |
| | Best 683. | Bonnet 875. |

Borchert 930.
 Bornthau, H. 651.
 Borobio y Diaz 248.
 Borst 317.
 Bösma 205, 465.
 Boss 471.
 Bourdon 872.
 Rourneville 481, 519,
 531, 872.
 Brachet 531.
 Brand 863.
 Bratz 713.
 Braun 768.
 Braune 840.
 van Brero 393.
 Brealer 523.
 Breuer-Freud 49.
 Breukink 609.
 Brie 326.
 Brieger 283.
 Briquet 49.
 Brisseaud 769, 870.
 Brodmann 80, 81, 303,
 476.
 Buch 156, 729.
 de Buck 842, 850.
 Buder 471.
 Bumke 299, 597, 606,
 945.
 Bunzl 920.
 Burghart 731.
 Busch 641.
 Buvat 153.

C.

Campbell 353.
 Cantas 154.
 Carlström 238.
 Cassirer 108, 947.
 Castex 872, 873.
 Catòla 213, 369.
 Cavaillon 244.
 Ceni 199, 213, 372.
 Chalupceky 610.
 Charcot 353.
 Chardinal 837.
 Chaumier 873.
 Chenzinski 948.

Christian 871.
 Chyzer 226.
 Cimbal 75.
 Claparède 315.
 Clarke 367.
 Cohn, Toby 106, 647.
 Colla, J. E. 47.
 Comar 153.
 Compain 153.
 Coriat 326, 474.
 Cramer 118, 359, 389,
 431, 764, 812.
 Crocq 872.
 Crouzon 285.
 Cruchet 299, 873.
 Cullere 870.
 Curschmann 556, 810.
 Cuyer 203.
 Czarnecki 686, 688.

D.

Dagonet 161, 773.
 Damsch 299.
 Dana L. 121.
 Dankwardt 652.
 Dannemann 679.
 Darcanne 874.
 Darwin 614.
 Davidsohn, H. 808.
 Debove 153.
 Décsi 751.
 Degenkolb 911, 912.
 Dehérain 155.
 Deiters 672.
 Delaquis 908.
 Delasiauve 531.
 Delaunay 160.
 Delbrück 75.
 Delucq 154.
 Deny 871, 872.
 Deraubaise 843.
 Deschamps 871.
 Devay 875.
 Dextler 44.
 Dide 362, 731, 872, 874.
 Diehl 408.
 Dietz 76, 891.
 Dobrochotow 686.

Dobrschansky 815.
 Dohm 695.
 zu Dohna, Graf, 77.
 Donaggio 402.
 Donath 470, 754, 799.
 Donáth 230, 750.
 Donath, J. 120.
 Dopfer 246.
 Doutrebente 874.
 Draghicesco 960.
 Drappier 367.
 Drastich 645.
 Driesch 208, 651.
 Drouisseau 872.
 Duane 550.
 Dubois 207, 609.
 Dunton 473.
 Dupont 906.
 v. Dydynski 887.
 Durante 126.
 Durocher 874.

E.

Ebbinghaus 314, 476.
 Edel 346.
 Edinger 288, 404, 553,
 959.
 Edsall 446.
 Eisath 852.
 Eisler 168.
 Eliasberg, M. 730.
 Engelen 906.
 Engelhardt 133, 156.
 Engelken 433.
 Engels 485.
 Epstein 195, 225, 750, 761.
 Erb 274, 375, 552, 674.
 Erben 327.
 Erbslöh 949.
 Erdheim 723.
 Erlennmayer 865.
 Ernst 956.
 Eulenburg 276, 451.
 Euler 367.
 Ewald 552.
 Ewetzky 299.
 Exner 168, 312.
 Eyerich, G. 726.

F.

Faber 292.
 Fabricius 677.
 Facklam 341.
 Fabret 531.
 Fano 221.
 Faure 875.
 Fauser 32, 629, 845, 933.
 Feindel 125, 725, 751.
 Fellner 457.
 Féré 160, 283.
 Ferenczi 197, 198, 228,
 383, 384, 754.
 Feréol 866.
 Ferrarini 953.
 Finckh 466, 479.
 Finkelnburg 906, 957.
 Fischer 191, 225, 227,
 228, 288, 754.
 Fischer, M. 117.
 Flatau 461, 527.
 Flechsigt 881.
 Flemming 865.
 de Fleury 202.
 Foerster, O. 370, 463.
 Foerster, R. 675.
 Foersterling 408.
 Folin 474.
 Fordyce 650.
 Forel 448, 728.
 Forster 911.
 Foveau de Courmelles 875.
 Fränkel 367, 885.
 Francotte 367.
 Frank 73, 908.
 Franke 299, 912.
 Frankl-Hochwart 922.
 Frenkel 113, 325, 369.
 Frese 724.
 Freud 320, 449, 653, 923.
 Frey 383, 751, 759.
 Friedländer 558, 948.
 Friedmann 151, 409, 469.
 Frigyesi 689.
 Fröhlich 922.
 Fromme 397.
 Fuchs, A. 454, 465, 666,
 668, 917, 932.

Fuchs-Salzman 551.
 Führtrohr 239.
 Fürst 200.
 Fürstner 30, 33, 68, 69,
 242, 555, 929.
 Fuld 679.

G.

Galdi 447.
 Galippe 542.
 Ganser 128, 432.
 Gaupp 17, 62, 241, 298,
 395, 623, 628.
 Gay 843.
 Gehartz 222.
 Geist 849.
 Genouville 153.
 Georget 531.
 Gerhardt 162.
 Gerhartz 367.
 Gerö 194.
 Gewnizki 80.
 Gilfing 70.
 Giljarowski 684.
 Girard 869.
 Giraud 872.
 Gmelin 512.
 Göbel 599.
 Göthe 208.
 Goldflam 888, 950.
 Goldscheid 168.
 Goldscheider 40, 369,
 537.
 Goldstein 873.
 Gordon 286, 314.
 Gotch 381.
 Grancher 248.
 Granjux 875.
 Grasset 200, 876.
 Graves 122.
 Griesbach 248.
 Grober 812.
 Gross 243, 325, 457,
 654, 840, 865.
 Grösz 383.
 Gruby 160.
 von Grützner 606.
 Grunau 524.

Gudden 480, 639.
 Gugl 538.
 Guillani 242.
 Guislain 531.
 Gurewicz 684, 686.
 Guszman 197.
 Gutzmann 728.
 Guttman, A. 318.
 Guttman, W. 44.

H.

Haas 208.
 Haberda 456, 481.
 Habermaas 714.
 Haenel 914.
 Hager 284.
 Hajós 193, 197.
 Hamburger 380.
 van Hamel 907, 908.
 v. Hansemann 380.
 Harris 955.
 Hart 769.
 Hartenberg 164.
 Hartmann 243, 487.
 Hatschek 919.
 Head 353, 381.
 Hebold 712.
 Hecker, E. 770.
 Heddaeus 129, 298.
 Heilbronner 58, 65, 82,
 239, 249, 284, 339,
 433, 464, 704, 712,
 773, 894.
 Heilig 83.
 Heinricher 448.
 Held 147.
 Hellpach 318, 449.
 Hempel, H. 730.
 Henderson 244.
 Henneberg 239, 245, 304,
 348, 354.
 Henoeh 353.
 Henri 310.
 Hess 325, 436.
 Hetzel 121.
 Heubner 244.
 Heuck 549.
 Higier 156.

Hill Buchan 362.
 Hiraiwa 953
 Hirsch 532.
 Hirschfeld 398, 808.
 Hirschl 457.
 Hirschclaff 200, 485.
 His 608.
 Hitzig 168, 312, 524.
 Hoche 68, 70, 71, 204,
 357, 471, 529, 552.
 v. Hölder 147.
 Hoennicke 730.
 v. Hösslin 537.
 Höstermann 542.
 Hoevel 672.
 Hofmann, F. B. 651.
 Hohlfeld 43.
 von Holst 155.
 Homburger 598.
 Hopff 905.
 Hoppe 446, 765.
 Horch 679.
 Horsley 381.
 Houzé 287.
 Huber 448.
 Hudovernig 157, 197,
 385, 754, 758.
 Hübner 433, 945.
 Hunt 404, 731.
 Livingston Hunt 851.
 Ramsay Hunt 120.
 van Husen 40.

J.

Jacobsohn, L. 103, 304.
 Jacobson 133.
 Jagita 953.
 Jakowenko 683.
 Jamin 549, 552, 603.
 Janet 49, 409, 542.
 Jastrowitz 342.
 Jelgersma 597.
 Jensen 431.
 Jentsch 79.
 Jenz 528.
 Jessen 357.
 Imamura 168, 312.
 Infeld 240.

Ingerslev 248.
 Jobert 816.
 Jocus 872.
 Jörgen 766.
 Joffroy 164.
 Johansohn, E. 685.
 Jolly 364, 531, 765.
 Joris 196.
 Joseph 381.
 Jürgensen 863.
 Jumucopulo 918.
 Jung 231, 451, 628, 653,
 813.
 Juquelier 150, 475.
 Iwanow, E. 685.

K.

von Kaan 367, 448.
 Kahl 144, 343.
 Kahlbaum 346, 770.
 Kaiser 848.
 Kalischer 115, 288.
 Kalmus 75.
 Kampherstein 321.
 Kaplan 887.
 Karplus 147, 350, 916,
 920.
 Karsch-Haak 948.
 Kassowitz 448.
 Kattwinkel 340.
 Keller 203.
 Kirchner 130.
 Klein 655, 813, 891.
 Kleist 124, 368, 912, 914.
 Klemperer 156.
 Klippel 470.
 Kluge 346, 430.
 Klumker 683.
 Knapp 123, 245, 364,
 879.
 Knecht, A. 858.
 Koch 542, 591.
 Kochmann 368.
 Kölpin 240, 676.
 König 115, 842.
 Körner 880.
 Köster 148, 381, 909,
 914, 950.

Kötscher 924.
 Kohnstamm 381, 597.
 Koller 158.
 Konrad 192, 225, 844.
 Kornfeld 485, 849.
 Kosaka 953.
 Kovalewsky 841.
 Kraepelin 2, 151, 169,
 199, 232, 238, 268,
 295, 408, 573, 591,
 600, 612, 623, 630,
 631, 642, 691, 770,
 773, 826, 856, 934.
 Krafft 288.
 v. Krafft-Ebing 534.
 Krause 840, 892.
 Krause 513.
 Kraynski 206.
 Kreuser 30, 71, 510.
 Kriege 890.
 Kroner 957.
 Kronthal 302, 762.
 Kunn 549.
 Kurella 892.
 Kuschew 689.

L.

Lachmund 325.
 Laehr 62, 351.
 Laehr, G. 43.
 Laehr, Hans 43.
 Laehr, Heinrich 43, 732.
 Laehr, M. 482.
 Laitinen 448.
 Laiznel-Lavostine 126.
 Lamprecht 451.
 Landerer 678.
 Landgraf 167.
 Lange 399.
 Lannois 125, 873.
 Lanz 599.
 Laquer 29, 69, 484.
 Laquer, B. 356.
 Laqueur 283.
 Larguier des Bancelis 310.
 Launois 157.
 Lay 288.
 Leborgue 731, 874.

Lebret 154.
 Legendre 866.
 Lemaire 521.
 Leonowa 549.
 Leppmann 167, 343, 345,
 469, 486, 838.
 Léri 871.
 Leroy 871.
 Leser 299.
 Letulle 866.
 Leubuscher 716.
 v. Leupoldt 847.
 Levi 888.
 Levy 875.
 Levy, Fr. 769.
 Lewandowsky 369, 705,
 963, 964.
 von Leyden 40, 369, 532.
 Liebermeister, G. 375.
 Liebers 337.
 Liepmann 22, 515, 564,
 710, 719, 720, 894,
 908.
 Lilienstein 381.
 Lindenau 905.
 Link 601.
 Lipinska 874.
 Lipmann 81.
 Lipps 690.
 Lissauer 59, 604, 899.
 Liszt 907.
 Litten 485.
 Lobsien 288.
 Loeper 285.
 Loeser 106.
 Lövegren 357.
 Löwenfeld 49, 409, 534,
 726.
 Lohsing 948.
 Lombroso 448.
 Lomer, G. 209, 850, 958.
 Lorand 380, 381.
 Lortat-Jacob 155.
 Lossen, H. 809.
 Lossen, J. 769.
 Louyer-Villermay 531.
 Lucka 359.
 Lüthje 380.

Lugaro 79, 381.
 Lugiato 402.
 Lundborg 289, 731.
 Lwoff 41.

M.

Maak 22.
 Maas 460, 648.
 Macewen 880.
 Madsen 599.
 Magiotto 46.
 Magnan 162, 585, 644,
 724.
 Magnus 62, 812.
 Mahaim, A. 931.
 Mamlock 491.
 v. Manacéine 523.
 Mangelsdorf 696.
 Manheimer Gommès 872,
 873, 875.
 Mann, L. 123, 407, 892.
 Mansfeld 799.
 Marandon de Montyel 154,
 366.
 Marburg, O. 667.
 Marc 128.
 Marchand 126, 160, 469,
 470, 727, 874.
 Marchiafava 323.
 Marcinowski 647, 648.
 Marcus, H. 851, 926.
 Maré 466.
 Marie 242, 874, 875.
 Marina 132.
 Marinesco 153.
 Markova 898.
 Märkus 192.
 Markuse 451.
 Martius 316, 377, 532,
 644.
 Marx 766.
 Masey 367.
 Masoin 205.
 Masselin 357.
 Mathieu 248.
 Matthey 887.
 Maugeret 522.
 Mayer 448.

Mayo, Ch. H. 810.
 Mazukiewicz 243.
 Meige 125, 611, 725,
 751, 769, 871, 873.
 Meltzer 430.
 Melvine 473.
 Mendel 109, 113, 143,
 431.
 Mendelsohn, A. 685.
 Mercklin 773.
 Merzbach, G. 118.
 Merzbacher 70, 247, 489,
 603, 800, 949.
 Messing 920.
 Meumann 288.
 Meyer, E. 437, 482,
 799, 837.
 Meyer, S. 41.
 Meyerstein, R. 106.
 Mezey 367.
 Michéa 531.
 Michelson 155.
 Miklas 40, 359.
 Milian 800.
 Mills 286.
 Minor 685, 688.
 Mislawsky 381.
 Mitchell 445.
 Mittelhäuser 947.
 Mittenzweig 842.
 Mittermaier 288.
 Möbius 63, 198, 393,
 451, 536, 727, 928.
 Moeli 145, 343, 431,
 433, 765.
 Möller 524.
 Mönkemöller 470, 766.
 Mohr 40.
 v. Monakow 441, 881.
 Monod 489.
 Montagnini 484.
 Moravcsik 191, 226, 747,
 754, 757.
 Moreira 835.
 Morel 397, 875.
 Mott 369.
 Müller 62, 286, 341,
 476, 534, 773.

Müller, E. 168, 188,
318, 557.
Müller, H. 462.
Müller, L. 240.
Müller, Robert 962.
Müsch 359.
Munk 369.
Murakow 134.
von Muralt 841.
Musset 160.
Muthmann 484.

N.

Nadejge 872.
Nadoleczny 648.
Näcke 432.
Nagel, W. 273, 651.
Nageotte 489.
Nawratzki 110.
Neisser 162, 346, 433,
623, 640, 698, 730.
Neisser, E. 248, 406.
Neumann 31.
Neurath 921.
Neutra 958.
Niedermann 192, 226,
751, 754.
Niedner 491.
Niehaus 528, 819.
Nissl 17, 67, 110, 389,
443, 491, 625, 799.
Nitsche 640.
Nonne 74, 75, 132.
Novák 231.
Nurmann 399.

O.

Obersteiner 923.
Obici 46.
Offer 448.
Offner, M. 117.
v. Oláh 194, 225.
Olrik 649.
van Oordt 599.
Oppenheim 106, 112,
122, 145, 146, 305,
341, 350, 351, 460,
461, 604, 674.

Oppikofer 245.

P.

Paetz 85.
Pailhas 328, 871.
Pándy 192, 225.
Panfilow 688.
Papinian 872.
Papodaki 163.
Pardo 76.
Parhon 872.
Paris 165.
Pastrovich 222.
Patel 244.
Paton 876.
Patandyús 229.
Paty 873.
Paul 246, 287.
Péhu 929.
Peixoto 835.
Pelletier 875.
Pelmann 677, 714.
Peretti 677.
Peritz 112.
Pessler 465.
Petrén 238, 643, 849.
Peugnicz 124.
Pfänder 277.
Pfersdorff 169, 467, 605,
733.
Pfister 30, 71, 162, 649,
884.
Philippe 124.
Pick 249, 274, 363, 433,
472, 474, 664, 773,
845, 846, 884, 889,
894.
Pickardt 610.
Picqué 871.
Pierret 874.
Pigueira 837.
Pilcz, A. 644, 844, 890.
Pilzecker 476.
Pini 217.
Pisarski 367.
Pitres 426, 873.
Plaut 641.
v. Poehl 200.

Pollack 284, 325, 406.
Popovits 157.
Popper 918.
Porot 125, 872.
Postowski 687.
Preisig 953.
Preobrashenski 684, 685,
686, 687, 688.
Prina 47.
Prins 904, 906, 908.
Probst 78, 440.
Puppe 563.

Q.

Quensel 366, 950.

R.

Radius 866.
Raecke 75, 80, 119, 167,
249, 468, 477, 479,
488, 534, 694.
Raimann, E. 33, 326, 362,
671.
Raisz 196, 225.
Rampoldi 551.
Ranke 635.
Ranschburg 197, 227,
313, 314, 750, 755,
759.
Ransohoff 158.
Rasmussen 926.
Rauschke 352, 719.
Raviart 164.
Ravant 489, 799.
Raymond 322, 411.
Redlich 188, 667.
Régis 199, 426, 870,
875.
Reh 122.
Rehm, O. 642, 798.
Rehm 808.
Reich 116, 343, 346,
355, 441.
Reichhardt, M. 1, 241,
638.
Reimer, H. 770.
Reinke 208.
Reissner 276.

- Remak 108, 112, 284, 458.
 Retzius 636.
 Reuter 405, 466, 751, 892.
 Ribbert 462, 722.
 Richardson 925.
 Richon 125.
 Richter 305.
 Riegel 299.
 Rieger 262, 727, 841, 894, 959.
 Riklin 231, 665, 813.
 Rivière 366, 689.
 Roemheld 242, 478, 601.
 Römer 356.
 Roger 357.
 Rogowitsch 221.
 Rohde 433, 911.
 Romberg 156, 532.
 Róna 928.
 Rose 866.
 Rosenbach 815.
 Rosenberg 109.
 Rosenfeld 64, 132, 323, 471, 604, 799, 893.
 Rosenheim 441.
 Rosenthal 932.
 Rossi 886.
 Rotering 118.
 Roth, M. 650.
 Rothmann, M. 104.
 Rousset 875.
 Roux 441.
 Roy 157, 328, 870.
 Royet 875.
 Rudnew 685.
 Rybakon 685.
- S.**
- Sabaréanu 155.
 Sabrazès 872, 873.
 Sachs, H. 881.
 Sacquépée 874.
 Sadger 853.
 Sānger 133, 204, 910.
 Sānton 866.
 Sakaki 248.
- Salgó 191, 195, 224, 228, 749, 752.
 Samelsohn 23.
 Sander 858.
 Sanger Brown 475.
 v. Sarbó 196, 386, 759.
 Schacherl 455.
 Schäfer 86, 110, 470.
 Schäfer, K. L. 273.
 Schäffer 768.
 Schaffer 196, 384, 386, 387, 487, 560, 609, 750, 755, 759, 886.
 Schaikewicz 687, 688.
 Schanz 511.
 Schenk, P. 168.
 Scherk 288.
 Schiefferdecker 548.
 Schiner 40, 359.
 Schittenhelm 889.
 Schleich 248.
 Schley 732.
 Schliep 824.
 Schlöss 359.
 Schlüter 378.
 Sohmeding 344.
 Schmidt 158, 687, 717.
 Schmidt, H. 120.
 Schönfeld, L. 730.
 Schott 123, 468, 511, 591, 849.
 von Schrenk-Notzing 237.
 Schroeder 517, 628.
 von Schrötter 380.
 Schüle 432, 534, 695.
 Schüller 667, 855, 888.
 Schütz 600, 910.
 Schultz - Schultzenstein 764.
 Schultze 128, 438, 838.
 Schumann 310, 313, 318.
 Schuster 113, 302, 305, 461.
 Schwenk 830.
 Sciamanna 76.
 Scoczynski 353.
 Seelig 439.
 Séglas 534.
- Seidemann, W. 812.
 Seifer 353, 354, 462, 473, 718.
 Selka 484.
 Seyffert 913, 914.
 Sherrington 369, 381.
 Sicard 126, 328, 489, 871.
 Sickinger 27, 248.
 Siefert 591, 948.
 Siemens 431, 488, 825.
 Siemerling 62, 74, 799.
 Sigel 842.
 Sims 404.
 Sipócz 469.
 Sizaret 875.
 Sklarek 127.
 Skoczynski 110, 799.
 Slatorovich 448.
 Snell 482.
 v. Sölder 671.
 Sokolow 688.
 Sommer 288, 316, 317, 612, 690, 747.
 Soukanoff 166.
 Souques 242.
 Specht 277, 513, 590, 627.
 Specht, W. 119, 401, 630, 639.
 Speidel 248.
 Spielmeier 67, 187, 247, 559, 949.
 Spiller 286, 811.
 Spitzer 916, 917.
 Stadelmann 267, 483, 728.
 Stark 85.
 Stedman 446.
 Stein 757.
 Stembo 887.
 Stempel 487, 526.
 Stern, R. 360, 525.
 Stern, W. 311, 655.
 Sternberg 669.
 Sterzi 807.
 Stier 394.
 Stintzing 911, 962.
 Stock 560.

Störing 934.
 Stolper 563, 768, 956.
 Storch 188.
 Strachstein, A. 811.
 Sträuber 461.
 Stransky 163, 642, 668,
 669, 879, 963.
 Strassmann, F., 839.
 Stricker 381, 646.
 Stritter 288.
 Strobel 194.
 Ströhmberg 155.
 Strohmeyer 911.
 Strümpell 370.
 Struycken 313.
 Stupin, S. 685.
 Suchanow 686.
 Svetin 855.
 Swoboda 696.
 Szentkirályi 891.
 Szigeti 191.

T.

Tanzi 273.
 v. Tarchanoff 200.
 Tauszk 891.
 Teichmann 514.
 Telegdi 225.
 Thoinot 357.
 Thoma 28, 69.
 Thomes 153, 245.
 Thompson 882.
 Thomsen 71, 542, 854.
 Thunberg 238, 273.
 Tiengo 213.
 Tippel 431.
 Toporkoff 161, 686.
 Torp 906.
 Touche 62.
 Toulouse 239.
 Toupet 154.
 Tschirier 245.
 Tuczak 431, 893.
 Türkkel 398, 669, 672.
 Türkheim 276.
 Turán 650.
 Turner 404, 714.

U.

Uckermann 156.
 Uthhoff 299.
 Ubeleisen 485.
 Umber 75.
 Ungar 676.
 Urstein 368.

V.

Valobra 689.
 Vámbéry 448.
 Vanderwelde 448.
 Variot 244.
 Vaschide 960.
 Vedrani, A. 850.
 Veit 114, 716.
 Ventura 953.
 Vidal 489.
 Vigouroux 150, 475.
 Vincent 152.
 Viollet 874, 875.
 van Vleuten 49, 115, 127,
 249.
 Vocke 623, 635, 640.
 Vogt, H. 439, 763, 952.
 Vogt, O. 81.
 Vorkastner 143, 349.
 Vorster 85, 325, 722.
 Voss 686.
 Vurpas 239.

W.

Wachs 200.
 Wagner 63.
 Wagner v. Jauregg 455,
 481, 670.
 Wallenberg 238.
 Walton 246, 287, 485.
 Wanke 356.
 Warda 936.
 Warncke 82, 954.
 Watermann 325.
 Weber, Parkes 768.
 Weber 17, 45, 269, 610,
 613, 822, 837.
 Wehrlin 961.
 Weidenhammer 685.
 Weifenbach 89.

Weigert 188.
 Weiler 634.
 Weininger 359.
 Weintraud 562.
 Weir-Mitchell 49.
 Weiss 382.
 Wende 213, 839.
 Wernicke 50, 134, 261,
 528, 564, 584, 591,
 632, 712, 773, 881,
 894.
 Wertheimer 655, 813.
 Westphal 49, 353, 534,
 672, 949.
 Weygandt 24, 73, 128,
 181, 305, 314, 433,
 464, 527, 600, 630,
 631, 637, 639.
 Wjäsowski 684.
 Wichmann 281.
 Widal 799.
 Wilbrand 22, 204.
 Wilbrandt 62.
 Wild 525, 527.
 Wildermuth 30, 48, 714,
 819.
 Wilmanns 70, 487.
 Windscheid 526, 927.
 Winokurow 688.
 Winternitz 855.
 Wirth 318.
 Wolf 241, 261, 651,
 881, 931.
 Wolfrum 243.
 Wollenberg 63, 68, 151,
 340, 511, 529, 558,
 840.
 Woodworth, R. S. 725.
 Worobjow 685.
 Wreschner 313.
 Würth 891.
 Wundt 614, 882, 935.
 Wwedenski 686, 687.

Z.

Zacharias 359.
 Zack 157.
 Zanda 221.

Zenker 866.	Ziehen 104, 107, 113,	Zoth 273.
Ziegenhagen 800.	168, 275, 646, 720,	Zuckerkandl 455, 916,
Ziegler, H. E. 376.	750, 773, 858.	923.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

A.

- Abduktorenreflex 888.
 Abnorme Kinder 24.
 Abuli 425.
 Achillessehnenreflex 246, 287.
 Achondroplasia 731.
 Achsenzylinderendigungen 931.
 Acusticus, Neurom des — 121, Tumor des — 922.
 Adenoide Vegetationen bei Hirnleiden 123.
 Adipositas dolorosa 154.
 Aehnlichkeit, Bedeutung der — für Erlernen und Vergessen 314.
 Aerophagie 610.
 Agitations forcées 413.
 Agraphie 949.
 Akinesia algera 913.
 Akrocyanosis chronica hypertrophicans 929.
 Akromegalie 122, 157.
 Akroparaesthesien nach Trauma 527.
 Algolagnie 230 (siehe auch Sexualempfindung).
 Alkohol und Nervensystem 168, — in Irrenanstalten 891, Einfluss des — auf den Hirndruck 957.
 Alkoholismus 362, Bekämpfung des — 448, 687, 840, hypnotische Behandlung des — 47, 684, 685, gerichtsarztliche Bedeutung des — 464, 841, Psychosen bei — 439, 445, 468, 517, 522, 576, 667, 835.
 Alter, Veränderungen der Arbeiter im — 526, Behandlung der Veränderungen im — 356, Depressionszustände des höheren — 628.
 Amentia 163, 575, — bei Hirnsyphilis 926.
 Amnesie, retrograde — nach Trauma und nach Strangulation 325.
 Anämie, Behandlung der — 650.
 Anästhesie und Analgesie 685.
 Anatomie des Nervensystems 80, 81, 82, 103, 284, 400, 402, 403, 404, 441, 455, 597, 608, 676, 886, 918, 920, 930, 952—957, Technisches in der — 80—82, 284 — der Psychosen 632, 874.
 Angina, Occipitalneuralgie bei — 152.
 Angstpsychosen 584, 640.
 Anstaltsberichte 76, 358 (in Amerika).
 Anstaltsgrösse, höchstzulässige — 84.
 Anstaltsstatistik 194.
 Anstaltswesen, Reform des — 397.
 Ansteckung, geistige — 151.
 Antialkoholismus 840 (s. auch Alkoholismus).
 Antithyreoidin 730.
 Aphasie und Demenz 64, — bei Epilepsie 249, amnestische — 950, — und Geistesstörung 323, transitorische — bei Delirium alcoholicum 115, Uebungstherapie bei — 121, — und Asymbolie 355.
 Apoplexie, Pathogenese der — 243.
 Apperzeption und Zwangsvorstellung 937.
 Apperzeptionspsychologie 228, 935.
 Apraxie 274, 515, — bei progressiver Paralyse 705.
 Arbeitstherapie bei Nervenkranken 482, — bei Geisteskranken 327.
 Arteriosklerose, Geistesstörungen bei — 686.
 Arthropathia nervosa 244.
 Assoziation der Vorstellungen 313, 961.
 Assoziationspsychologie 228.

Assoziationsstudien, diagnostische — 231, 961.
 Asymbolie 355, — bei Hysterie 49, delirante — 847.
 Ataxie, familiäre — mit Idiotie 911, hereditäre — des Kleinhirns 75.
 Atemmuskeln, Inkoordination der — 875.
 Athetose, bilaterale — 667.
 Atrophie, retrograde — der Pyramidenbahn 404.
 Aufbrauchkrankheiten d. Nervensystems 404.
 Auffassungsschwelle, bei Gesunden und Kranken 760.
 Aufmerksamkeit 911, Bedeutung der — für Entstehung d. Halluzinationen 329.
 Augenmuskellähmungen, seltene — 349, 547.
 Aussage, Psychologie der — 288, 317, 511, Verwertung der in direkter Rede protokollierten — 676.
 Autointoxikation als Ursache von Psychosen 3, 843.

B.

Babinski'scher Reflex 119, 601, 950.
 Bäderbehandlung 641, 853, 871, Wirkung verlängerter warmer Bäder 641, 853.
 Balkenmangel 952.
 Balkenveränderungen bei chronischem Alkoholismus 323.
 Basedow'sche Krankheit 106, 385, 599, 729, 730, 731, 810, — und Myasthenie 106, Pruritus bei — 729.
 Basisfraktur, Lähmungen bei — 385, Psychose bei — 325.
 Begleitdelirien 719.
 Begnadigung, bedingte — 118.
 Begutachtungsfreiheit des Irrenarztes 193.
 Belastung, erbliche — 75, 471.
 Beri-Beri 156.
 Betonung, rhythmische — bei Geisteskranken 629.

Bewegung, Lehre von der — 725.
 Bewegungsstörungen, angeborene — der Augen 547.
 Bewusstsein 924, Anomalien des — 924, Zerfall des — 325.
 Bierdelirium 480.
 Bindearme, Erkrankung der — 667.
 Blasenlähmung 153, — -störungen spinaler Herkunft 286.
 Blaues Kreuz 840.
 Blindheit, angeborene — 872.
 Blutbeschaffenheit bei chronischen Anstaltsinsassen 473, — bei Epilepsie 213.
 Blutdruck bei Geisteskranken 473, 845, 876.
 Blutserum bei Epilepsie 213.
 Blutuntersuchung bei Geisteskranken 876.
 Bogenfasern im Rückenmark 103.
 Bornyval 471, 485.
 Brasilianisches Irrenwesen 835.
 Brown-Séguard'sche Lähmung 124.
 Brücke, Anatomie der — 919.
 Buchstaben, Erkennen von — bei momentaner Beleuchtung 313.

C. (s. auch K).

Cerebrospinalflüssigkeit, Beschaffenheit der — 932.
 Cetaceen, Nervensystem der — 597.
 Cholesteatom des Gehirns 723.
 Cholin in der Spinalflüssigkeit 110.
 Chorea 29, — gravidarum 689. Bewegungsstörung bei — 463. Übungstherapie bei — 650, — chronica progressiva 329, 674.
 Chronoskop von Hipp 317.
 Cocainismus 686.
 Collateralfurche 923.
 Colonspasmus, chronischer — 600.
 Coma diabeticum, epileptische Krämpfe im — 769.
 Corneo-mandibularreflex 887.
 Cretinismus 70.
 Cysticercus cerebri 68, 687.
 Cytodiagnostik der Spinalflüssigkeit 480, 798, 932 (s. auch Lumbalpunktion).

D.

- Degeneration 609. — der Nervenfasern nach der Methode von Donaggio 402, — der Nerven 70, — der Pyramidenvorderstränge 242, psychische — 399.
- Degeneratives Irresein, anatomische Veränderungen bei — 874, — Ohr 685.
- Delirium acutum 2.
- Delirium alcoholicum, Aphasie bei — 115, — und Hallucinosi 163.
- Demenz und Aphasie 64, juvenile — 850.
- Dementia paranoides 874.
- Dementia praecox 46, 342, 365, 467, 475, 577, 600, 605, 733, 848, 850, 874, — und Hysterie 46, Ursachen der — 850, 874, Pupillensymptome bei — 945, Mikroben bei — 874, Remissionen bei — 467, Prognose der — 605, Serum bei — 365, okuläre Symptome bei — 874, Depression bei — 733, — und Idiotie 600, — oder Hirntumor? 848.
- Denkschrift über die Anstalten für Idioten und Epileptische 818.
- Depressionszustände des höheren Lebensalters 628, — bei Dementia praecox 733.
- Dercumsche Krankheit 154.
- Derivation 420.
- Dermatopsychosen 362.
- Dermoidcyste an der Gehirnbasis 687.
- Dionismus 153.
- Diplegia spastica infantilis 122.
- Dipsomanie 115.
- Druse der Pferde, Uebertragung der — auf den Menschen 406.
- Dystrophia muscularis progressiva 751.

E.

- Echondrosis speno-occipitalis physaliphora 462.
- Ehe und Geisteskrankheit 485.
- Eidesfähigkeit Geisteskranker 677.
- Eifersuchtswahn 475.
- Einfall, pathologischer — 162.
- Einteilung der Psychosen 194, 643.

- Elektrizitätslehre für Mediziner 44, 359.
- Elektromagnetische Therapie 288.
- Elektromedizinische Apparate 359.
- Encephalitis, Anatomie der — 67, — des Tractus opticus 132, — subcuta 406.
- Encephalomalacie 245.
- Endogene Symptome bei exogenen Krankheitsformen 845.
- England, Psychiatrie in — 433, 482.
- Entartung 485, 609. s. a. Degeneration.
- Entlassungen, frühzeitige — 367.
- Entmündigung Geisteskranker 192, — einer Prinzessin 724.
- Entoptische Wahrnehmung des Blutkreislaufs 472.
- Entwicklungshemmung der Grosshirnrinde 635.
- Enuresis nocturna 153, 162, 649.
- Epidemien, psychische — 305, 478.
- Epilepsie 519, 587, Untersuchungen bei — 686, Pathogenese u. Therapie der — 165, Diätetik der — 121, — und Tabes 114, — und Paranoia 717, Psychosen bei — 166, 327, 640, 693, Blutserum bei — 887, Verletzungen bei — 716, Simulation bei — 716, chemische Untersuchungen bei — 205, 213, 372, 887, aphasische Störungen bei — 249, vereinzelte Halluzinationen bei — 325, Antitoxine im Blutserum bei — 372, Erwerbsfähigkeit bei — 487, Sarda bei chronischen Psychosen 432, Opiumbehandlung der — 651, Behandlung des Anfalls 875.
- Erblichkeit bei Geisteskrankheiten 432, 683, 720, 842.
- Erethosis emotiva conjunctivalis 875.
- Erfahrungen, psychiatrische — 155.
- Ergograph, Verwendung des — bei Untersuchung auf Ataxie 408.
- Ergotherapie und Psychotherapie 327.
- Erinnerungstäuschung 474.
- Erinnerungsvermögen, experimentelle Beobachtungen über — 653.
- Ermüdungskurven bei Gesunden und Nervenkranken 401, 609.

Ermüdungsmessungen, klinische — 401, 609, 958.
 Ermüdungsphänomene 958.
 Erregungszustände, Behandlung der — 757.
 Erythema polymorphum 362.
 Euphorie, episodische — bei Hirntumor 472.
 Examen und Leistung 288.

F.

Facialiskern beim Huhn 953.
 Facialislähmung nach Trauma 688.
 Facialisphänomen bei Kindern 245.
 Färbetechnik des Nervensystems 284, 930.
 Fahnenflucht geistig Abnormer 394.
 Familiäre Psychosen 127.
 Familienähnlichkeiten an den Grosshirnfurchen 147.
 Familienmord 841.
 Familienpflege Geisteskranker 283, 875, — in Ainay le Château 41, — in Ungarn 225.
 Farbensehen 958.
 Faserdegenerationen nach neueren Methoden 402.
 Fehldiagnosen, psychiatrische — 625.
 Fettpigment im Zentralnervensystem 923.
 Fibrillenfärbung 676.
 Fibrillennetze 402.
 Fieber, hysterisches — 686.
 Fingernägel bei Geisteskranken und Psychopathen 843.
 Fledermausgehirn 949.
 Folie imposée 128.
 Fragestellungen der klinischen Psychiatrie 573, 623.
 Fremdkörper in Magen und Vagina bei Geisteskranken 158.
 Fressreflex 239.
 Friedreich'sche Krankheit 109, 384.
 Fürsorgeerziehung 431, 679.
 Furchung der Grosshirnwindungen 147.

G.

Gall's Leben und Wirken 928.

Galvanisation des Kopfes 875.
 Gangrän, multiple — 928, symmetrische — der Extremitäten 812.
 Ganser'scher Symptomenkomplex 166.
 Gattenmord bei Paranoia 764.
 Gaumenreflex, harter — 239, 245.
 Gedächtnis für affektiv bestimmte Eindrücke 314, experimentelle Untersuchungen des — 81.
 Gefängnisse, Irrenabteilungen an — 82.
 Gefangenschaft, Psychologie der — 395.
 Gehirn (s. auch Hirn), Entwicklung des — 608, Markfasergehalt im — 886, — und Sprache 881, einseitige Atrophie des — 241, 522.
 Gehirnerschütterung, pathologische Anatomie der — 147.
 Gehirntumor s. Hirntumor.
 Gehirnvolumkurve 912.
 Geist, Einfluss des — auf den Körper 609.
 Geistesranke, Schriften von — 729, kriminelle — 398.
 Geisteskrankheit und Geistesschwäche 190, 841, — im Heer 875, Anatomie der — 632, 874, Beginn der — 523.
 Gelenkbewegungsgefühl 556.
 Gemeingefährlichkeit 432, 812, 906.
 Geographie 688.
 Gerichtliche Psychiatrie 190, 465, 510, 563, 640, 679, 837, 840.
 Geschichte der Medizin 812.
 Geschlecht, Berlins drittes — 398.
 Geschlechter, vergleichende Psychologie der — 882.
 Gesichtsfelderermüdung 957.
 Gesichtshalluzinationen, Pathogenese der — 472.
 Geständnis in Strafsachen 948.
 Gewohnheitsverbrecher 948.
 Gicht und Psychose 155.
 Gigantismus 157, 754, 769.
 Globusgefühl 729.
 Glugea lophi im Gehirn 455.
 Göttingen, Heilanstalten in — 359.
 Grenzlande, im — (Möbius) 393.

H.

- Haftenbleiben und Stereotypie 433.
Halluzinationen, Pathogenese der — 329, vereinzelt — bei Epilepsie 325, — bei Blindheit 915, — in pathologisch veränderten sensorischen Mechanismen 472.
Halsrippen 751.
Handarbeiten Geisteskranker 161.
Handeln, Störungen des — bei Gehirnkranke 515.
Handflächenreflex 405.
Haubenfeld, ventrales — 919.
Hautreflexe, Bahnen der — 667, — an den Armen 603.
Head'sche Zonen 870.
Heilanstalt, physikalische Heilmethoden in der — 809.
Heirat, frühe — als Ursache nervöser Erkrankungen der Frauen 73.
Hemianästhesie, cerebrale — 384.
Hemianopsie bei Tumor 245, homonyme — 383, — mit Farbsinnstörung im erhaltenen Gesichtsfeld 18.
Hemiataxie, cerebellare — 123.
Hemiplegie, Oedem bei — 285, Sensibilität bei cerebraler — 286, Symptomatologie der — 284, progressive — 286, intermittierende — 873, infantile — und Epilepsie 522.
Hemispasmus facialis 873.
Hemisphärenatrophie 241, 522.
Herdsymptome bei Verblödungspsychosen 323, 471.
Heroinismus 153.
Herpes zoster bei Tabes 352.
Heterotopie, kortikale 635.
Hexenbekenntnisse 83.
Hilfsschulen für abnorme Kinder 29.
Hinken, intermittierendes — 888.
Hinterhauptslappen, Anatomie des — 455.
Hippus, einseitiges — bei progressiver Paralyse 298.
Hirnabszess 910, — mit katatonischen Symptomen 158.
Hirnbau 82, 608, 886, 916 ff.
Hirnblutung 120, 238.
Hirngewicht und Geisteskrankheit 842.
Hirnhernie nach Tumoroperation 555.
Hirnnervenlähmung, multiple — 759.
Hirnpunktion 406, 562.
Hirnrinde, anatomische Gliederung der — 81, pseudomotorische Funktion der — 360.
Hirnschwellung bei akuten Psychosen 14.
Hirnstamm, Anatomie des — 82, 916.
Hirnsyphilis, Lumbalpunktion bei — 803, Korsakoffscher Symptomenkomplex bei — 478, — und Paralyse 443.
Hirntumor 79, 120, 143, 145, 305, 553, 667, 872, 918. Euphorie bei — 472, Jacksonsche Epilepsie bei — 304, Hörstörungen bei — 242, Reflexe bei — 122, katatonische Symptome bei — 848, Operation bei — 555.
Hörschärfe, Bestimmung der — 313.
Homosexualität 118, 808, 840, 948, — in Berlin 398.
Hunde, Staupe — Encephalitis der — 44.
Huntingtonsche Chorea 329, 674.
Hydranencephalie bei Zwillingen 247.
Hydriatik der Psychosen 853, 871.
Hydrocephalus 523, 917.
Hydrotherapie 283, 808, 853, 871.
Hygiene der Nerven 728, — des Geistes 466.
Hyperidrosis unilaterialis nach Trauma 525.
Hypnose bei unheilbaren organischen Erkrankungen 80, — bei kortikalen Krämpfen 304.
Hypnotismus und Suggestion 200.
Hypochondrie 468, 529, 870.
Hypoglossus, Ursprung des — 953.
Hypophysentumor 666, 723.
Hypotonie, angeborene — der Muskeln 811.
Hysterie 519, 588. Motilitätsstörungen bei — 913, ungewöhnlicher Symptomenkomplex bei — 873, Gastritis bei — 874, Seelenblindheit bei — 49, Mutismus bei — 962, Asthma bei — 926, Fieber bei — 686.

Kontraktur bei — 667, Assoziationen bei — 653, Pseudotetanie bei — 674, 810, Bradycardie bei — 153, Schlafzustände bei — 167, Psychologie der — 318, Wesen der — 449, Psychosen bei — 33, 46, 479, — und Hypochondrie 530, — bei Verbrechern 487, Erwerbsfähigkeit bei — 487, Zurechnungsfähigkeit bei — 876, Zeugenaussagen bei — 564, Behandlung der — 153.

J.

Jacksonsche Epilepsie bei Tumor 304.
 Idiotenanstalten 288, 430, 528, 818, Denkschrift über die — 818.
 Idiotie 430, 433, 519, familiäre amaurotische — 383, 559, 560, 730, 961, Ursachen der — 359, Assoziationsstudien bei — 961, — und Myxoedem 481, — und Dementia praecox 600.
 Jesus, eine psychopathologische Studie über — 926.
 Imbezillität 465, Assoziationsstudien bei — 961, Pupillensymptome bei — 946, Psychosen bei — 466, Anstaltsbehandlung bei — 227.
 Imprägnationsverfahren in der Histologie 404.
 Inanitionsdelirium 154.
 Individualpsychologie, Methode der — 310.
 Induziertes Irresein 127, 305, 326, 437, 478.
 Infantilismus und Myxoedem 125.
 Infektion, psychische — 437.
 Inkontinenz der Blase, Behandlung der — 154.
 Intelligenzprüfung 479, — bei Schulkindern 288.
 Intermittierende Geistesstörung 875.
 Inzuchtversuche an Hunden 380.
 Irrenabteilungen an Spitälern 231.
 Irrenanstalt, Aufnahme in die — 651, bauliche Fragen 482, Statistik der preussischen — 524.
 Irregesetzgebung 818.

Irrenwesen, Statistik des — 524.
 Ischias 155.

Isopral 368, 484, 891.

Jugendpsychosen, psychiatrisch-pädagogische Behandlung der — 436.

K.

Kahlbaum'sche Heilanstalt in Görlitz 770.

Katatonie 747, 850, Theoretisches über — 729, Hypochondrische Wahnbildungen bei — 849, — mit moralischem Irresein 446, Partialdefekte bei — 604, 893, Natur des katatonischen Symptomenkomplexes 289. S. auch Dementia praecox.

Katatonische Symptome bei Hirnabszess 158.

Kernig'sches Symptom bei progressiver Paralyse 874.

Keuchhusten, nervöse Komplikationen des — 921.

Kinder, leicht abnorme — 24, 483, nervöse — 205, 464, 465, unrichtliche Behandlung abnormer — 483, schwachsinnige — 465.

Kinderlähmung, spinale — 152.

Kleinhirn, Anatomie des — 684, 931, 953, hereditäre Ataxie 75, Tumor des — im Kindesalter 688.

Klinik, Einführung in die psychiatrische — 642, psychiatrische — in München 612.

Kombination organischer Nervenleiden 667.

Kompression des Rückenmarks, sekundäre Degenerationen bei — 597, Myelitis bei — 121.

Konfabulation, Psychologie der — 846.

Kopfgeräusche, objektive — 917.

Kopftetanus 812.

Kopfumfang und Körperlänge 726, — und geistige Entwicklung 726.

Korssakoff'sche Psychose 404, 476, 477, 478, Anatomie der — 404.

Kotbrechen 610, 768.

Krämpfe, lokalisierte — 284.

Krankenhäuser für Geisteskranke, Benennung der — 117.
 Krankheitsanlagen und Vererbung 644.
 Krankheitsbewusstsein bei Psychosen 773.
 Krankheitseinsicht 773.
 Krankheitsgefühl 773.
 Kriminalpsychologie, Kritisches über — 690.
 Kriminalstatistik, internationale — 908.
 Kriminelle Geisteskranke 398.

L.

Lähmung, psychische — 446, zentrale — bei Vergiftungen 246, teilweise — der Zunge und der Lippen 244.
 Landstreichertum 70, 118, 487.
 Lateralsklerose, amyotrophische — 387, 684.
 Lauenburg, Irrenanstalt in — 488.
 Lehrer, Nervosität der — 281.
 Lenksamkeit 449.
 Lepra nervosa 322.
 Lidschlussreaktion der Pupille 949.
 Liquidation in Strafsachen 640.
 Lokalisation im Gehirn und Rückenmark 872.
 Lückenbildung der Zähne bei Acromegalie 122.
 Lumbalpunktion 110, 120, 162, 247, 326, 489, 798, 874, 932, — bei Tabes und Paralyse 325, — bei Geisteskranken 874.
 Lustmord 486.
 Lyssa 874.

M.

Majestätsbeleidigung und Geistesstörung 563.
 Manie, chronische — 590, 627, periodische — 849.
 Manisch-depressives Irresein 169, 586, 835, 836, 850, experimentell-psychologische Untersuchungen bei — 75, Kopfschmerz bei — 408, Belladonna bei — 875.
 Manische Verstimmung 628.
 Maretin 892.

Marineangehörigen, Begutachtung von — 837.
 Markscheidenfärbung, neue — 885.
 Marsupialier-Rückenmark 918.
 Medulla oblongata, Anatomie der — 920, Erweichungsherd der — 676, topische Diagnostik der — 597.
 Meersalz bei Geistesstörungen 875.
 Melancholie 151, 583, neurasthenische — 469.
 Meningitis, forensische Bedeutung des bakteriologischen Befundes bei — 766.
 Meningocele spuria 554.
 Meningoencephalitis acuta haemorrhagica 685.
 Menstruationspsychosen 74.
 Menstruationsvorgang, forensisch-psychiatrische Bedeutung des — 840.
 Metaphysik 393, — in der Psychiatrie 762.
 Methylalcohol, Vergiftung mit — 155.
 Migräne mit Augensymptomen 611.
 Mikrocephalie 287, 763.
 Mikrographie 472.
 Mikropsie 239.
 Militärpsychosen 438, 645, 646, 687.
 Mimik 203.
 Miosis bei Pupillenstarre 129, period. einseitige — 237.
 Missbildungen des Zentralnervensystems 439, — des Gehirns 763.
 Mischzustand im manisch-depressiven Irresein 169.
 Mitbewegungen 454.
 Mittelfingerphänomen 76.
 Mittelhirnerkrankungen, Diagnose der — 667.
 Mongolismus 637.
 Moralisches Irresein 446.
 Moralischer Zustand der Kranken im Verlauf der Psychosen 366.
 Morphiumsucht 153.
 Motilitätspsychose 46, 408.
 Multiple Sklerose und progressive Paralyse 121.
 Musik und Nerven 79.
 Muskeln, Physiologie der — 959.

Muskelatrophie 873, 912, Apparatbehandlung bei progressiver — 284.
 Muskelkontraktionsgefühl 556.
 Muskelwulst, diagnostische Bedeutung des — 685.
 Muskelzustände 959.
 Myasthenie und Basedow 106.
 Myatonia congenita 811.
 Myoclonie 731, Myoclonus multiplex 689.
 Myopathia atrophica 125.
 Myotonie 687.
 Myxoedem und Diabetes 732, — und Nebennierenerkrankung 731.

N.

Nebennierenkeim, aberrierter — als Ursache heftiger Schmerzen 668.
 Nekrologe: Wernicke 564, H. Læehr 732.
 Nerven, im Kampf um gesunde — 647.
 Nervendegeneration, Biologie der — 70.
 Nervelemente, fibrillärer Bau der — 686.
 Nervenendfüsse 147.
 Nervenendigungen bei Helix 120, — in den Muskeln immobilisierter Gelenke 953.
 Nervenheilstätten 31, — in Hessen 612.
 Nervenranke, Behandlung der — 224, 433, 482.
 Nervenkrankheiten 466, Lehrbuch der 202, Arbeitstherapie bei — 203, 224, 482.
 Nervenläsionen nach Extremitätenverletzung 399.
 Nervensystem, Untersuchung des — im polarisierten Licht 81, histologische Untersuchungsmethoden des — 400, 402, 403, 953, — bei Lungentuberkulose 121.
 Nervenzellen, Bau der — 949, — und Leucocyten 302.
 Nervosität 327, — bei Kindern 205, — bei Lehrern und Lehrerinnen 281, — und Weltanschauung 648.
 Neuralgien und Rheumatismus 382.
 Neurasthenie 153, 198, 228, 535, 689, — und beginnende progressive Para-

lyse 228, Behandlung der — 153, 650, 689.
 Neuritis 947, — ascendenz 871, — traumatica 553, professionelle — 458.
 Neurofibrillen, Anatomie der — 930, Darstellung nach Cajal 153, Pathologie der — 160, 161, Färbung nach Bielschowsky 386, 889.
 Neurofibromatose 354, zentrale — 121.
 Neurogliapräparate Weigerts 598.
 Neurologie des Auges 204, — und innere Medizin 375.
 Neuroma adiposum des Medianus 126.
 Neuronal 89, 875.
 Neuronenlehre 196.
 Neurosen, traumatische — 196, 563, 630.
 Nystagmus, assoziierter — 668.
 Oblongata, topische Diagnostik d. — 597.

O.

Obsessions 409.
 Occipitalneuralgie 152.
 Oculomotorius, Lähmung des — 547, Verlauf des — 956.
 Oedem bei Hemiplegie 285.
 Oligophasie, epileptische — 847.
 Opticuserkrankung, Elektrotherapie bei 407.
 Organotherapie 200.
 Orientierung, Einfluss der räumlichen — auf Hysterische 160.
 Osmiumsäure als Färbungsmittel 930.
 Osteom des Gehirns 918.
 Osteomalacie 730.
 Othämatom 874.

P.

Pachymeningitis externa fungosa 768.
 Pädagogik, experimentelle — 288, 960, — und Psychiatrie 356.
 Palpation, methodische — 647.
 Paraffinserientechnik 80.
 Paralyse, progressive der Irren 40, 389, 469 ff., 582, 851, 890, atypische — 389, 471, — bei Männern und Frauen 40, familiäres Auftreten der — 128, — bei Ehegatten 469, juvenile — 469, — im höheren

- Alter 47, stationäre — 623, Anatomie der — 161, 303, 470, 471, 886, Rückenmarksveränderungen bei — 470, — nach Trauma 890, Aetiologie der — 851, Frühformen der — 852, Markfasergehalt der Hirnrinde bei — 886, Pupillenstörungen bei — 164, 298, Hippus bei — 298, Apraxie bei — 705, — und Tabes 470, Sprachstörung bei — 470, Hypersekretionen bei — 154, Antlitzreflex bei — 886, Cytodiagnostik bei — 325, Behandlung der — 470, 867, 890, Microcephalie bei — 638, — und Syphilis des Gehirns 197, 443, 672, — und multiple Sklerose 121.
- Paralysis agitans 769.
- Paramnesia 474.
- Paramyoclonus multiplex 121.
- Paranoia 584, 625, 835, epileptische — 717, originäre — 123, — und chronische Manie 590, — acuta periodica 718, forensische Beziehung der — 837, Gattenmord bei — 764, Dienstfähigkeit bei — 765.
- Paraplegien, syphilitische — 685.
- Parasiten im Gehirn 920.
- Parasitiferismus 875.
- Parkinson'sche Krankheit 121.
- Patellarreflex, oberer — 887, zeitlicher Ablauf des — 872.
- Pathogenese der Psychosen, experimentelle Studien zur — 365.
- Pathologie, Lehrbuch der allgemeinen — 722.
- Pavor nocturnus 72.
- Periostreflexe 76.
- Perverse 644, sexuelle Perversionen 230.
- Phobie du regard 164.
- Phobophobie 941.
- Phosphorsäuregehalt der Cerebrospinalflüssigkeit 120.
- Photophobie 611.
- Physiologie, Handbuch der — 273, 651.
- Plethysmographie 316, 912.
- Plexus brachialis, Anatomie des — beim Neugeborenen 872.
- Plexus chorioideus lateralis bei Geisteskranken 844.
- Pneumographie 316.
- Pocken, Nervenleiden bei — 246.
- Polioencephalitis acuta hämorrhagica superior 67.
- Poliomyelitis anterior acuta 152, 357, 454.
- Poliomyositis 686.
- Polyneuritis 947, Anatomie der — 684, Polyneuritische Psychose s. Korsakoff'sche Psychose.
- Ponstumor 143, 675.
- Porencephalie 920.
- Poromanie 28.
- Prinzip, ein wichtiges — des geistigen Lebens 759.
- Privatanstalten, zivilrechtliche Stellung der — 346.
- Pruritus bei Basedow 729.
- Pseudohermaphroditismus und Psychose 348.
- Pseudologia fantastica 766.
- Pseudomotorische Funktion der Hirnrinde 360.
- Pseudoödem 362.
- Pseudoquerulanten 840.
- Pseudotetanie, hysterische — 674.
- Pseudotumor der Zentralwindungen 304.
- Psychasthenie 409.
- Psychiatrie, Lehrbücher der — 198, 273, 876, Fragestellungen der — 573.
- Psychologie, Wege der — 690, — der Geschlechter 882, — des Geistes 276, experimentelle — 310.
- Psycholog. Tatbestandsdiagnostik 813.
- Psychopathologie, Fragestellungen in der allgemeinen — 914, objektive — 317.
- Psychosen, pathologische Histologie der — 160, 161, Wesen der — 723, Einteilung der — 874, peripherer Ursprung der — 842, Therapie der — 853, 871, 891, Todesfälle bei funktionellen — 1, 45, traumatische — bei latenter Syphilis 563.

Psychotherapie 153, 207.
 Ptoſis congenita 669.
 Puls, Umsetzung des — in Töne 316,
 Verlangſamung des — bei Hysterie
 153.
 Punction des Schädels 248.
 Pupillen, ſpringende — 237, psychiſche
 und ſenſible Reaktion der — 945,
 Lidſchlussreaktion der — 949,
 Differenz der — bei Lungen- und
 Bruſtfellerkrankung 155, Meſſapparat
 der — 634, Pupillenphänomene 80,
 433, 606, 872, 945.
 Pupillenſtarre 129, 949, Hirnrinden-
 reflex der Pupille 949, Anatomie
 des Rückenmarks bei — 241, toni-
 ſche Reaktion bei reflektorischer
 Starre 242, 478, — bei Paralyſe 164.
 Pyramidenbahn, retrograde Atrophie der
 — 404.
 Pyramidenvorderſtränge 242.

Q.

Quadrigeninum poſterius, Faſerver-
 bindungen des — 931.
 Querulantenwahn 625, 849, — und
 Zwangsvorſtellungen 469.

R.

Rabies, Anatomie der — 928.
 Räume, mehrdimensionale — 168.
 Reaktion, pseudovitale — mit Methylen-
 blau 404.
 Rechtswidrigkeit 77.
 Recklinghauſen'sche Krankheit 125.
 Reflexe bei Hirntumor 122, — buccal
 239, — nach ſtarker Ermüdung 245.
 Reflexhyperäſtheſie 238.
 Rehabilitation Verurteilter 908.
 Rhinopharyngitis, psychiſche Störungen
 bei — 875.
 Riechſtrahlung 916.
 Rindenläſionen, umſchriebene — 888.
 Roter Kern, Anatomie des — 953.
 Rückenmark, Anthropologie des — 884,
 Blutgefäße des — 807, Verlauf der
 Stränge des — 887, Erkrankungen
 des — 40, — nach Unfall 767,

Blutung des — 302, Erſchütterung
 des — 767, 768, Formverhältnisse
 des — und Extremitätenentwicklung
 954, Kompreſſion des — 597,
 Lähmung des — 873, Tumor des
 — 387, 558, Anatomie der Wurzeln
 des — 922, Biologie der hinteren
 Wurzeln des — 950.
 Rückfällige Verbrecher 906.

S.

Sadismus 230.
 Sammeltrieb, pathologiſcher — 76.
 Saugreflex, Steigerung des — 122.
 Schädelbasis, Tumor der — 145, 462.
 Schädeldeformitäten in Ungarn 844.
 Schädelgrube, Tumor der hinteren —
 145.
 Schädelkapazität und Hirngewicht 16,
 Beſtimmung der — an der Leiche
 638.
 Schilddrüse, Physiologie und Pathologie
 der — 925.
 Schläfenlappen, Tumoren des — 879,
 Atrophie des — 889, Abzweck des
 — 910, Verletzung des — durch
 Schuß 240.
 Schlaf, Psychologie des — 314, Bio-
 logiſche Theorie des — 315,
 Störungen des — 71, 604, 808.
 Schlafhandlungen 72.
 Schlafkrankheit 381.
 Schlafmittel 89, 124, 367, 368, 484,
 891.
 Schlaftrunkenheit 639.
 Schlafzuſtände bei Hysterie 167.
 Schleife, Anatomie der — 919.
 Schottland, Irrenweſen in — 482.
 Schreckhaftigkeit, geſteigerte — 122.
 Schule und Nervenleiden 48.
 Schwachsinn 644, moraliſcher — 644,
 forenſiſche Bedeutung des — 237,
 479.
 Schwachsinnige 430, — als Zeugen
 227, Fürſorge für — 40, 430, 818.
 Schwangerschaft, Unterbrechung der —
 bei Psychoſen 363, 455, 481, 513,
 688.

- Schwefelkohlenstoffvergiftung, Psychosen bei — 366.
- Schweigepflicht des Arztes 649.
- Schweizerhof (Heilanstalt) 43.
- Scopolamin (Hyoszin) 368.
- Seekrankheit, Entstehung der — 156, — als Ursache akuter Geistesstörung 815.
- Seelenblindheit, funktionelle — 49.
- Seelenlähmung 446.
- Segmentinnervation des menschlichen Körpers 959.
- Sehhügel, anatomische Verbindungen der — 956.
- Sehakt, zentraler — 168, — nach Rindenoperationen 312.
- Sehnentransplantation 146.
- Sehnervenverlauf bei Tier und Mensch 955.
- Sehzellen, Struktur der — 147.
- Selbstmord 395.
- Senile Psychosen 583, 628, — Depressionen 628.
- Sensibilität der Muskeln und Gelenke 556.
- Sensibilitätsstörungen, cerebrale — 387, 755.
- Serrotuslähmung, post partum 730.
- Serum, neurotisches — 244.
- Sexualempfindung, conträre 808, 840.
- Sexuelle Zwischenstufen 808.
- Silberimprägation der Neurofibrillen 930, 931.
- Simulation von Geistesstörung 362, 765, 766, 848.
- Sinnesaussagen, Richtigkeit der — 962.
- Sittlichkeitsverbrechen an Geisteskranken 485, 486.
- Sittlichkeitsverbrecher 838.
- Sklerodaktytie 929.
- Sklerose der Hinterhauptslappen 126, diffuse — 669, multiple — 460, 557, 670, Histologie der multiplen — 885, psychische Störungen bei multipler — 473.
- Skoliosis hysterica nach Trauma 527.
- Spät epilepsie bei chronischen Psychosen 432.
- Spätgenesung bei Psychosen 842.
- Spätkatatonie 628.
- Spätmeningitis nach Schädelverletzung 602.
- Spastische Symptome bei funktionellen Psychosen 364.
- Sphinkterentrie 873.
- Sphygmographie 912.
- Spinalflüssigkeit, chemische Untersuchung der — 326 (s. auch Lumbalpunktion).
- Spinalganglien, Physiologie der — 148.
- Spinalparalyse, spastische — 286.
- Sprachapparat, Biologie des — 243.
- Sprache, Entwicklung der — des Kindes und ihre Störungen 648.
- Sprachstörung 728.
- Sprachverwirrtheit 642, 879, 963, 964.
- Stand, Lage des irrenärztlichen — 623.
- Statistik in den Anstaltsberichten 158, — des Irrenwesens 524.
- Status hemiepilepticus idiopathicus 240.
- Staupe-Encephalitis der Hunde 44.
- Stauungspapille, Pathogenese der — 321.
- Stereopsychosen 45.
- Stoffwechsel bei Geisteskranken 474.
- Strafaußsetzung, bedingte — 118.
- Strafgesetzgebung, Stellung der Geisteskranken in der — 510.
- Strafproblem, Schwierigkeiten des — 904.
- Strafprozessverfahren, Reform des — 288.
- Strafverfahren, Feststellung des Geisteszustandes im — 465.
- Strangulation, Psychosen nach — 326.
- Suggestion, Wesen der — 962.
- Sympathicuserkrankung bei Neurosen 156, — bei Psychosen 842.
- Symptomatische Psychosen bei körperlichen Leiden 911.
- Symptomenkomplexe, endogene, — bei exogenen Krankheitsformen 32.
- Syphilis hereditaria tarda 125, — und Tabes 197, — und Paralyse 197.
- Syphilitische Psychosen 447, 687, 839, 926.

Syringomyelie 459, 666, — mit Cheiromegalie 889.

T.

Tabes dorsalis 275, Pathogenese der — 148, 187, — und Syphilis 197, 688, Uebungstherapie bei — 121, Cytodiagnose bei — 325, Herpes zoster bei — 352, — und Basedow 758, — und Synergie 369, Störungen der Gelenksensibilität bei — 558, Veränderungen der Wirbelsäule bei — 689, trophische Störungen bei — 686, Veränderungen des Kleinhirns bei — 873, Tics bei — 873, — im Kindesalter 909.

Tabesparalyse 909.

Tastlähmung 123.

Tatbestandsdiagnostik, psychologische — 813.

Taubstumme, Geisteszustand der — 849, Labyrinth der — 245.

Temperaturrempfindung, perverse — 885.

Temperatursteigerung bei Läsion des Thalamus opticus 873.

Tetanie 669, 731, 754, 884, — und Pseudotetanie 810, — und Katatonie 290.

Tetanus 732, 812, — mit Augenmuskelparese 157, Curare bei — 769, — im Wochenbett 811.

Thymus bei abnormen Kindern 522.

Thyreoidectomie 810.

Tibialisreflex 246, 287.

Tic 725, — des Facialis 751, — convulsif 28, — bei Tabes 873, — der Sphinkteren 873. — bei Hysterie 873.

Tiere, Psychosen bei — 44.

Todesfälle bei funktionellen Psychosen 1, 45.

Tonsinn, Naturgeschichte des — 79.

Tractus opticus, Encephalitis des — 132.

Träumerei, pathologische — 28.

Traggerüst für die oberen Extremitäten 284.

Transitivismus 845.

Trauma s. Unfall.

Trinker, strafrechtliche Begutachtung der — 464 (s. auch Alkohol).

Tropen, Nerven- und Geisteskrankheiten in den — 393.

Trophoedem, chronisch-progressives — 126.

Trunksucht und Temperenz in Amerika 356, Bekämpfung der — 752, 755, 840.

Tuberkulose und psychisches Leben 229, — und Nervensystem 357.

Typhuspsychosen bei Kindern 446.

U.

Ueberbürdung, geistige — 523.

Uebertreibungsmanie 414.

Uebung und Gedächtnis 41.

Uebungstherapie bei Chorea 650.

Unfall, Tuberkulose und Geistesstörung, 527, Neurosen nach — 196, 525, 526, 563, 630, 927, 947, 962, Augensymptome bei Neurosen nach — 610, Psychosen nach — 563, — und Invalidenversicherung 927.

Ungarisches Irrenwesen 189, 224.

Untersuchungsmethoden, histologische — des Nervensystems 400.

Unzurechnungsfähigkeit, partielle — 83.

Urämie, Psychosen bei — 475.

Urteil und Auffassung 523.

V.

Vasomotorische Störungen 929.

Verantwortlichkeit, die zivilrechtliche — des Arztes 397.

Verbigeration 629.

Verbrecher, hereditäre Verhältnisse der — 487, jugendliche — 119, Versorgung der geisteskranken — 82, internationale — 905, rückfällige — 906, 948.

Vererbung 376, 377, 380, gleichartige 720.

Vergessen, Psychologie des — bei Nerven- und Geisteskranken 474.

Veronal 124, 367, 887.

Verrücktheit, katatonische — 849.

Vibrationsempfindung 153.

Vibrationsgefühl 685, 958.

Vitalismus 651.

W.

Wahn und Persönlichkeit 209.

Wahnzustände, vorübergehende — 687.

Waldrieden (Heilanstalt) 652.

Wanderzustände, pathologische — 847.

Wartepersonal, Erziehung des — 875.

Wechselströme, sinusoidale — 650.

Weinen, Physiologie des — 613.

Weininger, der Fall — 78, 359.

Welt und Gehirn 524.

Willensfreiheit 117.

Willensfähigkeit, Experimentelles über die — 315.

Winterkuren im Hochgebirge 484.

Wirbelsäule, Versteifung der — 688.

Witz, Beziehung des — zum Unbewussten 923.

Württemberg, Bericht über die Irrenanstalten — 76, 927.

Wuhlgarten, Entwicklung der Anstalt — 712, 713.

Wurzeln, hintere — des Rückenmarkes 950.

Z.

Zelle, feinere Struktur der — 441.

Zentralnervensystem, Missbildungen des — 439.

Zentrifugale Strömung im sensiblen Nerven 381.

Zeugenaussage, Psychologie der — 512, — Hysterischer vor Gericht 564.

Zeugnisfähigkeit Geisteskranker 204, 227, 564, 677.

Zirkuläres Irresein 43 (siehe auch manisch-depressiv).

Zurechnung 117.

Zurechnungsfähigkeit 143, 190, 486, 669, 670, — Geisteskranker 510, verminderte — 83, 116, 143, 191, 194, 238, 343, 752, 755, 839, 907.

Zwangsfurcht 164, 941.

Zwangshalluzinationen 71.

Zwangsunterbringung in Irrenanstalten 276.

Zwangsvorstellungen 933, — bei Kindern 28.

Zwangszustände 409, 933.

Zwergwuchs 521.

Zwitter, menschliche — 956.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 1. Januar 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

(Aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg, Prof. Rieger.)

Ueber Todesfälle bei funktionellen Psychosen.

Von Dr. M. Reichardt, I. Assistent der Klinik.

Die Frage, ob ein Kranker mit einer sogenannten funktionellen Psychose lediglich an dem, der Geistesstörung zugrunde liegenden, krankhaften Prozess im Gehirn sterben kann, ist in der weitaus grössten Mehrzahl der betreffenden Fälle nicht irgendwie entscheidend zu beantworten, da gewöhnlich bei dem Versuche, den Tod solcher Kranken zu erklären, eine Anzahl verschiedenartigster, nur indirekt von der Geistesstörung abhängiger Zustände (Nahrungsmangel, Erschöpfung, sekundäre Infektionen usw.) konkurrieren und für sich allein als mehr oder weniger ausreichend erscheinen können, um den Tod des betreffenden Kranken zu erklären. Um so wichtiger sind deshalb jene selteneren Fälle, bei denen die Kranken mit funktionellen Psychosen zwar starben, die genannten accidentellen, scheinbaren oder wirklichen Todesursachen aber bis zu einem gewissen Grade oder völlig ausgeschlossen werden konnten. Gelegentlich sterben solche Kranke direkt unter dem Bilde einer organischen Hirnkrankheit; und ihr Tod liefert dann den eindeutigen Beweis, dass bestimmten, sogenannten funktionellen, endogenen Psychosen schwere Veränderungen im Gehirn zugrunde liegen müssen. Diese Folgerung ist dann wieder

von Bedeutung für die Beurteilung der Todesursachen bei den zuerst erwähnten Kranken, welche — vielfach unter dem klinischen Bild des „Delirium acutum“ — scheinbar lediglich an Erschöpfung, sekundären Infektionen u. dergl. sterben; für diese Kranken ergäbe sich dann ebenfalls, dass der im Gehirn sich abspielende pathologische Vorgang auch einen ganz direkten Anteil an dem Tode des Kranken haben kann.

Im folgenden sollen kurz die Krankengeschichten einer Anzahl Patienten mit sogenannten funktionellen Geistesstörungen gebracht werden, die im Lauf der Jahre in der Klinik zur Beobachtung kamen und daselbst, oft in unverhältnismässig kurzer Zeit, starben, ohne dass ihr Tod sich restlos erklären liesse, wenn man nicht die Hirnkrankheit selbst in den Kreis der Todesursachen ziehen will. Es sind nach Möglichkeit alle Fälle ausgeschaltet, bei denen eine primäre Organ- (Nephritis usw.) oder Infektionskrankheit der psychischen Störung zugrunde lag, bezw. den Tod offensichtlich veranlasst hat, bei denen ferner die Diagnose auf Paralyse nicht mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen war oder bei denen Erschöpfung und andere komplizierende Krankheitszustände den Tod zwanglos erklärten. Indess war, was den letzteren Punkt betrifft, eine präzise Entscheidung öfters recht schwer zu treffen, zumal die Kranken sowohl bezüglich einzelner klinischer Symptome (Gewichtsverhältnisse usw.), namentlich auch bezüglich der Sektionsergebnisse nicht in durchaus einheitlicher Weise beobachtet wurden, da die verschiedenen Krankenbeobachtungen sich auf einen Zeitraum von 18 Jahren verteilen.

Das „Delirium acutum“, unter dessen Bilde eine Anzahl der folgenden Kranken starben, ist, wie heute wohl die grösste Mehrzahl der Autoren ¹⁾ annimmt, nichts weiter, als ein bei den verschiedensten Geistesstörungen vorkommender und durch die verschiedenste, exogene und endogene, Aetiologie hervorgerufener Symptomenkomplex. Wenn Kraepelin das Delirium acutum früher vorwiegend als Kollapsdelirium auffasste ²⁾, und jetzt dem Infektionsdelirium zurechnet, so ist damit zweifellos nicht gesagt, dass in jedem solchen schweren, zu Tode führenden Erregungszustande Infektionen oder Erschöpfung eine aetiologische Rolle spielen müssten; der an der Leiche geführte Nachweis von Bakterien in Blut und Organen von Leuten, die an akutem Delirium verstarben, beweist in dieser Hinsicht garnichts, da in den letzten Lebenstagen und

¹⁾ Vergl. die Literatur bei Weber, *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Band 16, 1904, Seite 81; ferner Siemerling, *Deutsche Klinik*, 1903, Band VI, Seite 390; Mendel, *Ebstein-Schwalbe*, Band V, Seite 53; Wernicke, *Grundriss der Psychiatrie*, Seite 463.

²⁾ Weygandt, *Atlas und Grundriss der Psychiatrie*, Seite 559.

in der Agone der Körper mit Bakterien völlig überschwemmt werden kann, worauf dann auch die terminalen Temperatursteigerungen¹⁾, die Albuminurie und, an der Leiche, die trübe Schwellung der Organe, z. T. wohl auch die akuten Ganglienzellenveränderungen im Gehirn zurückzuführen sind. Auch die eiterige Bronchitis und Bronchopneumonie ist zweifellos eine Folge (mangelhafte Expektoration, Eintrocknung der Sekrete, Aspiration von Fremdkörpern usw.), nicht aber die Ursache des Deliriums. In einer Anzahl von Fällen mit Delirium acutum hat die von hervorragenden Pathologen ausgeführte Sektion und histologische Untersuchung, unter spezieller Berücksichtigung einer allfälligen Infektion, ein absolut negatives Resultat ergeben. — Auch von Erschöpfung ist bei einer grossen Anzahl solcher Kranker im Beginne des Deliriums nichts zu merken.

Bei jenen Kranken mit Delirium acutum, bei denen eine Infektion oder Intoxikation von aussen nicht nachweisbar war, hat man von einer Auto-intoxikation als Ursache der Psychose gesprochen. Wenn im folgenden von den Autointoxikationen durch Diabetes, Nephritis, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen usw., als nicht hierher gehörig, abgesehen werden soll, bleibt nur die Autointoxikation vom Magen-Darm aus, oder eine solche unbekanntem Ursprungs übrig, die man für die Psychose verantwortlich machen könnte. Bei der Autointoxikation vom Magendarmkanal aus ist wohl jedenfalls wenigstens der Nachweis einer pathologischen Zersetzung des Darminhaltes erforderlich, unter Bildung von Fäulnisgiften, welche, ähnlich den Ptomainen (verdorbene Nahrungsmittel) oder Pflanzenalkaloiden, ausser anderem, auch psychische Symptome, Delirien usw. hervorrufen könnten. Soweit derartige gastrointestinale Autointoxikationen bis jetzt bekannt sind, handelt es sich lediglich um akute, mehr oder weniger typische, bestimmten akuten exogenen Vergiftungen sehr ähnliche Krankheiten. Sobald es sich jedoch um chronische pathologische Zersetzungen und stinkende Fäulnis von Eiweiss usw. im Magen-Darm handelt, wie z. B. bei der carcinomatösen Pylorusstenose, pflegt, wie die alltägliche klinische Erfahrung lehrt, gerade bezüglich der psychischen Symptome die Reaktion des Nervensystems auf die Zersetzungs-gifte eine auffallend geringe zu bleiben.²⁾ Um so weniger ist man berechtigt, das Bestehen einer einfachen Obstipation, oder einer gewöhnlichen Gastroenteritis als Ausgangspunkt für eine Autointoxikation und letztere

¹⁾ Soweit sie nicht direkte Folgen der Hirnkrankheit sind.

²⁾ Vergl. die schönen und kritischen Ausführungen von Martius, Pathogenese innerer Krankheiten, Franz Deuticke, 1899/1900, Heft 1 und 2, Seite 77 bis 155. Was hier speziell von Magendarmschwindel, Neurasthenie und Tetanie gesagt ist, gilt natürlich in viel höherem Masse von den Psychosen. Ferner Heft 3, 1903, Seite 269.

als Ursache für eine endogene, gewöhnlich unheilbare Psychose anzusehen. Derartige Magen-Darmaffektionen verlaufen, trotz ihrer enormen Häufigkeit beim Erwachsenen, stets ohne psychische Störungen; wenn andererseits bei Geisteskrankheiten Verdauungsstörungen besonders oft vorkommen, so sind die Gründe hierfür naheliegend genug. Es handelt sich doch nicht etwa bei Darmkrankheiten und Geistestörungen um ein ähnliches kausales Verhältnis, wie zwischen Nephritis und urämischen psychischen Erscheinungen. Ob die gewöhnliche Eiweissfäulnis¹⁾ und Kohlehydratzersetzung im Darm überhaupt den Ausgang für Vergiftungserscheinungen bilden kann, ist sehr fraglich. Wenn z. B. ein jugendliches Individuum, nach einer acht- oder vierzehntägigen Verstopfung, scheinbar akut, unheilbar unter dem Bild katatonischer Erregung oder eines Stupors erkrankt, so wird der kausale Zusammenhang, falls überhaupt ein solcher vorliegt, wohl der sein, dass, wie gewöhnlich, dem akuten Einsetzen der Psychose tage- oder wochenlang unbestimmte Krankheitssymptome vorausgingen, und dass unter anderem die Obstipation, sei es aus psychischen oder aus anderen Gründen, eine Folge der Geisteskrankheit ist. Es fehlt vorläufig jeder Schatten eines Beweises dafür, dass eine einfache Verdauungsstörung die Ursache einer endogenen Psychose, auf Grund einer Auto-intoxikation gastrointestinalen Ursprungs, sein kann.

Was endlich die Autointoxikation unbekannter Herkunft betrifft²⁾, als Ursache für endogene Psychosen, so handelt es sich hierbei noch um eine reine Hypothese, die irgendeiner tatsächlichen Unterlage zur Zeit völlig entbehrt und bis auf weiteres wohl mehr als eine wissenschaftliche Umschreibung dafür gelten könnte, dass man über die Entstehung dieser endogenen Psychosen noch gar nichts weiss. Um nun nicht in den Fehler zu verfallen, Unbekanntes durch Unbekanntes erklären zu wollen, soll im folgenden der Begriff der „Autointoxikation ohne nachweisbare Ursache“ vermieden werden. Gesichert scheint nur das zu sein, dass speziell eine Anzahl akuter, unter dem Bild des Delirium acutum verlaufender Geistesstörungen ohne erkennbaren Anlass entsteht und deshalb den endogenen, sogenannten funktionellen, Psychosen zugerechnet werden darf. —

Eine Einteilung der Krankengeschichten nach klinischen Diagnosen

¹⁾ Kongress für innere Medizin zu Wiesbaden, April 1898. Referat Münchener Medizinische Wochenschrift, 1898, Seite 573.

²⁾ Brieger nennt das Gebiet dieser Autointoxikationen den Tummelplatz für alle möglichen Hypothesen, Ebstein-Schwalbe, Band V., Seite 968. Vergl. ferner Rieger, Kastration, Jena 1900, Vorrede Seite IV, XXXI usw. Martius (l. c.), Siemerling, Deutsche Klinik, 1903, Band VI, Seite 365. E. Meyer, Orthfestschrift, 1903, Seite 66 und 67.

erschien nicht durchführbar, da verschiedene, namentlich die akuten, Geistesstörungen nicht in den zur Zeit gebräuchlichen Krankheitsrubriken unterzubringen waren. Aus Gründen der Uebersichtlichkeit wurde darum die folgende, etwas summarische Einteilung gewählt; ich bin mir bei derselben allerdings wohl bewusst, dass namentlich auf die anamnestischen Angaben bezüglich des Fehlens psychiatrischer Antezedentien oder hereditärer Belastung nicht allzuviel Wert gelegt werden kann: Leute, die jahrelang latent paranoisch, hypochondrisch, auch wohl leicht schwach-sinnig oder zirkulär sind, können auf ihre Umgebung einen ganz normalen Eindruck machen; zudem pflegen die Verwandten frühere Geisteskrankheiten der Kranken oder familiäre Belastung nicht selten abzuleugnen.

I. Tod unter dem Bilde einer funktionellen Psychose (meist Erscheinungen von Delirium acutum oder Katatonie).

a) Früher psychisch anscheinend gesund.

1. Boehm, Veronika, aus Waldbüttelbrunn, Speiseträgerin, geboren 15. Oktober 1865. Aufgenommen 6. Mai 1892, gestorben 15. Mai 1892. Ueber Heredität nichts bekannt. Früher psychisch anscheinend gesund. Weder Lues, noch Alkoholismus, noch Epilepsie. Beginn der Psychose ganz akut am 3. Mai 1892 während der Beschäftigung der Kranken. Beim Eintritt 27 Jahr alt. Unruhe, Grössenideen, Tobsucht, Wutanfälle. Deliriose Verwirrtheit und Sinnestäuschungen. Zerstörungssucht. Zeitweise heiter, maniakalisch. Bettbehandlung war immer durchzuführen. Seit 14. Mai tief benommen. Pupillen, Patellarreflexe immer normal. Körpergewicht beim Eintritt 55 kg; hat immer ausreichend gegessen; trotzdem sinkt das Gewicht bis zum Tode auf 50 kg. Temperatur anfangs ohne Fieber, am Tage vor dem Tode 38,5. Urin war nicht zu erhalten. In den letzten Lebenstagen Bronchitis nachweisbar; sonst keine Infektion. Tod ohne Besonderheit. Dauer der Psychose im ganzen 12 Tage.

Sektion (pathologisches Institut): Gesunder Herzmuskel, etwas Lungenhypostase. Braune Atrophie der Leber. Nieren und Milz normal, desgl. Magen, Darm.

Hyperaemie der Pia. Etwas Hydrocephalus externus.

2. Hub, Heinrich, von Würzburg, Volksschullehrer, geboren 2. Juni 1869. Aufgenommen 6. Juni 1899, gestorben 20. Juni 1899. Beide Eltern am Schlaganfall gestorben; sonst über Heredität nichts Positives in Erfahrung zu bringen. Früher selbst immer normal, nur stets von aufgeregtem Wesen und ehrgeizig. Verheiratet. Keine Lues, Epilepsie oder Alkoholismus. Seit Wochen schlechter Schlaf. Beim Eintritt 30 Jahre alt. Am 6. Juni mittags hatte er noch Schulstunden gegeben. Abends brach apoplektiform starke Tobsucht und Verwirrtheit aus. Von Verfolgungsideen beherrscht. Halluziniert. Dauernd stark aufgeregt. Viel unzusammenhängendes Schreien. Stereotypie in Bewegungen und Ausrufen. Grimassieren, Zähnefletschen. Pupillen, Patellarreflexe normal. Grösse 167 cm. Gewicht beim Eintritt 61 kg (Quotient 2,7), beim Tod

51 kg (Quotient¹⁾ 3,3). Immer genügende Nahrungs-, speziell auch Flüssigkeitsaufnahme (Milch 1 bis 2 Liter täglich). Oefters Schlaf. In den letzten Lebenstagen Diarrhöen, ferner Temperaturen bis 39,8. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Am 18. Juni körperlicher Verfall; trotzdem fortgesetztes sinnloses Schreien. Am Morgen des Todestages subnormale Temperatur (35°). Tod ohne Krämpfe und dergl., plötzlich. Dauer der Psychose 14 Tage.

Sektion völlig negativ, speziell auch keine Anzeichen einer Infektionskrankheit.

3. Haselmann, Marie, von Aufseß. Geboren 15. April 1865, aufgenommen 22. Januar 1889, gestorben 7. Februar 1889, Dienstmädchen. Ueber Heredität nichts zu erfahren. Früher psychisch normal. Beim Eintritt 24 Jahre alt; Menses. Beginn der Psychose einige Tage vor der Aufnahme. Sie wurde „schwach“, dann unlustig zu allem; dann Verfolgungsideen und Halluzinationen. In der Klinik anfallweise Tobsucht, starke Halluzinationen, Verwirrtheit, Unreinlichkeit. Stereotypie in Aeusserungen und Bewegungen. Anfälle tonischer Starre der Körpermuskulatur mit Opisthotonus, Trismus, bei tiefster Verwirrtheit. Krämpfe der Schlundmuskulatur, beim Versuch der Fütterung mit der Tasse oder Sonde. Seit 1. Februar körperlicher Verfall; trotzdem bestanden die Anfälle einerseits von Tobsucht und andererseits von katatonischer Starre fort. Gewicht beim Eintritt 49 kg, beim Tode 39 kg. Stärkster Negativismus bei der Nahrungsaufnahme; sehr erschwerte künstliche Fütterung. In den letzten Krankheitstagen Fieber bis 39,5. Tod ohne besondere Erscheinungen. Dauer der Psychose im ganzen ca. 20 Tage. Sektion (pathologisches Institut): ausser unbedeutender Bronchopneumonie ganz negativ. — In einigen noch erhaltenen mikroskopischen Präparaten fällt eine stärkere Hyperaemie auf.

Diese drei Kranken, in jugendlichem Alter stehend, vorher anscheinend psychisch ganz gesund, erkrankten plötzlich und ohne äussere Ursache unter den Erscheinungen des Delirium acutum und starben in unverhältnissmässig kurzer Zeit (12 bis 20 Tage). Die Sektion fiel, namentlich bezüglich einer Infektion, ganz negativ aus. — Nahrungsmangel kam bei den ersten beiden Kranken nicht in Betracht; wenn trotzdem das Körpergewicht so rapid sank, so ist ein Grund hierfür in der motorischen Erregung zu suchen; ferner mögen unbekannte Vorgänge im Körper eine Rolle gespielt haben, ähnlich wie bei vielen Kranken im Beginn der jugendlichen Verblödung, wo trotz ausreichendster Nahrung und ohne irgendwelche motorische Erregung eine starke Gewichtsabnahme stattfand. Auch die Tobsucht reicht bei diesen jugendlichen Personen nicht aus zur Erklärung des Todes; manische Kranken z. B. überstehen auch die furibundeste Tobsucht mit Nahrungsverweigerung in einer oft

¹⁾ Gemeint ist stets, hier wie später, der Quotient zwischen Körpergrösse (in cm) und Gewicht (in kg). Er liegt gewöhnlich beim normalen Menschen zwischen 2,0 und 3,0, ist bei Frauen meist etwas grösser, als bei Männern. Bei akuter Nahrungsenthaltung wird eine Abmagerung vom Quotient 4,0 an (bei sehr grossen Menschen schon 3,5) lebensgefährlich; bei chronischer Abmagerung und genügender Nahrung wird von Erwachsenen der Quotient 5,0 nicht selten noch erreicht.

wunderbaren Weise. — Die dritte Kranke hat in höherem Masse an Nahrungsmangel gelitten, und zwar zum Teil infolge von Krämpfen in der Schlundmuskulatur, welche zuletzt sogar das Einführen der Schlundsonde unmöglich gemacht hatten. Diese Schlingkrämpfe samt den anderen motorischen Reizsymptomen, an denen diese Kranke in besonders hohem Masse gelitten hatte, weisen aber auf sehr schwere Veränderungen im Zentralnervensystem hin, auch wenn man annehmen wollte, dass diese dritte Kranke zunächst nur infolge Nahrungsmangels gestorben wäre.

Eine genauere klinische Diagnose zu stellen, war in allen drei Fällen nicht möglich; es sind solche Krankheitszustände als zur Manie¹⁾, bzw. dem manisch-depressiven Irresein²⁾ gehörig beschrieben worden. Mit Rücksicht auf die katatonischen Symptome könnte man auch an eine peracut verlaufende Dementia praecox denken.

4. Wütschner, Magdalene, aus Arnstein, geboren 15. Dezember 1863, aufgenommen 14. Dezember 1893, gestorben 21. Dezember 1893. Ueber Heredität nichts bekannt, wird als früher gut begabt, tüchtig und fleissig geschildert. Von Infektion oder Intoxikation nichts eruierbar. Schon seit Monaten abnorm religiös. Dann 8 Tage vor der Aufnahme akut verwirrt. Bei der Aufnahme 30 Jahre alt. Raptusartige Erregungen mit massenhaften Halluzinationen, meist schreckhaften Inhalts mit Schreien, Schimpfen, Treten, Schlagen, Umherwälzen. Zu anderen Zeiten ruhig, folgsam, religiöse Gespräche führend, vorübergehend orientiert, meist aber verwirrt. Am 17. Dezember körperlicher Verfall; von da an ruhig und apathisch, bei völliger Verwirrtheit. Pupillen und Patellarreflexe oft geprüft, immer normal. Hat stets genügend, manchmal reichlich gegessen und getrunken. Sehr wenig Schlaf in den ersten Tagen. Urin nicht zu erhalten. Stuhl normal. Temperatur kurz vor dem Tode 39,1. Tod ohne besondere Agone, ohne Krämpfe u. dergl. Dauer des akuten Stadiums der Psychose ca. 15 Tage. Sektion in bezug auf nachweisbare Organerkrankungen der Brust- und Bauchhöhle ganz negativ. Gehirn ohne jede nachweisbare Herderkrankung; Rückenmark (Präparate noch in der Sammlung) ohne Degenerationen.

5. Deichselberger, Joseph, Bureaudiener, aus Würzburg, geboren 11. Februar 1861. Aufgenommen 30. Oktober 1900, gestorben 3. Januar 1901. Klinische Diagnose: Katatonie. Ist uneheliches Kind; über Heredität nichts bekannt. Früher anscheinend immer geistesgesund, verheiratet und Vater gesunder Kinder. Für Lues durchaus keine Anhaltspunkte. Kein Alkoholismus. Beginn der Psychose August 1900 mit hypochondrischen Klagen. Dann Verfolgungsideen. Beim Eintritt 40 Jahre alt. Hochgradige Angstzustände, Jammer und Verzweiflung. Selbstvorwürfe, Selbstmordtrieb. Halluzinationen. Dabei ganz orientiert. Beziehungs- und Verfolgungsideen. Reichliche Nahrungsaufnahme. Nach vorübergehender Besserung der psychischen Symptome hartnäckige Nahrungsverweigerung, stärkster Negativismus in allem. Stärkste Muskelstarre. Grimassieren, Zähnefletschen, krampfhaftes Lachen. Katatonische Haltungen-

¹⁾ Mendel, Ebstein-Schwalbe, Band V, Seite 53.

²⁾ Kraepelin, Psychiatrie, VII. Aufl., Band II, Seite 526.

stereotypieen. Spärliche Reden mit ängstlichem Inhalt. Oefters rannte er im Saal herum, mit zwecklosem Beschäftigungstrieb. Niemals stärkere Aufregung. Auch hier bestand, bei Einführen der Schlundsonde, öfters stärkster, krampfhafter Widerstand (spastische Striktur?) der Schlund- und Speiseröhrenmuskulatur, der, sogar in der Narkose, das Einführen der Sonde zu Zeiten unmöglich machte. — Pupillen, Patellarreflexe immer normal. — Grösse 167 cm. Gewicht beim Eintritt 62 kg (Quotient 2,7), beim Tode 49 kg (Quotient 3,4). — Obstipation. In den letzten Lebenstagen einigemal leicht fieberhaft; nur am Todestage 39°. Urin ohne Eiweiss. Starke Speichelabsonderung aus dem Munde. Dauer der Geistesstörung ca. 4 $\frac{1}{2}$ Monate. Tod erfolgte ohne Besonderheit, ohne stärkeres Coma, Krämpfe u. dergl.

Sektion negativ. Keine Arteriosklerose, Lungenerkrankung, Nephritis oder Infektionsmilz. — Schädelinhalt nicht bestimmt. Hirngewicht 1365 gr; doch war der Kopf so gross, dass ein solches Hirngewicht durchaus angemessen erschien. — Nirgends Herderkrankung im Gehirn. Histologisch Hyperaemie und Rindenblutungen. Subpiaie und perivaskuläre Gliose geringen Grades. Nirgends exsudativ-entzündliche Erscheinungen. Jedenfalls erklärt der anatomische Leichenbefund den Tod nicht.

Auch bei diesen beiden Kranken ist der Eintritt des Todes durch äussere Gründe nicht zwanglos zu erklären. Die Kranke No. 4 bot zwar einen an das Delirium acutum erinnernden Symptomenkomplex dar, aber ohne jede Nahrungsverweigerung. Der letzte Kranke hatte andererseits starke Nahrungsverweigerung und Erschwerung der künstlichen Ernährung, dafür aber keine Tobsucht. Ein Gewichtsquotient von 3,4 bei mittlerer Grösse ist, auch bei acuter Abmagerung, noch völlig ausreichend und erklärt keinesfalls den Tod durch Nahrungsmangel und Inanition. — Eine klinische Diagnose liess sich bei der Kranken No. 4 nicht stellen; bei dem Patienten No. 5 lautete sie auf Katatonie.

b) Früher psychisch bereits anormal gewesen. Meist auch hereditäre Belastung.

6. Roehm, Kaspar, von Thüngersheim, Häcker, geboren 1842. Aufgenommen 23. November 1886, gestorben 1. Dezember 1886. Vater und Geschwister „nervös reizbar“; sonst keine Belastung eruierbar. Ist von jeher etwas schwachsinnig, aber psychisch bisher nicht in auffallenderem Masse gestört gewesen. Verheiratet und Vater gesunder Kinder. Keine Epilepsie, kein Alkoholabusus. Wird als fleissig und sparsam geschildert. Am 23. November 1886 ganz akut psychisch erkrankt; er legte sich ins Bett, weil er krank sei, liess den Geistlichen zur Beichte kommen, überfiel ihn aber plötzlich und würgte ihn. Am gleichen Tage in die Klinik gebracht. Hier auf das tiefste verwirrt, halluzinierend, ausserordentlich unruhig; viele zwecklose rhythmische Bewegungen. Grimassieren. Stereotype Aeusserungen. Ausserordentlich rascher, nicht zu erklärender Verfall; mehrmals comatöse Zustände. Pupillen und Patellarreflexe normal. Vom dritten Tage des Aufenthaltes in der Klinik an konnte ihm genügend Nahrung (Milch, Wein usw.) beigebracht werden. Soweit gemessen werden konnte, niemals Fieber. Zuletzt sehr niedrige Temperaturen. Urin ohne

Eiweiss. Von irgend welcher Infektionskrankheit gar nichts festzustellen. Tod ohne besondere Ereignisse, im fortschreitenden Kollaps. Dauer der Psychose nur 8 Tage.

Sektion (pathologisches Institut). Dura leicht mit dem Schädeldach verwachsen; Pia blutreich. Gehirn makroskopisch normal. Gesundes, kräftiges Herz. Beginnendes Aortenatherom und Lungenemphysem. Beginnende hypostatische Pneumonie im linken Unterlappen. Fettthaltige Muskatnussleber. Milz und Nieren normal. Darmschleimhaut gerötet.

7. Schöffner, Anna Maria, Magd aus Kirchheim, 43 Jahre alt, aufgenommen 30. Dezember 1894. Gestorben 18. Januar 1895. Ueber Heredität nichts in Erfahrung zu bringen. Nach ärztlichem Zeugnis seit 2 Jahren „ausgesprochen hysterisch“. Lues sehr unwahrscheinlich. Kein Alkoholismus oder Epilepsie. Seit längerer Zeit vor der Aufnahme religiöse Wahnideen, dazwischen maniakalische Anfälle. Drei Tage vor der Aufnahme akute Tobsucht. In der Klinik starker Bewegungsdrang und Beschäftigungstrieb, religiöse Selbstgespräche, Singen, Beten, Lachen, nur manchmal stärkeres Schreien. Nie ausgesprochene Tobsucht. Stereotype Haltung und Bewegungen. Halluzinationen. Meist stärkere Verwirrtheit. Kein stärker ausgesprochener Affekt. Pupillen und Patellarreflexe immer in Ordnung. Hat stets genügend, öfters reichlich gegessen und getrunken; in den ersten neun Tagen des Aufenthaltes ausserordentlich wenig Schlaf. Bis zum Tode normale Gewichtsverhältnisse. Nie Fieber. Urin war nicht zu erhalten. Vom 11. Januar an zunehmend schwächer, apathischer, nimmt nur noch wenig Flüssigkeit zu sich. Zwei Tage langes Coma, bei auffallend niederen Temperaturen. Dauer der akuten Geistesstörung 23 Tage.

Sektion in jeder Beziehung negativ.

8. Seelmann, Elisabeth, von Oberleinach, 20 Jahre alt, Bauerntochter. Aufgenommen 21. Oktober 1890. Gestorben 2. November 1890. Mutter nervenschwach, schreckhaft, hypochondrisch. Zwei Blutsverwandte der Kranken (Enkelkinder der gleichen Grossmutter) sind als geisteskrank in der Klinik behandelt worden. Die Kranke selbst von jeher abnorm still, in sich gekehrt, sich absondernd, aber intelligent. Seit 6 Wochen vor der Aufnahme tiefsinnig und ruhelos; allerhand Halluzinationen. Viel Selbstvorwürfe. Suicidgedanken und ein Suicidversuch. In der Klinik stärkste Halluzinationen, hochgradige Angstparoxysmen mit lautem Schreien. Oft katatonische Gliederstarre oder Katalepsie. Dazwischen wildes Toben gegen sich selbst. Anfälle von Zittern am ganzen Körper bei tief benommenem Sensorium. Pupillen und Patellarreflexe normal. Hat nur wenig Nahrung zu sich genommen. Beim Eintritt 50 kg schwer, hat bis zum Tode nur um 6 kg abgenommen. Urin ohne Eiweiss. Am Tage vor dem Tode Temperatur bis 40°. Vom 31. Oktober an starre katatonische Haltung mit Schlafsucht; die Muskelstarre löste sich erst einige Stunden vor dem Tode. Auf Stauungspapille nicht untersucht. Andere, auf Hirndruck hinweisende Symptome fehlten.

Sektion: Hyperämie der Pia. Etwas Hydrocephalus externus. Keine Anzeichen für Infektion, Nephritis usw.

9. Weinreich, Sophie, 38 Jahre alt, Apothekerstochter aus Straubing. Aufgenommen 29. April 1900, gestorben 11. Mai 1900. Klinische Diagnose: Periodische Melancholie. Ueber hereditäre Verhältnisse nichts in Erfahrung zu bringen. Als Kind auffallend skrupulös und ängstlich. Seit dem 18. Lebens-

jahre häufig wiederkehrende Geistesstörungen depressiven Charakters; deshalb öfters in Anstaltsbehandlung; zweimal daselbst lange Zeit hindurch mit der Schlundsonde ernährt. Niemals eine irgendwie auffällige expansive Phase. In den anfallsfreien Zeiten intelligent und normal. Seit Neujahr 1900 wieder erkrankt; Suicidversuch. In der Klinik einfach melancholisch deprimiert, meist stuporös. Am 3. Mai Remission mit Krankheitseinsicht, am 4. Mai wieder Stupor. Seit 7. Mai starker Bewegungsdrang, sinnloses Jammern, doch ohne tiefere Verwirrtheit. Sie erkennt die Umgebung, und zeitweise bekommt man zusammenhängende Antworten. Selbstbeschädigungstrieb; schlägt sich blutunterlaufene Stellen. Spinale Reflexe immer normal. Beim Eintritt 70 kg schwer (Quotient 2,2), beim Tode 62 kg (Quotient 2,5, sehr guter Ernährungszustand). Niemals Fieber; in den letzten Tagen sehr niedere Temperaturen. Urin ohne Eiweiss. Am 11. Mai plötzlich Collaps und nach einigen Stunden Tod. Dauer des Erregungszustandes nur 4—5 Tage.

Sektion, ausser geringfügiger chronischer Bronchitis negativ. Schädelkapazität nicht bestimmt. Hirngewicht 1320 gr, was ihrem Kopfe aber entsprechen dürfte. Histologisch stärkere Hyperaemie mit Rindenblutungen. Nirgends entzündliche Veränderungen. Hier und da unbedeutende Gliawucherungen um die Gefässe. Nervenzellen nur vereinzelt und wenig geschädigt, jedenfalls aber keine akute, und die grosse Mehrzahl der Zellen betreffende Zellerkrankung im Sinne Nissl's.

10. Riedel, Margarethe, 42 Jahre alt, aus Eltmann; eingetreten 13. Mai 1893, gestorben 21. Mai 1893. Zwei Geschwister geisteskrank. Selbst im 16. Lebensjahre melancholisch. Seit November 1892 von verändertem Wesen, niedergeschlagen, schliesslich stumm und stuporös. Vorübergehend ängstlich erregt. In der Klinik anfangs stumm, dann, wahrscheinlich infolge Halluzinationen, erregt, schreit und schlägt um sich. Solche Zustände wechseln mit stuporösen ab, bis letztere überwiegen. Oft katatonische Gliederstarre; Katalepsie. Auch Anfälle von Zittern am ganzen Körper, Zuckungen in Armen und Fingern. Wohlgenährt, nimmt genügend Nahrung und Flüssigkeit. Nach den tonischen Krampfständen zweimal Temperatursteigerungen (38,4 bzw. 37,9); im übrigen normale und, zwei Tage vor dem Tode bis zum Tode, subnormale Temperaturen. Viel Schweissausbrüche. Pupillenreaktion immer normal; die Weite wechselt stark, öfters Ungleichheit. Patellarreflexe normal. Zwei Tage vor dem Tode vorübergehend klar und orientiert. Dann zunehmende Apathie, Schwäche, Unregelmässigkeit von Puls und Atmung; schliesslich Tod ohne Besonderheit. Die wiederholte Untersuchung der Brust- und Bauchorgane hatte nie etwas pathologisches feststellen können. Die Sektion hatte den Tod nicht erklärt; ein Sektionsprotokoll ist aber nicht mehr vorhanden.

Die Kranken dieser Gruppe zeigten sämtlich mehr oder weniger starke motorische Erregtheit vor dem Tode; von einem „Delirium acutum“ kann man indess nur in Fall 6 sprechen. Auffallende katatonische Symptome fanden sich bei den Kranken 8 und 10, in geringerem Grade bei der Patientin No. 7. Weder Nahrungsmangel, noch Gewichtsabnahme, noch die Ergebnisse der Sektion erklärten hinreichend den oft auffallend schnell eintretenden Verfall und Tod der Kranken. Auch der bei der

Kranken No. 7 hervorgehobene besonders starke Mangel an Schlaf kann die Entkräftung zwar beschleunigen und den Körper weniger widerstandsfähig machen, aber nicht den Tod verursachen. Ich kann auch hier nur wieder als Gegenbeispiel einen tobsüchtigen Maniacus anführen, der ausser Tobsucht und Nahrungsverweigerung tagelang ohne Schlaf sein kann, ohne jeden erkennbaren Schaden. — Allen diesen Kranken ist gemeinsam, dass sie schon vor ihrer, zum Tode führenden, akuten Steigerung der Geistesstörung, psychisch mehr oder weniger krank, grösstenteils auch hereditär belastet waren. No. 6 war idiotisch, 9 (und 10?) periodisch geistesgestört, No. 8, vielleicht auch 7 und 10 der Katatonie zuzurechnen.

Einen augenfälligen, positiven Beweis dafür, dass der funktionellen Psychose zu Grunde liegende Hirnprozess für sich allein direkt das Leben bedrohen oder aufheben kann, haben aber, aus den schon eingangs erwähnten Gründen, alle bis jetzt gebrachten Krankengeschichten noch nicht ganz einwandfrei zu liefern vermocht. Die Krankenbeobachtungen der folgenden Gruppe vermögen indess, unseres Erachtens, diesen Beweis zu erbringen.

II. Tod unter dem Bild einer organischen Hirnkrankheit.

11. Hahn, August, 24 Jahre alt, Bauer, von Untertheres. Aufgenommen 25. November 1897, gestorben 30. November 1897. Klinische Diagnose Katatonie. Schwester, 20jährig, stuporös, in der Klinik. Patient selbst früher angeblich gesund; niemals Epilepsie oder Alkoholismus. Beginn der psychischen Erkrankung 22. November 1897, plötzlich, mit Schreien, Aufregung, und stereotypen Handlungen. So war er auch in der Klinik in ständigem Wechsel zwischen Schreien (ohne sonstige motorische Erregung) und Zuständen von Regungslosigkeit. Stereotype Reden und Bewegungen. Anfälle bis zu einer halben Stunde von stärkster tonischer Muskelstarre, mit starkem Schreien und stärkstem Negativismus beim Versuch einer Lageänderung. Zuweilen Opisthotonus und Zähneknirschen. In ruhigeren Stunden war er dann wieder leidlich orientiert. Vom 29. November an Selbstvorwürfe und Selbstmordtrieb. Am 30. November hatte er gerade zu Abend gegessen und war den ganzen Tag über leidlich ruhig gewesen. Nach dem Abendessen wurde er wieder lauter und kam deshalb ins Bad. Hier war er anfangs noch aufgereggt; plötzlich legte er den Kopf auf den Rand der Badewanne und starb rasch, ohne Atembeschwerden u. dergl. — Pupillen und Patellarreflexe waren normal gewesen. Grösse 179 cm. Körpergewicht beim Eintritt 61 kg (Quotient 2,9), beim Tod 57 kg (3,1). Keine Nahrungsverweigerung, ausser in den ersten 2 Tagen der Krankheit. Kein Fieber beobachtet; kein Eiweiss im Urin. Dauer der Krankheit nur 8 Tage. — Auf Stauungspapille war nicht untersucht worden.

Die Sektion konnte den Tod nicht erklären. Nur das Hirn war auffallend schwer, 1562 gr, eines der schwersten Hirne, die in der Klinik vorgekommen sind. Die Schädelkapazität war nicht bestimmt worden. Mutmasslich hätte sie 1700 cbcm betragen müssen, dem Hirngewicht entsprechend. Es bedeutete dies aber einen sehr grossen Kopf mit einem Umfang von 58 bis 60 cm. Einen solchen Kopf hat der Kranke indess nicht gehabt.

Es bildet dieser Fall den Uebergang zu den folgenden beiden Beobachtungen. Auf der einen Seite lässt sich hier in höherem Masse als bei den früheren Patienten behaupten, dass eine accidentelle oder komplizierende Todesursache ausgeschlossen werden kann, andererseits fehlt aber die exakte Feststellung der Schädelkapazität und damit der Nachweis einer allfälligen akuten Hirnschwellung. In anbetracht aber der Schwere des Gehirns und mit Rücksicht auf die nachfolgenden Ausführungen ist die Annahme, dass der Kranke an einer akuten Hirnschwellung, d. h. an einem durch funktionelle Geistesstörung verursachten abnormen Hirnzustand, gestorben sein kann, berechtigt.

12. Unbehauen, Wilhelm, Arbeiter, aus Schwarzburg-Rudolstadt. 28 Jahre alt. Aufgenommen 5. Mai 1899, gestorben 8. Mai 1899. Klinische Diagnose Dementia praecox auf dem Boden einer starken familiären Belastung. Seine sämtlichen 3 Geschwister sind geisteskrank. Er selbst war von jeher ein abnormer Mensch, der es nie zu etwas Ordentlichem gebracht hat. Zeitweise Erregungen mit schwachsinnigen Grössenideen, zu anderen Zeiten mehr stuporös, hin und wieder auch etwas zum Arbeiten zu gebrauchen. War bereits in vielen Irrenanstalten, Arbeitshäusern usw. Soll 1895 Lues gehabt haben. Anfang April 1899 erkrankte er akut unter Kopfschmerz, Erbrechen und wurde bald darauf stuporös. Niemals Krampfanfälle, auch früher nicht. Während des dreitägigen Aufenthaltes in der Klinik immer gleich reaktionslos, komatös. Puls anfangs noch voll und langsam, bald zunehmend schneller und weicher. Einmal eine Art epileptischer Krampfanfall. Pupillen, Patellarreflexe normal. Auf Stauungspupille leider nicht untersucht. Grösse 159 cm, Gewicht 46 kg (Quotient 3,4), hat bis zum Todestage, gefüttert, normal schlucken können und genügend gegessen. Keine Temperatursteigerungen. Kein Eiweis im Urin. Keine nachweisbaren Erkrankungen der Brust- und Abdominalorgane. Seit 8. Mai mittags komatöser Zustand mit Cyanose, Dyspnoe und Tod, 6 Stunden später.

Sektion: Am Inneren des Schädeldaches Usurierungen der tabula interna (auch am mazerierten Schädel, der sich in der Sammlung der Klinik befindet, deutlich), wie sie nur bei chronisch-pathologischem Hirndruck vorkommen. Hirngewicht 1487 gr, nach Entfernen der weichen Häute und Abfliessen des Ventrikelwassers 1440 gr. Hirnwindungen stark abgeplattet, Hirnsubstanz sehr trocken; Ventrikel fast ohne Inhalt, desgl. die Maschen der Pia. Nirgends irgend eine Herderkrankung. Speziell, auch an den Gefässen, histologisch, keineluetischen Veränderungen irgend welcher Art. Sinus ohne Tromben. Schädelinhalt, am mazerierten Schädel genau bestimmbar, beträgt 1400 cbcm, was einem Hirn von ca. 1260 gr entspricht. Es waren somit über 200 gr feste Substanz zuviel in der Schädelhöhle; das Gehirn war im Schädel stark zusammengespreßt.

Organe der Brust- und Bauchhöhle ohne pathologische Veränderungen.

13. Herrling, Karl, 18 Jahre alt, Lehrling, aus Kitzingen. Aufgenommen 30. März 1904, gestorben 22. April 1904. Mutter des Kranken und eine entferntere Verwandte geisteskrank. Früher begabt. Niemals Epilepsie, Alkoholismus oder Infektion. Klinische Diagnose: Katatonie. Ist akut erkrankt am 27. März

1904 unter hypochondrischen Klagen, wurde dann rasch stuporös. Während des ganzen Klinikaufenthaltes Bild des katatonischen Stupor. Negativismus, Mutazismus, maskenartiger, starrer Gesichtsausdruck. Motorisch völlig gehemmt. Oft Muskelstarre. Zu anderen Zeiten stundenlang kataleptisch. Zweimal „Anfälle“, in denen er mit Arm und Bein um sich schlug. Pupillenverhältnisse normal; Patellarreflexe lebhaft, ohne Fussklonus. Am 30. März Augenhintergrund normal. Vom 8. April an (von Herrn Privatdozent Dr. Römer zweimal untersucht) typische Stauungspapille. — Grösse 170 cm. Beim Eintritt 58 kg schwer (Quotient 3,0), beim Tode 43 kg (Quotient 4,0), trotz reichlichster Schlundsondenernährung. Urin stets ohne Eiweiss. Niemals Fieber, ausgenommen die letzten 3 Tage, wo er ein Erysipel am Mundwinkel bekam, mit Temperatursteigerungen bis 39°. Das Erysipel hatte unbedeutende Ausdehnung; nach der ganzen Sachlage hat es den Tod nicht verursacht, kaum um einige Tage beschleunigt. — Niemals stärkerer Hirndruckpuls; im Gegenteil war der Puls schon viele Tage lang vor dem Tode sehr klein und weich. Tod ohne Besonderheit im tiefen Coma. — Dauer der Krankheit ca. 4 Wochen.

Sektion. An den Schädelknochen keine deutlichen Hirndruckveränderungen. Hirn stark geschwollen, Hirnwindungen abgeplattet, Hirnsubstanz blutreich, dabei sehr trocken und fest. Sinus ohne Tromben. Hirngewicht 1511 gr; nach Entfernung der weichen Häute etc. 1461 gr. Schädelinhalt, an der Leiche mit Wasser bestimmt, 1400 cbcm, was einem Hirngewicht von ca. 1260 gr entspricht. Es waren also 250 gr zu viel feste Hirnsubstanz in der Schädelhöhle. Nirgends eine herdartige Erkrankung. Histologisch wurden untersucht je drei Frontalebene aus jeder Hemisphäre, ferner nach den elektiven Methoden viele Rindenstückchen aus den verschiedenen Gegenden. Pia und Gefässe ohne jede exsudativ-entzündlichen Prozesse. Glia der Molekularschicht nicht, unter dem Epithel der Seitenventrikel unbedeutend vermehrt. Ganglienzellen nur in spärlicher Anzahl und wenig hochgradig erkrankt; nichts von einer akuten schweren Zellerkrankung Nissl's. Viele Trabantkerne, besonders in den tiefen Rindenschichten. Hier, wie im angrenzenden Mark liegen auffallend oft normal aussehende helle Gliakerne in Häufchen bis zu 15 und 20 zusammen. Kaum hier und da eine pathologische Spinnenzelle. In der Umgebung von Gefässen dichte, oft mehrfache Reihen normal aussehender heller, runder, mittelgrosser Gliazellen. Gefässwandung hier und da leicht fibrös-hyalin degeneriert, adventitieller Raum nicht erweitert, ohne pathologischen Zellinhalt. Nirgends nachweisbares Oedem; aber universelle Hyperaemie, Capillarneubildung.¹⁾

Organe der Brust- und Bauchhöhle, zum Teil (Niere, Schilddrüse, Nebenniere etc.) histologisch untersucht, ohne jede nachweisbare Veränderung. Keine Infektionsmilz.

Beide Kranke, in jugendlichem Alter stehend, hereditär belastet, litten zweifellos an einer exquisit endogenen sogenannten funktionellen Geistesstörung; gestorben aber sind sie unter den Symptomen einer organischen Hirnkrankheit, und zwar des chronischen Hirndruckes, welcher im ersten Fall (No. 12) zu typischen Knochen-

¹⁾ Ausführlicher beschrieben, ebenso wie der vorhergehende Fall in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde 1905.

veränderungen am Schädeldachinnern, im zweiten Fall zu einer 14 Tage lang bestehenden Stauungspapille geführt hatte.

Bei beiden Individuen liess sich an der Leiche ein starkes Missverhältnis zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht nachweisen. Während normaler Weise das Hirngewicht (in gr) um etwa 10% kleiner ist als die Schädelkapazität (in cbcm), war hier beide Male über 200 gr feste Substanz zu viel in der Schädelhöhle; das Gehirn war im Schädel stark komprimiert. Dieses Missverhältnis erklärt zwanglos das klinische Bild des Hirndruckes, sowie den Tod der Kranken, welcher sonst völlig unerklärt wäre, da die Kranken weder an Nahrungsmangel, noch Tobsucht und konsekutiver Erschöpfung, noch anderen in betracht kommenden Krankheiten gelitten hatten. Eine Herderkrankung, oder diffuse histologische Veränderung, welche die Hirnvergrösserung hätte erklären können, fand sich nicht. Es bleibt weiter nichts übrig, als die Hirnschwellung in direkt kausale Beziehung zur endogenen Psychose zu bringen und anzunehmen, dass der der Psychose zugrunde liegende unbekanntes Vorgang im Gehirn unter Umständen zu einer derartigen Hirnschwellung führen kann. — Hirndruck wie Hirnschwellung sind bei dem Patienten No. 12 von Anfang an in offenbar starker Intensität aufgetreten; bei dem Kranken Nr. 13 hielten sie sich hingegen zunächst in mässigen Grenzen, so dass ausser der Stauungspapille (welche schon durch geringen chronischen Ueberdruck zustande kommen kann) Hirndrucksymptome vermisst wurden und die Grundkrankheit (Katatonie) das klinische Bild beherrschte; kurz vor dem Tode ist es dann zu einer immer stärker werdenden mehr akuten Hirnvergrösserung gekommen, sodass schliesslich der Tod in Coma eintrat und die gewaltige Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht an der Leiche zu Tage trat.

Eine Erklärung für das Zustandekommen solcher chronischer oder acuter Hirnschwellungen lässt sich zur Zeit nicht geben. Es lässt sich, nach den bisherigen Erfahrungen, nur sagen, dass sie kein Charakteristikum für eine bestimmte Krankheit sind, sondern bei verschiedenen Hirnkrankheiten vorkommen können, unter anderen bei kleinen Hirntumoren, wenn diese, trotz ihrer Kleinheit, stärksten Hirndruck hervorrufen. Man kann daher bis auf Weiteres in dem Auftreten einer, acuten oder chronischen, Hirnschwellung nur den excessiv gesteigerten Ausdruck einer krankhaften Reaktion des ganzen Hirns auf ätiologisch verschiedene pathologische Vorgänge und Reize erblicken. — Es ist von Bedeutung, dass Oedem, Hydrocephalus, entzündliche Veränderungen völlig fehlten, die Hirnsubstanz war im Gegenteil abnorm fest und trocken und die Gewichtsdifferenz vor und nach Entfernung der weichen Häute

(und damit eines allfälligen Hydrocephalus externus oder internus) eine durchaus mittlere (40 bis 60 Gramm).

Jedenfalls aber — und das ist für das hier behandelte Thema von der grössten Wichtigkeit — geht aus dem Nachweis solcher Hirn-schwellungen bei sogenannten funktionellen Psychosen hervor, dass diesen Geistesstörungen im Gehirn recht erhebliche Veränderungen zugrunde liegen müssen, Veränderungen, welche zwar histologisch vorläufig nicht nachweisbar sind (ebenso wie die den normalen und krankhaften psychischen Vorgängen entsprechenden Veränderungen sich ausserhalb des bis auf weiteres histologisch Darstellbaren abspielen), welche aber unter Umständen doch so intensiv zu werden vermögen, dass der Kranke an der „funktionellen“ Geisteskrankheit, wie an einer organischen Hirnkrankheit stirbt.

Weiterhin lässt sich denken, dass auch bei Fehlen von Hirnschwellung und Hirndruck die, den funktionellen Psychosen zugrunde liegenden, noch nicht näher bekannten Veränderungen im Gehirn so intensiv sein können, dass sie das Leben der Kranken direkt gefährden und zur Erklärung eines sonst mehr oder weniger rätselhaften Todes mit heranzuziehen sind. Das ist der Fall bei einer Anzahl Kranker, die nach starker, endogen entstandener, tobsüchtiger Erregung rasch starben, sei es dass es sich um akut einsetzende und perakut verlaufende Geistesstörungen, oder aber um akute Steigerungen einer mehr chronisch verlaufenden Psychose handelte. Durch die oben gebrachten Krankengeschichten (Fall 1—10) wurde nachzuweisen gesucht, dass bei solchen Patienten Tobsucht, Erschöpfung, Nahrungsmangel usw. nicht immer hinreichen, um den oft ganz rapiden Verlauf der Krankheit, den bald einsetzenden hochgradigen Verfall und den Tod des Kranken zu erklären. Einer Erklärung des Todes dieser Kranken steht aber keine Schwierigkeit mehr entgegen, wenn man gleichzeitig den der Psychose zugrunde liegenden krankhaften Prozess im Gehirn berücksichtigt, nicht wie er indirekt durch Hervorrufen von Tobsucht, Nahrungsmangel usw. den Kranken schädigt, sondern wie er, im Sinne einer Hirnkrankheit, direkt das Leben zu gefährden imstande ist. —

Die psychischen Äusserungen eines irgendwie stärkeren chronischen Missverhältnisses zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht sind Denkhemmung, Benommenheit, Stupor, Sopor, Coma. Furibunde Delirien mit Tobsucht und starker chronischer pathologischer Hirndruck schliessen sich eigentlich gegenseitig aus. Wenn also ein Kranker nach starker tobsüchtiger Erregung stirbt, wird man von vornherein keinen chronischen intensiven Hirndruck erwarten, sondern höchstens (bei plötzlichem Tode) eine akute Hirnschwellung. Aber auch diese wird oft genug vermisst werden.

Katatonischer Stupor hingegen, Katalapsie, Muskelstarre sind selbstverständlich ebensowenig beweisend für chronischen Hirndruck, sondern lediglich Erscheinungen eines bestimmten, durch verschiedene Ursachen hervorgerufenen, krankhaften Vorganges im Gehirn; doch ist bei diesen katatonischen Symptomen die Möglichkeit einer akuten oder chronischen Hirnschwellung noch am ehesten gegeben, namentlich bei Eintritt komatöser Zustände oder eines plötzlichen Todes, weshalb künftighin, ausser dem Augenhintergrund, auch an der Leiche das Verhältnis zwischen Schädelkapazität¹⁾ und Hirngewicht und allfällige, durch Hirndruck hervorgerufene Knochenveränderungen mehr Beachtung verdienen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass, wenn auch selten genug, nicht nur bei jener grossen Krankheitsgruppe, die man jetzt als *Dementia praecox* zusammenfasst, sondern auch bei anderen, sogenannten funktionellen Geisteskrankheiten gelegentlich der Tod eintreten kann, lediglich als direkte Folge des pathologischen Vorganges im Gehirn. Doch ist wohl ausser Zweifel, dass neben den Epileptischen namentlich die *Dementia praecox*-kranken quoad vitam gefährdet sein können. Von Bedeutung für das Verständnis dieser Krankheit sind wohl auch eine Reihe anfallsartiger körperlicher Störungen, auf die Kraepelin²⁾ neuerdings wieder mit Nachdruck hingewiesen hat und die auch bei manchen unserer Kranken zu beobachten waren. Hin und wieder machen derartige anfallweise auftretende Erscheinungen direkt den Eindruck organisch bedingter motorischer Reizerscheinungen. Indes fehlten stets dauernde Lähmungen oder ein auffallender Progressus der Krankheit auf neurologischem Gebiete, im Anschluss an derartige Anfälle, — im Gegensatz z. B. zur Paralyse —, wie es überhaupt nicht im Wesen der sogenannten funktionellen Psychosen liegt, in höherem Masse einen Schwund des histologisch darstellbaren nervösen Parenchyms, speziell eine Degeneration markhaltiger Nervenfasern, auch im Rückenmarke, herbeizuführen. Auch in den Endzuständen katatonischer Verblödung z. B. kommt es meines Wissens nicht zu einer erheblicheren Hirnatrophie, wenn auch zahlenmässige Vergleiche der Gewichte solcher

¹⁾ Zur Bestimmung derselben scheint am ehesten durchführbar und deshalb am meisten geeignet zu sein die Messung des Inhaltes der Schädelbasis und Schädelkalotte bei der Sektion mit Wasser. Es setzt allerdings diese Methode ein peinlich genaues Aufsägen des Schädels in der gleichen Horizontalebene voraus, da schon bei geringen Ausbuchtungen der Sägelinie Fehlresultate bis minus 200 cbcm entstehen. In der hiesigen Klinik wird vor dem Aufsägen des Schädels ein Metallband in der Rieger'schen Horizontale um den Schädel festgeschraubt und die Sägelinie, dem Bande entlang, mit Wasserfarbe vorgezeichnet. Man erhält hierbei, ohne allzu grosse Mühe, beim Aufsägen eine gerade Sägefläche. Der Inhalt wird dann durch Eingiessen von Wasser aus einem graduierten Messzylinder bestimmt.

²⁾ Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Aufl., Band II, Seite 188.

Gehirne zu ihrer zugehörigen Schädelkapazität noch nicht vorliegen. Gewiss könnte man, in Anbetracht der Hirnschwellung, Fälle wie No. 12 und 13 auch „organische“ Psychosen heissen. Will man aber bis auf weiteres die Bezeichnungen „funktionell“ und „organisch“ aus bestimmten Gründen nicht fallen lassen, so kann wohl das Fehlen („funktionell“) oder Vorhandensein („organisch“) eines anatomisch leicht nachweisbaren irreparablen Unterganges nervöser Substanz den Ausschlag für die jeweilige Bezeichnung der Psychose geben. Näher auf den Gegensatz zwischen organisch und funktionell einzugehen, liegt ausserhalb der Grenzen dieser Arbeit¹⁾.

Ueber Todesfälle bei funktionellen Psychosen habe ich, abgesehen vom Delirium acutum, in der mir zugänglichen neueren Literatur wenig finden können. Kraepelin²⁾ gibt bei den katatonischen Formen der Dementia praecox an, dass die Kranken unter den Erscheinungen heftigster Erregung „anscheinend an Erschöpfung“ etc. sterben können. Von besonderem Interesse war mir daher die kürzlich erschienene Arbeit von Weber³⁾, welcher einige letal endende funktionelle Psychosen (darunter 2 Katatonieen) beschreibt, für deren Tod nur die zugrunde liegende Hirnerkrankung verantwortlich gemacht werden kann. Der erste Fall von Weber gleicht unseren Kranken 11 bis 13 in hohem Maasse, speziell auch bezüglich des Leichenbefundes: Das Hineingepresstsein des Kleinhirnes in das Foramen magnum könnte auf pathologischen Hirndruck deuten; ferner wird ausdrücklich hervorgehoben, dass die Hirnsubstanz von auffallend fester Konsistenz war. Hiernach scheint es sich um eine (mehr akute) Hirnschwellung, wie sie oben beschrieben wurde, gehandelt zu haben. Auch Weber gesteht, dass die histologischen Befunde den klinischen Symptomenkomplex nicht genügend erklären. —

Ich darf zum Schluss wohl hinzufügen, dass Herr Professor Rieger, mit dessen gütiger Erlaubnis ich obige Krankengeschichten veröffentliche, schon seit Jahren in den klinischen Vorlesungen darauf hinzuweisen pflegte, dass Kranke mit sogenannten funktionellen Psychosen lediglich an dem der Geistesstörung zugrunde liegenden Hirnprozess sterben können.

¹⁾ Nissl, Münch. Mediz. Wochenschrift 1899. Gaupp, Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych. 1900.

²⁾ Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Aufl., Band II, Seite 237.

³⁾ Monatschr. für Psych. und Neurolog., Band 16, Seite 81.

(Aus der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf.)

Ueber einen Fall von Hemianopie mit Farbsinnstörung (Rotgrünblindheit) im erhaltenen Gesichtsfeld.¹⁾

Von Dr. med. **Karl Abraham**, Assistenzarzt.

Der Krankheitsfall, über welchen ich im Folgenden zu berichten beabsichtige, erscheint mir mitteilenswert, obgleich ich ihm eine völlig einwandfreie Erklärung nicht zu geben vermag. Die noch wenig erörterte Frage, wie sich eine durch Hirnleiden erworbene Farbenblindheit von einer angeborenen unterscheiden lässt, bietet wohl an sich ein genügendes Interesse, um diese Publikation zu rechtfertigen, auch wenn die Beantwortung nur mit ausdrücklichem Vorbehalt geschieht.

Krankengeschichte.²⁾

Der Kranke wurde am 5. März 1904 auf der Strasse von Krämpfen befallen und durch die Polizei als „unbekannter Mann“ bewusstlos in ein Krankenhaus eingeliefert. Hier wurde nach einem uns vorliegenden Bericht folgender Befund erhoben: Bewusstsein gestört. Schlanke Lähmung der rechten Körperseite einschliesslich des Gesichts. Konjugierte Deviation der Augen nach links.

Nach Verlauf von 10 Tagen konnte der Kranke seinen Namen nennen; die Sprache war im Uebrigen schwer gestört. Die rechte Hand konnte er zum Schreiben nicht benutzen.

Am 30. März 1904 mit der Diagnose „Hemiplegie mit Demenz“ nach Dalldorf überführt.

Anamnese: 46 Jahre alt. Aufenthalt in den letzten 15 Jahren meistens in Gefängnissen, Arbeits- und Krankenhäusern. Nach jeder Entlassung wurde er alsbald wieder bettelnd und vagabondierend betroffen. Hat stark getrunken. In den Jahren 1899 und 1902 ist er wegen Delirium tremens in Krankenhäusern behandelt worden; das zweite Delirium war mit Krampfanfällen verbunden. Solche sind auch seither vorgekommen.

Diese Angaben sind aus der den Patienten betreffenden Unterstützungsakte der Berliner Armendirektion entnommen. Der Kranke selbst vermochte zur Zeit seiner Aufnahme und in der nächstfolgenden Zeit keine exakten Angaben über sein Vorleben zu machen. Er bestritt z. B., jemals an Krämpfen gelitten zu haben, wollte auch bisher erst einmal in einem Krankenhaus gewesen sein.

Status am 6. April 1904. Der Kranke ist bei klarem Bewusstsein, zeigt ein ruhiges Verhalten, spricht spontan wenig, macht den Eindruck ziemlicher Gleichgültigkeit. Fragen beantwortet er im allgemeinen prompt. Gibt über seine Personalien richtig Auskunft, soweit nicht zahlenmässige An-

¹⁾ Mit Benutzung eines am 18. VI. 1904 im psychiatrischen Verein zu Berlin gehaltenen Vortrages.

²⁾ Herrn Geheimrat Dr. Sander und Herrn Oberarzt Dr. Werner sage ich für die Erlaubnis zur Veröffentlichung des Falles meinen Dank.

gaben in betracht kommen. Seinen jetzigen Aufenthaltsort bezeichnet er als „Krankenhaus“, den Namen weiss er nicht. Will 3 bis 4 Wochen hier sein (in Wirklichkeit erst eine Woche). Gibt als Jahreszahl „1878“ an. Kein Krankheitsgefühl. Gibt zu, früher stark getrunken zu haben. Will nicht an Syphilis gelitten haben. Seine übrigen anamnestischen Angaben sind, wie erwähnt, nicht verwendbar.

Sprache frei von aphasischen und artikulatorischen Störungen Pupillen gleich weit, nicht gleichmässig rund. Reaktion auf Licht und Konvergenz vorhanden, aber wenig ausgiebig. Geringer horizontaler Nystagmus; sonst Augenmuskeln intakt. Augenhintergrund normal. Sehschärfe nicht erheblich herabgesetzt. Leichte Linsentrübung beiderseits. Gesichtsmuskulatur wird beiderseits gleich innerviert. Zunge gerade vorgestreckt. Händedruck beiderseits kräftig. Sehnenreflexe lebhaft, ohne Differenz zwischen rechts und links. Sohlenreflexe beiderseits plantar. Gang etwas schwerfällig infolge alter Malleolarfraktur. Keine Ataxie. Fühlbare Arterien nicht verhärtet.

Schon als Patient zur ersten ärztlichen Untersuchung vorgeführt wird, fällt auf, dass er Hindernissen zu seiner Rechten nicht ausweicht, vielmehr sich an Stühlen und derartigen grossen Gegenständen stösst. Der Verdacht auf Defekt der rechten Gesichtsfeldhälfte wird durch die sogleich vorgenommene perimetrische Untersuchung bestätigt. Patient zeigt sich bei derselben recht attent und folgt den Intentionen des Untersuchers mit Verständnis.

Beim Lesen hält Patient die ihm gereichte Zeitung stark nach links. Es wird ihm eine sehr gross gedruckte Annonce gezeigt. Er studiert eine Minute und länger, ehe er ein Wort entziffert hat. Er liest statt Steppdecke — Steppdecke, statt Wollatlas — Wollaste, statt Farben — Farte.

Beim Schreiben setzt er wiederholt mitten im Wort ab, lässt einen Raum von der Breite eines kleinen Buchstaben frei, fährt dann, ohne einen Buchstaben auszulassen, fort, setzt aber den Rest des Wortes etwas tiefer. Beim Niederschreiben seines Vornamens (Hermann), den er mit deutlichen Lettern schreibt, malt er den grössten Teil des Buchstaben r mit einiger Mühe hin; dann setzt er ab, lässt einen Raum frei, macht dann den zum r gehörigen Haken und schliesst das m direkt daran. Alle komplizierteren Buchstaben muss er mühsam malen.

20. IV. 04. Die Untersuchung ist mehrfach wiederholt worden, stets mit dem gleichen Ergebnis (rechtsseitige Hemianopie). Heute wird ausserdem eine Prüfung des Farbensinnes vorgenommen, und zwar mit Hilfe der Holmgrenschens Wollbündel.

Dem Pat. wird ein ziemlich dunkles Grün in die Hand gegeben mit der Weisung, alle gleichfarbigen Proben hinzuzusortieren. Er lässt seinen Blick einen Moment über den vor ihm liegenden Haufen von Wollproben (mehr als hundert verschiedene) schweifen, dann greift er zunächst ein hochrotes Wollbündel. Auf ausdrückliches Befragen erklärt er, dies sei das ähnlichste. Dann sucht er aus dem Haufen alle grünen und roten Bündel sowie eine Anzahl von grauen und braunen heraus. Mehrere Nuancen von Blaugrün hält er prüfend in der Hand und sagt auf Befragen mit Bezug auf jede einzelne, er könne sich über ihre Zugehörigkeit nicht recht entscheiden. Ebenso verhält er sich gegenüber einem dunkelgrauen Farbenton. Aufgefordert, die ihm als Muster dienende Farbe zu benennen, sagt er, sie sei rot.

Nachdem alle Bündel sorgfältig gemischt sind, erhält Pat. ein mittleres Rot als Muster. Sofort greift er nach einem hellgrünen Bündel. Des weiteren sortiert er die vorhandenen roten und grünen sowie die grauen und braunen hinzu. Bei zwei Oliv-Farben äussert er Zweifel. Die als Muster dienende Farbe nennt er richtig „rot“.

Hierauf soll Pat. zu einem blauen Bündel die gleichfarbigen wählen. Das ihm gegebene Muster ist ein mittleres Blau. Er nimmt alle blauen Bündel, ferner die violetten und ein rosafarbenes. Bei einigen blaugrünen und grau-grünen Tönen bleibt er im Zweifel. Das Muster benennt er auf Befragen richtig.

Zu einem gelben Bündel sucht er die passenden Proben heraus. Einige Male greift er eine blaue Probe, besieht sie sorgfältig und wirft sie nieder. Den Namen der Musterfarbe sagt er richtig.

26. IV. 04. In den letzten Tagen sind die nämlichen Versuche wiederholt worden. Das Resultat war im ganzen stets dasselbe. Einige Male kam es vor, dass Pat. eine gelbe zu den blauen und eine blaue zu den gelben Farben legte. Einmal benannte er eine hellgrüne Farbe „gelb“. Diese Fehlreaktionen blieben aber ganz vereinzelt.

Eine Prüfung mit den Stilling'schen pseudo-isochromatischen Tafeln ergab die gleichen Resultate wie die Wollproben-Sortiermethode.

5. V. 04. Das Gesichtsfeld ist unverändert. Eine konzentrische Einengung besteht weder für Weiss noch für Farben.

25. XI. 04. Pat. hat sich körperlich gut erholt. Er beschäftigt sich mit Matratzennähen; er hat dies trotz seiner Sehstörung in der Anstalt erlernt. Klagt manchmal über Kopfschmerz. Kein Schwindelgefühl.

Eine genauere Gedächtnisprüfung ergibt, dass keine groben Defekte bestehen.

Die Hemianopie besteht fort und wird vom Pat. empfunden. Die Farbsinnstörung ebenfalls unverändert. Die Schrift ist weiter gebessert, von paragratischen Störungen jetzt frei. Das Lesen fällt Pat. sehr schwer. Er hält das Blatt stark nach links. Macht noch Fehler beim Lesen wie früher. Sprache frei von aphasischen und dysarthrischen Erscheinungen.

Die wesentlichen Züge des Krankheitsbildes lassen sich zusammenfassen wie folgt:

Die Erkrankung tritt akut auf. Der Kranke ist lange und tief bewusstlos und erholt sich nur allmählich. Anfänglich ist die ganze rechte Körperseite gelähmt, daneben kommt konjugierte Deviation der Bulbi nach links zur Beobachtung. Die Sprache ist im Anfang schwer gestört. Lesen und Schreiben sind gleichfalls betroffen und bleiben es, als die übrigen genannten Symptome bereits zurückgebildet sind. Dagegen wird erst jetzt das Bestehen einer schweren Sehstörung, und zwar einer rechtssseitigen Hemianopie bemerkt. Ausserdem zeigt sich in dem erhaltenen Gesichtsfeld ein Defekt des Farbensinnes, der sich im Wesentlichen als eine Rotgrünblindheit mit vorwiegender Beteiligung des Grün charakterisiert.

Sehen wir zunächst einmal von der zuletzt erwähnten Störung ganz ab, so können wir von den übrigen Symptomen aussagen, dass sie in ihrer Gesamtheit auf einen Krankheitsherd in der linken Hemisphäre weisen. Während in den ersten Tagen nach dem Insult Erscheinungen vorhanden waren, welche wir im linken Schläfenlappen, in den Centralwindungen und im Gyrus angularis lokalisieren (Paraphasie, Lähmung der rechten Gesichtseite und der rechten Extremitäten, konjugierte Deviation der Augen) deuten die übrigen Erscheinungen, welche noch jetzt bestehen, nämlich die rechtsseitige Hemianopie sowie die Lese- und Schreibstörung, auf bleibende Veränderung im Gebiet des linken Scheitel-Hinterhauptslappens hin.

Nunmehr tritt uns aber die Frage entgegen, ob auch die beschriebene Farbsinnstörung von jener akuten Hirnerkrankung herrührt. Der Einwand, dass wir es mit einem von Geburt an Farbenblinden zu tun haben, der durch ein Hirnleiden hemianopisch geworden sei, liegt nahe und verlangt sorgfältige Berücksichtigung. Man weiss, dass die Zahl der Farbenblinden in der Bevölkerung nicht unbeträchtlich ist; sie soll sich auf einige Prozent belaufen. Ebenso ist bekannt, dass viele Personen, besonders ungebildete, von dem ihnen anhaftenden Defekt nichts wissen, bis bei irgend einer Gelegenheit die Entdeckung gemacht wird. Dass die Anamnese unseres Kranken nichts ergibt, was für die Annahme einer angeborenen Farbenblindheit spräche, soll daher keineswegs als Beweisgrund für das Gegenteil dienen; immerhin mag die Tatsache hier Erwähnung finden. Wenn ich nun auch bei dem Patienten eine angeborene, retinale Farbenblindheit nicht mit Sicherheit ausschliessen kann, so lässt sich doch Verschiedenes zugunsten der Annahme einer erworbenen Störung anführen.

Die dritte Möglichkeit — eine Farbsinnstörung infolge von Sehnervenatrophie — braucht nicht erörtert zu werden, da ja die Untersuchung des Augenhintergrundes und die Funktionsprüfung des Auges dieser Annahme nicht die geringste Stütze bieten; auch ist die Störung zu gut umschrieben und nicht progressiv, sondern konstant.

Den in unserem Falle vorliegenden Symptomenkomplex — rechtsseitige Hemianopie, Farbenblindheit für rot und grün im erhaltenen Gesichtsfeld — können wir vom Standpunkt der Gehirnanatomie auf zwei Arten erklären. Erstens können wir neben dem linksseitigen Herd, von dem die Rede war, noch einen zweiten in der andern Hemisphäre annehmen. Zweitens können wir aber auch die Farbsinnstörung als eine Folge der Erkrankung der linken Hemisphäre betrachten. Beide Annahmen lassen sich durch ausreichende Gründe stützen.

Wir wissen, dass in beiden Hemisphären gleichzeitig Herde entstehen können, und dass solche Herde mit Vorliebe symmetrisch liegen. Die Literatur enthält Fälle, in denen doppelseitige Erkrankung des Hinterhauptslappens eine über beide Gesichtsfeldhälften ausgebreitete Sehstörung hervorrief. Hierher gehört u. a. ein Fall von Steffan¹⁾ mit doppelseitiger Farbsinnstörung. In dem vorliegenden Falle könnte sehr wohl ein grosser linksseitiger Herd die rechtsseitige Hemianopie und die übrigen oben beschriebenen Symptome, ein kleinerer rechtsseitiger Herd die Farbsinnstörung in der linken Gesichtsfeldhälfte verursacht haben.

Nach der andern Annahme würden wir auch die Farbsinnstörung mit dem linksseitigen Herd in Zusammenhang bringen. Wenn auch im allgemeinen die Regel gilt, dass jede der beiden Gesichtsfeldhälften zu der ungleichnamigen Hemisphäre gehört, so sprechen doch gewisse oft gemachte Beobachtungen dafür, dass jede Gesichtsfeldhälfte in geringerem Umfange auch von der gleichnamigen Hemisphäre abhängig ist. Hierher gehört erstens die bekannte Beobachtung, dass bei Hemianopie das erhaltene Gesichtsfeld konzentrisch eingeengt ist und zweitens die Tatsache, dass die mediale Grenze des hemianopischen Gesichtsfeldes nicht genau durch den Fixierpunkt geht, sondern in Form eines Ausschnittes auf die andere Seite hinübergreift. Diese Tatsachen lehren uns, dass wir über die Kreuzungsverhältnisse der optischen Bahnen noch nicht bis in alle Einzelheiten unterrichtet sind, und weisen darauf hin, dass wahrscheinlich jede Retina-Hälfte mit beiden Hemisphären, wenn auch vorwiegend mit der gleichnamigen, in Connex steht. In diesem Sinne sprach sich Wilbrand²⁾ schon 1881 aus; er nahm an, dass durch Rindenerkrankung der einen Hemisphäre neben lateraler Hemianopie auch eine mit dem Herd gekreuzte Amblyopie erzeugt werden könnte.

Wir überzeugen uns auf diesem Wege, dass durch einen oder mehrere Herde ein Symptomenkomplex wie in dem beschriebenen Falle entstehen kann. Eine wesentliche Stütze erhält unsere Annahme einer erworbenen Farbenblindheit nun dadurch, dass ähnliche Fälle bereits mehrfach beobachtet worden sind. (Axenfeld.³⁾ Maack.⁴⁾ Liepmann.⁵⁾ Es ist an sich nicht wahrscheinlich, dass es sich in jedem dieser Fälle

¹⁾ Arch. f. Ophthalm. Bd. XXVII, 1881, zitiert nach Wilbrand, Ophthalmiatr. Beiträge zur Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Wiesbaden 1884.

²⁾ Wilbrand, Ueber Hemianopsie und ihr Verhältnis zur topischen Diagnose der Gehirnkrankheiten. Berlin 1881.

³⁾ Axenfeld, Eine einfache Methode, Hemianopsie zu konstatieren. Neurol. Centralbl. XIII, 1894. (Fall von Hemianopsie mit Blaugelbblindheit im erhaltenen Gesichtsfeld.)

⁴⁾ Maack, Centralblatt für Nervenheilkunde, XIX, 1896.

⁵⁾ Liepmann, Rechtsseitige Hemianopsie mit Farbsinnstörung der linken Gesichtsfeldhälfte. Sitzungsbericht des Vereins ostdeutscher Irrenärzte, Centralblatt für Nervenheilkunde, XIX, 1896, Seite 202.

um einen von jeher Farbenblinden gehandelt haben sollte, der hemianopisch geworden wäre. In einem von Samelsohn¹⁾ beobachteten Falle, den ich nur sehr kurz berichtet fand, konnte aus der Vorgeschichte des Patienten mit Sicherheit erschlossen werden, dass er nicht von Geburt an farbenblind gewesen war. In Liepmann's Fall konnte, ganz wie in dem meinigen, nicht mit absoluter Sicherheit eine angeborene Farbenblindheit ausgeschlossen werden. Liepmann berichtet jedoch über Versuche, mit deren Hilfe er das Vorliegen einer erworbenen Störung nachweisen zu können glaubt. Ich habe nun in meinem Falle den gleichen Weg eingeschlagen.

Ich liess den Patienten aus den Holmgrenschens Wollproben die Farben bekannter Objekte heraussuchen, z. B. die Farbe der Citrone, diejenige des Himmels. Er wählte richtig ein gelbes, resp. ein blaues Bündel. Ganz anders verhielt er sich, als er die Farbe der Bäume zeigen sollte. Er erklärte nach sorgfältigem Suchen, eine solche Farbe sei nicht unter den Wollproben, während tatsächlich über fünfundzwanzig verschiedene grüne Nuancen vor ihm lagen.

Dieses Verhalten scheint mir sehr für eine erworbene Affektion zu sprechen. Ein Rotgrünblinder, der sein ganzes Leben lang rotgrünblind gewesen ist, könnte entweder eine Verwechslungsfarbe wählen, also etwa ein rotes Bündel, oder richtig eine grüne Farbe geben, die ihm selbst zwar nicht grün, sondern etwa als Nuance von Grau erscheint, von der er aber aus der Erfahrung des Lebens weiss, dass sie den Namen „grün“ führt. Unser Patient zeigte das geschilderte Verhalten bei jedem einschlägigen Versuch von Neuem. Er besitzt eben nach meiner Anschauung nicht die durch Erfahrung gewonnene Fähigkeit der von Geburt an Farbenblinden, aus blossen Helligkeitsunterschieden die ihm fehlenden Farben zu erkennen.

Die Störung des Farbensinnes kommt dem Patienten, gleichwie so vielen von Geburt Farbenblinden, nicht zum Bewusstsein; befragt man ihn, ob die Gegenstände gegen früher in ihrem Aussehen verändert seien, so antwortet er verneinend.

Sicherheit in der Frage, ob wir eine angeborene oder erworbene Farbsinnstörung vor uns haben, wird uns vielleicht die Zukunft bringen. Sollte der Defekt mit der Zeit zurückgehen, so würde das für die Annahme einer erworbenen Farbenblindheit ein sicherer Beweisgrund sein. Gegenwärtig dagegen können wir die Richtigkeit dieser Annahme nur bis zu einem hohen Grade wahrscheinlich machen.

¹⁾ Berliner klinische Wochenschrift.

II. Vereinsberichte.

XXXV. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Freiburg i. Br.

am 29. und 30. Oktober 1904.

Anwesend 65 Mitglieder und Gäste.

I. Sitzung am 29. Oktober 1904, nachmittags 2¹/₄ Uhr
im Saale des Zähringer Hof.

Der erste Geschäftsführer, Professor Hoche, eröffnet die Versammlung und begrüsst die anwesenden Mitglieder, Teilnehmer und Gäste. Er gedenkt sodann der im letzten Jahre verstorbenen früheren Mitglieder Jolly, Emminghaus, Vorster und Dietz, deren Andenken sowie das Weigert's die Anwesenden durch Erheben von den Plätzen ehren.

Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung wird Hofrat Fürstner (Strassburg) gewählt. Schriftführer: Privatdozent Dr. Bumke (Freiburg) und Dr. Merzbacher (Heidelberg).

Es erstattet zunächst:

1) **Weygandt** (Würzburg) das Referat: „Ueber leicht abnorme Kinder.“

Der Begriff der Abnormität im Kindesalter soll hier möglichst weit gefasst werden; er umfasst sowohl die Debilen als leichteste Stufe geistiger Unzulänglichkeit zwischen Imbezillität und normaler Anlage, als auch die psychopathische Minderwertigkeit nach Koch und die Degenerierten im Sinne von Magnan und Möbius. Ferner weichen viele Kinder in ihrer psychischen Verfassung von der Durchschnittsbreite ab auf Grund exogener Umstände, schwerer körperlichen Krankheit und des Milieus. Der Psychiater ist verpflichtet, sein Interesse dieser grossen Klasse der leicht Abnormen zuzuwenden, weil ihre Kenntnis das Verständnis schwerer Abnormitäten fördert und dann vor allem auch, weil unter ihnen viel Anwärter späterer Psychosen zu treffen sind.

So bedauerlich hinsichtlich der Fixierung der Abnormität der Mangel eines Canons auf psychischem Gebiete ist, so macht sich dies doch noch viel bemerklicher für das kindliche Alter mit seinen mannigfachen Abstufungen. Zwar ist die Erforschung der normalen Kinderpsyche in erfreulichem Aufschwung begriffen, aber doch sind bei manchen Vorgängen noch lebhafte Zweifel berechtigt, ob sie als normal oder abnorm aufzufassen sind. Manche Forscher rechnen z. B. die Lüge zu den normalen Zügen des Kindesalters; in frühen Jahren sind auffallende motorische Erscheinungen, rhythmische Bewegungen, Verbigeration, Grimassieren usw., die an katatonische Erscheinungen erinnern, auch bei gesunden Kindern anzutreffen.

Zu dieser sachlichen Schwierigkeit stellt sich noch die andere: die Beschaffung des Materials und der Literatur. Neben den Insassen von Anstalten für schwer erziehbare Kinder und den kindlichen Patienten von Ambulatorien für Psychisch-Nervöse findet sich ein gut ausgehobenes Kindermaterial in der Mannheimer Volksschul-Institution der Förderklassen für leicht zurückgebliebene Kinder. Auch die Literatur, die zum grössten Teile pädagogischen Ursprungs ist, verlangt vielfach besondere Kritik.

Unter den ätiologischen Momenten sind zunächst die rein äusseren, schädigenden Umstände auszuschneiden, wie Ortswechsel, mangelhafte Pflege; wichtiger sind die Einflüsse der Ueberanstrengung mancher Kinder durch Gelderwerb, ferner das Beispiel herabgekommener Eltern. All' das sind exogene Ursachen vorübergehender Art.

Unter den bleibenden Abnormitäten sind zunächst die *Formes frustes* der schweren Idiotieformen zu erwähnen. Manche ätiologisch und anatomisch fixierten Formen wie Hydrocephalie und Mikrocephalie, encephalitische Idiotie und Kretinismus zeigen eine Abstufung von schweren, tiefblödsinnigen Fällen bis zu solchen, die psychisch gänzlich oder nahezu normal sind.

Nächst den toxisch bedingten Defektzuständen, besonders Alkoholismus im Kindesalter, sind die Fälle schwerer Stoffwechselalteration mit Einwirkung auf das Nervensystem zu erwähnen, besonders die Erbsyphilis und dann die als *type Lorain* beschriebenen kindlichen Entwicklungsstörungen mit Zwergwuchs und geistiger Unzulänglichkeit auf der Basis schwerer Tuberkulose und Kreislaufstörungen, insbesondere Pulmonal- und Mitralstenose.

Besonders wichtig ist die Frage nach Eigentümlichkeiten der Kinder, die später an einer Psychose erkranken, an *Dementia praecox*, manisch-depressivem Irresein, auch der originären *Paranoia* nach Sander; wenn nicht die Art der Heredität einen Fingerzeig gibt, sind wir meist ausserstande, derartige Fälle von anderen kindlichen Abnormitäten zu scheiden. Viel leichter möglich, wenn auch nicht immer durchführbar, ist die Deutung eines abnormen Kindes als epileptisch oder hysterisch.

Bei einer Analysierung zahlreicher Fälle findet sich oft genug eine Kombination mehrerer ätiologischer Faktoren, so wenn ein Kind von einem alkoholischen Vater stammt, von einer hysterischen Mutter erzogen und frühe schon auf Broterwerb ausgeschickt wird.

Symptomatologisch ist zu konstatieren, dass der Vorgang der einfachen Empfindungen selten gestört ist, aber vielfach schon die Perzeption, die Einreihung des Empfindungsrohmaterials den Bewusstseinsmangel zeigt; dieser Auffassungsakt entbehrt nicht der assoziativen Hilfen wie beim Idioten und Imbezillen, doch ist er gewöhnlich flüchtiger, oberflächlicher als wie beim normalen. Als vorübergehende Abnormität sind die Sinnestäuschungen zu erwähnen, an denen Kinder bei manchen Infektionskrankheiten besonders leicht erkranken.

Am leichtesten lassen sich Verstandesstörungen feststellen, Gedächtnisdefekte und mangelhafte Assoziationen, doch nicht selten unter einer exzessiven Veranlagung nach manchen Richtungen hin; so kommt Erschwerung des Urteilsprozesses beim Subtrahieren vor, während die Gedächtnisleistungen der Multiplikation sehr gut von staten gehen können. Als grundlegende Störung ist gewöhnlich die Aufmerksamkeitsschwäche zu erkennen. Beim Zusammenschliessen von partiellen, bei der Verarbeitung von Wahrnehmungen aus verschiedenen Sinnesgebieten, bei der Aneinanderreihung mehrerer Vorstellungen zu einem Schluss und besonders bei der Bildung abstrakter allgemeiner Vorstellungen tritt das hervor.

Schwierig zu beurteilen sind die Abnormitäten der Phantasietätigkeit, weil manche Kinder ihr Seelenbinnenleben selten erschliessen. Komplizierte Vorstellungsserien, Grübeleien, Zwangsvorstellungen, paranoide Gedankengänge

können lange Zeit den Erziehern verborgen bleiben; leichter zu beurteilen sind Kinder, die ihre Phantasiebildungen zum Ausdruck bringen und fabulieren.

Von grösster Wichtigkeit sind die Störungen des Gefühlslebens und der Psychomotilität. Schwache Gefühlsreaktion muss ebenso auffallen wie besonders lebhaft ausgeprägte Gefühlsausbrüche, vor allem nach der Unlustseite hin. Die Depressionsäusserungen des Kindes können rein reflektorisch veranlassend sein wie beim *pavor nocturnus*, sowie auch durch mehr oder weniger mangelhafte psychische Motivierung bedingt.

Neben Intensitätsänderungen im psychomotorischen Verhalten des Kindes treffen wir auch qualitative Verschiebungen, so die für die frühesten Jahre noch normalen rein motorischen Entladungen, dann Mitbewegungen, Zwangsbewegungen, ferner die wichtige Erscheinung des Davonlaufens. Neben den Mängeln der passiven Aufmerksamkeit bei der Auffassung und Verarbeitung von Eindrücken liegt auch in Störungen der aktiven Aufmerksamkeit, in der Ungleichmässigkeit der psychischen Aktivität ein Grundzug der Minderwertigkeit. Aus einem Missverhältnis zwischen Gefühlsregungen und Hemmungsvorstellungen, die geschwächt sind, und hinreichend starker Aktivität ergeben sich sozial bedenkliche Handlungen mancher Abnormen.

Von rein nervösen Symptomen verlangen Krämpfe, Ohnmacht, Schwindel, ferner Sensibilitätsstörungen, dann besonders die Schlafstörungen mannigfacher Art besondere Berücksichtigung.

Rein körperlich kommen Anämie, auch Strabismus, Nystagmus, ferner Rhachitis und Tuberkulose recht häufig vor; Degenerationszeichen sind nicht gerade selten.

Aetiologische Gruppen sind schwer zu bilden. Bei einem Versuch, nach klinisch-psychologischem Gesichtspunkte die leicht abnormen Kinder zu gruppieren, können wir folgende Hauptabteilungen bilden:

1. Die epileptischen Kinder, von denen nur etwa die Hälfte klassische Krampfanfälle zeigt und ein kleinerer Teil verblödet, als sich aus den Statistiken der in Epileptiker- und Idiotenanstalten befindlichen Kinder ergibt. Auch dieser einheitlichsten Gruppe gegenüber ist zu betonen, dass es zahlreiche leicht abnorme Kinder gibt, die den Verdacht, aber nicht den Nachweis der Epilepsie zulassen.

2. Die hysterischen und

3. die konstitutionell neurasthenischen Kinder werden vom Korreferenten einer eingehenden Würdigung unterzogen. Von jenen Fällen psychischer Minderwertigkeit im Kindesalter, die nicht durch irgend welche Symptome die Rubrizierung unter die vorigen Gruppen ermöglichen, sind zunächst als Gruppe

4 die Fälle hervorzuheben, bei denen ziemlich gleichmässig eine leichte Minderleistung der Aufmerksamkeit mit einer geringen Abstumpfung der Gefühlssphäre verbunden ist, die Debilen im engeren Sinne.

Als Gruppe 5 können wir die Fälle zusammenfassen, bei denen die intellektuellen Leistungen, die Aufmerksamkeit, die psychische Aktivität gering entwickelt sind im Vergleich zu dem regen Gefühlsleben. Aus dieser Ueberschwärzung der aktiven Seite resultieren die phantastischen, träumerischen, überschwänglichen, reizbaren und lügnerrischen Kinder, auch die Vorstufen jener, die Kraepelin als die haltlosen unter den psychopathischen Persönlichkeiten beschreibt.

Gruppe 6 zeigt im Gegensatz dazu gewöhnlich eine hinreichende Ausbildung der intellektuellen Sphäre bei einer Minderentwicklung des Gefühlslebens. Es sind die Kinder, die an den harmlosen Spielen keinen Gefallen finden, die auf Strafe mit Trotz reagieren, die Tiere quälen, ihr Spielzeug und ihre Kleider absichtlich ruinieren, keine Anhänglichkeit und Dankbarkeit kennen und sich früh schon durch Ränke, Heimtücke, Gewalttätigkeit und Diebstahl auszeichnen. Es sind die Frühstufen des geborenen Verbrechers. Nicht bloss das komplizierte Gewebe der moralischen Gefühle ist bei ihnen abnorm, sondern schon die einfachen Gefühlstone sind bei ihnen gestört. Die intellektuelle Entwicklung leidet darunter wohl vielfach, aber keineswegs in jedem Falle notwendig.

Der Arzt hat vorzugsweise die diagnostische, der Pädagoge die therapeutische Aufgabe. Vor allem der Hausarzt sollte schon vor dem schulpflichtigen Alter die Kinder nach dieser Richtung ins Auge fassen. In grösseren Städten ist die Berücksichtigung der abnormen Kinder als eines wissenschaftlich wertvollen Materials für Nervenpolikliniken dringend zu empfehlen. Selbstverständlich sollte der Schularzt psychologisch und psychiatrisch gebildet sein.

Neben einer Zustandsuntersuchung hat der Arzt auch auf die Einleitung einer zweckmässigen Versorgung zu achten. Bei zahlreichen Kindern dieser Art führen hygienische Massregeln und erzieherische Sorgfalt zu einem guten Resultat, sehen wir doch, dass manche hochbedeutende Männer, wie Liebig, auch Helmholtz, in der Jugend nach mancher Richtung hin von der Norm abgewichen waren.

Bei vielen leicht Abnormen empfiehlt sich eine Aenderung in der Erziehung und im Unterricht. Während die Hilfsklassen im wesentlichen für nicht internierungsbedürftige Imbezille geeignet sind, bietet sich für solche Kinder, die intellektuell ganz leicht zurückgeblieben sind, als zweckmässigste Einrichtung das Förderklassensystem nach Sickinger in Mannheim, die Zwischenstufe zwischen Hilfsklassen und Normalklassen. Repetenten, leicht nervöse, ermüdbare, anämische, schlecht genährte Kinder, auch solche, die durch längere Schulversäumnisse zurückgeblieben sind, werden aus der Normalklasse in eine Förderklasse versetzt. Hier werden sie durch besonders geeignete Lehrer, die mit der Klasse aufrücken, unterrichtet, die Schülerzahl ist kleiner als in den Normalklassen, der Lehrgang ist quantitativ modifiziert, doch in sich geschlossen und führt zu einem schulmässig abgerundeten Bildungsschluss in einem mehrklassigen, den Normalklassen parallel gehendem System, das Rückversetzung leicht erlaubt. Die bisherigen Erfahrungen in Mannheim, wo 7,7% aller Volksschüler in solchen Förderklassen untergebracht sind, waren in hohem Masse befriedigend.

Moralisch schwache Kinder, die konstanter Ueberwachung bedürfen, sollten möglichst in Internaten untergebracht werden. Für Wohlhabende existieren wohl einige derartige Pädagogien, die dann vor allem zu empfehlen sind, wenn sie sich möglichst dem Familienbetrieb nähern und nicht Massenanstalten darstellen. Schwere Fälle werden nach § 1666 und 1838 des B.-G.-B. in der Fürsorgeerziehung untergebracht, gegen deren Durchführung vom ärztlichen und pädagogischen Standpunkte noch manche Bedenken bestehen. Für unbemittelte Kinder, die nicht derart versorgt werden können, aber doch intensiver Ueberwachung bedürfen, fehlt es noch an entsprechenden Einrichtungen.

Für epileptische Kinder Sonderschulen einzurichten, empfiehlt sich nicht so sehr, als vielmehr eine Individualisierung, indem Intellektuelle und Defekte in Idiotenanstalten oder Hilfsschulen, sozial Bedenkliche in die Fürsorgeerziehung gehören, Kinder mit gehäuften Anfällen und Status epilepticus rein ärztlicher Behandlung bedürfen, während Kinder mit vereinzelt, anfallartigen Symptomen ohne sonstige Defekte in der Normalschule unter Ueberwachung durch einen entsprechend informierten Lehrer verbleiben können. Störungen des Unterrichts durch Anfälle kommen überraschend selten vor. (Eigenbericht.)

Es folgt 2) der Vortrag des Korreferenten, Herrn Oberarzt Dr. Thoma (Illenau).

Neben den geistesschwachen, den epileptischen und gemütsentarteten Kindern fallen unter den Begriff der leicht abnormen auch die Kinder mit Störungen, die den Neurosen Erwachsener nahe stehen, resp. mit diesen identisch sind. Es sind Störungen, die sich unter den Hauptgruppen der kindlichen Neurasthenie, Hysterie und Chorea minor zusammenfassen lassen.

Was zunächst die Neurasthenie betrifft, so steht hier das von Emminghaus als Neurasthenia cerebialis der Kinder bezeichnete abgeschlossene Krankheitsbild an der Spitze. Meist hat man es jedoch nicht mit einem solchen zu tun, sondern mit einzelnen Erscheinungen, die in das Gebiet der Neurasthenie gehören.

Dies sind zunächst die Zwangsvorstellungen und Phobien, die schon bei Erwachsenen, mehr aber noch bei Kindern auf neuropathische Veranlagung hindeuten. Manche Phobien (Furcht vor Spinnen, Mäusen, Ekel vor gewisser Nahrung) stehen den Idiosynkrasien nahe und unterscheiden sich vom Normalen nur durch die Dauer und Intensität der Reaktion. Ihren Ausgangspunkt können sie von einem einmaligen starken psychischen Eindruck nehmen. Daneben sind die echten Zwangsvorstellungen wie bei Erwachsenen häufig. Auch die krankhafte Skrupulosität gehört hierher.

Mit den Zwangsvorstellungen verwandt sind die Tics, die sich bis zur maladie des tics convulsifs steigern können, deren erstes Symptom aber lediglich in Zerstretheit und Unaufmerksamkeit bestehen kann.

Ebenso wie die Tics deuten eine Reihe von vorwiegend vasomotorischen Erscheinungen auf das Vorhandensein der neuropathischen Anlage und sind deshalb als Warnungssignale wichtig. (Erröten, Erblassen, partielle Gefäßspasmen, Nesselausschläge, nervöses Herzklopfen und Erbrechen etc.).

Die Therapie ist in allen diesen Fällen in dem Referat nur kurz angedeutet; es wird neben einer allgemeinen hygienisch-diätetischen stets eine ärztlich pädagogische Behandlung empfohlen.

An die Tics schliessen sich gewisse mehr im psychischen Gebiet liegende Erscheinungen an: die pathologische Träumerei, in der die Pseudologia phantastica ihren Ursprung haben kann.

Ferner gehört hierher das triebartige Davonlaufen, der Wandertrieb, Fugues, die Poriomanie, die den Wanderungen Epileptischer und Hysterischer ähnlich ist, gerade bei Kindern aber auch auf Grund einfacher Psychasthenie vorkommen kann und sich zuweilen an eine Misstimmung, eine Dysphorie anschliesst.

Referent wendet sich dann zur Hysterie, die bei Kindern wohl stets auf erblicher Anlage beruht und angeboren ist.

Die sichersten Erscheinungen sind Krämpfe, die früher häufig irrtümlich der Dentition zugeschrieben wurden, ferner Lähmungen und Kontrakturen, Zornparoxysmen, Ohnmachten, Strabismus etc. Bei zunehmendem Alter werden die Erscheinungen immer mehr denen bei Erwachsenen ähnlich, vor allem auch durch die Ausbildung des hysterischen Charakters.

Wichtig sind auch hier die ersten oft sehr vagen Erscheinungen, die Hysterie in statu nascendi, die sich bei den Kindern zuweilen nach einem Schrecken oder im Rekonvaleszenzstadium von akuten Krankheiten zeigen und um so leichter ihren hysterischen Charakter verbergen, als die Hysterie hier häufig monosymptomatisch auftritt.

Auch bei der Chorea minor, die ebenfalls meist auf nervösem Boden erwächst, wird die ausgebildete Erkrankung mit ihrer typischen Muskelunruhe, resp. Bewegungen auch von Eltern und Lehrern kaum übersehen. Dagegen sind im Beginn die Erscheinungen oft wenig ausgeprägt und werden daher oft verkannt, zumal auch stets der Charakter der Kinder verändert ist.

Bei allen Ausführungen betont Referent die Wichtigkeit des Beachtens der Initialsymptome als Warnungssignale, aus welchen auf das Vorhandensein einer psychopathischen oder psychasthenischen Konstitution geschlossen werden kann.

Der zweite Teil des Referats behandelt die allgemeinen Prinzipien, die bei der Bekämpfung dieser Aeusserungen einer abnormen Anlage im Kindesalter in Betracht kommen.

Da eine Besserung gewisser ätiologisch wichtiger Faktoren, z. B. die Vermeidung von Ehen konstitutionell kranker Personen, vorläufig nicht zu erwarten sein dürfte, so ist ein möglichst frühzeitiges Erkennen der kranken Anlage nötig, da, wenn überhaupt, im Beginne noch bessernd auf diese eingewirkt werden kann.

Zur Feststellung der abnormen Kinder wird dann eine möglichst ausgiebige auch auf das Land ausgedehnte Kontrolle durch psychiatrisch und psychologisch vorgebildete Schulärzte empfohlen.

Die Behandlung selbst richtet sich gegen die kranke Konstitution und soll heilend und erziehend zugleich wirken. Sie muss daher eine ärztlich pädagogische sein. Neben sorgfältiger Körperpflege, wobei Ruhe, Diät, Gymnastik, Bewegungsspiele, Hydrotherapie eine Rolle spielen, ist vor allem die Erziehungsmethode wichtig. Man nimmt jetzt allgemein an, dass der übliche Fachunterricht sich für viele geistig abnorme Kinder nicht eignet, vielmehr für solche eine von individual-psychologischen Prinzipien ausgehende Erziehungsmethode anzuwenden ist.

Sowohl die ärztliche Behandlung von kranken Kindern der oben erwähnten Kategorien als auch die sogenannte Erziehungsmethode wird sich in vielen Fällen nur an einer entsprechend geleiteten Anstalt durchführen lassen.

Referent empfiehlt daher in einem Schlusssatz 1. ausgiebige Anstellung psychiatrisch und psychologisch vorgebildeter Schulärzte, 2. Schaffung von Anstalten nach dem obigen Prinzip. (Eigenbericht.)

Diskussion:

Laquer schliesst sich unter Hervorhebung der günstigen Verhältnisse in Frankfurt a. M. im ganzen den Ausführungen der Referenten an, möchte nur gegen die Mannheimer Wiederholungs- und Förderklassen einige Bedenken

geltend machen. Es sind das administrativ: eine Vermehrung der Schullasten, die ohnedies von manchen Gemeinden kaum zu erschwingen sind, und das Fehlen der besser Befähigten in den Hilfsklassen, die die anderen mit fort-reissen. Ganz entschieden bestreitet L. den Wert von besonderen Schulen für nervöse und hysterische Kinder; die sollen zu Hause erzogen, bezw. ärztlich geheilt werden. Es schadet nichts, wenn solche Kinder etwas weniger lernen. Epileptiker können zumeist in den Hilfsschulen bleiben.

Wildermuth hält die Schaffung eigener Anstalten für nervöse Kinder weder für nötig noch für angebracht. Die zu grosse Teilung der Fürsorge und des Unterrichtes ist überhaupt zu vermeiden.

Chorea hat mit Hysterie lediglich nichts zu tun; natürlich kann gelegentlich eine choreaartige Neurose durch die Hysterie vorgetäuscht werden.

Bedeutsame Aufschlüsse, oft mehr als der Unterricht, gibt über Anlage und Naturell der Kinder die Beobachtung beim ungezwungenem Spiel.

Tics confulsifs und maladie des Tics confulsifs leisten jeder Therapie Widerstand, heilen aber von selbst.

Pfister weist auf die Notwendigkeit hin, auch den neurologischen Status der geistig abnormen Kinder aufzunehmen, speziell Material zu sammeln bezüglich der bei ihnen oft vorkommenden psychomotorischen (oft nur als passagere Entwicklungsverzögerungen auftretenden) Anomalien und Defekte.

Später wird dieses Material vielleicht einmal in diagnostisch-prognostische Gruppen zusammengefasst werden können und es wird sich zeigen, dass gewisse dieser Gruppen in engerer Beziehung zu bestimmten Formen geistiger Anomalien stehen, als zu anderen, womit neue Hilfsmittel für Erkennung und Prognose der betr. geistigen Zustände gegeben wären.

Kreuser: Bei aller Gründlichkeit der Referate waren Winke über die Fürsorge für die abnormen Kinder über die Schule hinaus zu vermissen. In dieser Richtung wird in erster Linie Individualisierung notwendig sein. Zu erwähnen ist aber doch noch ein gemeinsames Moment, die spätere Militärpflicht. Die gemeinsame militärische Erziehung ist ja für einen Teil der Abnormen förderlich, ebenso wie die Gemeinschaftlichkeit des Unterrichtes, in der Mehrzahl der Fälle dürfte aber doch die Unzulänglichkeit der psychischen Veranlagung beim Militär erst recht offenkundig werden durch Schwierigkeiten, die sie der Disziplin bereiten. Führen diese zu Bestrafungen, so fördern diese nur zu leicht eine weitere psychische Degeneration.

Laquer schildert die Einrichtungen für Versorgung der Schwachbefähigten nach der Schulentlassung: Arbeitslehr-Kolonien, wie sie bei Breslau im Anschluss an die Hilfsschulen bestehen und auch für Frankfurt geplant sind. Hilfsschulzöglinge kämen im Heere oft genug vorwärts. In vielen Teilen des Reiches werden Listen der Schulentlassenen von den Hilfsschulen an die Aushebungs-Kommission abgegeben und erweisen sich als nützlich.

Fürstner: Individuen, wie sie die Referenten geschildert haben, zu studieren, bietet sich in den Kliniken, speziell in den Polikliniken gar nicht so selten Gelegenheit. Bei der Entstehung dieser Zustände spielen Entwicklungshemmungen und Krankheiten in der ersten Kindheitsperiode doch wohl eine noch grössere Rolle, als es von den Referenten hervorgehoben wurde; der Beweis lässt sich oft dadurch führen, dass Veränderungen, namentlich Ungleichheiten der Reflexe, auf beiden Seiten gefunden werden.

Gegenüber der Ansicht Weygandt's, für die moralisch Schwachsinnigen sei eine gewisse Gemütsstumpfheit typisch, sei doch daran zu erinnern, dass gerade diese Individuen oft eine sehr lebhaft Affekterregbarkeit besitzen, dass aber bei ihnen die gemüthliche Reaktion eine von der Norm abweichende, oft direkt entgegengesetzte sei.

Bedenklich sei es, einen Wandertrieb ohne Bewusstseinstübung bei derartigen abnormen Kindern anzunehmen; damit würde das wichtigste Kriterium für die Unterscheidung des Davonlaufens normaler Kinder und des pathologischen Wanderns fortfallen.

Gegenüber Wildermuth, dessen Ausführungen F. im wesentlichen zustimmt, sei zu betonen, dass man doch, ehe man allzu häufig den Beginn psychischer Störungen in die Kindheit verlegt, jedesmal mit einer gewissen Vorsicht prüfen müsse, ob nicht die anamnestisch erhobenen Angaben über Jugenderlebnisse pathologischer Art auf Erinnerungsfälschungen beruhen.

Endlich möchte auch F. zu einer gewissen Zurückhaltung und Vorsicht bei der Aeusserung neuer Anstaltswünsche raten. Anstalten für nervöse Kinder seien entbehrlich, notwendig seien dagegen solche für psychisch kranke Kinder.

Thoma (Schlusswort): Der Einwand von Wildermuth, dass für eine grössere Anstalt dieser Art kein Bedürfnis vorliege, wird vom Referenten dahin beantwortet, dass in dem Referate absichtlich eine Aeusserung über die praktische Ausführung vermieden wurde.

Referent habe übrigens, soweit eine öffentliche Fürsorge in Betracht komme, nur an eine Abteilung für leicht abnorme Kinder vielleicht zusammen mit wirklich psychotischen Kranken gedacht, die einer bestehenden grösseren Irrenenanstalt anzugliedern wäre. Für eine solche bestehe aber allerdings ein Bedürfnis.

Weygandt erkennt die gegen seine Forderungen erhobenen Bedenken an, weist aber noch einmal auf die Notwendigkeit einer zielberechtigten Fürsorge für diese abnormen Individuen hin. Er zweifle nicht daran, dass die Erfahrung nicht Laquer, sondern ihm recht geben werde.

Nach einer kurzen Pause erstattet

3) **Neumann** (Karlsruhe) den Bericht der Nervenheilstätten-Kommission.

Die vor zwei Jahren eingesetzte Kommission hat als solche die Nervenheilstätten-Bewegung nicht zu fördern vermocht. Diese hat übrigens seit dem Jahre 1902 unverkennbare Fortschritte gemacht. Die Provinz Hannover hat eine Heilstätte in Betrieb gestellt, in der Rheinprovinz ist eine solche im Bau. Grosse Krankenkassen-Verbände (Hessen, Baden) haben an der Bewegung Interesse gewonnen und unterstützen dieselbe. Im Grossherzogtum Baden hat sich zwecks Gründung einer Heilstätte ein Verein konstituiert, der sich der tatkräftigen Förderung von seiten der Regierung erfreut.

Ref. stellt den Antrag auf Auflösung der Kommission, da bei der heutigen Sachlage kaum mehr zu befürchten ist, dass die Bewegung ins Stocken gerät.
(Eigenbericht.)

Dieser Antrag wird von der Versammlung auf den Vorschlag von Hofrat Fürstner, der der Kommission den Dank der Versammlung ausspricht, angenommen.

4) Fauser (Stuttgart): Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen.

Redner berichtet zunächst in ausführlicher Weise über einen von ihm beobachteten Krankheitsfall, bei dem über ein Jahr lang ein Zustandsbild bestand, das nach allen seinen klinischen Erscheinungen, nach Krankheitsbeginn und Verlauf, mit der Manie resp. dem manisch-depressiven Irresein sich deckte, das weder in der geistigen noch in der körperlichen Sphäre ein paralytisches Symptom erkennen liess und das nach mehr als Jahresfrist, scheinbar in der Nähe der Genesung, einer anscheinend gut fundierten Diagnose zum Trotz, als der Paralyse zugehörig sich entpuppte.

Bei der pathogenetischen Erklärung solcher Fälle weist der Vortragende zunächst auf die Tatsache hin, dass nicht nur bei der Paralyse, sondern auch bei andern exogenen Krankheitsformen — bei Kollapsdelirium, Amentia, erworbener Neurasthenie, bei den katatonischen, präsenilen und senilen Involutions- und Verblödungsprozessen, bei Hirntumoren und anderen umschriebenen Gehirnprozessen u. s. f. neben dem manisch-depressiven Symptomenkomplex auch hysterieartige, konstitutionell-neurasthenische, moral-insanity-artige Komplexe erfahrungsgemäss zur Beobachtung gelangen.

Durchweg handelt es sich dabei um Syndrome aus der degenerativen Gruppe. Das Charakteristische für alle diese Störungen degenerativer Art ist, dass sie durch eine Brücke psychologischer Zusammenhänge mit dem normalen Seelenleben verbunden, dass sie introspektiv begreifbar sind: von den ausgesprochen Manischen, Depressiven führt der Weg über die konstitutionell Verstimmtten schrittweise zurück ins Normale; die „rein psychogene Entstehungsweise“, die wir für die hysterischen und verwandten Neurosen in Anspruch nehmen, ist nichts anderes als der Ausdruck für die introspektive Begreifbarkeit derselben; Phobien, Zwangsvorstellungen und andere konstitutionell-neurasthenische Symptome innerlich zu verstehen und nachzuerleben fällt uns nicht allzuschwer etc. Es handelt sich eben bei den degenerativen Krankheitserscheinungen um koordinierte Symptomenkomplexe, die beim Gesunden bereits präformiert sind, deren einseitiges Hervortreten aber beim Gesunden durch eine Reihe von Momenten, insbesondere durch die Einflüsse der Uebung, Erziehung, der intellektuellen Prozesse ganz oder nahezu ganz verhindert wird. Je mehr diese letztgenannten Momente an Intensität, absolut oder relativ, abnehmen, um so mehr werden jene bisher latenten Syndrome manifest. Das Auftreten hysterischer, manisch-depressiver etc. Symptome bei exogenen Krankheitsformen dürfen wir sowohl als eine Ausfallserscheinung auffassen, die mit andern längst bekannten Ausfallserscheinungen auf andern Gebieten der Uebung, der Erziehung, der intellektuellen Prozesse auf eine Stufe zu stellen ist.

Der Vortragende fasst zum Schluss seine Ausführungen in folgende drei Sätze zusammen:

1. Bei vielen (allen?) durch äussere Ursachen im weitesten Sinn hervorgerufenen Krankheitsformen finden sich Symptomenkomplexe aus der degenerativen Gruppe, die für den Krankheitsverlauf inhaltlich und formal von wesentlicher Bedeutung sind.

2. Durchweg handelt es sich dabei um psychische Funktionen, die bereits im gesunden Leben vorgebildet sind.

3. Ihr einseitiges Hervortreten ist am ehesten als eine Ausfallserscheinung aufzufassen, analog den übrigen schon längst als Ausfallserscheinungen gewürdigten Symptomen.

Diskussion:

Fürstner bemerkt, dass Fälle, wie der von dem Votr. beobachtete, nicht allzu selten vorkämen. Oft genug bestände ein rein manisches Symptomenbild ohne jedes Zeichen der Demenz bei Kranken, die dann später plötzlich Anfälle bekämen und gewöhnlich im Anschluss daran auch psychisch als Paralytiker leicht erkennbar würden. Ebenso sei ein rein hypochondrisches Vorstadium der Paralyse garnicht selten. Diese Fälle seien ebenso wie diejenigen, in denen eine länger dauernde Remission vollkommene Heilung und damit eine funktionelle Erkrankung vortäusche, praktisch gewiss sehr unangenehm, weil sie zu Irrtümern bezüglich der Prognose Anlass geben, sie seien aber doch ohne weiteres verständlich, wenn man sich klar mache, dass der paralytische Krankheitsprozess nicht alle Teile des Zentralnervensystems gleichzeitig zu ergreifen pflege. Den Beweis dafür besitzen wir in den Fällen, in denen umgekehrt die somatischen Symptome den psychischen Veränderungen lange Zeit vorausgehen. Deshalb ist es so wichtig, dass der Arzt mit grösster Sorgfalt auf das Vorhandensein von spinalen Krankheitszeichen bei allen verdächtigen Kranken achtet.

Die Bemerkung des Votr., dass auch bei der Paralyse die Persönlichkeit des Kranken die Gestaltung des psychischen Gesamtbildes wesentlich beeinflusse, treffe für den einen oder den anderen Fall gewiss zu; dagegen sei eine Verallgemeinerung derartiger Beobachtungen entschieden als unrichtig abzulehnen, man könne viel häufiger eine völlige Aenderung des Charakters konstatieren.

Schluss der ersten Sitzung 5¹/₂ Uhr.

(Fortsetzung folgt.)

III. Bibliographie.

1) **E. Raimann:** Die hysterischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie. 1904. Franz Deutike. (395 Seiten.)

Raimann's Versuch, in Form einer Monographie eine abgerundete und erschöpfende Darstellung der hysterischen Geistesstörungen zu geben, ist mit Freuden zu begrüssen, da gerade über diese Form des Irreseins noch die verschiedenartigsten Auffassungen mit einander im Widerstreite liegen. Auf der einen Seite stehen Psychiater, welche das Vorkommen hysterischer Geisteskrankheiten überhaupt in Abrede stellen möchten und nur das Delir des hysterischen Anfalles anerkennen; auf der anderen Seite findet man Autoren, welche mit dem Worte Hysterie allzu freigebig umgehen.

Verf. bekennt sich zu dem Satze, dass es keinen Fall von Hysterie gibt, der nicht psychische Alterationen zeigt, und lässt aus solchen, manchmal fast unmerklichen Erscheinungen die eigentlichen hysterischen Psychosen in fliessender Steigerung hervorgehen. Den Typus dieser Psychosen bilden die psychischen Störungen des klassischen Anfalles. Im Vordergrund des Krankheitsbildes steht immer die gesteigerte Suggestibilität, die Beeinflussbarkeit durch äussere Momente. Die zeitliche Dauer ist eine begrenzte. Niemals entwickelt sich ein

wirklicher Defektzustand. Die hysterischen Seelenstörungen sind also funktionelle Geisteskrankheiten, die aus der hysterischen Persönlichkeit hervorgehen und den Gesetzen der Hysterie gehorchen.

Nur selten kommt die hysterische Persönlichkeit rein zur Beobachtung. Auch wenn die offenkundigen Krankheitserscheinungen erst im Laufe des Lebens durch erworbene Schädlichkeiten zum Ausbruch gebracht wurden, liegt eine angeborene psychopathische Konstitution zugrunde, welche gleichzeitig Aeusserungen einer *Dégénérescence mentale* bedingen kann. Zwar glaubt sich Raimann berechtigt, aus dem weiten Rahmen des degenerativen Irreseins den hysterischen Charakter als eigenartigen Symptomenkomplex herauszuheben, gibt aber später zu, dass derselbe bei sicher hysterischen Personen rudimentär bleiben könne und dann nur in gewissen Eigentümlichkeiten zum Ausdruck gelange, die man auf die krankhafte Veranlagung und Entwicklung der Persönlichkeit, also auf degenerative Faktoren beziehen müsse. „Die Hysterie selbst gehört unter das Entartungsirresein.“

Im Gegensatz zu Nissl legt Verf. grossen Wert auf eine psychologische Betrachtungsweise der Hysterie, weil alle Aeusserungen derselben den Gesetzen des normalen psychischen Geschehens folgen, sodass man geradezu von einer logischen Erkrankung reden könne. Diese Abhängigkeit aller ihrer Symptome von äusseren und inneren Vorgängen erklärt die charakteristische Suggestibilität der Hysteriker und die weitgehende Uebereinstimmung mit dem Verhalten Hypnotisierter. Bei vollkommener Kenntnis seines Bewusstseinsinhaltes würde man das Gebahren eines Hysterikers im voraus bestimmen können.

Es folgt die Besprechung der einzelnen Formen hysterischer Psychosen:

a) Geistesstörungen des hysterischen Anfalles: Symptomatologisch kann man unterscheiden einfache Affektstörungen, halluzinatorische Formen, Delirien, Schlafzustände. Ganz kurz dauernde Episoden solcher Geistesstörungen stellen sich als Aura dar oder bilden ein Anhängsel an den Krampfanfall. In anderen Fällen währen sie Stunden und Tage und erlangen eine relative Selbständigkeit, während die Konvulsionen ihnen gegenüber zurücktreten. So führt eine fliessende Reihe hinüber zu den selbständigen hysterischen Psychosen. Uebrigens kommt die läppische Erregung der *Moria* nicht nur bei jungen Mädchen vor, wie Verf. meint. (Ref.)

b) Hysterisches Delirium: Bei diesem durchaus eigenartigen Krankheitsbilde ist das Hauptgewicht darauf zu legen, dass selbst bei lebhaftem Affekt und traumhafter Bewusstseinsstrübung ein deutlicher Rapport mit der Umgebung, also Suggestibilität, besteht. Die Sinnestäuschungen gehen gerne auf affektvolle Erlebnisse der Vergangenheit zurück, eventuell auf die krankheitsauslösende Ursache. Der Inhalt der Delirien ist dabei vielfach ins Grotteske übertrieben, behält aber sozusagen einen logischen Zusammenhang. Die Kranken fügen sich trotz ihrer Desorientierung widerspruchlos ihrer Umgebung ein. Eigentliche Sprachverwirrtheit und Ideenflucht sollen ganz fehlen. (Diese Behauptung geht nach Ansicht von Ref. zu weit. Vergl. auch die Arbeit von Hey über das Ganser'sche Symptom.) Die Delirien können sich mit häufigeren Remissionen über Monate hinziehen. Manchmal werden sie von einer Latenzzeit mit richtigen Aurasymptomen eingeleitet. Ferner kann die Erregung mit stilleren Episoden abwechseln, in denen die Patienten wie schlafend daliegen, ohne auf Anreden oder Rütteln zu reagieren.

c) **Hysterische Dämmerzustände.** Im Vordergrund steht die Einschränkung des Bewusstseinsinhalts, die Erschwerung der Apperzeption, während alle eigentlichen Reizerscheinungen zurücktreten. Die Umgrenzung ist jedoch schwierig, da es sich in letzter Linie um eine äusserliche Unterscheidung wesensverwandter Zustände handelt. Bei allmählicher Entwicklung der Bewusstseinsänderung können die Kranken in Worten und Handlungen einen durchaus korrekten Eindruck machen. Ideenkreise und Antriebe des Normalzustandes pflegen fortzuwirken. Typisch ist ein unaufhörlicher Wechsel der Intensität der Bewusstseinstrübung in Abhängigkeit von der Aussenwelt, und scheinbare Widersprüche im Symptomenbilde, ferner umschriebene Amnesien. Dadurch machen die Patienten gelegentlich den Eindruck plumper Simulanten, zumal wenn ihnen bei erhaltener Auffassung schwieriger Probleme gerade die elementarsten Kenntnisse zu fehlen scheinen. Ueber die Bedeutung des sogenannten Vorbeiredens urteilt Raimann, dasselbe dürfe als pathognostisch für die Diagnose Hysterie zu verwerten sein, falls man Katatonie und Simulation ausgeschlossen habe.

Sinkt das Bewusstsein auf eine tiefere traumhafte Stufe, dann erfolgen die Antworten mühsam, zögernd, wie bei Verwirrtheits- und Hemmungszuständen überhaupt. Schliesslich erreichen die Kranken anscheinend einen Grad von Blödsinn, der die Zustände akuter Demenz noch überbietet, behalten aber in schreiendem Widerspruche zu ihrer Desorientirung ein ausgezeichnetes Verständnis für ihre Umgebung. Die Suggestibilität solcher Patienten ist bisweilen verblüffend. Affektschwankungen, Sinnestäuschungen, Wahnideen können das Bild trüben. Die Dauer beträgt bis zu Monaten. Bemerkenswert ist, dass Erwachsene wie Kinder in einer erträumten Rolle aufgehen können, sodass es zu einer förmlichen Spaltung der Persönlichkeit kommt. Endlich wird Wandertrieb beobachtet.

d) **Andere Formen der akuten hysterischen Psychosen.** Sowohl unter den Störungen, welche hysterischen Anfällen vorausgehen, als unter denen, welche unmittelbar sich an den Anfall anschliessen, trifft man Symptomenbilder, welche als manisch, melancholisch, stuporös angesehen werden können. Doch sind gewisse Differenzen gegenüber nichthysterischen Geistesstörungen für den aufmerksamen Beobachter unverkennbar. In naher Verwandtschaft mit den Stuporzuständen stehen die Schlafanfälle. Gelegentlich findet sich hier auch Katalepsie oder Mischformen zwischen Krampf-, Hemmungs- und Lähmungszuständen. Ferner können sich Delirien einschieben. Die hysterische Natur der Störung bestätigen Patienten, welche ohne Schaden zu nehmen, tausende solcher Anfälle durchmachen.

Als Somnambulismus wäre streng genommen nur ein Zustand zu bezeichnen, in welchem Handlungen auf traumhafter Bewusstseinsstufe aus dem Schlafe heraus vorgenommen werden. Das trifft bei der Hysterie selten zu; in der Regel gehen Krämpfe voraus. Auch aus der Lethargie oder der Hypnose entwickeln sich Attaquen von Somnambulismus.

Durch systematische Amnesien entstehen Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins mit Schaffung eines *État second*. Wird letzterer durch Autohypnose regelmässig provoziert, so ergibt sich der Traumzustand spiritistischer Medien.

Andere Elementarstörungen sind die pathologische Lüge, die zweckbewusste Erfindung, Verläumdung, Nachahmung, wirkliche Simulation, welche

die Patienten mitunter sogar als gemeingefährlich erscheinen lässt. Wichtiger sind die akuten Psychosen, welche pathologischen Affektäusserungen entsprechen. Erreichen diese eine gewisse Höhe, so trübt sich immer das Bewusstsein, und es folgen später Amnesien. Es gibt auch Hysterische, die in jedem Affekte halluzinieren. Andere sind geradezu selbstmordsüchtig und begehen eine Unzahl Tentamina suicidii. Meist ist dabei der Wille zum Leben so mächtig, dass er das Gelingen der Tat vereitelt.

Eine weitere Gruppe von Kranken soll dadurch charakterisiert sein, dass sie von dem Wunsche nach bequemer Versorgung im Krankenhause beherrscht sind. Diese leistungsunfähigen „Spitalschwestern“ sollen nur gerade „soviel Symptome produzieren, als sie brauchen, um ihre Anstaltsbedürftigkeit zu motivieren.“ — Gewiss mögen solche „Zweckpsychosen“ zuweilen vorkommen, sie aber als ein besonderes Krankheitsbild abzutrennen, erscheint nicht nur ungerechtfertigt, sondern auch bedenklich, zumal Verf. selbst zugibt, dass „schwere, erschöpfende“ Krankheiten vorausgegangen sein können (Ref.).

e) Die chronischen hysterischen Psychosen. Man lernt hier keine neuen Formen mehr kennen, vielmehr handelt es sich um eine Aneinanderreihung der bereits besprochenen Zustandsbilder durch Steigerung des hysterischen Charakters als eines Dauerzustandes. Der stete Wechsel mehr minder krankhafter Symptome bedingt eine chronische Geistesstörung, welche den grössten Teil des Lebens andauern kann. Ref. rechnet hierher alle unheilbaren Fälle und definiert dieselben als alle jene Psychosen, bei denen „die krankhaften Eigensuggestionen oder der Wille, krank zu sein, auf Grund der pathologischen Anlage oder ungünstiger Lebensverhältnisse dominiert.“ Die Bilder, die im einzelnen gesehen werden, sind die allerverschiedensten. Eine Einteilung der Formen hält R. für unmöglich. Typisch ist der intermittierende Verlauf, besonders bei Frauen mit ihrer periodischen Veranlagung. Damit nähert man sich Zustandsbildern, wie sie im Rahmen des manisch-depressiven Irreseins gesehen werden.

Fast alle Hysterischen zeigen Verfolgungsideen, die sie auch gelegentlich in ein System bringen. Das berechtigt aber noch nicht zur Diagnose Paranoia. Für die Letztere verlangt Verf. Weiterbildung des Systems durch Beziehungswahn, zunächst streng einheitlich und konsequent, dann Progression bis zu einem Terminalstadium psychischen Verfalles. Entweder handle es sich also um Paranoia oder um Hysterie. (Verbände Raimann hier mit der Bezeichnung Paranoia den Begriff der klassischen Verrücktheit, so wäre dieser scharfen Trennung durchaus zuzustimmen. Andernfalls bedeutet seine Ausführung nur einen Streit um Worte. Ref.) Was die der Paralyse angeblich ähnlichen Bilder betrifft, so konstatiert Verf. mit Recht, dass höchstens eine Pseudodemenz in Frage kommt; es sei denn, die Hysterie wäre erst auf dem Boden eines Schwachsinnens entstanden.

Endlich können Halluzinationen das ganze Leben andauern, ohne dass ein Delir oder dergleichen vorläge. Visionen überwiegen, wie bei den Simulanten. Beinahe diagnostisch verwertbar wegen ihrer Häufigkeit sind: der Mann mit dem langen Messer, die Mutter im Leichengewande. Die Hysterika lässt sich durch Logik in die Enge treiben und modifiziert ihre Sinnestäuschung demgemäss. Sehr wichtig für die Diagnose hysterischer Dauerzustände sind Amnesien, vor allem systematisierte, welche sich auf einen bestimmten Komplex von Erinnerungen erstrecken.

Ueber die Ursachen, welche zum Ausbruche der Hysterie führen, sind die verschiedensten Meinungen geäussert worden. Der semitischen Rasse wird eine grössere Prädisposition zugeschrieben. Frauen erkranken häufiger als Männer. Raimann fand hier die Zahlen 3,8 zu 1. Wichtig ist die Rolle der Heredität; daneben ist fehlerhafte Erziehung zu erwähnen. Im späteren Leben spielen allerlei Schädlichkeiten eine Rolle, zunächst Vergiftungen (Alkohol, Blei, Quecksilber, Morphinum, Cocain und dergl.), dann schwere Krankheiten (Anämie, Chlorose, Typhus, Malaria, Insolation etc.). Nie erzeugt ein „Frauenleiden“ die Hysterie.

Wenn die Hysterie an eine Genitalerkrankung sich anschliesst, handelt es sich immer um Individuen, welche prädisponiert waren. Speziell die hysterischen Geistesstörungen werden aller Erfahrung nach fast ausschliesslich durch psychische Ursachen vermittelt. Jede plötzliche und intensive negative Gefühlsschwankung kann eine latente Hysterie zum Ausbruche bringen, einer schon vorhandenen neue Symptome hinzufügen. Bedauerlich ist, dass Freud die Hysterie immer nur auf ein sexuelles Erlebnis zurückführen will. Unter allen Fällen Raimann's fand sich nur ein Beispiel, das der sexuellen Aetiologie von Freud halbwegs entgegengam.

Vollkommen gleichwertig mit den sexuellen Traumata ist das Schrecktrauma. Auch bei Blitzschlägen ist auf die psychische Erschütterung ein grosses Gewicht zu legen. Eigenartig ist die Uebertragung hysterischer Zustandsbilder von einer Person auf die andere durch psychische Infektion. Ueberall handelt es sich um das Zusammenwirken von konstitutioneller Veranlagung und auslösenden Traumata.

Das Wesen der Hysterie haben die einen in grob materiellen Störungen und Stoffwechseleränderungen gesucht, andere in vasomotorischen Vorgängen und molekularen Protoplasmaalterationen. Mit Recht weist Verf. solche Erklärungsversuche als verfrüht und unbeweisbar zurück. Die einzelnen hysterischen Aeusserungen entstehen vom Seelenleben her, und man kann daher heute der Krankheit nur von der geistigen Seite aus näher rücken. Die wertvollsten Aufschlüsse erhält man aus dem persönlichen Umgange mit intelligenten Hysterischen. Die scharfsinnigsten experimentalpsychologischen Arbeiten enthalten zu allermeist nur Suggestionsphänomene, und bei Explorationen drängt sich die Unwahrheit in den Vordergrund. Bezüglich der Breuer-Freud'schen Theorie ist zu betonen, dass eine pathologische Grundlage schon erforderlich ist, damit der Betrag eines nicht abregierten Affektes in eine andere Erregungsform, das hysterische Symptom, konvertiert werde.

Die hysterischen Psychosen erwecken vielfach den Eindruck, als ob sie willkürlich produziert würden, indem sie durch äussere oder zu erschliessende innere Reize jeden Augenblick motiviert und zweckmässig gestaltet werden, genau so wie willkürliche Handlungen und Aeusserungen. Daher ist die sichere Differentialdiagnose gegen Simulanten eine kaum lösbare Frage. Bei Hysterischen dominiert das Affektleben, und Eigensuggestionen finden keinen Widerstand. Ein Ereignis, welches vom gesunden Seelenleben mit einfacher Verstimmung beantwortet werden würde, ruft bei der Hysterie schon einen krankhaften Affekt oder eine Bewusstseinsstörung hervor.

Das Kapitel Differentialdiagnose behandelt die Abgrenzung gegen Melancholie, Manie, halluzinatorische Verwirrtheit, Dementia praecox, Paranoia,

Epilepsie, Alkoholpsychosen, Paralyse, Hypochondrie, Neurasthenie, manisch-depressives Irresein usw. Mit am schwierigsten gestaltet sich die Abgrenzung von katatonischen Prozessen und von Simulation. Es ist vielleicht nicht ohne Interesse, dass dieselben Fälle, welche Ref. als Hysterie mit Vorbeireden veröffentlichte, von Nissl zur Dementia praecox, von Raimann zur hysterischen Simulation gezählt werden. Hier erkennt man deutlich, wie sehr das subjektive Gefühl heute noch bei psychiatrischen Diagnosen mitspielt.

Von den Stigmen meint Verf., man dürfe sie nicht unterschätzen, wie die Kraepelin'sche Schule getan, doch immer daran festhalten, dass nicht alle von gleicher Bedeutung sind. Einzelne Druckpunkte, allgemeine Hyp- oder Hyperalgesie, Einschränkung des Gesichtsfeldes sind weniger charakteristisch, als eine Hemianästhesie und eine gürtelförmige Analgesie, deren Ausbreitungsweise sich aus Gedankenverbindungen ableiten lässt. Die Möglichkeit des Transfers, die Aufhebung der Wahrnehmung nur für bestimmte Objekte sind ausser bei Hysterie höchstens bei Simulation vorhanden. Allein die Hauptschwierigkeiten der Diagnose beginnen dort, wo sich einer andersartigen Psychose hysterische Züge beizumischen scheinen. Darum ist es nicht angängig, bloss nach der körperlichen Untersuchung eine Geistesstörung für hysterisch zu erklären. Auch der hysterisch Veranlagte kann einmal an einer andersartigen Psychose erkranken. Abweichend von Jolly vertritt Raimann die Anschauung von einem differentialdiagnostischen Wert der Hypnose in zweifelhaften Fällen. Nach der französischen Schule lassen sich von allen Geistesstörungen nur die hysterischen Delirien durch Hypnose beeinflussen. Ferner ist die Art der Amnesien oft eigenartig. Wenn freilich Verf. erklärt, ein Gedächtnis, das belanglose Erinnerungen treu bewahre und inselförmig gerade nur jene Dinge unterdrücke, welche persönlich unangenehm empfunden würden, eigne entweder einem Simulanten oder einer Hysterie, so erscheint diese Verallgemeinerung nicht ganz unbedenklich. Auch manche anderen Geisteskranken, vor allem Epileptiker und Alkoholisten, vermögen sich bisweilen nicht ihrer eigenen Gewalttätigkeit in einem Verwirrtheitszustande zu entsinnen, beschwerten sich aber bitter über das Vorgehen ihrer Umgebung und wissen einzelne belanglose Dinge nachher richtig zu erzählen. (Ref.) Typischer ist schon das Hand-in-Handgehen der hysterischen Amnesien mit bestimmten Anästhesien.

Ogleich die Hysterie einen dauernden konstitutionellen Zustand darstellen soll, darf die Prognose nicht ungünstig gestellt werden. Immer wieder gibt es Zeiten, wo die pathologischen Züge soweit zurücktreten, dass fast nichts von Hysterie an dem Individuum nachweisbar bleibt. Der hysterische Charakter blasst nicht nur ab, er kann mit dem Klimakterium verschwinden und „eine im vollsten Sinne des Wortes gesunde Matrone“ hinterlassen. Die hysterischen Psychosen sind, infolge der Suggestibilität der Patienten gegenüber äusseren Einflüssen, in ihrem Verlaufe schwer zu berechnen. Allmählicher Ausbruch lässt Neigung zu chronischem Verlaufe befürchten. Sonst lerne man wenig aus der Symptomatologie des Falles. Interkurrente Anfälle sollen die Aussichten verschlechtern, Zurückbleiben von Stigmen ein Rezidiv wahrscheinlich machen. Verf. beobachtete 64,1 % Heilung.

Die Therapie muss in erster Linie eine psychische sein. Indessen scheint die kathartische Methode nach Freud nicht den Nutzen zu bringen, welcher dem mit ihr verknüpften Aufwande an Zeit und Mühe entspricht. Hypnose

wird von vielen Hysterischen nicht vertragen. Verf. zitiert hier den Ausspruch Liebermeister's, dass es leichter sei, durch Hypnose einen Gesunden hysterisch zu machen, als eine Hysterie dauernd zu heilen. Die Hauptsache bleibt immer, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Empfehlenswert ist ein geregelter Stundenplan und Beschäftigung. Gynäkologische Eingriffe sind nur erlaubt, wenn ein pathologischer Befund vorliegt. Doch ist auch hier zu bedenken, dass selbst die von sachkundigster Hand vorgenommene lokale Behandlung eine Steigerung aller Beschwerden und Krankheitserscheinungen nach sich ziehen kann.

Weniger einverstanden wird man mit dem Verf. da sein, wo er die Bekämpfung der Erregungszustände bespricht. Der Satz, ein Verfahren sei um so wirksamer, je unangenehmer es sei, trifft sicherlich nicht für alle Fälle zu. Besonders aber möchte Ref. Einspruch dagegen erheben, dass subkutane Dosen von 0,005--0,02 Apomorphin. hydrochlor. „als ein ganz ausgezeichnetes Mittel“ bei hysterischen Aufregungszuständen angepriesen wird: „Der Brechakt schliesst den Aufregungszustand definitiv ab, und nur abgehärtete Hysterische widerstehen dem Mittel“. Ebenso mutet in den Krankengeschichten die gelegentliche Erwähnung von Festgurten und Gitterbetten eigentümlich an, während man Angaben über die oft ausgezeichnete Wirkung von Dauerbädern vermisst. Freilich warnt Verf. selbst später davor, mit den Abschreckungskuren zu weit zu gehen, weil man damit den Trotz und die Rachsucht der Hysterischen wachrufe. Zweckmässig ist manchmal die Isolierung und das bewusste Ignorieren. Hysteriker mit ethischen Defekten, deren Krankheitswillen nicht zu brechen ist, gehören nach Raimann in die Versorgungsanstalt, als die billigste Verpflegungsmöglichkeit.

Bei sinngemässer Interpretation des Strafgesetzes genügt der Nachweis von konvulsiven Anfällen und Stigmen nicht, um die Zurechnungsfähigkeit auszuschliessen. Nur wenn der Nachweis einer schweren Bewusstseinsstörung tempore criminis zu erbringen sei, liege Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes vor. Der dauernde moralische Defekt des Gewohnheitsverbrechers fällt nicht unter den Begriff der Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzgebers. „Es ist Sentimentalität, wenn man davor zurückscheut, die hysterisch Degenerierten zu disziplinieren.“ — „Man gefährdet dadurch die Allgemeinheit, denn alle Individuen mit mangelhaften Hemmungen werden geradezu zu Verbrechen gereizt, wenn sie dadurch ihre Situation nur verbessern können. Indem man also speziell die hysterischen Verbrecher für zurechnungsfähig erklärt, verwertet man ihre Suggestibilität nicht gegen, sondern für die Interessen der menschlichen Gesellschaft.“ Dabei verkennt Verf. nicht, dass man in der Praxis oft auf grosse Schwierigkeiten stösst. Es komme vor, dass dieselbe Hysterika für die eine Tat verurteilt werde, für die andere nicht. Die einen sind bei ihrer Tat in hemmungslosem Affekte über gesetzliche Schranken hinausgegangen, die andern hindern den Fortgang der Gerichtsverhandlung, indem sie auf jede Zeugenaussage und ungünstige Wendung mit Krämpfen und Delirien antworten. Dennoch bekämpft Raimann die Anschauung, man könne eine Hysterika schon auf Grund ihrer Charakterabnormitäten exkulpierten.

Der Verf. hat es nicht unterlassen, seine interessanten Ausführungen an der Hand von 55 Krankengeschichten zu erläutern. Ausserdem befindet sich am Schlusse der Monographie ein umfangreiches Verzeichnis der Literatur vom Jahre 1890 an, soweit dieselbe sich mit der Psyche der Hysterischen beschäftigt.

Mag man auch nicht in allen Einzelheiten mit dem Autor der gleichen Meinung sein, so wird man doch einräumen müssen, dass die fleissige Arbeit reiche Anregung zu weiteren Forschungen bietet. Raecke.

II) von **Leyden und Goldscheider**: Die Erkrankungen des Rückenmarks und der Oblongata. I. Teil 1902, II. Teil 1904. Zweite umgearbeitete Auflage. A. Hölder, Wien.

Die erste Auflage des vorliegenden Werkes, die 1897 erschien, wurde in diesem Zentralblatt von mir ausführlich besprochen (1898, S. 279—284). Die zweite Auflage bringt mannigfache Ergänzungen der früheren, wie sie der Fortschritt der Wissenschaft in den letzten sechs Jahren erforderte, zeigt aber im ganzen denselben Aufbau des Werkes sowie in den bekannten Streitfragen (Neuronenlehre, Tabes-Syphilisfrage, kombinierte Strangerkrankungen etc.) dieselbe Stellungnahme der Verfasser. Der allgemeine Teil ist um 44 Seiten, der spezielle um 62 Seiten an Umfang gewachsen. Der III. Teil, der die Erkrankungen der Medulla oblongata behandelt, ist noch nicht erschienen. Auch die neue Auflage zeigt die Eigenart ihrer Vorgängerin, die ich in meiner früheren Besprechung zu kennzeichnen versuchte; ich darf also auf diese verweisen.

Die Ausstattung des Werkes ist die bekannte vortreffliche, welche die Bände der Nothnagel'schen Sammlung sämtlich auszeichnet. Gaupp.

III) **H. van Husen**: Beobachtungen über 200 Fälle von progressiver Paralyse bei Männern. Inaugural-Diss. aus Bonn 1902.

Verf. vergleicht 100 männliche Paralytiker der Bonner Klinik aus den Jahren 1882—1887 mit 100 aus den Jahren 1898 bis Februar 1902. Die Ergebnisse sind: In Bezug auf die Aetiologie sind keine wesentlichen Aenderungen eingetreten, eine Verschiebung der Altersgrenze ist nicht wahrzunehmen. Eine Verkürzung der Dauer gegen früher konnte konstatiert werden, ebenso das Ueberwiegen der depressiven Formen über die expansiven. Die Zahl der paralytischen Anfälle hat abgenommen, auch ist der Verlauf derselben ein milderer geworden. Merzbacher (Heidelberg).

IV) **Fr. Mohr**: Beobachtungen über die progressive Paralyse bei Frauen. Inaug. Diss. Bonn 1902.

Verf. hat 63 Fälle von Paralyse bei Frauen aus den Jahren 1891—1900 statistisch verarbeitet und zugleich mit 300 Fällen von Paralyse bei Männern verglichen.

Unter 100 Geisteskranken ergeben sich beim Weibe 3,37 Fälle progressiver Paralyse, beim Manne 13,8. Das Verhältnis ist in den letzten 20 Jahren annähernd gleich geblieben. Die Lues konnte als ätiologischer Faktor weniger oft bei Frauen als bei Männern angesprochen werden. Die demente Form überwiegt bei den Frauen, der Verlauf ist ein relativ langsamerer, auch ist ein stärkeres Auftreten von Halluzinationen zu beobachten.

Merzbacher (Heidelberg).

V) **Bösbauer, Miklas und Schiner**: Handbuch der Schwachsinnigenfürsorge. K. Graesser, Wien 1905. 3,50 Mk. 173.

Das kleine Buch ist kein „Handbuch“ im gewöhnlichen Sinne des Wortes, sondern eine kurze gemeinverständliche Darstellung der Aetiologie, Symptomato-

logie und pädagogischen Therapie des Schwachsinn. Letzterer sind von den 173 Seiten des Buches 79 gewidmet. Ein 34 Seiten füllendes sorgfältiges Literaturverzeichnis ist beigegeben. Der Fachmann erfährt durch die Schrift kaum etwas Neues, den Pädagogen mag es zum Studium des ihm noch wenig bekannten Grenzgebietes anregen. Die Verf. berücksichtigen bei ihren Ausführungen vor allem die österreichischen Verhältnisse. Gaupp.

VI) **Semi Meyer**: Uebung und Gedächtnis. Eine physiologische Studie. Grenzfagen des Nerven- und Seelenlebens. XXX. J. F. Bergmann. 1904. 64 Seiten.

Der Gedankengang der Arbeit ist in Kürze folgender: Alle Betätigungen des Organismus nach aussen hin sind, physiologisch betrachtet, Bewegungen. Die Bewegung ist entweder ererbt, oder sie wird durch Uebung erworben. Im ersten Falle löst der Reiz die durch keine Erfahrung abänderungsfähige Bewegung stets gleichmässig aus; ist ein Trieb tätig, so richtet er sich auf die Bewegung selbst. Im zweiten dagegen löst der Reiz einen Trieb aus, der sich nur auf das Ziel der Bewegung richtet; erreicht wird das Ziel vermittelt eines eigenartigen Nervenmechanismus, der den Muskelapparat in den Dienst jeder gewünschten Zielbewegung zu stellen gestattet. Diese Vorrichtung ermöglicht die Einübung jeder zusammengesetzten Bewegung durch Probieren, ohne dass die Tätigkeit des Nervenapparates zum Bewusstsein kommt. Ueberhaupt „ist in unserem Bewusstsein nichts von den Vorgängen im Gehirn“.

Das unentbehrliche Hilfsmittel der Uebung ist das Gedächtnis, die Fähigkeit des Individuums, in seinem Leben Erfahrungen zu machen. Das Gedächtnis ist eine gewaltige Waffe im Kampf ums Dasein. Sein Nutzen beruht vornehmlich auf der Aufbewahrung der zeitlichen und räumlichen Zusammenhänge der Eindrücke. Erinnern und Vergessen sind erklärbar durch diese Art der Gedächtnisarbeits.

Eine physiologische Erklärung der Gedächtnisfunktion lässt sich geben, wenn angenommen wird, dass es Nervenlemente im Gehirn gibt, deren Arbeitsweise insofern eine besondere ist, als in ihnen der zu jeder Entladung, also zum Weiterwirken der Erregungen notwendige Spannungszustand nur dann entsteht, wenn ihnen eine Erregung von aussen zuströmt. Die Ladung der das Gedächtnis vermittelnden Nervenzellen wäre der physiologische Vorgang, der der Aufbewahrung der Eindrücke entspräche, die Gedächtnis genannt wird. (Eigenbericht.)

VII) **Lwoff**: Colonie familiale d'Ainay le Chateau. Rapport 1902.

Das Seinedepartement hat in Ainay le Chateau eine Kolonie geisteskranker Männer eingerichtet, in der Art, dass die Kranken in Familien zur Pflege abgegeben werden. Die Entwicklung der Kolonie ist in stetem Wachsen begriffen. Von 100 Patienten im Jahre 1900 ist die Zahl auf 162 im Jahre 1901 und 250 im Jahre 1902 gestiegen. Während des Jahres 1901 wurde von 162 Kranken einer geheilt, einer musste entlassen werden, 19 mussten wieder in geschlossene Anstalten überführt werden, zwei sind entflohen und sieben Todesfälle, d. h. 4,3 % Mortalität. Zählt man dazu fünf Todesfälle von denen, die wieder interniert worden waren, so kommt man zu einer Gesamtmortalität von 13,2 %. Das Alter der Behandelten war zuerst auf mindestens 60 Jahre angesetzt, später aber wurde die Grenze nach unten auf 50, 40 Jahre herab-

gesetzt und zuletzt alle Männer zugelassen. Schwere Unfälle oder Suicid resp. Suicidversuche kamen nicht vor.

Die Pfleger, die 1,15 Fr. pro Mann und Tag erhielten, waren zum Teil verheiratete Männer (50), zum Teil Witwen (28). Pro Kopf durchschnittlich 26,267 cbm Rauminhalt und höchstens zwei Personen in einem Zimmer. Vor 1. Juni 1900 bestand die Kolonie vorwiegend aus Frauen, so dass die Aenderung in Männerkolonie anfänglich auf Widerstand stiess. Jedoch haben sich die Bewohner an die Geisteskranken sehr schnell gewöhnt und sind schliesslich so weit gekommen, die Männer vorzuziehen. Die Gemeinde nahm einen raschen wirtschaftlichen Aufschwung. Belästigungen durch Kranke kamen nun in zwei Fällen vor. Mit dem Anwachsen der Zahl mussten auch in benachbarte Gemeinden Kranke verlegt werden, jedoch in einer nicht allzu grossen Entfernung, so dass schnelles Herbeiholen eines Arztes möglich ist.

Eine alte Porzellanfabrik dient als Zentralgebäude für die Verwaltung, die Aerzte und das Wartepersonal; gleichzeitig ist ein Krankensaal vorhanden mit zehn Betten und eine Isolierabteilung, die jedoch nur in ganz seltenen Ausnahmefällen und dann fast nie länger wie höchstens mehrere Stunden in Anwendung gelangt. Badeeinrichtung, Arbeitszimmer, Bibliothek, Spiel- und Unterhaltungsräume ergänzen die Einrichtung, die allerdings in mancher Beziehung noch der Vervollkommnung bedarf.

Der Hygiene, Kleidung und Ernährung der Kranken ist in jeder Hinsicht gedacht worden und es wird bei dem Aufenthalt bei Privatleuten möglichst für genaue Durchführung der Vorschriften gesorgt.

Die Kranken gehen alle durch ein unangenehmes Stadium der Assimilation hindurch. Da bei dem geringen Platz im Zentralgebäude eine längere Beobachtung nicht möglich ist, so kommt es manchmal vor, dass die Kranken zu einem Pfleger gebracht werden, bei dem es ihnen nicht recht gefällt. Nach einigem Herumtasten findet man aber bald den rechten und die Gewöhnung an das neue Leben geht ziemlich rasch vor sich. Die meisten ziehen die Kolonie dem Irrenhause vor, mit Ausnahme von 2—3%, bei denen die grosse Entfernung von ihren Angehörigen eine Rolle spielt.

Die Kranken geniessen ziemlich grosse Freiheit. Nur zur Essenszeit und nach 7 Uhr müssen sie zu Hause sein, können sich sonst durch Arbeiten oder Vergnügungen, die ihnen geboten werden, die Zeit vertreiben. Wirtschaftsbesuch ist verboten, doch ist es leider unmöglich, den Genuss von Alkohol ganz zu unterdrücken.

An der Hand eines historischen Ueberblicks kommt Verfasser zum Schluss, dass die Behandlung in den Kolonien entschieden der Anstaltsbehandlung vorzuziehen sei, und dass die Anstalten auf diese Art entlastet werden müssten. Jedoch alle Kranke eignen sich nicht für die Familienkolonien. Kranke mit Wahnbildungen, deren Wahnideen die Tendenz haben, sich mehr oder weniger in Taten umzusetzen, eignen sich nicht, wohl aber die, deren Wahnideen sich auf intellektuellem Gebiete abspielen. Auch unter den Geisteschwachen muss man auswählen. Die, welche sich gewalttätige Handlungen zu Schulden kommen lassen, die Unsauberen und die durch sexuelle Perversitäten Anstoss erregenden eignen sich nicht. Alkoholiker und Melancholiker, bei denen Suicidgefahr vorhanden ist, sind ungeeignet. Auch rät Verf. die Paralytiker auszuschliessen. Dagegen sind sehr geeignet die chronischen Paranoiker jeder Art, mit voll-

ständig ausgebildetem Wahnsystem. Weitere Bedingung ist ständige ärztliche Ueberwachung bei möglichst grosser Freiheit. Ein Arzt darf höchstens 150 bis 200 Kranken zur Behandlung haben, täglich sind ein bis zwei Besuche erforderlich. Sind alle diese Bedingungen erfüllt, dann kann eine grosse Anzahl geisteskranker Männer jeden Alters zu ihrem grossen Vorteil, und ohne Nachteil für die Gesellschaft, in den Familienkolonien unterstützt und behandelt werden.

Dreyfus (Würzburg).

VIII) Heinrich Lähr: Schweizerhof, Privat-Heilanstalt für Nerven- und Psychisch-Kranke weiblichen Geschlechts. Berlin 1903. 171 S.

Die Leiter des Schweizerhofs haben ihren dritten Jahresbericht 50 Jahre nach der Gründung der Anstalt in Form einer mit Dreifarbindrucken reich ausgestatteten Festschrift herausgegeben.

Der Gründer Heinrich Lähr gibt uns eine Geschichte der Anstalt, zugleich eine anregende Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert und ein Bild seiner eigenen wirtschaftlichen Entwicklung.

Georg Lähr trägt durch eine Beschreibung des Schweizerhofs zur Festschrift bei.

Hohlfeld schildert einen Fall von Stirnhirntumor.

Den grössten Teil des Buches nimmt eine Arbeit von Hans Lähr ein über „Zwei atypische Fälle von zirkulärem Irresein“. Der Verf. gibt in den zwei ausserordentlich ausführlichen Krankengeschichten klare Schilderungen von manisch-depressiven Kranken, die im Laufe der Jahre zu mannigfaltigen, wechselnden, manischen, depressiven und eigentümlichen Mischzuständen mit zahlreichen Halluzinationen, Beeinträchtigungs- und Wahnideen erkrankten. Die Veröffentlichung derartiger gut beobachteter und ausführlicher Krankengeschichten ist sehr dankenswert, auch ohne den Versuch „nach Analogie des eigenen Bewusstseins die Vorgänge in der Seele des Kranken zu rekonstruieren“.

Zum Schluss wendet sich der Verfasser gegen die Lehren Kraepelin's. So lange es Manien und Melancholien gebe, die in dauernde Heilung übergehen und solche, die zur Verblödung führen, ohne die für Dementia praecox charakteristischen Anzeichen aufzuweisen, so lange dürfe man den Ausgang der Krankheit nicht als massgebend für die Klassifikation zugrunde legen. Er fügt dann weiter hinzu, dass Kraepelin selbst nicht mehr das Gewicht auf den Ausgang lege; ein Defekt trete bei Dementia praecox nicht ausnahmslos ein und umgekehrt blieben anhaltende, schwere Anfälle des manisch-depressiven Irreseins nicht ohne Einfluss auf den Kranken. Lähr meint, da hiernach der Ausgang der Erkrankung die entscheidende Wichtigkeit verloren habe, so sei eine Verständigung eher möglich.

Es ist hier nicht der Ort, auf diese oft erhobenen und widerlegten Einwände näher einzugehen. Dass die Dementia praecox keine einheitliche Krankheit ist, ist wohl zweifellos. Sie ist eine Gruppe von verwandten Krankheiten, die wir vorläufig nicht von einander zu scheiden vermögen, trotzdem sie in ihrer Symptomatologie und ihren Ausgangsformen neben vielem Gleichartigen auch grosse Verschiedenheiten zeigen. Immerhin sind die Fälle, die dauernd geheilt bleiben, viel seltener, als gemeinhin angenommen wird, und jeder, der durch Jahrzehnte ein grosses Beobachtungsmaterial verfolgt, wird zu demselben Schlusse kommen, vorausgesetzt, dass die Diagnosen richtig gestellt waren. Ob das manisch-depressive Irresein einheitlich ist, steht dahin. Jedenfalls ist

der Ausgang des einzelnen Anfalls stets günstig und was die äusserst seltenen Fälle anbelangt, die Kraepelin erwähnt, so handelt es sich dabei niemals um einen Blödsinn oder einen Schwächezustand im Sinne der *Dementia praecox*. Die Trennung dieser beiden Krankheitsgruppen, der heilbaren und unheilbaren Psychosen muss und kann mit aller Schärfe aufrecht gehalten werden.

Dass die modernen Lehren vielfach auf Widerspruch stossen und sich langsam Eingang schafften, liegt zum Teil in der Schwierigkeit, sich in der Psychiatrie durch Beschreibung der Zustandsbilder zu verständigen, besonders auch in der grossen Verschiedenheit des Krankenmaterials. Denn es unterliegt keinem Zweifel, dass Baden und die Pfalz viel reicher an den auf schwerer Degeneration erwachsenden Psychosen (z. B. manisch-depressives Irresein und Dipsomanie) ist als Norddeutschland. Wilmanns (Heidelberg).

IX) **W. Guttman**: Elektrizitätslehre für Mediziner. Leipzig, G. Thieme, 1904. 224 S. 4,80 M.

Das vorliegende, mit zahlreichen Abbildungen ausgestattete Buch erfüllt seinen Zweck sehr gut. Es soll dem Mediziner, der in der Regel auf dem Gebiet der modernen Physik nur oberflächlich bewandert ist, ein Führer sein und stellt, wie der Verf. sagt, „eine physikalische Einleitung in das Gebiet der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie sowie der Röntgenwissenschaft vor“. Da auch der Neurologe und der Psychiater mit elektrischen Apparaten und Einrichtungen häufig zu tun hat, so wird auch ihm das Buch oft gute Dienste leisten. — Die Ausstattung des Buches ist recht gut, sein Preis verhältnismässig niedrig. Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

5) **Dexler**: Ueber die psychotischen Erkrankungen der Tiere. (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1904.)

Die Arbeit zeichnet sich durch eine besondere Objektivität und Reserve bei der Behandlung dieses schwierigen Themas aus. Das ist umso mehr hervorzuheben, als die einschlägige Literatur hier bisher meist nur recht subjektive Beobachtungen und phantasievolle Ergüsse aufzuweisen hat.

Das Vorbild für die hier niedergelegten Untersuchungen hat Nissl dem Autor gegeben durch seine Beobachtungen: „über einen Fall von Geistesstörung bei einem Hunde“. Die Bedeutung dieser Untersuchung erhellt aus einem Rückblick auf das Dürrtäge, was bisher auf diesem von Suppositionslust beherrschten Gebiete erschlossen worden war. „In diese Stagnation hat Nissl eine befreiende Wendung gebracht, indem er, von einem klinisch, wie anatomisch genau umschriebenen und leicht beschaffbaren Beobachtungsmateriale ausgehend, einen bestimmten Fall herausgriff und damit eine Handhabe bot, unser Wissen über die tierischen Psychosen nicht nur zu bereichern, sondern auch einer läuternden Prüfung zu unterziehen.“

Auch Dexler beschäftigt sich in dieser Abhandlung mit der Staupe-Encephalitis der Hunde (nicht eigentlich mit den psychotischen Erkrankungen der Tiere). Er bespricht drei anatomisch und klinisch sorgfältig untersuchte Fälle, die bei allen Differenzen doch dem Nissl'schen Falle analog sind. — D. kommt bei seinen Untersuchungen zu dem Resultat, dass man nicht berechtigt ist, hier von einer Geisteskrankheit im engeren Sinne zu sprechen, es handle

sich vielmehr um eine organische Hirnerkrankung, die mit psychotischen Erscheinungen einhergehe. Die Hunde zeigten neben allgemeinen psychischen Störungen (somnolentes, stuporöses Verhalten) auch eine Reihe von mehr lokalen Symptomen, nämlich asymbolische und dyspraktische Erscheinungen, Hypaesthesien auf dem Gebiete der meisten Sinnesnerven etc. Vielleicht lassen sich diese mehr umschriebenen Ausfallserscheinungen mit dem starken Betroffensein der hinteren Partien des Mantelhirns in Zusammenhang bringen. Im übrigen hat man von allen Lokalisationsversuchen abzusehen und sich dabei zu begnügen, dass „das Zusammentreffen schwerer Insuffizienzen der Psyche und die vorwiegende Dissemination der Entzündungsherde im Grau des Grosshirns kaum als Zufall aufgefasst werden kann, sondern dass es wohl in einen nahen kausalen Zusammenhang gebracht werden darf.“

Nach diesen Untersuchungen kann also die disseminierte Staupe-Encephalitis der Hunde nicht die Veranlassung geben, „den Begriff echter Geisteskrankheiten bei Tieren“ zu begründen, wiewohl das Vorkommen echter psychischer Erkrankungen bei Tieren a priori durchaus als möglich zu bezeichnen ist. Denn wo eine Psyche, wenn auch nur niederster Art, vorhanden ist, kann sie auch abnorm werden.

Spielmeier.

6) W. Alter: Stereopsychosen.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1904.)

Der Inhalt dieser Arbeit lässt sich schlechterdings nicht in Kürze wiedergeben. Um jedoch den Leser auf die Bedeutung aufmerksam zu machen, die der Autor selber den hier niedergelegten Ideen beimisst, dürfte es das Geratenste sein, wenn wir seine eigenen Sätze zitieren; sie geben zugleich auch eine Probe von dem Tone, der das Ganze trägt.

„ . . . es ergibt sich schon aus diesen kurzen Ausführungen, eine wie weit gespannte Bedeutung den hier benutzten Anschauungen zukommen dürfte und in welch' beherrschendem Umfange sie zu einer Analyse psychopathischer Vorgänge herangezogen werden können. Das zu betonen und an der Betrachtung einer Krankengeschichte im einzelnen zu erweisen, war überhaupt der Zweck der vorstehenden Ausführungen. Und ich hoffe, dass mir dies wenigstens zum Teil gelungen ist. Zum mindesten kann man nicht verkennen, dass durch die hier als grundlegend gewählten Theorien eine zusammenfassende Betrachtung krankhafter Geisteszustände nach grossen Gesichtspunkten möglich wird, die es gestattet, aus einem Teile der zerrissenen Zustandsbilder und Entwicklungsformen unserer klinischen Systeme eine in ihrer genetischen Motivierung umgrenzbare Gruppe herauszusetzen und auf eine gestörte Psychomechanik in einem bestimmten intrapsychischen System von voller Plastik zurückzuführen.“

Spielmeier.

7) Weber: Ueber akute tödlich verlaufende Psychosen.

(Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. 1904.)

W. bespricht an der Hand von fünf Fällen einen eigenartigen Symptomenkomplex, der akut einsetzt und der rasch zum Tode führt, ohne dass irgendwelche andere Momente für den lokalen Ausgang verantwortlich gemacht werden können, als der Hirnprozess. W. stellt diese Verlaufsart derjenigen des Delirium acutum gegenüber und betont dabei, dass hier wie dort das klinische Bild keineswegs einem ätiologisch oder anatomisch gleichartigen Krankheitsprozess entspreche, dass es sich vielmehr um ein, verschiedenen Krankheitsformen zu-

gehöriges Syndrom handele. Der hier beschriebene Symptomenkomplex entspricht etwa der akinetischen Motilitätspsychose Wernicke's, die nur selten von impulsiven Handlungen durchbrochen wird; dabei besteht schwere Depression, nicht selten auch Angst, Hemmung, die Orientierung ist erhalten, Wahnideen und Halluzinationen fehlen, katatone motorische Symptome sind nicht selten. Fieber fehlt bis zur Agone.

Wie die Anamnese, so lehrt auch der anatomische Befund, „dass die Krankheit sich meist auf einem nicht völlig intakten Boden abspielt“. Von den krankhaften Veränderungen älteren Datums wird vor allem eine Vermehrung des lineären Bindegewebes an den kleinen Hirngefäßen hervorgehoben, in deren Wandungen W. stäbchenartige Elemente beschreibt und zeichnet. (Sind es wirklich „Stäbchenzellen“ im Sinne Nissl's und Alzheimer's?). Die akuten Veränderungen erinnern an die Befunde beim Delirium acutum.

Spielmeier.

8) **G. Obici:** Intorno ai rapporti fra le „Psicosi isteriche“ e la Demenza primitiva“.

(Giorn. di Psich. clin. e tecn. manic. 1904, fasc. 1—2.)

9) **Maggiotto, F.:** Le così dette „stimmate isteriche“ e la demenza precoce, *ibidem*.

In den beiden sich gegenseitig ergänzenden Aufsätzen haben die Verfasser hübsches Material zusammengetragen, um neuerdings im Sinne Nissl's vor einer Verwechslung hysterischer und hysteriformer Symptombilder zu warnen.

Obici teilt eine Anzahl von Krankengeschichten mit und zeigt an der Hand derselben, wie sehr viele, wenn nicht alle, von den sogenannten objektiven Symptomen der Hysterie (Hyper-, Hyp- und Anästhesien, Abasie, Mutismus, Steigerung der Reflexe, Krämpfe etc. etc.) im Verlaufe von Erkrankungen, deren klinischer Verlauf unzweifelhaft die Diagnose Dementia praecox rechtfertigt, gefunden werden können; wie ferner viele von den psychischen Zustandsbildern des sog. hysterischen Irreseins episodisch sich in das Krankheitsbild der Dementia praecox einschieben können, und dass schliesslich selbst der Erfolg der Suggestionstherapie differentialdiagnostisch wertlos ist.

Die statistischen Zusammenstellungen Maggiotto's geben noch bedere Zeugnisse. Er hat die Krankengeschichten aller der Frauen gesammelt und verfolgt, die in den Jahren 1880 bis 1901 in Stadt und Provinz Venedig mit der Diagnose einer Seelenstörung plus Hysterie oder mit der einfachen Diagnose „hysterisches Irresein“ aufgenommen worden waren. Es sind im ganzen 341 Kranke, von diesen wurden 101 in Irrenanstalten aufgenommen. Unter den 101 Kranken konnte eine Betrachtung des Krankheitsverlaufes nur bei 40 die Diagnose „Hysterie“ bestätigen, 47 litten offenbar an Dementia praecox — dieses lehrte der Ausgang in Demenz —, 14 an anderen Psychosen. Bei dieser Betrachtung fasst Verf. den Begriff der Hysterie beinahe in ganz identischer Weise auf, wie er seiner Zeit von Nissl definiert wurde. Das Hauptgewicht wird hier auch auf den Nachweis gelegt, dass die Kranken stets „hysterisch“ sind und waren.

Eine zweite Gruppe von 240 Kranken umfasst die Patientinnen, die keiner Irrenanstaltsbehandlung unterzogen wurden. Von diesen konnte die ursprünglich gestellte Diagnose „Hysterie“ in 151 Fällen aufrecht gehalten werden, 43 von den bleibenden 89 mussten der Dementiagruppe zugeteilt

werden, 46 anderen Psychosen (manisch-depressiv: 16). Von den sog. hysterischen Stigmata fand man in 43 % — auf die 90 Dementia praecox-Kranke verteilt — Parästhesien (bolus, Globusgefühl etc.), in 17 % Krampferscheinungen, in 26 % Sensibilitätsstörungen, seltener waren die Störungen auf dem Gebiete der Motilität.

Bei der Zusammenfassung seiner Beobachtungen kommt der Autor zu folgenden Resultaten: Die Diagnose hysterischen Irreseins bewahrheitet sich in 43 % aller der wegen Geisteskrankheit zur Beobachtung kommenden Frauen (nach Nissl nur 1,5 %!); die sog. hysterischen Symptome sind dagegen sehr häufig und führen zur Diagnose „Hysterie“, die in 32,1 % der Fälle im weiteren Verlaufe sich als unbegründet erweist. Zumeist beim Beginn der Dementia praecox treten die hysteriformen Erscheinungen in das Krankheitsbild. Ausser im Verlaufe der Dementia praecox können auch bei andersartigen Psychosen, so speziell beim manisch-depressivem Irresein, die hysteriformen Symptome eine grosse Rolle spielen. Merzbacher (Heidelberg).

10) **Prina**: Sulla demenza paralitica dell'età avanzata.

(Giorn. di Psich. clin. e Tecn. mani com. 1904. Fasc. I u. II, p. 113.)

Verf. hat 23 Fälle von Paralyse beobachtet, die nach zurückgelegtem 60. Lebensjahre zum Ausbruch gekommen ist. Ref. konnte sich beim Durchlesen der kurz mitgeteilten Krankengeschichten nicht des Eindrucks erwehren, dass ein Teil der Fälle dem Krankheitsbilde der senilen oder der arteriosklerotischen Demenz beizumessen ist. Nur in zwei Fällen wurde der mikroskopische Befund zur Stütze der klinischen Diagnose herbeigezogen — und auch hier in ungenügender Weise. Besonders verdächtig ist das Verhalten der Merkfähigkeit. Das auffallend häufige Fehlen einerluetischen Infektion, in einigen Fällen der Mangel von Pupillenstarre, die oft beobachteten Angstparoxysmen nähren nur den oben ausgesprochenen Verdacht und können deshalb nicht als besondere, die „Spätparalysen“ charakterisierende Momente herangezogen werden. Es erscheint deshalb überflüssig, die weiteren Symptome aufzuzählen, die der Verf. gefunden haben will. Auch hätte die Lumbalpunktion hier manchen Aufschluss geben können.

Merzbacher (Heidelberg.)

11) **J. E. Colla**: Die hypnotische Behandlung des Alkoholismus.

(Der Alkoholismus. Zeitschrift zur wissenschaftlichen Erörterung der Alkoholfrage. 1904. Neue Folge. pag. 221—239.)

Verfasser berichtet über seine mehrjährigen Erfahrungen mit hypnotischer Behandlung gewisser bei Alkoholikern auftretender Symptome. Er behandelt u. a. das pathologische Durstgefühl der Trinker, teils durch direktes Absuggerieren im Wachzustande, teils durch Suggestion à échéance, mit „teilweise recht gutem Erfolg“ — „niemals ist es mir aber gelungen, den Durst auf längere Zeit in dieser Weise zu unterdrücken.“ Von Wachsuggestion verspricht sich der Autor auch bei der Beruhigung von Deliranten besondere Erfolge. Ein entsprechender Fall wird nicht mitgeteilt. Bei leichteren Angstzuständen wirkt die Hypnose, auch wenn sie nur den ersten Grad erreicht, beruhigend. Periodische Alkoholexzesse auf menstrueller Grundlage konnten durch jeweilige Hypnose kupert werden. Die Hypnose kann ein wertvolles Hilfsmittel auch für die ärztliche Pädagogik sein. In einem Falle wurde durch Suggestion à échéance die Teilnahmslosigkeit und der passive Widerstand eines Trinkers gebrochen. Es werden schliesslich noch 4 Krankengeschichten von schweren

Alkoholikern mitgeteilt, welche den Gang der hypnotischen Behandlung referieren. In 2 Fällen blieb die hypnotische Behandlung erfolglos, indem nach dem Austritt sofort wieder der Rückfall erfolgte. In den beiden anderen Fällen scheint die Hypnose wesentlich bei der Heilung mitgeholfen zu haben. Der eine dieser Fälle betrifft einen 28jährigen Mann, der sich bald als ausgiebig hypnotisierbar erwies. Eine Suggestion à échéance, nämlich nach Austritt aus der Behandlung je am 1. und 15. eines Monats dem Arzte schriftlichen Bericht zu erstatten, haftete im Momente der Mitteilung schon 13 Monate. Der Patient war früher schon einmal sieben Monate abstinent und durch stark affektbetonte Ereignisse wieder rückfällig geworden. Leider wird nicht mitgeteilt, wie lange die Behandlung gedauert hat. Im 2. Fall dauerte die Behandlung sechs Monate; wie lange die Heilung schon anhält, wird nicht angegeben. Es geht aus der Arbeit leider nicht mit Evidenz hervor, dass bei der hypnotischen Behandlung des Alkoholismus der Erfolg die aufgewendete Mühe lohnt.

Jung (Burghölzli).

12) **Wildermuth: Schule und Nervenkrankheiten.**

(Wiener klin. Rundschau, 1904, No. 40.)

In schlichter, sachlicher Weise schildert der Stuttgarter Neurologe die Ergebnisse 14jähriger Erfahrung in der Behandlung nervenkranker Kinder. Er hat in diesem Zeitraum 360 Kinder im Alter von 6 bis 18 Jahren untersucht, die an Neurasthenie, Hysterie, Chorea oder an Psychosen gelitten haben. 185 Knaben, 177 Mädchen. 91 Kranke boten Zeichen der Neurasthenie, bei 14 kam geistige Ueberanstrengung als Ursache in Betracht. Allein auch hier kaum je als alleinige Ursache, sondern meist nur gemeinsam mit anderen Schädlichkeiten (erbliche Belastung, angeborene Schwächlichkeit, akute Krankheiten, Onanie, Alkoholgenuss.) Von 47 hysterischen Kindern wurden nur 7 durch die Schule unmittelbar oder mittelbar gesundheitlich geschädigt. Von 111 Kindern, die geisteskrank geworden waren, war in keinem einzigen Fall ein Zusammenhang zwischen Schulüberbürdung und Psychose festzustellen. Auch hier sind erbliche Belastung, kongenitale Anlage, akute Krankheiten viel wichtiger als etwaige Schädlichkeiten, die der Schulbesuch und die Anforderungen des Unterrichtes mit sich bringen.

Am Schlusse seiner Ausführungen tritt W. dem Verlangen nach weitgehendster Individualisierung im Schulbetrieb entgegen und bestreitet, dass eine „erschreckende Zunahme“ der Neurosen und Psychosen im jugendlichen Alter wissenschaftlich feststehe. Man sei deshalb auch nicht berechtigt, „beständig und ohne genügenden Grund das Bild der Decadence an die Wand zu malen“.

Gaupp.

V. Vermischtes.

An der psychiatrischen Klinik in Freiburg wurde am 1. Dezember 1904 eine offene Abteilung für Nervenranke mit einer vorläufigen Bettenzahl von 25 eröffnet. Zur Aufnahme in diese Nervenabteilung bedarf es keinerlei gesetzlicher Formalitäten.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2–3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Krelenbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. Januar 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

(Aus der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf.)

Funktionelle Seelenblindheit.

Von Dr. C. F. van Vleuten, Assistenzarzt.

Es ist eine bekannte Erscheinung, dass die Hysterie Formen annehmen kann, welche sie gewissen organischen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks äusserst ähnlich erscheinen lassen. So wurde besonders von französischen Forschern (Briquet, Boissard u. a.) eine Pseudomeningitis hysterischen Ursprungs beschrieben. Andere berichten über Fälle, die eine Tabes dorsualis vortäuschten, Westphal¹⁾ nannte Pseudosklerose eine funktionelle Erkrankung, die der multiplen cerebrospinalen Sklerose zum Verwechseln glich, und schon ältere Beobachter, Charcot vor allem, haben auf die hysterischen Hemiplegien, Monoplegien und Paraplegien, aufmerksam gemacht. Auch über hysterische Aphasie und Agraphie wurden nicht eben selten Mitteilungen gemacht (Janet, Breuer-Freud) und Löwenfeld²⁾ setzt diese Zustände in engste Beziehung zu den hysterischen Amnesien. Je kürzere Zeit vergangen ist, seitdem das betreffende organisch bedingte Krankheitsbild festgelegt worden ist, desto seltener sind auch begreiflicher Weise die Beobachtungen über die hysterischen Spiegelbilder. So fehlt es bei den verschiedenen Asymbolien³⁾, deren Wesen erst etwa in den letzten zehn Jahren aus der Menge der organischen Hirnkrankheiten abgegrenzt wurde, fast noch ganz an Beschreibungen der entsprechenden funktionellen Störungen. Gerade für die Seelenblindheit, die optische Asymbolie, sind derartige Nachrichten besonders spärlich; nur ein hierher gehöriger Fall von Weir-Mitchel⁴⁾ kann angeführt werden, auf den noch später eingegangen werden soll.

Somit dürfte eine Beobachtung der Veröffentlichung wert erscheinen, die bei einem mit Korsakow'scher Psychose behafteten Kranken eine funktionell bedingte, vollständige optische Asymbolie für körperliche Gegenstände nachwies, während flächenhafte Dinge richtig erkannt und benannt wurden. Das gleichzeitige Bestehen der polyneuritischen Geistesstörung liess dabei zuerst an eine organische Ursache der Seelenblindheit denken, da im Verlauf dieser Psychose schon früher bei einer Reihe von Fällen asymbolische Erscheinungen beobachtet wurden, die sich meistens während der sogenannten stuporösen Phase zeigten, einige Male aber diese überdauerten und auch während des amnestischen Stadiums noch in Erscheinung traten und bei denen man einen kortikalen Ursprung annahm. So beschreibt Wernicke in seinen Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik zu Breslau einen mit polyneuritischer Geistesstörung behafteten Kranken, der neben dem typischen Merkfähigkeitsdefekt und den Konfabulationen optische und taktile Asymbolie aufwies, die Wernicke für kortikal bedingt hielt. Er war nicht imstande, Gegenstände durch Vermittlung des Gesichts und Gefühls wieder zu erkennen, trotzdem die Sinnesfunktionen für Sehen und Tasten erhalten waren. Ueber einen ähnlichen Fall berichtet auch Bonhöffer⁵⁾, der zugleich hervorhebt, dass die asymbolischen Störungen in der amnestischen Phase der Korsakow'schen Psychose noch wenig untersucht seien. Daher hat der folgende Fall*) nicht nur Beziehung zu der Lehre von der Seelenblindheit im Allgemeinen, sondern er scheint auch als ein Beweis dafür angesehen werden zu dürfen, dass die bei der polyneuritischen Geistesstörung vorkommenden asymbolischen Erscheinungen rein funktionellen Ursprungs sein können.

Krankheitsgeschichte.

Der Arbeiter August W., im Jahre 1852 geboren, aufgenommen in die Anstalt am 5. November 1903, hat nur geringen Schulunterricht genossen, so dass er kaum lesen, schreiben und rechnen kann; schon als Schulkind hat er bei landwirtschaftlichen Arbeiten helfen müssen, war dann später als Knecht auf einem Gute beschäftigt, bis er im Jahre 1872 Soldat wurde. Er wurde nicht befördert und einige Male mit Arrest bestraft. Nach Beendigung seiner Dienstzeit heiratete er und zog nach Berlin. Er hatte sechs Kinder, von denen drei an Infektionskrankheiten starben, die drei lebenden sind im wesentlichen gesund. Irgend welche Geistes- oder Nervenkrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Er selbst will früher niemals krank gewesen sein, ins-

*) Der Kranke wurde am 19. Dezember 1903 in dem psychiatrischen Verein zu Berlin und am 14. Januar 1904 in der freien Vereinigung der Berliner Gerichtsärzte vorgestellt. Herrn Geheimen Medizinalrat Dr. Sander und Herrn Sanitätsrat Dr. Richter gestatte ich mir, für die Erlaubnis der Veröffentlichung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

besondere soll keine Geschlechtskrankheit bestanden haben. Auch sind angeblich niemals Krampf- und Ohnmachtsanfälle oder Schwindelzustände vor dem 11. September 1902 vorgekommen. Getrunken hat er für 20 bis 30 Pfennige Schnaps aus der Flasche, will morgendliches Erbrechen nicht gehabt haben und selten betrunken gewesen sein. Er war in Berlin als Arbeiter meistens in Eisenwerkstätten tätig, hat selten die Stelle gewechselt und ist mehrmals 5 bis 6 Jahre bei einem Arbeitgeber geblieben. Ueber Kopfverletzungen macht er folgende Angaben: Er habe zwei Unfälle erlitten, den ersten im Sommer 1901: Es sei ihm bei der Bauarbeit ein Ziegelstein auf den Hinterkopf gefallen, er sei ohnmächtig geworden, jedoch sei eine äussere Verletzung nicht vorhanden gewesen. Er wurde deswegen 14 Tage im Krankenhause behandelt, blieb auf ärztlichen Rat noch etwa drei Wochen zu Hause und konnte dann seine Arbeit wieder wie früher versehen. Den zweiten Unfall erlitt er am 11. September 1902: Beim Spalten von grossen T-Trägern sprang plötzlich ein Eisenstück los und verletzte ihn an der linken Kopfseite; er war kurze Zeit ohne Besinnung, lag etwa fünf Wochen zu Hause und wurde regelmässig auf der Unfallstation verbunden. Seitdem war er verändert. Anfangs, wie er zu Bett lag, beobachteten Ehefrau und Töchter Verwirrheitszustände bei ihm, er hatte mit Ungeziefer und mit schwarzen Gestalten zu tun, redete laut und wühlte im Bett herum. Dazwischen lag er wieder ruhig und starrte nach der Zimmerdecke. Als er dann nach Heilung seiner Verletzung wieder aufstand, wurde besonders von der Tochter, die meistens zu Hause war, beobachtet, dass er durch den Augensein allein Gegenstände nicht erkennen konnte; so fragte er z. B. die Tochter, als er zufällig eine Kaffeemühle auf dem Tisch stehen sah, was das für ein Stück sei, mit einem blanken Schilde dran; hatte jemand beim Essen Kartoffeln abgepellt, so fragte er kurz darauf, indem er die Pellen auf dem Tisch ansah, was das für ein brauner Klumpen sei. Er habe sich schnell angewöhnt, alle Dinge zu befühlen, um sie zu erkennen. Dies machte er bei einem Butterbrot und anderen Esswaren, auch bei allen Werkzeugen und den Gebrauchsgegenständen, die in der Stube waren. Hierbei sei hervorgehoben, dass weder er selbst noch seine Familie sich über die eigentümliche Störung des Wiedererkennens, die bei ihm bestand, klar waren; sondern gerade die Angehörigen erinnerten sich erst auf diesbezügliche Fragen hin der oben angegebenen Umstände. Es kam sogar vor, dass er seine Angehörigen, wenn sie nicht zu ihm sprachen, nicht genau unterscheiden konnte und sie untereinander verwechselte. Er wurde kurz von Gedanken; kleine Aufträge, die er von der Frau oder den Töchtern bekam, hatte er wenige Zeit darauf völlig vergessen, oder er brachte etwas ganz Verkehrtes. Er klagte fortwährend über Kopfschmerzen und war oft sehr aufgeregt.

Als er sich körperlich wieder besser fühlte, machte er in gewissen Zeitabständen dreimal den Versuch, seine Arbeit wieder aufzunehmen, der jedoch jedesmal misslang; er wurde immer am ersten Tage wieder entlassen, weil er sich bei jeder Tätigkeit äusserst ungeschickt anstellte und beim Bücken heftige Schwindelzustände bekam.

Weiterhin zeigte sich bei ihm eine grosse Schwäche gegen Alkoholaufnahme; Mengen, die er früher ohne weiteres vertragen hatte, machten ihn jetzt erregt und führten Sinnestäuschungen, Schwindel- und Wutanfälle herbei, er war infolge dieser Alkohol-Intoleranz sehr häufig betrunken.

Als er seine Ansprüche auf Unfallrente geltend machte, wurde ihm eine solche von 30 % zugebilligt.

In der Nacht vom 29. zum 30. Juni erregte er durch Lärmen auf der Strasse einen Auflauf. Einem Schutzmann, der ihn zuerst mehrmals zur Ruhe wies, widersetzte er sich heftig, griff ihn, als er mit Gewalt abgeführt werden sollte, mit dem Messer an und beschimpfte ihn auf das Gröblichste. In dem darauffolgenden Strafverfahren ordnete das Königliche Amtsgericht an, dass der Angeklagte zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand auf sechs Wochen in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet würde.

Demgemäss wurde er am 5. November 1903 in die Städtische Irren-Anstalt zu Dalldorf aufgenommen.

Der Kranke machte während der ersten sieben Tage seines hiesigen Aufenthaltes den Eindruck eines Alkoholdeliranten, nur dass die motorische Unruhe eine verhältnismässig geringe war. Sich selbst überlassen, blieb er ruhig im Bett liegen und gab keine sprachlichen Aeusserungen von sich. Die eigentümlich hochgezogene Stirn verlieh seinem Gesichte den Ausdruck einer gewissen Ratlosigkeit und Unsicherheit. Er war nicht orientiert, wusste nicht, wo er sich befand, konnte das Datum nicht angeben. Auch über seine Personalien machte er nur unsichere Mitteilungen. Weiterhin ergab sich, dass er massenhafte Sinnestäuschungen des Gesichts hatte: Er bemerkte, dass draussen so viele Vögel durch die Luft flögen, er beklagte sich darüber, dass er des Nachts vor Ungeziefer nicht habe schlafen können, auch habe man ihm das ganze Bett voll Essgeschirr gestellt, sodass er sich nicht habe bewegen können. Es laufen Ratten über den Boden und nagen an der Bettdecke. Auch vereinzelte Sinnestäuschungen des Gehörs wurden beobachtet: Verworrenes Klingeln und Geräusch, ein scharfes, feines Piepen, als ob Mäuse unter dem Kopfkissen wären. Gegenstände in der Stube verkannte er und hielt sie für Tiere. Ein Tuch, das am Boden liegt, sieht er für ein Nest weisser Mäuse an: „die haben da gegessen und haben den ganzen Kalk abgefressen von der Wand und dann spielen sie da alle und laufen vor den Nestern herum.“ Einen Haken, der sich im Untersuchungszimmer an der Wand befindet, hielt er für „eine grosse Ratze, die sich bewegt, jetzt fängt sie an zu laufen, nun sitzt sie wieder still.“ Auch das Symptom der Personen-Verkennung zeigte sich. Den Arzt und auch die Pfleger benennt er mit Namen von Bekannten. Bei Druck auf die Augäpfel sieht er nur Licht und Funken, „mal hell und mal dunkel.“ Am sechsten Tage trat eine Steigerung der körperlichen Erscheinungen ein, sein Puls wurde schlechter und das Zittern nahm zu. Er musste wegen der Herzschwäche Kampfer bekommen, doch wurde am achten Tage der Kranke wieder ruhiger und die deliranten Erscheinungen traten, wenigstens am Tage, ganz zurück.

Auf körperlichem Gebiete wurde folgender Befund erhoben: Links in der Stirnhaargrenze eine zirka vier Zentimeter lange, verschiebliche Narbe ohne deutliche Knochenveränderung, die jedoch sehr druckempfindlich ist, dann eine kleinere, nicht so druckempfindliche in der rechten Stirnhaargrenze. Die Pupillen reagieren auf Licht und Konvergenz. Der Facialis und die Zunge weisen keine nennenswerten Innervationsstörungen auf. Auf die augenärztliche Spezialuntersuchung soll weiter unten eingegangen werden. Der Kranke ist kräftig gebaut und in gutem Ernährungszustande. Die inneren Organe zeigen

keinerlei Störungen. Rechts wird mit dem Dynamometer nur 30 gedrückt, während links 80 erhalten wird. Die Muskeln des rechten Oberarmes, im besonderen des Deltoideus, sind weniger umfangreich als links. Der Triceps-Reflex ist rechts nicht auszulösen, während er links vorhanden ist. Der Patellar-Reflex ist rechts schwächer als links, beiderseits vorhanden. Die grobe Kraft in den unteren Extremitäten ist rechts und links nicht deutlich verschieden, wenn man von einer nicht sehr erheblichen Schwäche im rechten Peroneus-Gebiete absieht. Ausserdem besteht eine Anästhesie der rechten Körperseite, die nur an der Stirn und einem Teile der Kopfschwarte auch auf die linke Seite herübergeht. Das Romberg'sche Zeichen ist vorhanden. Der Druck auf die Nervenpunkte ist überall sehr schmerzhaft, besonders aber am rechten Arme und dem rechten Bein.

Der weitere Verlauf gestaltete sich nun so, dass der Kranke sich allmählich etwas besser orientierte, er wusste, wo er war, kannte die Aerzte und Angestellten und gab auch bessere Auskunft über sein Vorleben, doch stellte sich heraus, dass ein deutlicher Ausfall der Merkfähigkeit bestand. Der übrigens gar nicht demente Kranke war nicht imstande zu sagen, wie lange er schon in der Anstalt sei, ob er schon einmal an dem betreffenden Tage das Untersuchungszimmer betreten, wann seine Frau ihn zuletzt besucht habe. Als ihm die Ehefrau diese Dinge einmal bei einem Besuch gründlich eingepägt hatte, so dass er sie wenige Minuten nachher wusste, hatte er sie am Abend desselben Tages wieder völlig vergessen. Besonders deutlich zeigte sich der Merkfähigkeitsdefekt, wenn man ihm Zahlen oder unbekannte Worte zum Merken aufgab. Auch Konfabulation war vorhanden, wenn auch nicht in sehr ausgedehnter Masse. Er beschrieb mehrmals Wanderungen und Spaziergänge, die er des Nachts und auch am Tage gemacht haben wollte; so ging er einmal mit seinen Kindern zur Kirche und der Pfarrer hielt eine Ansprache an ihn, deren Wortlaut er mitteilte. Später sei er dann von Schutzmännern wieder in die Anstalt zurück gebracht worden. Ein anderes Mal beschrieb er einen Fischereiausflug, den er gemacht habe und eine Gerichtsverhandlung, zu der er geladen gewesen. Dann berichtet er einmal, dass er der Sitzung eines Vereins beigewohnt habe und beschreibt Einzelheiten der Verhandlungen.

Die Störung aber, welche veranlasste, diesen Krankheitsfall eingehendes zu beschreiben, wurde in den ersten Tagen nach Ablauf des akuten Delirium beobachtet. Es stellte sich heraus, dass der Kranke Gegenstände, die ihm nur durch das Gesicht zugänglich gemacht wurden, nicht erkennen konnte, während er sofort den Namen des betreffenden Gegenstandes angab, wenn er ihn durch andere Sinne, durch den Tastsinn, durch Gehör, Geruch und Geschmack aufnehmen konnte, und zwar beschränkte sich diese optische Asymbolie nur auf körperliche Gegenstände, indem er Bilder auch durch den Gesichtssinn erkannte, wie er auch ziemlich klein gedruckte Buchstaben und Zahlen richtig lesen konnte. Eine augenärztliche Spezialuntersuchung, die ich Herrn Dr. Lewinsohn verdanke, hatte folgendes Ergebnis: rechts besteht volle Sehschärfe, links annähernd volle Sehschärfe. Hinsichtlich der Akkomodation ergibt sich, dass er mit \pm 1,5 kleine Schrift in 25 cm Abstand liest. Bei der perimetrischen Prüfung zeigte sich das Gesichtsfeld für weiss und für Farben mässig eingeschränkt. Bei äusserster Blickrichtung nach links treten Doppelbilder auf, die jedoch nahe beieinander liegen, und zwar steht das nach aussen befindliche

Bild etwas höher als das andere. Ausserdem ist hervorzuheben, dass auf dem linken Auge das Symptom der Makropsie beobachtet wurde. Die in Frage stehende Störung des Wiedererkennens blieb völlig unverändert. Die ersten Prüfungen wurden der geringen Presbyopie entsprechend, mit Hilfe einer Brille von + 1,5 beiderseits vorgenommen. Als sich dann aber kein Unterschied in der Reaktion zeigte und der Kranke äusserte, dass er mit der Brille noch weniger sehen könnte, wurde sie weggelassen. Die Störung war nur auf das körperliche Sehen beschränkt, es gelang sogar regelmässig den Kranken auch zum Erkennen körperlicher Gegenstände zu bringen, wenn diese mit Hilfe eines Linsensystems, wie es z. B. der photographische Apparat birgt, in eine Ebene projiziert wurden. Dabei war das Erkennungsvermögen für Farben und für ebene Formen vollständig erhalten, so dass z. B. von einem Haarkamm, der nicht benannt werden konnte, richtig angegeben wurde, es sei ein länglicher Gegenstand, er sei gelb an der einen, mehr bräunlich an der andern Seite und sei gerippt. Diese Angaben über Farbe und flächenhafte Form wurden jedesmal bei demselben Gegenstand in derselben Weise gemacht, sodass zwei Protokolle, die eine Zwischenzeit von Wochen trennt, in Bezug auf diese Antworten fast wörtlich übereinstimmten. Weiterhin sei darauf hingewiesen, dass es keinen Unterschied ergab, ob der Kranke mit beiden Augen, mit dem rechten Auge allein oder mit dem linken Auge allein die Gegenstände betrachtete, die Unfähigkeit, das Gesehene zu benennen, war in allen drei Fällen in gleicher Weise vorhanden.

Ueber das Verhalten des Kranken in dieser Beziehung befinden sich in der Krankengeschichte eine grosse Anzahl von Protokollen, die, an verschiedenen Tagen aufgenommen, sich über den Zeitraum fast eines Jahres erstrecken. Ich muss aber, um Raum zu sparen, auf eine Mitteilung der ganzen Krankengeschichte verzichten, und dies geht um so eher an, als wie schon oben erwähnt, ein Protokoll dem anderen im wesentlichen völlig gleicht. Eine allmähliche Entwicklung des asymbolischen Bildes fand nicht statt, sondern der Zustand ist, auch wenn man den zweiten Aufenthalt des Kranken in unserer Anstalt, von dem noch weiter unten berichtet werden soll, mit in Betracht zieht, ganz unverändert geblieben. Es genügt folglich, wenn ich nur ein Protokoll mitteile, dem geeignete Beobachtungen anderer Tage, wenn nötig, beigelegt werden.

Eine Aphasie besteht nicht, der Kranke zeigt weder bei der spontanen Sprache eine Störung, noch auch versteht er Aufforderungen, die an ihn gelangen, falsch, im Gegenteil führt er sie prompt und richtig aus.

1. Die folgende Versuchsreihe soll nun zeigen, wie er Gegenstände, die er durch den Gesichtssinn allein nicht erkennen kann, nach Betasten richtig benennt.

Streichholzschnitzschachtel (Gesicht): Bunt, gelb und rot, ich weiss nicht, was das für ein Gegenstand ist. — (Nach Betasten): „Streichhölzer.“

Sind Sie dessen sicher?

„Ja, sicher ist das eine Streichholzschnitzschachtel.“

Bürste (Gesicht): Das sieht braun aus, vierkant, so länglich mit Borsten dran, das weiss ich nicht. — (Nach Betasten): „Eine Bürste zum Kleiderbürsten.“ (Benutzt sie richtig.)

Stück Watte (Gesicht): Das ist weiss, rund, weiss ich nicht.

Wie benutzt man das denn?

„Das weiss ich garnicht.“ — (Nach Betasten): „Das ist solche Watte, wie man sie bei Verbänden gebraucht.“

Taschenmesser (Gesicht): Blank, da ist etwas weisses dran. — (Nach Betasten): „Ein kleines Messer.“

Korkzieher (Gesicht): Braun und gerippt, das ist auch blank. — (Nach Betasten): „Ein Korkzieher.“

Haarkamm (Gesicht): Das ist geblich und vierkant, gerippt, ich kann nicht sagen, was das ist. — (Nach Betasten): „Ein Kamm.“

Telephon (Gesicht): Braun und vierkantig, gross, ein blankes Stück ist dran, das kenn ich nicht. — (Nach Betasten): „Zum Horchen, ein Telephon.“

Tabakspfeife (Gesicht): Blank, braun, oben schwarz, das bekomme ich nicht heraus. — (Nach Betasten): „Eine Tabakspfeife.“

Papierkorb (Gesicht): Ganz gross, rund, da liegt etwas Weisses drin, weiss ich nicht, wozu man das gebraucht, darf ich's mal anfühlen? — (Nach Betasten): „Ein Korb, das ist Papier, was drin liegt.“

Stück Seife (Gesicht): Weiss, vierkantig. — (Nach Befühlen): „Das ist Seife.“

Portemonnaie (Gesicht): Schwarz, da sind solche Rippen dran, mitten drin etwas Blankes, weiss ich nicht. — (Nach Betasten): „Das ist dem Herrn Doktor sein Portemonnaie.“

Kaninchen (Gesicht): Das ist geblich, das bewegt sich, nun bewegt es sich wieder, aber was das ist, kann ich nicht sagen. — (Nach Befühlen): „Das ist ein grosses Kaninchen.“

Fliege (Gesicht): Das ist schwarz und bewegt sich, ich weiss es nicht (tastet mit dem Finger danach, die Fliege fliegt weg), „nun ist es weggeflogen“. — (Es wird ihm nun eine Fliege zum Betasten eingefangen), er sagt sofort: „Eine Fliege.“

2. Gegenstände, die durch den Gesichtssinn nicht erkannt wurden, werden durch das Gehör richtig erkannt.

Messer (Gesicht): Blank, da ist etwas weisses dran. — (Man lässt das Messer am Ohre des Patienten zuschnappen): „Ach, das ist ein Messer.“

Schere (Gesicht): Blank, ein blankes Stück, mit Kreisen dran. — (Gehör): „Eine Schere, das klingt, das kneipt, wie wenn man die Schafe schert, das tat meine Mutter zu Hause.“

Streichholzschachtel (Gesicht): Bunt, gelb und rot. — (Gehör): Streichhölzer.“

Kamm (Gesicht): Gelblich und vierkant, gerippt. — (Gehör, am Ohre des Patienten wird mit dem Fingernagel über die Zähne des Kammes gestrichen): „Das ist ein Haarkamm.“

Kanarienvogel im Bauer (Gesicht): Das ist blank, blanke Streifen, da ist etwas Gelbes dabei, das bewegt sich, ich weiss nicht. — (Der Kranke steht lange davor und weiss nicht, was es sein soll. Darauf piept der Kanarienvogel, sofort tritt ein Wechsel im Gesichtsausdruck des Kranken ein, er sagt schnell): „Sieh mal an, das ist ja ein Vogel.“

3. Gegenstände, die durch den Gesichtssinn nicht erkannt wurden, werden durch den Geruch erkannt.

Zigarre (Gesicht): Braun, ein längliches Stück. — (Geruch): „Tabak“ (tastet) „eine Zigarre.“

Zwiebel (Gesicht): Rötlich, rund mit einem Stiel was kann das sein (Geruch): „Nach einer Bolle riecht das.“

4. Gegenstände, die durch den Gesichtssinn nicht erkannt wurden, werden durch den Geschmack erkannt.

Stück Zucker (Gesicht): Weiss, vierkant. — (Geschmack): Zucker, ein Stück Zucker.“ Ebenso verhält sich der Kranke bei der Prüfung mit Seife und Salz.

5. Als Beispiel, wie der Kranke erkennt und zum Verkennen nicht geneigt ist, sei folgendes angeführt:

Eigentümlich zusammengelegtes Taschentuch. — (Gesicht): „Ein weisser Gegenstand.“

Ist es eine Katze?

„Einen langen Gegenstand hat es ja, aber eine Katze ist es nicht.“

Warum nicht? „Eine Katze hat noch einen längeren Schwanz wie dieses hier.“

Ist es überhaupt ein Tier? „Ein Tier ist es nicht, es bewegt sich ja nicht.“

Es gibt doch aber auch ruhige Tiere!

„Man würde aber doch was hören (beugt sich mit dem Gesicht ganz dicht heran) atmen. Das kriege ich nicht raus.“

Ist es ein totes Tier?

„Es sieht aus, als ob es ein weisser Klumpen ist.“

Ist es vielleicht Schnee?

„Das kann ich nicht unterscheiden, weiss nur, dass es weiss ist.“ Es wird ihm dicht am Ohre das Geräusch des knitternden Leinens vorgemacht): „Das ist ein Tuch.“ (Bittet es berühren zu dürfen, tut es, tastet, misst): „Es ist ein Schnupftuch.“

6. Wenn der Kranke den Gegenstand durch das Gesicht nicht erkennen kann, so gelingt dies anscheinend dann, wenn ihm die Bewegung vorgemacht wird, doch zeigt eine kurze Folge von Versuchen, dass der Kranke sich dann leicht irre führen lässt, seiner Sache keineswegs so sicher ist, wie wenn er z. B. getastet hat und sich mit einer gewissen Vorsicht äussert.

Korkzieher (Gesicht): Braun, blank, gerippt. (Es wird die charakteristische Bewegung des Flaschenaufziehens damit gemacht, der Kranke sagt halblaut, wie zweifelnd): „Ein Korkzieher, ein Pfropfenzieher.“

Foliant: (Gesicht): Schwarz und braun, vierkantig, an der Seite ist es auch weiss. (Darauf werden geräuschlos die Seiten umgeschlagen, der Kranke sagt: „Herr Doktor hat ein Buch.“

Hut (Gesicht): Gelblich, braun, rund, ich weiss nicht. (Der Untersucher steckt den Hut wie ein Taschentuch in die Tasche, der Kranke): „Wohl ein Taschentuch, Herr Doktor stecken es ein.“

Sind Sie dessen sicher?

„Da muss ich es erst in der Hand haben.“

Korb (Gesicht): Vierkant, ein grosser Gegenstand, braun. (Der Untersucher setzt sich auf den Korb): „Aha, das ist ein Stuhl.“ (Nach Betasten): „Ach was, das ist ja ein Korb, darauf setzt man sich doch nicht.“

7. Weiterhin war eine Prüfung des optischen Gedächtnisses bei dem Kranken von Wichtigkeit. Es liess sich feststellen, dass dieses gut war und

zwar bestätigte das die Tatsache, dass er vermöge seines optischen Gedächtnisses Gegenstände nur durch den Gesichtssinn scheinbar wiedererkennen konnte. Als in den ersten Wochen mit ihm täglich Versuche angestellt wurden, mussten ihm begrifflicher Weise oft dieselben Gegenstände vorgelegt werden. Schliesslich kam es dann zu folgenden bemerkenswerten Reaktionen:

Messer: „Gelb, blank, das haben wir auch schon gehabt; hat der Herr Doktor damit nicht geknipst, ist das vielleicht ein Taschenmesser?“

Korkzieher: „Braun, hell, gerippt, das habe ich auch schon mal gesehen. Habe ich das nicht mal auf dem Papier gehabt, mit dem Bleistift gezeichnet. Sie haben mit der Hand gemacht, wie wenn man eine Flasche aufzieht; ist das vielleicht ein Korkzieher?“

Ist es denn ein Korkzieher?

„Das weiss ich nicht, es ist ein braunes, blankes Stück.“

8. Bilder in einem Bilderbuch erkennt er sogleich richtig: einen Briefträger, einen Schlitten, ein Segelboot und einen Hut, ebenso liest er auch ziemlich klein gedruckte Buchstaben und Worte richtig und versteht, was sie bedeuten.

Es erübrigt noch zu beschreiben, wie sich der Kranke bei seinem zweiten Aufenthalt in hiesiger Anstalt verhielt. Er war, nachdem er nach abgelaufener Beobachtungszeit in dauernde Anstaltspflege aufgenommen worden, im März 1904 auf Antrag der Ehefrau entlassen worden, musste dann aber Ende Juni wieder zurück gebracht werden. Er hatte sich neuerdings starkem Alkohol-Missbrauch hingegeben und war gefährlich gegen seine Frau geworden. Bei der Aufnahme zeigte er sich über seine Umgebung ziemlich orientiert. Dagegen wusste er nicht, wann er zuletzt in der Anstalt gewesen und konnte auch über die Zwischenzeit und das, was er draussen getrieben, nur schlecht Auskunft geben. Die Neigung zu Konfabulation war jedoch erheblich zurückgetreten und nur noch in Spuren nachzuweisen. Der körperliche Zustand war, abgesehen vom Fehlen der Augenmuskelerkrankung, derselbe wie bei der ersten Aufnahme, dazu kamen wieder stärkere Erscheinungen des chronischen Alkohol-Missbrauches. Nachdem diese abgeklungen, konnte der Kranke sich auf der Station aufhalten und sogar etwas Hausarbeit verrichten. Er beschäftigte sich in einem kleinen Küchenraum mit dem Abwaschen des Geschirrs. Die Störung des Wiedererkennens körperlicher Gegenstände bestand dabei völlig in derselben Weise fort, wie festgestellt werden konnte, als ich jüngst alle oben mitgeteilten Prüfungen noch einmal mit ihm durchging. Sehr bezeichnend ist nun sein Verhalten bei der Arbeit. An diesen kleinen Küchenraum, im welchem er täglich mit denselben wenigen Gegenständen zu tun hat, hat er sich im Laufe der Monate derart gewöhnt, dass er jetzt die einzelnen Gegenstände scheinbar nur durch das Gesicht, ohne Betasten, erkennt und benennt. Dies ist aber nur scheinbar und beruht darauf, dass der Kranke in diesem Falle wieder mit seinem optischen Gedächtnis arbeitet, wie im siebenten Abschnitt des Protokolls mit Beispielen belegt wurde. Er weiss, dass der weisse, runde Gegenstand, der vor ihm steht, ein Essnapf ist, weil er ihn vorher tausendmal an dieser Stelle in der Hand gehabt und sich davon überzeugt hat. Den ebenfalls weissen, schmalen höheren Gegenstand erkennt er aus demselben Grunde als Trinkgefäss wieder usw. Bringt man nun aber an dem Trinkgefäss eine Veränderung an, bindet z. B. um die Mitte ein rotes Tuch, jedoch so, dass das

Trinkgefäß zum grössten Teil sichtbar ist und seine Form vollkommen erhalten bleibt, es also auf den ersten Blick erkennbar ist, so kann es der Kranke durch das Gesicht garnicht mehr erkennen, sagt: „das ist rot, weiss, rundlich, das weiss ich nicht, was das sein könnte“, und wundert sich sehr, als er beim Betasten merkt, dass es wieder nur ein Trinkgefäß ist.

Es fragte sich nun, wie dieser eigenartige Zustand zu bewerten sei.

Da es sich um einen Beobachtungskranken handelte, so wurde in erster Linie die Möglichkeit einer Simulation in Erwägung gezogen. Ich glaube, dass man bei unserm Kranken von etwas derartigem absehen kann; einmal spricht das Vorhandensein der mit objektiven körperlichen Anzeichen verbundenen polyneuritischen Geistesstörung gegen eine solche Annahme. Dann aber würde die Tatsache, dass während der langen Zeit seines Hierseins niemals eine Fehlreaktion vorgekommen, etwa Körperliches richtig erkannt oder Flächenhaftes nicht erkannt wurde, eine derartige Fülle psychologischen Scharfsinns verlangen, dass man sie bei diesem ganz ungebildeten Arbeiter, der kaum lesen und schreiben kann, wohl mit Sicherheit ausschliessen darf. In ähnlicher Weise ist auch die Annahme von der Hand zu weisen, als ob es sich bei unserm Kranken um eine jener halb unbewussten Nachahmungen eines wirklich organischen Falles handeln könnte, wie sie bei Hysterischen vorkommen mögen. Denn dieser Annahme steht in erster Linie im Wege, dass ein derartig reiner organischer Fall überhaupt bisher nicht beobachtet wurde, und wenn er vorhanden wäre, sicher bekannt geworden sei. Dann aber würde der Kranke bei den verwickelten Prüfungen, z. B. mit dem photographischen Apparat, mit und ohne Linse, von denen weiter unten berichtet wird, aus der Rolle gefallen sein, wenn es sich nicht wirklich bei ihm um den Ausfall einer Funktion handeln würde.

Weiterhin war die Frage zu entscheiden, ob die Asymbolie nun organisch oder funktionell sei. Für einen organischen Ursprung sprach in erster Linie der Umstand, dass die Störung zugleich mit einer Korsakow'schen Psychose auftrat. Die eingangs erwähnten Fälle von Wernicke, Heilbronner, Bonhöffer und anderen hatten die Tatsache festgelegt, dass es bei der polyneuritischen Geistesstörung zu Asymbolien kommen kann, welche von den oben genannten Autoren als kortikal bedingte aufgefasst werden.

Es war auch bemerkenswert, dass sich die Asymbolie so ganz unverändert erhielt und den verschiedenartigsten Suggestionen gegenüber standhaft blieb. Es wurde nämlich der Kranke in dieser Beziehung auf die mannigfachste Weise geprüft: Ich liess ihn den Gegenstand in einem Spiegel sehen, lenkte das Bild des Gegenstandes durch ein System von

Spiegeln vor den photographischen Apparat, dem ich die Linse entnommen hatte, wandte eigentümlich geformte und gefärbte Glasscheiben, stereoskopische Apparate und Ferngläser an usw., immer unter der ausdrücklichen Suggestion, dass das Erkennen jetzt gelingen werde und immer erhielt ich dasselbe Resultat, dass nämlich der Kranke Körperliches nicht erkannte, Flächenhaftes aber erkannte.

Demgegenüber sprachen einige vorwiegend negative Umstände dafür, dass der asymbolische Zustand als ein funktioneller aufzufassen sei. Weit aus die meisten Fälle von organischer Seelenblindheit sind nämlich dadurch bezeichnet, dass eine Hemianopsie mit ihnen verbunden ist. Bei unserm Kranken ist davon keine Spur nachzuweisen, sondern es findet sich im Gegenteil eine nicht sehr erhebliche, aber doch deutlich nachweisbar konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Ferner war in den bisherigen Fällen von optischer Asymbolie meines Wissens niemals ein derartig scharfer Unterschied zwischen dem Erkennen flächenhafter und körperlicher Dinge zu beobachten; wenigstens hielt der Kranke Lissauer's⁶⁾ das Bild eines Esels für Napoleon, und einen Schwan für eine Giraffe und reagierte also bei Bildern ebenso verkehrt wie bei körperlichen Gegenständen. In unserm Falle wurden aber Bilder immer richtig erkannt und körperliche Gegenstände niemals erkannt.

Ein weiterer Unterschied ergibt sich, wenn man sich an das bei den bisher bekannten organischen Fällen so häufige Haftenbleiben erinnert. Gerade der Fall Lissauer's bietet in den Protokollen besonders oft diese Erscheinung dar. Nachdem dem betreffenden Patienten eben eine Katze gezeigt worden war, hielt er auch eine Kleiderbürste für eine Katze; den Regenschirm erklärte er für einen Leuchter, weil er kurz vorher einen Leuchter gesehen hatte, die Schiefertafel für ein Tintenfass, weil ihm eben ein Tintenfass gezeigt worden war und ähnliches. Dies Haftenbleiben fand sich bei unserm Kranken niemals, wie auch jede aphasische Störung bei ihm fehlte. Kurz zusammengefasst, war es überhaupt die merkwürdige Reinheit des Falles, die in erster Linie an eine funktionelle Ursache denken liess, allerdings daneben die körperlichen Stigmata: Hemianästhesie und konzentrische Einengung. Dabei war aber ein direkter Beweis noch nicht erbracht. Denn schliesslich wurden doch schon oft z. B. auch organisch bedingte Aphasien beobachtet, die an Reinheit der Symptome nichts zu wünschen übrig liessen.

Da entschied endlich der Kranke selbst, nachdem er sich acht Wochen in Behandlung befunden, kurzer Hand die schwankende Diagnose zugunsten eines funktionellen Ursprungs, indem er plötzlich mit einer Brille von + 1,5, die ihm allerdings auch wieder mit einer starken

Suggestion gegeben wurde, vorgelegte Gegenstände richtig erkannte. Hierbei sei noch einmal daran erinnert, dass in der ersten Woche der Untersuchung mehrmals mit verschiedenen Brillen, unter anderen auch mit der seiner Presbyopie entsprechenden von + 1,5 Versuche gemacht worden waren, ohne dass auch nur eine Spur von Besserung des optischen Wiedererkennens erzielt worden war.

Meines Wissens ist eine derartige optische Asymbolie funktionellen Ursprungs in dieser Ausdehnung noch nicht beobachtet worden.

Während auf dem Gebiete der Aphasien eine nicht unbeträchtliche Reihe von Fällen bekannt wurde, in denen die sprachlichen Funktionen in grösserem oder geringerem Umfange durch funktionelle Ursachen behindert waren, sind Nachrichten über das Vorkommen funktioneller Asymbolie in der Literatur nur sehr spärlich zu finden, und zwar handelt es sich dann mehr um Fälle, bei denen die Unfähigkeit wiederzuerkennen deutlicher psychisch abgegrenzte Gebiete betraf, bei denen man sich eine anatomische Begründung gar nicht denken konnte. So beschreibt z. B. Weir-Mitchel einen Fall, bei dem sich bei einer hysterischen Frau im Anschluss an eine Fehlgeburt neben Anosmie und anderen Störungen die Unfähigkeit einstellte, grosse Objekte zu erkennen, während sie kleine Gegenstände sogleich ohne Schwierigkeit benannte und zwar ohne dass anscheinend ein irgendwie erheblicher Gesichtsfeldausfall bestand. Diese Patientin konnte z. B. einen Reiter auf dem Pferde nicht als solchen erkennen, während sie kleine Gebrauchsgegenstände identifizierte. Wie man sieht, war diese Erkrankung wesentlich leichter und schneller als funktionelle festzulegen, als die asymbolische Störung bei unserm Kranken, der einen Baum, einen Turm und einen Wagen mit Pferden bespannt ebensowenig erkennt, wie Schere, Federhalter und Tintenfass, ein Kaninchen ebensowenig wie eine Fliege.

Da eine möglichst frühzeitige Entscheidung der Frage, ob eine derartige Störung organisch oder funktionell sei, nicht nur für die Diagnose, sondern auch für die Prognose und Therapie von grosser Bedeutung ist, so möchte ich noch einmal kurz die differenzial-diagnostischen Merkmale hervorheben, welche die optische Asymbolie unseres Kranken von organischen Asymbolien der Sehsphäre unterscheiden lassen. Mit der verbreiteten Vorstellung, dass die funktionellen Erkrankungen meistens von Tag zu Tag eine gewisse Veränderlichkeit zeigen, war diesmal nicht viel anzufangen. Die Störung ist, abgesehen davon, dass der Patient jetzt mit der Brille die Gegenstände erkennt, völlig unverändert geblieben und war besonders hinsichtlich der Ausdehnung von einer erstaunlichen Beständigkeit; er hat auch jetzt niemals einen Gegenstand, den er noch nicht gesehen, ohne Brille erkannt.

Immerhin auffallend und scheinbar eine Ausnahme von der Tatsache, dass er körperliche Gegenstände garnicht erkennen könne, schien die Beobachtung zu sein, dass er gelegentlich Einzelnes doch nennt, bei einer Bürste spricht er von Borsten, bei einem Wassereimer vom Bassin. Doch lässt es sich leicht nachweisen, dass dem Kranken „Borsten“ nichts anderes ist, als wie, sagen wir, ein Eigenschaftswort, wie „gerippt“ oder „gezackt“; denn legt man ihm nun eine einzelne Borste vor, so sagt er: „gelblich, ein Strich“ und verhält sich also genau so asymbolisch, wie bei den anderen Reaktionen.

Dass übrigens, wie ich hier einschreiben möchte, nicht die Presbyopie an sich schon Grund des Nichterkennens ist, geht aus einer grossen Reihe von Beobachtungen hervor. Der Patient erkennt Buchstaben und Bilder, die nur 1 cm gross sind, sofort richtig, während er die 15 cm lange Schere nicht erkennt. Ferner müsste er dann doch wenigstens in der Entfernung richtig erkannt haben; während es z. B. vorkam, dass er zusah, wie sich eine Krähe draussen vor dem Fenster auf einen Baum setzte; wurde er dann gefragt, was es sei, antwortete er: es bewegt sich, ist schwarz, länglich; was es ist, weiss ich nicht.

Auf eine Reihe von weiteren differenzial-diagnostischen Merkmalen bin ich oben schon eingegangen, auf das Fehlen der Hemianopsie, auf das Nichtvorhandensein sprachlicher Störungen und der Erscheinungen des Haftenbleibens. Ferner war Lesen und Schreiben völlig unverändert. Weiterhin ist es auffallend, dass der Patient niemals falsche Antworten gegeben hat; er hat niemals herumgeraten, einen Strohhut zuerst für ein Petschaft und dann für einen Fingerring gehalten, wie Lissauer's Patient. Er hat volle Einsicht dafür, dass er allein mit dem Gesichtssinn die Gegenstände nicht erkennen kann; er lehnt sogar die Mutmassung darüber kurzer Hand ab.

Sehr charakteristisch ist auch das Verhalten seines optischen Gedächtnisses: Es liess sich leicht nachweisen, dass es vollkommen erhalten war. Es ist dies bemerkenswert, da Lissauer und eine Reihe anderer Beobachter in dieser Beziehung bei ihren Kranken mehr oder minder starke Veränderungen nachgewiesen haben. Dabei liessen sich die älteren optischen Erinnerungsbilder dadurch prüfen, dass man den Kranken Gegenstände aus der Erinnerung zeichnen oder beschreiben liess. So gab er eine Giesskanne, eine Schere und einen Rasierpinsel in zwar unbehilflicher, aber doch deutlich erkennbarer Weise wieder und beschrieb eine Reihe von Tieren, Pflanzen und Werkzeugen charakteristisch. Dass sein Gedächtnis für frische optische Eindrücke ausgezeichnet war, zeigte, wie in den Protokollen angeführt, jede neue Untersuchung. Zu Dingen,

die er schon einmal durch Tasten oder andere Sinne erkannt hatte, findet er vermöge seines optischen Gedächtnisses bei einer folgenden Untersuchung durch einen Schluss den Namen. Er äussert sich dann folgendermassen: über einen Rotstift: „Das ist bräunlich und lang, an einem Ende spitz, da ist ein roter Fleck, das haben wir schon mal gehabt, damit habe ich gestern geschrieben, das ist wohl ein Bleistift,“ oder bei einem Kamm: „das ist gelblich und länglich und gerippt, das hat der Doktor gestern an meinem Ohr klingen lassen, das war da ein Haarkamm.“ Wenn man dann aber den Anblick des Gegenstandes etwas veränderte, eine Uhr z. B. auf einen Wattebausch legte, oder eine Schnur darum wickelte, so erschien sie ihm wieder völlig fremd und er wusste sie gar nicht zu benennen.

Dann war bei unserm Kranken die Fähigkeit, sich in Räumen und auch draussen zu orientieren, eine verhältnismässig sehr gute. Eine grosse Menge von Beobachtungen, ich nenne nur die von Wilbrandt⁷⁾, Lissauer, Gaupp⁸⁾, Laehr⁹⁾, Magnus¹⁰⁾ und Müller¹¹⁾ verzeichnet bei ihren Seelenblinden, dass die Orientierung auf der Strasse, sogar in den eigenen Zimmern der betreffenden Kranken sehr stark gestört war. Sie konnten ohne fremde Hilfe draussen auf der Strasse überhaupt nicht gehen oder sich zurecht finden. Unser Kranker dagegen fand nicht nur nach den Untersuchungen die Türe seines Krankenzimmers und sein Bett wieder, sondern er war auch imstande, als er zum ersten Male zum Pavillon heraus an eine andere Ecke des Anstaltshofes geführt wurde, von dort aus den immerhin nicht ganz leichten Weg um einige Gebäude herum zu seiner Station wieder zu finden. Und es stand dieser Befund in einem eigentümlichen Gegensatz zu seiner Unfähigkeit, die Gegenstände in der Anstaltsschmiede, im Kesselhaus und im inneren Garten und sogar die Klinken an der Tür zu erkennen. Uebrigens braucht auch bei organischen Asymbolien die allgemeine Orientierung nicht gestört zu sein, wie zwei Fälle von Touche¹²⁾ beweisen, von denen der eine diese Orientierung hatte, während sie dem andern fehlte.

Schliesslich sei noch auf die Fähigkeit, Farben richtig zu erkennen, aufmerksam gemacht. Während Lissauer's Patient die Farbe richtig erkannte, aber falsch benannte, wurde von einigen andern Beobachtern Verlust der Farbenempfindung bei Seelenblinden nachgewiesen, und es ist bekannt, dass Siemerling¹³⁾ seinen Fall von anscheinender Seelenblindheit allein darauf zurückführen konnte, dass neben erheblich herabgesetzter Sehschärfe Achromatopsie bestand. Bei unserm Kranken war nun der Farbensinn vollkommen frei. Im Gegenteil war die Farbenwahrnehmung regelmässig das erste, worüber der Kranke sich äusserte,

er sagte zuerst die Farbe, dann die Form und dann etwaige Eigentümlichkeiten der Oberfläche. Vom Haarkamm äusserte er sich: gelb, länglich, vierkant, gerippt; vom Apfel: rot, rund, oben etwas schwarzes.

Es ist unbestreitbar, dass beim Festlegen einer Diagnose unser Bestreben immer dahin zielt, die verschiedenen Symptome des betreffenden Krankheitsbildes möglichst einer Ursache zuzuschreiben. Und so habe ich mir oft die Frage gestellt, ob nicht Hysterie allein imstande sei, einen Fall, wie den vorliegenden zu bewirken. Gleichwohl glaubte ich, auch an der Diagnose Korsakow'scher Geistesstörung festhalten zu müssen. Sie wird sicherer gestellt durch das Bestehen der körperlichen Erscheinungen: der Atrophien, der wenn auch geringen Augenmuskellähmung, der Nervendruckempfindlichkeit, verbunden mit dem Merkfähigkeitsverlust und den Konfabulationen auf geistigem Gebiete. Wenn nun für den Rest der vorhandenen Störungen, für die rechtsseitige Anästhesie, für die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes und besonders für die optische Asymbolie eine Neurose in Anspruch genommen werden muss, so ist die Kluft, welche zwischen diesen beiden Diagnosen klafft, keineswegs so gross, wie es anfangs scheint. Man könnte nämlich die hier beschriebene optische Asymbolie zu den retroaktiven Amnesien in Beziehung setzen, die sich nicht selten bei der polyneuritischen Psychose zeigen. Bekanntlich stehen sich bei der Erklärung dieser Amnesien zwei Meinungen gegenüber; während die einen, so Wagner und Wollenberg¹⁴⁾, eine Folge ganz bestimmter organischer Veränderungen der Rinde darin erblicken, glauben die andern, in erster Linie Moebius, dass diese Amnesien nur funktionell bedingt und den hysterischen Amnesien wesensgleich seien. Diese letztere Meinung gewinnt durch den Befund an unserm Kranken gewissermassen eine Stütze. Wenn, wie hier nachgewiesen wurde, die optische Asymbolie bei der Korsakow'schen Geistesstörung rein funktionellen Ursprungs sein kann, so ist nicht einzusehen, warum nicht auch der immerhin damit nahe verwandte Ausfall eines Erinnerungsbesitzes bei den retrograden Amnesien desgleichen nur funktionell sein könne.

Mit Absicht habe ich jede theoretische Erwägung darüber vermieden, wie eine derartige Unfähigkeit, körperliche Dinge durch den Gesichtssinn allein zu erkennen, zustande kommen könne. Dass diese optische Stereagnosis nicht durch periphere Zustände sich erklärt, hat die Untersuchung gezeigt. Ueber den Sitz der zentralen Störung ein Urteil abzugeben, erübrigt um so mehr, als dieser Fall seiner Eigentümlichkeit entsprechend voraussichtlich niemals in Gestalt eines anatomischen Präparates eine topische Diagnose bestätigen oder verbessern wird.

Zum Schluss möchte ich noch einmal die beiden Sätze hervorheben, deren Richtigkeit nachzuweisen das Ziel der Beobachtung des vorliegenden Falles war:

1. Optische Asymbolie kann auch rein funktionell sein.
2. Die bei der Korsakow'schen Psychose vorkommenden asymbolischen Erscheinungen können das Ergebnis funktioneller Störungen sein.

Literatur.

1. Archiv für Psychiatrie 1883.
2. Loewenfeld, Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1894.
3. Ed. Claparède, Revue générale sur l'agnosie, cécité psychique etc. L'année psychologique 1900.
4. Weir-Mitchel, Med. News 1893, LXII, 101.
5. Bonhoeffer, 1901. Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker.
6. Lissauer, Archiv für Psych. 1890.
7. Wilbrandt, Die Seelenblindheit als Herderscheinung. Wiesbaden 1887.
8. Gaupp, Monatsschrift für Psych. u. Neur. 1899.
9. Laehr, Charitéannalen 1896.
10. Magnus, Deutsche Med. Wochenschrift 1894.
11. Müller, Archiv f. Psych. XXIV.
12. Touche, Rev. neurol., 15. April 1900.
13. Siemerling, Archiv f. Psych. XXI.
14. Wollenberg, Hoche's Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie 1901.

II. Vereinsberichte.

XXXV. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Freiburg i. Br.

am 29. und 30. Oktober 1904.

(Fortsetzung.)

II. Sitzung am 30. Oktober 1904, vormittags 9¹/₄ Uhr
im Hörsaal der psychiatrischen Klinik.

(Vor der Sitzung benutzen eine Anzahl Mitglieder die durch das lebenswürdige Entgegenkommen des Herrn Medizinalrat Eschbacher gebotene Gelegenheit zur Besichtigung der Freiburger Kreispflegeanstalt.)

Zum Vorsitzenden wird Herr Medizinalrat Dr. Kreuser gewählt.

Als Versammlungsort für 1905 wird auf Vorschlag von Herrn Prof. Fürstner Karlsruhe, zu Geschäftsführern werden die Herren Dr. Neumann (Karlsruhe) und Prof. Nissl (Heidelberg) gewählt. Als Referatthema wird auf Vorschlag von Herrn Prof. Hoche bestimmt: „Die psychischen Zwangsercheinungen“ und zu Referenten werden die Herren Privatdozenten Dr. Rosenfeld (Strassburg) und Dr. Bumke (Freiburg) bestellt.

Es folgen die Vorträge:

- 13) **Rosenfeld** (Strassburg i. Elsass): Ueber Demenz und Aphasie.
R. erwähnt, dass in der Literatur bereits eine grössere Anzahl von Fällen

beschrieben sind, an welchen die Beziehungen zwischen Demenz und Aphasie erörtert wurden. Es sind das meist Fälle von *Dementia senilis*, in welchen zu den seit längerer Zeit bestehenden allgemeinen Symptomen von Demenz asymbolische und aphasische Symptome hinzutreten und im Krankheitsbilde dominieren, ohne dass die Annahme berechtigt war, dass gröbere anatomische Läsionen dazu gekommen waren, die ihrerseits erst diese Herdsymptome bedingten.

Heilbronner berichtete über folgenden Fall: Eine 66jährige Frau, die eine langsam sich entwickelnde Intelligenzstörung bot und nie an apoplektiformen Anfällen gelitten hatte, zeigte folgende Symptome: Euphorische Stimmung, totale zeitliche und örtliche Desorientierung, Personenverkenning, Konfabulation, totaler Verlust der Merkfähigkeit.

Die Diagnose lautete: senile Form der Korsakow'schen Psychose, Presbyophrénie. Es bestanden zunächst keine Symptome von Aphasie und Asymbolie.

Nach einem Jahr traten zu diesem Krankheitsbilde ohne besondere Zwischenfälle (keine Apoplexien) folgende Symptome hinzu: Die Patientin wusste mit zahlreichen Gegenständen nichts anzufangen, sie hatte das Verständnis für dieselben verloren (Asymbolie). In der Benennung von Gegenständen mit der Bezeichnung von Eigenschaften ist sie hochgradig gestört (amnestische Aphasie). In der spontanen Rede fiel der Mangel der Bezeichnung konkreter Gegenstände auf. Ferner wurden konstatiert: Umschreibungen von Begriffen, paraphasische Bildungen, reduzierter Wortschatz, gestörtes Verständnis für Gesprochenes, gestörte Fähigkeit für Schreiben und Lesen. Solche Fälle sind auch von anderen beschrieben und seziert worden, und es hat sich gezeigt, dass gröbere anatomische Veränderungen in solchen Fällen fehlen.

Pick weist darauf hin, dass auch bei einfacher Hirnatrophie solche Herdsymptome vorkommen können, welche denen bei richtigen Herderkrankungen durchaus gleichen können.

Die anatomische Grundlage für solche Fälle kann nach Alzheimer eine perivasculäre Gliose sein.

Heilbronner weist mit Recht darauf hin, dass solche Beobachtungen die Lehre von der Aphasie beeinflussen müssen. Es fragt sich nämlich, ob solche Störungen wie in dem Heilbronner'schen Falle überhaupt zur Asymbolie oder Aphasie zu rechnen sind oder ob dieselben nicht nur der Ausdruck einer hochgradigen Demenz sind. Der Umstand, dass solche Fälle in kein Aphasie-Schema hineinpassen, spricht dafür, dass man vielleicht keine eigentliche Aphasie vor sich hat, und Heilbronner gebraucht für seinen Fall den Namen einer ungewöhnlichen Form der transkortikalen sensorischen Aphasie. Andererseits kommen aber wieder richtige aphasische Störungen, wie Paraphasie und Umschreibungen von Begriffen vor. Und die Sektionen solcher Fälle mit den genannten Herdsymptomen zeigt, dass nur einfache, diffuse Gehirnatrophie zu bestehen braucht und dass die zu der Demenz hinzugetretenen Herdsymptome keine besondere anatomische Grundlage zu haben brauchen.

Der Verlauf dieser Fälle, wie der von Heilbronner beschriebene, war nun meist der, dass erst spät bei schon bestehender, mehr oder weniger hochgradiger Demenz herdförmige Symptome auftraten. R. berichtet nun über einen Fall von leichter Demenz bei einem 62jährigen Alkoholisten, bei dem der Verlauf ein umgekehrter war. In einem Stadium, in welchem die Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit, das Gedächtnis und die zeitliche und örtliche

Orientierung durchaus intakt waren, traten zuerst asymbolische und aphasische Symptome auf, für welche der P. noch vollkommene Krankheitseinsicht hatte und welche ohne irgend welche Zeichen einer organischen Gehirnerkrankung sich entwickelten. Es handelt sich um einen 62jährigen Eisenbahnsekretär, der in seinem 54. Jahre wegen mangelhafter Leistung und Neigung zum Trinken aus seinem Amt entlassen wurde. Bis vor einem Jahre war er noch als Agent bei einer Versicherung tätig. Er litt kurze Zeit an Rheumatismus an einer Hand. Vor einem halben Jahre kam er wegen Kopfschwäche in die Klinik und gab an, „er habe an die tausend Worte vergessen“. Nie bestanden bei dem P. apoplektische Insulte.

Befund: Guter Ernährungszustand. Normale Organe. Keine Zirkulationsstörung. Pupillen, Reflexe, Gang, Sprache, Hör- und Sehschärfe durchaus normal. Keine Paresen. Nervenstämme nicht schmerzhaft.

Psyche: Vollkommene Orientierung über Zeit und Raum. Er kennt alle Strassen der Stadt bis auf alle Einzelheiten. Gedächtnis vollkommen erhalten. Er berichtet über alle Ereignisse der Vergangenheit ohne Fehler. Er spielt jeden Tag Schach, liest, schreibt, rechnet fehlerlos. Er liest Zeitung mit Verständnis und behält die Tagesereignisse.

Als Zeichen seiner Demenz seien erwähnt: Euphorische Stimmung, Neigung zu unpassenden Spässen, Trinkexesse. Er beschäftigt sich nicht, steht stundenlang in der Wohnung oder auf der Strasse umher. Er schreibt lange Berichte an den Bürgermeister über Aenderungen von Strassennamen und Neubauten und macht zwecklose Eingaben an Behörden.

Die wesentliche Störung bei dem P. ist nun folgende: Das Benennungsvermögen für konkrete Gegenstände ist hochgradig gestört. Von den zahlreichen Gegenständen, die er alle richtig in ihrer Bedeutung erkennt, kann er nur folgende benennen: Schlüssel, Apfel. Alle übrigen fehlen. Er sucht sich nun durch Umschreibungen zu helfen. Beispiele: Schlips nennt er eine Hals-sache, Streichholz „zum Anstreichen“, Brille „das hab ich oft reparieren lassen“, Spritze „davon hab ich gar keine Ahnung“, „es hat eben gespritzt, es ist eine eiserne Spritzerei“.

Für zwei Gegenstände ist er asymbolisch (Stimmgabel und Thermometer). Vereinzelte paraphasische Bildungen. Die Merkfähigkeit ist ungestört, jedoch kann P. nicht die Namen der ihm vorgezeigten und benannten Gegenstände behalten, obwohl er noch nach Wochen weiss, welche Gegenstände ihm gezeigt worden sind. Er lernt nur drei Gegenstände wiederbenennen: Uhr, Streichholz, Messer. Keine Grashey'sche Aphasie.

Wird P. aufgefordert, aus der Erinnerung heraus konkrete Gegenstände zu benennen, so zeigt er auch hier bedeutende Defekte. Er kann von Früchten nur „den Apfel“ nennen und umschreibt die Birne als weiblichen Apfel, der oben spitz ist. Von Tieren kennt er nur den Hund. Seinen Kanarienvogel beschreibt er folgendermassen: Ich habe ihn sieben Jahre, er steht auf dem Ofen, er ist aus Afrika und gelb. Die Namen der nicht benannten Gegenstände liest er fehlerlos, schreibt sie auf Diktat richtig und spricht sie richtig nach, ohne dass er sich in jedem Falle klar wird, dass es die richtige Benennung ist.

Durch Zuhilfenahme des Tastsinnes wird die eben beschriebene Störung nicht gehoben..

Lässt man ihn die genannten Gegenstände zunächst nur betasten, so beschreibt er dieselben nur nach dem Material, aus welchem sie gemacht sind, ohne sie jedoch erkennen und benennen zu können.

Dies der Befund vor einem halben Jahre. Auch jetzt bestehen noch keine Zeichen einer größeren organischen Gehirnerkrankung. Das psychische Verhalten hat sich insofern geändert, als der Kranke euphorischer ist, ideenflüchtige Reden führt, konfabuliert, seine Aufmerksamkeit und seine geistige Stumpfheit entschieden zunimmt. Falls der Fall zur Sektion kommt, wird an anderer Stelle nochmals eingehend über ihn berichtet werden.

14) Spielmeyer (Freiburg i. B.): Demonstration von Encephalitis-Präparaten.

Sp. demonstriert (mit Hilfe des Projektionsapparates) Präparate zweier Fälle von Grosshirnencephalitis und eines Falles von akuter haemorrhagischer Polioencephalitis superior.

Die beiden Grosshirnfälle sind wesentlich von einander verschieden: in dem einen Falle findet sich — als einzig nachweisbare Veränderung — eine Rundzellenanhäufung in den Gefässhöhlen des Hemisphärenparenchyms und stellenweise auch in den meningealen Maschen; in dem andern beherrscht ein herdförmiger Entzündungsprozess mit grosszelliger Hyperplasie das ganze Hemisphärenmark. Diese Fälle beanspruchen ein besonderes kasuistisches Interesse: der erste kann die Uebergänge zu den „Encephalitiden“ ohne anatomisches Substrat illustrieren, er erinnert an die Befunde von Krannhals bei seinen meningitisähnlich verlaufenden Fällen; der zweite leitet zu den indurativen Endausgängen der geheilten Encephalitis über, zu den Fällen also von sogenannter „sekundärer“ oder „entzündlicher Sklerose“.

So different diese beiden Grosshirnencephalitiden sind, so sind beiden doch exquisit entzündliche Veränderungen gemeinsam. Bei der typischen Wernicke'schen Polioencephalitis dagegen vermissen wir diese echten Entzündungserscheinungen, es handelt sich hier um einfache haemorrhagische Infiltration. Für deren Genese dürften zwei Momente in Betracht kommen: die anatomisch-pathologischen und pathogenetischen Beziehungen dieser Extravasate im zentralen Höhlengrau zu den Blutungen bei der haemorrhagischen Diathese und ferner die reichen Gefässbildungen in den von den Blutungen betroffenen Gegenden. (Eigenbericht.)

Diskussion:

Bayerthal fragt den Vortragenden, wo die Krampfanfälle begonnen hätten, ob bei der Differentialdiagnose ein Tumor in Betracht gezogen und endlich ob eine operative Behandlung der Krankheit erwogen worden sei.

Nissl fragt, ob das Gehirn im ersten Falle so genau untersucht worden sei, dass das Vorhandensein von Entzündungsherden mit Sicherheit ausschliessen wäre. Eine echte Encephalitis ohne solche Herde bedeute für die menschliche Pathologie eine prinzipiell neue Tatsache, für die nur bei Hunden in der Staupeencephalitis ein Analogon existierte. Im zweiten Falle bittet N. den Votr. um Aufschluss darüber, ob unter den zelligen Elementen der Herde vornehmlich Körnchenzellen nachzuweisen gewesen seien.

Hinsichtlich des dritten Falles sei er mit dem Vortragenden der Ansicht, dass es sich bei der Wernicke'schen Krankheit nicht um eine echte Ent-

ründung handle. Nicht dagegen stimme er mit der Auffassung des Vort. insofern überein, als seiner Meinung die Blutungen primär, die Gefässneubildungen sekundär auftreten.

Fürstner fragt, ob auch Anzeichen älterer Blutungen (Pigment etc.) im dritten Falle gefunden wurden.

Bezüglich des ersten Falles sei daran zu erinnern, dass ähnliche Gefässveränderungen doch nicht so selten auch bei anderen Prozessen vorkämen und sei es fraglich, ob aus ihnen allein die Diagnose der Encephalitis abgeleitet werden dürfte.

Spielmeyer (Schlusswort) antwortet Herrn Bayerthal, das die Jacksonschen Krämpfe im ersten Falle stets im rechten Facialis und im rechten Arm begonnen hätten. Die Diagnose eines Hirntumors sei in Frage gekommen und es sei deshalb die Trepanation des Schädels vorgenommen worden.

Herrn Nissl erwidert der Vortr., dass das Gehirn in dem ersten Falle nicht so gründlich untersucht sei, dass mit Sicherheit das Vorhandensein von Herden auszuschliessen gewesen sei. In den zahlreichen Präparaten aus den verschiedensten Gehirnteilen liessen sich Entzündungsherde jedenfalls nicht nachweisen. Die zelligen Elemente im zweiten Falle seien gequollene Gliazellen und epitheloide Zellen gewesen, welche letztere der Vortr. für Friedmann'sche Zellen hält. In dem Falle von Wernicke'scher Krankheit glaubt der Vortr. auch dort (im Höhlengrau) neugebildete Gefässschlingen gefunden zu haben, wo Blutungen fehlten.

Auf Fürstner's Frage antwortet der Vortr., dass sich ältere Veränderungen in den polioencephalitischen Herden nicht nachweisen liessen. Die Gefässinfiltrationen in dem ersten Falle zeigten den histologischen Charakter der encephalitischen Gefässveränderungen; speziell erinnerten sie an die Krannhals'schen Befunde.
(Eigenbericht.)

Während einer kurzen Pause, die nach diesem Vortrag gemacht wird, demonstriert Prof. Hoche die Badesinrichtung auf der Frauenabteilung der psychiatrischen Klinik und zeigt eine (von der Firma Berthold & Sutter, Freiburg, konstruierten) Vorrichtung zur Mischung warmen und kalten Wassers.

Nach der Pause folgt der Vortrag von

15) **Wollenberg** (Tübingen): Ueber Gehirncysticerken.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über Entstehungsweise, Vorkommen und Häufigkeit, sowie Lieblingslokalisation der Cysticerken im menschlichen Körper geht der Vortragende auf die zuerst von Zenker erkannte und unter dem Namen „Cysticercus racemosus“ beschriebene Form dieses Parasiten ein und teilt sechs Fälle mit, die er in den 90er Jahren in der Hitzig'schen Klinik untersucht und bis zum Tode beobachtet hat. Die Fälle zeigten in anatomischer Beziehung eine weitgehende Uebereinstimmung, da in vier von ihnen die charakteristischen, vielfach verästelten Blasen in der Gegend von Pons, Oblongata, Hirnschenkeln und Chiasma sich vorfanden, während in den beiden letzten nur einzelne aber grössere und zum Teil in der basalen Hirnsubstanz selbst gelegene Blasen vorhanden waren. Daneben wurden in einigen Fällen membranausgekleidete Höhlen in den Stirnlappen, ferner Erweichungen in den grossen Ganglien, endlich ziemlich regelmässig Ependymgranulationen, Hydrops ventriculorum und chronische Verdickung der weichen Häute festgestellt. Das klinische Bild kennzeichnete sich von vornherein durch Kopf-

schmerz, Schwindel, meist auch durch frühes Erbrechen. Ferner waren statische Ataxie, Veränderungen des Augenhintergrundes (Hyperämie, Neuritis optica, seltener Stauungspapille), Affektionen der basalen Hirnnerven, mannigfache Reizerscheinungen im Gebiet der Körpermuskulatur vorhanden, dazu die den jeweiligen Herderkrankungen entsprechenden Ausfallerscheinungen. Hervorhebung verdient eine allgemeine Hyperästhesie, die in fünf von den sechs Fällen sehr ausgesprochen waren, und das Auftreten von Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, das in mehreren Fällen schon aus weit vor dem eigentlichen Krankheitsbeginn liegender Zeit berichtet wurde. Aus dem weiteren Verlauf ist von besonderer Bedeutung der frappierende Wechsel in der Intensität der Krankheitserscheinungen.

Im Anschluss daran erörtert der Vortragende die Diagnose der Gehirncysticerken und zwar speziell im Hinblick auf die hier allein in Betracht gezogene Form. Die Feststellung, dass es sich um ein organisches und raumbeschränkendes Leiden des Schädellinnern handelte, machte in keinem der besprochenen Fälle Schwierigkeiten; ebenso wiesen die Symptome mit hinreichender Deutlichkeit auf eine Affektion der hinteren Schädelgrube und der Gehirnbasis hin. Aber auch die Spezialdiagnose konnte in Fällen dieser Art, auch ohne dass Cysticerken an den direkter Untersuchung zugängigen Stellen (Haut, Auge, Zunge) vorhanden wären, wohl vielfach wenigstens mit grosser Wahrscheinlichkeit gestellt werden und wurde in dem zuletzt beobachteten Falle tatsächlich auch richtig gestellt. Besonders ist dabei der auffällige Wechsel der Erscheinungen charakteristisch, der ähnlich höchstens bei spezifischen Erkrankungen vorkommt. Ausserdem ist vielleicht die in den mitgeteilten Fällen fast ausnahmslos festgestellte allgemeine Hyperästhesie von diagnostischer Bedeutung und endlich verdient wohl das mehrjährige Vorausgehen heftiger Schmerzen der verschiedensten Körpergebiete Beachtung.

Der Vortrag, der durch die Projektion einiger Diapositive erläutert wurde, wird im Archiv für Psychiatrie in erweiterter Form veröffentlicht werden.
(Eigenbericht.)

Diskussion:

Fürstner bestätigt die Angabe des Vortragenden, dass diese Fälle in Südwestdeutschland in der Tat sehr selten seien. Er habe während seiner 13jährigen Tätigkeit in der Strassburger Klinik noch keinen einzigen derartigen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt, während die Erkrankungen in Berlin und Greifswald viel häufiger vorkämen. Sodann fragt F. den Vortragenden, ob in den von ihm beobachteten Fällen keine epileptischen Anfälle aufgetreten seien, die doch sonst kein seltenes Symptom bei diesen Kranken darstellen.

Thoma betont ebenfalls die grosse Seltenheit dieser Fälle, von denen in Illenau bei 600 Sektionen nur einer beobachtet wurde. Es handelte sich um ein senil-dementes 76 jähriges Individuum, das klinisch keine Herderscheinungen bot und dessen Cysticerken deshalb nicht diagnostiziert werden konnten. Bei der Autopsie fand sich eine Anzahl von Blasen in der Rinde und im dritten und vierten Ventrikel.

Laquer erwähnt, dass in Breslau solche Fälle — im Gegensatz zu Frankfurt — relativ häufig seien und bestätigt Herrn Thoma, dass Cysticerken recht häufig gar keine Erscheinungen machen. Der oft beobachtete schnelle

Wechsel der Krankheitserscheinungen weise darauf hin, dass man es hier oft mit toxischen Einflüssen und nicht immer mit Herdsymptomen zu tun habe.

Gilfing hat in Herzberge häufiger Gelegenheit gehabt, Cysticerken des Gehirns zu beobachten.

Wollenberg (Schlusswort): Er habe speziell über die basale Erkrankung durch Cysticercus racemosus gesprochen; deshalb wohl habe er in seinen Fällen selten epileptische Anfälle gesehen. Gegenüber Herrn Laquer sei daran zu erinnern, dass sich die Blasen lebhaft zu bewegen pflegten, wie man das dann sähe, wenn sie einmal im Auge sässen. Diese Beweglichkeit vermöge doch sehr wohl den Wechsel der klinischen Erscheinungen zu erklären. Die Seltenheit des Vorkommens der Cysticerken in Süddeutschland sei in den Lebensbedingungen begründet, die hier ganz andere seien, als im Norden des Reiches. Im übrigen nehme die Taenia solium an Häufigkeit überhaupt ab. In seltenen Fällen sei es übrigens gelungen, die Diagnose mit Hilfe der Lumbalpunktion zu stellen.

16) **Hoche** demonstriert einige Fälle von Cretinismus, die zum Teil in der Freiburger Kreispflegeanstalt verpflegt werden.

17) **Merzbacher**: Zur Biologie der Nervendegeneration.

M. teilt die Ergebnisse experimenteller Versuche mit, die an Winterschläfern und bei der Transplantation isolierter Nervenstücke gewonnen werden.

Die Degenerationsversuche an winterschlafenden Fledermäusen geben Zeugnis von der grossen Abhängigkeit des Degenerationsprozesses von den Einflüssen der umgebenden Temperatur. In der Kälte scheinen wir ein Mittel zu besitzen, um den Eintritt der Degeneration zeitlich zu trennen von der Wirkung der Schädigungen, die den Nerven im Augenblick der Durchschneidung treffen.

An den transplantierten Nervenstücken konnte man zweierlei regressive Prozesse verfolgen, die histologisch und biologisch von einander verschieden sind. Der eine Prozess entspricht der bekannten typischen Degeneration, der andere Prozess wird von M. als ein zur Nekrose führender Prozess aufgefasst; er ist besonders von der Degeneration ausgezeichnet, dass im Verlaufe desselben die Markscheiden in toto sich verändern, ohne in Segmente zu zerfallen. Degeneration trat ein bei der Autotransplantation, d. h. wenn der Nerv eines Tieres auf dasselbe Tier transplantiert wurde; Nekrose hingegen spielte sich am isolierten Nervenstück ab bei der Heteroplastik, d. h. wenn ein Nervenstück aus einem Tiere in ein Individuum einer anderen Species übergepflanzt wurde. In einer anderen Versuchsreihe wurde zu beweisen gesucht, dass die Degeneration als ein Lebensprozess aufzufassen sei, d. h. als ein Vorgang, der nur im lebenden Gewebe sich abspielt und ferner nur an überlebenden Nerven. Der Beweis wurde dadurch erbracht, dass die Nervenstücke auf tote, jedoch warm gehaltene Tiere transplantiert wurden und ferner dadurch, dass Nerven aus toten Tieren auf lebende übertragen wurden. Bei all diesen Versuchen verlor der Nerv die Fähigkeit zu degenerieren; es spielte sich hingegen an demselben der nekrotische Vorgang ab. (Eigenbericht.)

18) **Wilmanns** (Heidelberg): Ueber das Landstreichertum, seine Verhütung und Bekämpfung.

Wir stehen dem professionellen Vagabudentum ziemlich machtlos gegenüber. Kurze Haftstrafen und Nachhaft haben keinen Einfluss darauf gehabt. Das Fürsorgewesen (Verpflegungsstationen, Wanderarbeitsstätten und Arbeiter-

kolonien) hat seinen Zweck, die Unterstützung des mehr oder weniger vollwertigen und arbeitswilligen Arbeitslosen, verfehlt. Die Ausnützung dieser Einrichtungen durch Gewohnheits- und professionelle Bettler hat ihnen allmählich einen Charakter verliehen, der die besseren Arbeiterelemente ihnen entfremdet, so dass sie jetzt vorzugsweise von mehr oder weniger erwerbsunfähigen und den grössten Teil des Jahres auf fremde Unterstützungen angewiesenen, meist vorbestraften Persönlichkeiten aufgesucht werden.

Eine wirksame Verhütung und Bekämpfung kann nur auf Grund genauerer Kenntnis des Landstreichers und der Ursachen für die Vagabondage eingeleitet werden.

Der Vortragende spricht sodann über die geistigen und körperlichen Defekte der im Arbeitshause retinierten Korrigenden, über den Einfluss von mangelhafter Erziehung und Ausbildung, die Wechselbeziehungen zwischen Alkoholismus und Vagabondage, die soziale Lage und die Arbeitsgelegenheit für vermindert Erwerbsunfähige und Gelegenheitsarbeiter, über die Beziehungen zwischen Verbrechen und Vagabundentum, über die Gelegenheits-, Gewohnheits- und die professionellen Bettler und endlich über die Ursachen für die mangelhaften Resultate der Zwangserziehung und der Fürsorgevereine für entlassene Gefangene.

Als Mittel zur Bekämpfung und Verhütung des professionellen Landstreichertums schlägt der Vortragende vor: Reform der Fürsorge und Zwangserziehung unter psychiatrischer Leitung, Bekämpfung des Alkoholismus, Verwahrung der Unverbesserlichen in ihrem Defekte entsprechenden Anstalten. Erst nach Elimination Unverbesserlicher wird die Arbeitslosigkeit insbesondere durch die Arbeitslosenversicherung mit Erfolg bekämpft werden können.

Der Vortrag erscheint ausführlich in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsform. (Eigenbericht.)

Diskussion:

Kreuser weist auf die Schwierigkeiten hin, die einer Verwirklichung der von dem Vortragenden gemachten Vorschläge einstweilen noch im Wege stünden.

19) **Hoche** (Freiburg): Ueber Zwangshalluzinationen.

Der Vortrag wird demnächst an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden.

Diskussion:

Thomsen berichtet über einen analogen Fall seiner Beobachtung. Es handelte sich um eine 25jährige Patientin, die schon seit Jahren an Ansteckungsfurcht etc. litt und bei der dann Zwangshalluzinationen auftraten, nachdem sie einmal eine Flasche mit (rotgefärbtem) Sublimat hatte stehen sehen. Seitdem sah sie jede Flüssigkeit (Bade-, Wasch-, Trinkwasser) rot gefärbt. Hatte sie sich gewaschen, so erschien ihr ihre eigene Haut rot. Dazu traten andere Störungen, so namentlich eine eigene Form von Zählsucht derart, dass das Wasser z. B. weiss blieb, bis sie bis 10 gezählt hatte, was sie zwangsmässig tun musste. Auch in diesem Falle handelt es sich um echte Sinnestäuschungen, nicht um Phantasiestörungen.

20) **Pfister** (Freiburg): Ueber Störungen des Schlafes.

Vortr. gibt eine kurze Uebersicht über unser Wissen von den physiologischen Ursachen, Begleiterscheinungen, der Psychologie, Anatomie des Schlafes, weist auf die Notwendigkeit weiterer physiologischer, psychologischer, klinischer

und anatomischer Vorarbeiten hin, die späterhin erst das systematische Zusammenarbeiten der verschiedenen Disziplinen zur völligen Ergründung des normalen und pathologischen Schlafes ermöglichen werden und berichtet dann über seine klinischen und statistischen Untersuchungen einzelner Anomalien des Einschlafens, Erwachens, sowie gewisser Störungen und abnormer Begleiterscheinungen des Schlafes selbst. Darnach haben die sog. hypnagogenen Sinnestäuschungen (zumeist richtiger als Urteilstäuschungen des einschlafenden Bewusstseinsorgans über die Intensität lebhafter Erinnerungs- und Phantasiebilder anzusehen) keine besondere pathologische Bedeutung, wenn sie nur gelegentlich, nach schwächenden Einflüssen, insbesondere nach besonderer Inanspruchnahme einer Sinnessphäre auftreten. Treten sie dagegen mehr chronisch in einem oder mehreren Sinnen auf, zeigen sie besondere Stärke oder Hartnäckigkeit (Zwangscharakter) — wie bei degenerativen Zuständen des Zentralnervensystems, konstitutioneller Neurasthenie, Hysterie besonders der Fall — so beruhen sie offenbar auf funktionellen Schwächezuständen, einem abnormen Erethismus der betreffenden Sinnesregion und können deshalb als neuropathische Stigmata betrachtet werden.

Zähneknirschen, Kau-, Augen-, Kopfbewegungen, Schlafsprechen finden sich in der Vorgeschichte nicht ausgesprochen Erkrankter, sowie derjenigen aller möglichen Hirn-Nervenleiden. Wohl 90 Prozent des Materials waren erblich belastet, gut die Hälfte bot konstitutionell-neurasthenische Züge, ein Drittel litt an Epilepsie. Bei einer geringeren Zahl der Fälle traten die abnormen Erscheinungen nur sporadisch, kurz dauernd, in einzelnen Lebensperioden, gewöhnlich in deutlichem Zusammenhang mit schwächenden Momenten (nach Krankheiten, lebhaften Gemütsbewegungen etc.) auf. In der Mehrzahl der Fälle aber handelte es sich um eine mehr chronische, habituelle Störung, die allerdings vornehmlich nur im Kindes- und Pubertätsalter konstatiert wurde, jedenfalls an Häufigkeit auf der Lebenshöhe zurücktrat. Ein zweites Maximum ihres Vorkommens bietet dann das Rückbildungsalter; Schlafbewegungen, Schlafsprechen scheinen in den (neurasthenischen) Frühstadien organischer Hirnkrankheiten (arteriosklerotische Atrophie, Paralyse etc.) erstmals öfters aufzutreten.

Schlafhandeln, Gestikulieren, Aufsitzen, Aufstehen im Schlaf kommen vom frühen Kindesalter an (insbesondere zwischen dem 14. und 30. Lebensjahr), meist nur sporadisch, in der Pubertät, nach erschöpfenden Einflüssen (Krankheiten) auch gehäuft vor. Scheinbar handelte es sich stets um erheblich belastete Individuen, zwei Drittel derselben boten unverkennbar hysterische Züge, ein kleiner Teil war epileptisch. Die weiblichen Kranken überwogen. Dagegen war weitaus die Mehrzahl der mit Pavor nocturnus behafteten bzw. in der Kindheit behaftet gewesenen Individuen nachweisbar epileptisch bzw. hatte in der Ascendenz Epilepsie; ein Fünftel bot hysterisch-degenerative, noch ein kleinerer Teil rein konstitutionell-neurasthenische Züge. Ueber die Pubertät hinaus schienen Anfälle in erheblichem Grade nur bei Epileptikern vorzukommen, bei denen offenbar im Zusammenhange mit Intensitätsschwankungen der epileptischen Hirnveränderung in manchen Zeiten allnächtlich sich Anfälle einstellten (als Gelegenheits- und auslösende Ursachen auch hier körperliche Zustände bedeutsam).

Vortragender berichtet dann weiter über neue Beobachtungen von Enuresis nocturna-Fällen und Störungen des Erwachens, die seine in der Monatsschrift

für Psychiatrie und Neurologie 1904 und Berl. Wochenschrift 1903 publizierten Anschauungen stützen und ergänzen.

Diskussion.

Weygandt macht besonders auf die Störungen beim Einschlafen der Neurastheniker aufmerksam.

Frank fragt, warum keine Untersuchungen mittels der Hypnose gemacht seien

Pfister (Schlusswort) erwidert, dass die betr. Patienten dazu ungeeignet gewesen seien.

21) **Beyer:** Ueber die Bedeutung früher Heirat für die Entstehung nervöser Erkrankungen der Frauen.

Die Anregung zu diesen Untersuchungen gab dem Votr. die Beobachtung, dass unter seinen verheirateten Patientinnen ein auffallend grosser Teil vor vollendetem 20. Lebensjahr in die Ehe getreten war.

In der Literatur wird die Heirat als ätiologisches Moment von manchen Autoren gar nicht erwähnt, indem sie nur auf die Geschlechtsfunktionen (erster Coitus, Gravidität, Puerperium etc.) Rücksicht nehmen. Andere wiesen darauf hin, dass die Ehe wohl für den Mann bessere Lebensbedingungen schaffe (Krafft-Ebing), dass aber für die Frau, deren Lebensführung durch die Heirat eine viel einschneidendere Veränderung erfahren habe (Senator), die ungünstigen Einflüsse und Gefahren zahlreicher und wirksamer werden, und zwar nicht nur die körperlichen Schädlichkeiten, sondern namentlich auch die psychischen Momente: Kummer, materielle Sorge, Differenzen mit dem Gatten etc. (Griesinger, Krafft-Ebing, Kirchhoff u. a.). Die Tatsache, dass unter den ledigen Geisteskranken das männliche, unter den verheirateten das weibliche Geschlecht überwiegt, wird von Griesinger ausschliesslich durch das Heiraten der Mädchen in früherem Lebensalter erklärt, bei der Neurasthenie mit Hysterie aber führen Krafft-Ebing, Löwenfeld u. a. die ehelichen Verhältnisse geradezu als Ursachen der Erkrankung an.

Frühe Heirat vor erreichter körperlicher Reife, also etwa vor dem 21. Lebensjahr, wird von vielen Autoren widerraten und ihr Verbot sogar für gesetzliche Prophylaxe vorgeschlagen. Krafft-Ebing erklärt, es bestehe sonst die Gefahr, dass Schwangerschaft und Puerperium einen nicht genügend entwickelten unkräftigen Körper vorfinden und Irresein hervorrufen. Man wird annehmen dürfen, dass auch die sonstigen Gefahren und Schädlichkeiten des ehelichen Lebens bei ganz jungen Frauen besonders leicht von Einfluss sein können. Doch ist über unmittelbare Schädigung infolge früher Heirat nirgends berichtet.

Viel wesentlicher ist daher die Tatsache, dass überhaupt die in Betracht kommenden Psychosen und Neurosen am häufigsten um das 20. Lebensjahr waren, die Hysterie sogar grade im Alter von 16—20 Jahren (Gilles de la Tourette) zu beginnen pflegt. Während daher Ehelosigkeit in vielen Fällen schon als die Folge einer unvollkommenen psychischen Entwicklung, einer bestehenden oder überstandenen Geistesstörung anzusehen ist (Kraepelin), vermehrt sich andererseits für die früh Verheirateten die Aussicht auf nervöse Erkrankung in der Ehe, aber dann natürlich nicht durch die Ehe.

In manchen Fällen ist frühes Heiraten selbst schon als Folge psychischer Abnormität anzusehen, so bei schwärmerischen, überspannten, exzentrischen,

vielleicht auch sexuell stark veranlagten Mädchen. Hier wäre Aufschub der Hochzeit grade erst recht geboten gewesen.

Vortragender weist noch besonders darauf hin, dass auf das Bestehen nervöser Symptome vor Eingehen der Ehe mehr als bisher zu achten ist. Grade solche anscheinend wenig verdächtigen Fälle sollten oft von der Heirat ausgeschlossen werden, weil sie sich später zu chronischer Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie etc. auswachsen und dadurch das Eheglück und Familienleben weit gründlicher und nachhaltiger zerstören, als eine akute Psychose, nach deren Ueberstehen die Frau wieder völlig gesund ist. Hinausschieben der Hochzeit kann schon viel zur Klärung der Verhältnisse beitragen und manches Unheil verhüten. Man sollte sich aber für die Psychose nicht mit allgemeinen schematischen Massregeln begnügen, sondern spezielle Indikationen aufstellen, die sich bei gründlicher Durcharbeitung umfangreicheren Krankenmaterials in mannigfacher Weise ergeben dürften. (Eigenbericht.)

Schluss der Sitzung: 1 Uhr.

(Am Nachmittag folgte ein Teil der Versammelten der Einladung des Herrn Dr. Beyer zur Besichtigung des von diesem geleiteten Sanatoriums Waldhof in Lättenweiler bei Freiburg.)

Freiburg, November 1904.

Bumke.

6. Jahresversammlung Norddeutscher Psychiater und Neurologen.

Geschäftsführer: Wallichs (Altona), Ueber (Altona), Schriftführer: Cimal und Schröder (Altona).

22) **Siemerling** (Kiel): Ueber Menstruations-Psychosen und ihre forensische Bedeutung.

Siemerling gibt zunächst eine Uebersicht über die Geschichte und Einteilung der Krankheitsgruppe. Vorwiegend seien es maniakalische oder epileptiforme Verwirrheitszustände mit rascher Entwicklung, weitgehendem Erinnerungsdefekt und Sinnestäuschungen. Seltener sind Depressionszustände. Auf forensischem Gebiet ist die Häufigkeit des Ladendiebstahls bemerkenswert. Im Anschluss an die Ausführungen referiert Vortragender über einen Fall aus der Tübinger Klinik. Ein junges Mädchen, bei welchem schon zwei Jahre vor der klinischen Beobachtung zur Zeit der Menses ein sinnloser Sammeltrieb beobachtet wurde. Die Kranke kam infolge eines Ladendiebstahls, den sie in der menstruellen Zeit begangen hatte, zur Beobachtung in die Klinik, hatte dort zwei kurze psychotische Anfälle, die sich im wesentlichen in ängstlicher, teilweise auch depressiver Erregung, mit Sinnestäuschungen und eigenartigen Veränderungen des Sphygmogramms äusserten. In den Zwischenpausen blieb die Kranke psychisch frei; nur die Labilität des Pulses überdauerte den Anfall. Auf Grund der Beobachtung erfolgte die Freisprechung.

Nonne (Hamburg) referiert im Anschluss daran in der Diskussion über einen Fall von Ovulationspsychose bei einem Mädchen, das noch nicht menstruiert war, im Eppendorfer Krankenhaus. Die Krankheit verlief unter dem Bilde periodisch in Zwischenräumen von genau vier Wochen auftretender Erregungs-

zustände mit Sinnestäuschungen, Verwirrtheit, starker erotischer Erregung — vorübergehend auch Kotschmieren und Nahrungsverweigerung. Nach acht Monaten klang die Psychose ab; der längste Anfall hatte 18 Tage, der kürzeste zwei Tage gedauert, kurze Zeit nach dem letzten Anfall Eintritt der Menses, seitdem (zehn Monate) gesund.

Umber (Altona) macht auf gewisse menstruelle Stoffwechselstörungen von Seiten der inneren Organe aufmerksam, will zur Erklärung derselben lieber vasomotorische als toxische Veränderungen heranziehen.

Weiterhin sprechen in der Diskussion Nonne, Riedel, Siemerling.

23) **Nonne** (Hamburg): Hereditäre Kleinhirntaxie.

Nonne stellt einen Mann mit familiärer Kleinhirntaxie vor. Von den zwei Brüdern des Kranken, die an der gleichen Erkrankung gelitten haben, fand sich bei dem einen eine allgemeine Hypoplasie des Kleinhirns, bei dem andern eine solche des gesamten Zentralnervensystems.

24) **Raecke** (Kiel): Ueber hysterische Schlafzustände.

R. referiert über 23 Fälle von hysterischem Schlaf. Zur Feststellung des hysterischen Charakters im Gegensatz zu katatonischen und epileptischen Stuporformen fordert er das Bestehen eines ausgeprägten hysterischen Krankheitsbildes vor dem Beginne des Schlafs. Als charakteristisch hebt er ferner den unmittelbaren Anschluss an eine heftige Gemüts-erregung und das Verschwinden infolge suggestiver Massnahmen hervor. Die geschilderten Fälle sind zum Teil recht verschiedenartig verlaufen — Dauer von einigen Stunden bis zu mehreren Jahren, Perioden mit Ganser'schem Symptomenkomplex, Halluzinationen und Illusionen, schlafe und tonische Formen —, so dass die einheitliche Gruppierung dieser Krankheitsbilder und ihre Zurechnung zur Hysterie auf manchen Widerspruch stossen dürfte.

25) **Kalmus** (Hamburg): Untersuchungen über erbliche Belastung.

Vortr. hat methodisch individualstatistische Erblichkeitsuntersuchungen an den Kranken der Lübecker Anstalt angestellt und kommt an der Hand derselben zur Aufstellung von Belastungstafeln, die alle consanguinen Ascendenten unter Ausschluss der belanglosen Seitenlinien zusammenfassen. Unter den Folgerungen, die Kalmus aus seinem Material gewinnt, ist vor allem der hohe Belastungswert des Alkoholismus hervorzuheben, der einen höheren Prozentsatz von Geistesstörungen zur Folge hatte, als selbst die Geisteskrankheit der Eltern. Ausserdem fiel die Häufigkeit von Zwillingsgeweburten in den belasteten Familien auf.

In der Diskussion schloss sich besonders Delbrück dem Vortragenden an und fordert eine strenge Scheidung zwischen der direkten Belastung durch die Eltern und dem fast belanglosen Auftreten von Geistesstörungen in Seitenlinien. Auch Delbrück macht auf den ganz auffallend unheilvollen Einfluss des Alkoholismus in seinem Material aufmerksam, der zu den ererbten Einflüssen neue Schädlichkeiten anhäufe.

26) **Cimbal** (Altona) demonstriert Tabellen und Kurven aus einer experimentell-psychologischen Arbeit über das manisch-depressive Irresein.

Cimbal.

III. Bibliographie.

X) **E. Sciamanna:** Annali dell' istituto psichiatrico della R. Università di Roma. Vol. II. 1903.

E. Sciamanna: Sopra una contrazione parziale provocata dell' estensore comune delle dita come indice dell' eccitabilità riflessa dell' arto superiore.

Aus der Gruppe der bisher noch wenig im Einzelnen untersuchten Vorderarmreflexe hat Sciamanna das Mittelfingerphänomen genauer studiert. Die isolierte Mittelfingerzuckung erhält man durch Beklopfen des Periostes, zwei Finger breit unter dem Cond. externus, nur in einem Teile der Untersuchungen rein, zuweilen mit Zuckungen andrer Finger, häufiger mit Zuckungen der gesamten Hand kombiniert. Nicht ganz selten fehlt es vollständig.

Das Mittelfingerphänomen hat diagnostischen Wert. In Fällen von Cervicalpoliomyelitis und -tabes war es herabgesetzt, bei anderen Erkrankungen des Halsmarks gesteigert. Das Kriterium für die pathologische Bedeutung der Erscheinung, welche, wie gesagt, schon unter normalem Verhältnis verschiedenfach sich darstellt, liegt ausschliesslich in der persönlichen Erfahrung des Beurteilers. Eine wesentliche Rolle als Untersuchungsmethode kann daher der immerhin interessante Reflex-Vorgang nicht beanspruchen.

Zur Frage des Zustandekommens dieser und der verwandten Reizerscheinungen des gesamten Vorderarms ist nicht bestimmt Stellung genommen.

G. Pardo: Verre. Un esempio storico di collezionismo.

Der Aufsatz enthält zunächst eine Uebersicht über die verschiedenen Arten des pathologischen Sammeltriebes. Der berühmte Praetor Verres ist als ein Degeneriertentyp dargestellt, bei dem eine an sich pathologische Neigung pathologische Form annimmt. Verres sammelte ausschliesslich kunstgewerbliche und Kunstobjekte. Er selbst besass nur geringes künstlerisches Urteil, so dass man Gegenstände vor ihm retten konnte, wenn man ihren Kunstwert zu diskreditieren verstand. Als pathologische Züge bei Verres müssen ferner gelten die grosse Erregung, in die er beim Anblick der ersehnten Objekte gerät, die zornige Verzweiflung, die sich seiner bemächtigte, wenn er sie nicht erlangen konnte, und das Missverhältnis zwischen dem Genusse ihres Besitzers und den Gefahren, die mit ihrer Erwerbung oft verbunden waren. Er betrieb die Aneignung fremden Eigentums nicht systematisch, sondern suchte, wenn möglich, die Gegenstände zu kaufen, schlug dies fehl, so liess er sie oft plötzlich wegholen, selbst vor den Augen der Besitzer. Die Diagnose einer psychischen Abnormität war übrigens, wie aus Cicero's Reden hervorgeht, von der Umgebung des Verres längst gestellt worden. Die ihm zur Last gelegten Unterschleife stehen in keiner direkten psychologischen Beziehung zu seinem pathologischen Sammeltriebe, und sind von vielen anderen Prätores ebenfalls verübt worden.

Jentsch.

XI) Bericht über die im Königreich **Württemberg** bestehenden **Staats- und Privatanstalten** für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische auf das Jahr 1902. Herausgegeben von dem K. Medizinalkollegium. Stuttgart, W. Kohlhammer, 1904.

Der Bericht beginnt mit einem Nachruf auf Karl Dietz, den verdienst-

vollen und liebenswürdigen psychiatrischen Referenten des Württemb. Medizinalkollegiums, der am 21. V. 1904 gestorben ist und von dessen Hand der übrige Teil des Jahresberichts stammt.

Die Württb. Staatsirrenanstalten hatten am 1. I. 1902 1868 Insassen, am 31. XII. 1902 deren 1952. Den 571 Zugängen entsprachen 487 Abgänge. Die Zahl der Aufnahmesuche war 961. Der Beginn der geistigen Erkrankung fiel am häufigsten zwischen das 25. und 30. Lebensjahr. Krankheitsformen in prozentualer Berechnung: Angeborene Störungen 5%, konstitutionelles Entartungsirresein, Hysterie und Neurasthenie 5%, depressives Irresein 11,2%, manisches Irresein 4,6%, periodisches und zirkuläres Irresein 8,2%, akute halluzinatorische Verwirrtheit und akuter halluzinatorischer Wahnsinn 8,4%, primäre Demenzformen 17,0%, chronische Verrücktheit 16,8%, sekundäre Verblödungsprozesse 5,3%, Geistesstörungen mit anatomischem Befund (Dem. paral. etc.) 5,2%, epileptische Geistesstörungen 5,2%, Intoxikationspsychosen (Alkoholismus) 2,9%. Erbliche Belastung bei 53,6% der aufgenommenen Kranken erwiesen. Todesfälle: 3,9% aller Verpflegten.

Die grossen Privatirrenanstalten Württembergs hatten am 1. I. 1902 1056 Kranke, darunter 630 Staatspfleglinge, Zugang im Laufe des Jahres 301 (104). Am 1. I. 1864 beherbergten sämtliche Württb. Irrenanstalten 609 Kranke, am 1. I. 1903 3161. Auf 686 Einwohner kommt in Württemberg ein in einer Irrenanstalt untergebrachter Geisteskranker.

Zahlreiche Tabellen erläutern die einzelnen statistischen Ergebnisse, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Den Schluss des sorgfältigen und reichhaltigen Berichtes bildet eine genaue, durch Abbildungen ergänzte Schilderung der neuen Heilanstalt Weinsberg, die 500 Kranke aufnehmen soll.
Gaupp.

XII) Alexander Graf zu Dohna: Die Rechtswidrigkeit als allgemein gültiges Merkmal im Tatbestande strafbarer Handlungen. Ein Beitrag zur allgemeinen Strafrechtslehre. Halle a. S. Buchhandlung des Waisenhauses. 1905. 152 Seiten.

Wer sich je mit der Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses, mit dem Rechtsgründe der Kindestötung bei der Geburt, des künstlichen Abortus und der operativen Eingriffe überhaupt beschäftigt hat, dem wird die Unsicherheit der Rechtsprechung und der theoretischen Begründung aufgefallen sein. Erst neuerdings hat eine Entscheidung sich dahin ausgesprochen, dass der Arzt nicht schon deshalb „befugt“ sei, vor Gericht sein Berufsgeheimnis preiszugeben, wenn er von dem ihm durch die Straf- und Zivilprozessordnung eingeräumten Rechte der Zeugnisverweigerung keinen Gebrauch mache.

Ueber den Rechtsgrund, durch den der Arzt ohne Gefahr, wegen Körperverletzung bestraft zu werden, operiert, bestehen ungefähr so viele Ansichten, wie sich Schriftsteller dazu geäussert haben. Der eine hält eine Körperverletzung für gar nicht vorliegend, ein anderer bezeichnet das Recht mit dem Wohnheitsrecht, mit der Notwendigkeit, ein vierter verlangt die vorherige Einwilligung; was der eine annimmt, sucht der andere zu widerlegen. Wie immer beweist die Verschiedenartigkeit der Theorien, dass die Lösung nicht leicht ist. Der Arzt aber leidet unter dieser Unsicherheit der Theorie, die ihm praktisch jeden Augenblick gefährlich werden kann.

Dieser Unsicherheit sucht der Hallische Privatdozent Graf zu Dohna dadurch abzuhelpfen, dass er den in der Gesetzgebung nicht definierten Begriff der Rechtswidrigkeit festzulegen versucht. Berufsgeheimnis und Operationsrecht sind nur Paradigmata, an denen er seine Theorie erprobt. Anschliessend an Stammler's Lehre vom „richtigen Rechte“ sucht er darzutun, dass die Rechtswidrigkeit da ausgeschlossen sei, wo eine Handlung „rechtes Mittel zu rechtem Zwecke“ sei. Er glaubt, damit ein objektives Merkmal gegeben zu haben. Ich will nicht verhehlen, dass mir damit die Schwierigkeit praktisch durchaus nicht gelöst zu sein scheint; denn darüber werden die Ansichten der Richter wohl auseinandergehen, was im einzelnen Falle als rechtes Mittel und was als rechter Zweck angesehen werden muss. Für den frommen Katholiken z. B. wird die Abtreibung niemals als ein rechter Zweck erscheinen, selbst wenn er davon überzeugt ist, dass nur dadurch das mütterliche Leben gerettet werden kann.

Trotz dieses Bedenkens kann ich der prinzipiellen Beantwortung nur zustimmen, die in ungewöhnlich scharfsinniger Weise die Grundfrage des Strafrechts zu lösen versucht. Wenn ich an dieser Stelle eine rein juristische Abhandlung aufs wärmste empfehle, so tue ich das nicht nur deshalb, weil die oben erwähnten Fragen jeden Arzt interessieren müssen, sondern weil die Schrift des Verfassers, ein Muster klaren Denkens, stilistisch und inhaltlich jedem, der sich für allgemeine Fragen interessiert, einen grossen Genuss bereiten wird.

Aschaffenburg.

XIII) Ferdinand Probst: Der Fall Otto Weininger. Eine psychiatrische Studie. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. XXXI. Wiesbaden. J. F. Bergmann 1904. 40 Seiten.

Als ich in einer Besprechung von Weininger's grossem Buche: „Geschlecht und Charakter“ (diese Zeitschrift S. 68) das Werk als das eines geistig nicht normalen Menschen bezeichnete, war mir das tragische Ende des Verfassers noch unbekannt. Er hatte sich am 4. Oktober 1903 erschossen. Nach seinem Tode gab ein begeisterter Anhänger und Freund noch ein Buch „über die letzten Dinge“ heraus. Den Anlass zum Selbstmord, den Weininger in einem eigens zu dem Zwecke gemieteten Zimmer in Beethoven's Sterbehause beging, noch im Tode posierend, gab eine Schwermut mit Selbstverachtung und vereinzelt Sinnestäuschungen. Ueber Buch und Schicksal könnte man mit dem Bedauern hinweggehen, dass eine zweifellos grosse Begabung nicht in Gesundheit ausreifen konnte, wenn nicht unglaublicherweise die verworrenen Ideen des Kranken vielfach sehr ernst genommen worden wären. Das gab dem Verfasser Anlass, der Persönlichkeit Weininger's nachzugehen, zum Teil mit Hilfe des Vaters, der allerdings nichts von einer psychischen Krankheit wissen will, der Freunde und einer Biographie Weininger's von Rappaport, der auch das Buch „über die letzten Dinge“ herausgegeben hat. Danach stellt Probst die Diagnose eines manisch-depressiven Irreseins mit starken hysterischen Zügen. Da der Schwermutsanfall, der mit dem Selbstmord endete, bereits der zweite in Weininger's Leben war, so darf wohl die Diagnose als zuverlässig angesehen werden. Pathologische Schriften, besonders solche, in denen Geist und Wissen sich neben unverständlichen, übertiefen und paradoxen Sätzen findet, üben leider auf unkritische Köpfe oft einen tieferen Einfluss, als die besten Werke Normaler. Darum ist die Auffassung Probst's besonders wichtig, der

seine Darlegungen dahin zusammenfasst: „Statt eines Blitzeschleuderers ein Geisteskranker, dessen Psychose durch einen Zug von Genialität ihr individuelles Moment erhielt, statt eines Ragenden ein Unglücklicher, der sich in einem Anfall melancholischer Verstimmung erschoss, statt eines philosophischen Phänomens zwei Bücher, die in die ärztliche Bibliothek einer Irrenanstalt gehören.“
Aschaffenburg.

XIV) **E. Jentsch**: Musik und Nerven. I. Naturgeschichte des Ton-sinns. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. XXIX. Wiesbaden, J. A. Bergmann, 1904.

Unsere heutige Musik ist das Endglied einer ungeheuer langen Kette von psycho-physiologischen Evolutionen. Erst ein Organ, dessen Endapparate imstande waren, aus der Brandung der an die Körperoberfläche anprallenden Luftwellen die einzelnen Schwingungsfrequenzen sauber herauszusortieren, konnte dem Organismus eine Tonwelt erschliessen. Die Entstehungsgeschichte des Tons ist im wesentlichen die Entwicklungsgeschichte der Schnecke des Ohrs, die Musik Gehör- und Hirnphysiologie. Die Schnecke dient ursprünglich nicht dem Tongehör, sondern schlechthin dem Hören überhaupt. Unter den Tieren besitzen grade die tonsinnigsten, die Singvögel, keine vollständig entwickelte Schnecke. Das Unterscheiden der einzelnen Töne aus dem Klangchaos der Umwelt ist auf Aufmerksamkeit und Uebung zurückzuführen, welche ursprünglich durch Zweckmässigkeiten geboten gewesen sein werden. Diese Fertigkeit schafft dann die Freude an Ton und Tönen, weiterhin den Drang zur Tonreproduktion und -kombination. Beim Menschen findet sich eine besonders starke und häufige Entwicklung des Ton- und Musiksinns besonders bei im Elende lebenden untergeordneten Rassen, den Zigeunern und Buschmännern. (Eigenbericht.)

IV. Referate und Kritiken.

27) **Lugaro**: Glioma bilaterale del centro semiovale.

(Rivista di patologia nerv. e. ment. Vol. VIII, Fasc. 2, 1903.)

Im linken Zentrum semiovale gelblicher, 5-Fr.-Stück grosser, nicht deutlich abgegrenzter Tumor. In der entsprechenden Gegend rechts nur vermehrte Konsistenz. Mikroskopisch verhalten sich die beiden Tumoren sehr verschieden. Die linke Geschwulst ist durch Riesenzellen, deren Kerne alle möglichen Formen zeigen, charakterisiert. Diese Zellen sind sehr reich an Protoplasma, die Kerne variieren von kleinen, sich dunkel färbenden Punkten bis zu enorm grossen Gebilden mit mehreren Kernkörperchen und Vacuolen. Es finden sich häufig Kerne mit unregelmässiger, lappiger Kontur und solche, deren Membran geplatzt zu sein scheint. In vielkernigen Zellen sind die Kerngebilde mit Vorliebe peripher angeordnet. Die grössten Zellen erreichen $110 \times 140 \mu$. Zwischen diesen und normalen Gliazellen finden sich alle Uebergänge. Der Verfasser hält überdies durch Exklusion anderer Zellarten diese Riesengebilde für Abkömmlinge der Glia. Im Tumor finden sich viele dicke Gliafasern, jedoch ohne Beziehungen zu den Riesenzellen. Rechts finden sich die Riesenzellen nur in geringerer Zahl und in weniger monströsen Exemplaren, dagegen sind die normalen Gliazellen stark vermehrt und liegen in einem

dichten Filz mittelfeiner Fasern. Links sind die kleinen Gefäße von massenhaften dunklen Gliakernen, rechts von dichten Gliafaserfilzen umgeben, welche vielfach in Degeneration übergegangen sind und die Farbe nicht mehr annehmen. In der Rinde war die Glia nicht vermehrt, nur ein kleiner Teil der Riesenzellen war im Zustand der Chromatolyse. Verfasser hält die Riesenzellen für Degenerationsformen der Glia. Das Präparat stammt von einer 38jährigen Prostituierten, welche an spastischen Lähmungen der Beine, im übrigen an paralytiformer, rasch fortschreitender Demenz litt. Die mikroskopischen Befunde sind durch 8 Textfiguren und 12 gute (!) Mikrophotogramme wiedergegeben.

v. Muralt.

28) **Raecke**: Zur Lehre vom Westphal-Piltz'schen Pupillenphänomen.

(Journal für Psychologie und Neurologie. Bd. II, 1903, p. 202—205.)

Es werden zwei Fälle von totaler externer und interner Oculomotoriuslähmung mitgeteilt. Im ersten handelte es sich um rein periphere Lähmung am rechten Auge; es bestand ein sehr lebhafter Kneifreflex. Im zweiten Falle bestand auf Grund einer an die Poliencephalitis hämorrhagica superior erinnernden Krankheit totale Ophthalmoplegie zentralen Ursprungs. Bei Aufhebung von Licht- und Konvergenzreaktion fehlte auch der Kneifreflex beiderseits dauernd. Diese Beobachtungen würden die Annahme von Galassi stützen, dass die Uebertreibung des Orbicularisphänomens ein Symptom der peripheren Oculomotoriuslähmung gegenüber der zentralen ist. Der Verfasser verlangt aber zur weiteren Klärung der Frage zahlreiche Beobachtungen womöglich mit anatomischem Befund, der seinen Fällen abgeht. — Weder im ersten Falle noch bei verschiedenen Paralytikern konnte der Verfasser die von Piltz beschriebene konsensuelle Orbicularisreaktion konstatieren.

v. Muralt.

29) **K. Brodmann**: Zwei neue Apparate zur Paraffinserientechnik.

(Journal für Psychologie und Neurologie. Bd. II, 1903, p. 206—210.)

1. Das Makrotom dient zur Herstellung dünner, planparalleler Scheiben aus Hemisphären oder kleineren Gehirnteilen. Der ganze Apparat ist sehr fest, die Messerführung fixiert, das Präparat wird auf Schlitten mittelst Schrauben bewegt.

2. Das Doppelschlittenmikrotom zeichnet sich durch sichere Messerführung aus. Der Messerschlitten wird durch 2 Zylinder geführt, die Bewegung ist durch ein Schwungrad ausgeglichen. Das Instrument gestattet die Herstellung von 5 bis 10 μ dicken Paraffinschnitten von 70 \times 80 mm Fläche in lückenlosen Serien. Mit einem in Konstruktion gegebenen grösseren Modell sollen ganze Hemisphärenquerschnitte möglich sein.

Das Makrotom ist nach Angaben von O. Vogt, das Mikrotom nach Brodmann von der Firma A. Becker in Göttingen ausgeführt. Zwei Abbildungen veranschaulichen die Mitteilung. — Statt des Makrotoms lässt sich immer noch das alte Gudden'sche Mikrotom verwenden.

v. Muralt.

30) **A. A. Gwnizki**: Kasuistische Mitteilungen zur Anwendung der Hypnose bei unheilbaren organischen Erkrankungen.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. II, p. 242—245.)

Es ist schon seit dem grossen Aufschwung des Hypnotismus anfangs der 90er Jahre bekannt, dass sich der funktionelle Anteil der Symptome bei organischen Leiden, speziell organischen Nervenleiden durch Hypnose heben

oder bessern lässt. Die Fälle III, IV, V und VII der kleinen Kasuistik des Verfassers bieten theoretisch nichts Neues. In Fall VI handelt es sich um eine Lungenspitzen tuberkulose, deren neurasthenische Beschwerden durch Hypnose beseitigt wurden. Der Fall ist nicht einwandfrei, weil auch sonst für das Wohlergehen der Kranken gesorgt wurde und weiß ein Gleichbleiben des physikalischen Befundes bei Lungentuberkulose nicht beweist, dass der Prozess nicht doch stille steht.

Neu sind die Fälle I und II, beides Kranke mit schwerer Syringomyelie, bei denen ausser der Besserung des psychischen Zustandes und anderen funktionell zu deutenden Beschwerden auch die Beseitigung der Unempfindlichkeit für Schmerz und Temperaturreize erzielt wurde. In beiden Fällen war es vorher zu Verbrennungen an den Armen gekommen. Man hat die Analgesie und Thermoanästhesie bei Syringomyelie bisher als Folge der zentralen Leitungsunterbrechung aufgefasst und es wäre sehr wertvoll, näheres über die Art der Restitution dieser Ausfallsymptome durch Hypnose zu hören. Der Verfasser verzichtet leider auch darauf, theoretische Ausführungen an seine Fälle zu knüpfen.

v. Muralt.

31) **K. Brodmann**: Bemerkungen zur Untersuchung des Nervensystems im polarisierten Lichte.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. II, 1903, p. 211—213.)

Der Verfasser berichtet und ergänzt seine frühere Arbeit über das gleiche Thema (vgl. dieses Centralblatt 1900) in einigen Punkten. Schon Schiff hat in den achtziger Jahren auf die Abschwächung oder Aufhebung der Doppelbrechung bei der zerfallenden und die Umkehrung der Doppelbrechung bei der völlig entarteten Nervenfasern hingewiesen. Irrtümlicherweise benutzte er aber ausser frischem auch in Alkohol gehärtetes Material. Die Formalinfixierung verändert die Doppelbrechung der markhaltigen Nervenfasern nicht, vorausgesetzt, dass das Material ganz frisch in die Fixierungsflüssigkeit gelangte.

Mehrstündige faradische Reizung eines peripheren Nerven beim Frosch oder Kaninchen bis zum Erlöschen der faradischen Erregbarkeit erzeugte keine sichtbare Abweichung der Doppelbrechung der Markfasern.

v. Muralt.

32) **Oskar Vogt**: Zur anatomischen Gliederung des Cortex cerebri. Mit 5 Tafeln und 2 Textabbildungen.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. II, 1903, p. 160—180.)

In der vorliegenden Publikation entwickelt der Verfasser die Gründe, warum im Neurologischen Institut eine verfeinerte anatomische Gliederung der Grosshirnrinde sowohl in nebeneinanderliegende Rindenfelder wie in übereinanderliegende Rindenschichten angestrebt wird. Die beste Rechtfertigung finden diese Bestrebungen wohl in den bisher von Brodmann im Journal für Psychologie und Neurologie publizierten Resultaten seiner cytoarchitektonischen Forschungen. Die interessanten theoretischen Ausführungen Vogt's können hier nicht im Detail referiert werden.

v. Muralt.

33) **Otto Lipmann**: Praktische Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen des Gedächtnisses.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. II, 1903, p. 108—118.)

Der Verfasser prüft die hauptsächlichsten experimentellen Studien, welche seit der bekannten Arbeit von Ebbinghaus aus dem Jahre 1885 über das Gedächtnis publiziert worden sind, darauf hin, ob sie für die pädagogische

Praxis von Einfluss sein können. Es werden spezieller die Resultate von Müller und Schumann, von Müller und Pilzecker, Netschajeff, Lobsien, Kemsies, L. Steffens u. a. besprochen. Wie viel der Verfasser durch eigene Experimente nachgeprüft hat, ist aus der Arbeit nicht sicher zu entnehmen; in der Hauptsache ist dieselbe literarisch-kritisch und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Beim Einzelunterricht hat die Lehrmethode sich zweckmässig dem vorher festzustellenden sensorischen Gedächtnistypus des Schülers anzupassen. Beim Massenunterricht ist das nicht möglich.

2. Ein gegebener Lernstoff von mässiger Länge und gleichmässiger Leichtigkeit wird im ganzen schneller gelernt als in Teilen.

3. Die Wiederholungen werden bei einem schwierigeren Stoffe am besten möglichst verteilt.

4. Es ist unzweckmässig, verschiedenartige Stoffe schnell hintereinander zu lernen, ohne eine Pause einzuschieben.

5. In gewissen Grenzen ist schnellstes Lernen das ökonomischste.

6. Falsche Antworten sind tunlichst zu vermeiden.

7. Richtige Antworten erhält man leichter, wenn sie auf mehrere gestellte Fragen passen.

8. Eine richtige Antwort bleibt leicht aus, wenn mehrere Antworten auf die gestellte Frage passen.

v. Muralt.

34) **Warncke**: Beiträge zum Studium des Hirnstammes. I. Zur Methodik und Technik zelltopographischer Untersuchungen im Gebiet des Hirnstammes. Mit 7 Tafeln.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. II, 1903, p. 221—241.)

Breite Ausführungen über die Vorteile der Nissl-Färbung verbunden mit Mikrophotographie für das Studium des Hirnstammes. Aus dem technischen Teil dürfte von Interesse sein, dass sich dem neurologischen Institut das feuchte Collodium-Emulsionsverfahren für Mikrophotographie als das beste erwiesen hat.

v. Muralt.

35) **Hellbronner**: Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher mit Bemerkungen über die Wirksamkeit der Gefängnisirrenabteilungen in Preussen.

(Monatsschr. f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 1904.)

Die Individuen, über deren zweckmässige Versorgung Heilbronner's Ausführungen handeln, können nicht einem einheitlichen, klinischen Typus zugerechnet werden, sie lassen sich auch nicht auf Grund der zeitlichen Beziehungen zwischen Straftat und Manifestwerden der Geisteskrankheit in eine bestimmte Gruppe zusammenfassen; sie gehören vielmehr nach rein praktischen Gesichtspunkten einer wohl bekannten Kategorie abnormer Menschen an. Es sind Individuen, die in ihrem Gesamthabitus und vor allem in ihrem Verhalten im Gefängnis und in der Irrenanstalt zur Genüge charakterisiert, die wissenschaftlich als krank zu erachten sind und die sich dem Strafvollzuge nicht fügen. Sie sollten deshalb aus dem geordneten Strafvollzuge ausscheiden: ein Teil von ihnen wird sich zur Entlassung unter gewissen Kautelen und bestimmter Kontrolle eignen; andere sind in die Irrenanstalten zu überführen. — Heilbronner bringt eine ganze Reihe von Vorschlägen, die er genau begründet und die er am Schlusse noch kurz zusammenfasst. Ich erwähne davon nur einiges: Heilbronner wendet sich gegen die Vorschläge betreffs besonderer

Anstalten für geisteskranke Verbrecher; es wird der Betrieb in den Irrenanstalten durch das ihnen aus den Gefängnissen zufließende Material nicht sonderlich gestört, schon aus dem Grunde nicht, weil die Zahl der „Gefährlichen“ unter diesen Kranken viel geringer ist, als man anzunehmen geneigt ist. „Die Absonderung dieser Gefährlichen in besonderen Abteilungen gibt aber zu den schwersten Bedenken Anlass und ist deshalb zu verwerfen.“ Die Behandlung „aller Geisteskranken — inklusive der „gefährlichen Verbrecher“ — in öffentlichen Irrenanstalten verlangt nur „eine entsprechende Verteilung“ dieser Kranken. Um eine rechtzeitige Aussonderung der geisteskranken Strafgefangenen aus dem Strafvollzuge zu ermöglichen, sollte dafür Sorge getragen werden, dass Richter und Anstaltsbeamte wenigstens von solchen psychischen Störungen bei Angeklagten und Verurteilten Kenntnis erhalten, die forense Bedeutung gewonnen haben“. — Für die Gefängnisärzte verlangt Heilbronner eine bessere psychiatrische Ausbildung. — Bei der Zuweisung der in die Gefängnisirrenabteilungen Aufzunehmenden soll deren „Charakter als vorwiegende Beobachtungsabteilungen mehr berücksichtigt werden“.

Spielmeyer.

36) **Berze** (Wien): Zur Frage der partiellen Unzurechnungsfähigkeit. (Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 1904.)

Zu einer „partiellen Unzurechnungsfähigkeit“ kann es bei psychopathischen, haltlosen, minderwertigen Personen kommen, „die im allgemeinen nicht exculpiert werden können, bei denen aber das Zusammentreffen schädigender Ursachen oder das Vorwiegen bestimmter Vorstellungen die ohnedies verminderte Zurechnungsfähigkeit für eine bestimmte Handlung ausschliessen“. In dieser Weise hat Aschaffenburg den von ihm geprägten Begriff der „partiellen Unzurechnungsfähigkeit“ formuliert. — Berze's Arbeit hat den Zweck, auf die grosse praktische Bedeutung der hierher gehörigen Fälle und auf die wichtigsten Momente in deren Begutachtung hinzuweisen. Diese letztere verlangt nicht allein eine genaue Ergründung des Geisteszustandes des Rechtsbrechers, sondern auch die Berücksichtigung der speziellen Umstände und psychologischen Vorgänge, die auf das Zustandekommen der Tat hinwirkten. Dazu ist aber ein Zusammenarbeiten von Richtern und Sachverständigen notwendig. Der Begutachter soll nicht einfach darauf angewiesen sein, sich selbst die Fragen auszuwählen, die er aus den Paragraphen des Gesetzbuches heraus liest, sondern es sollen ihm „die im einzelnen Falle zu beantwortenden speziellen Fragen möglichst klar und deutlich vom Richter vorgelegt werden“. Ist der Sachverständige von juristischer Seite unterrichtet über die Natur des Deliktes, über die Art der Schuld, über die psychischen Ansprüche, welche die Vermeidung der rechtsbrecherischen Tat an den Täter stellt, so wird ihm noch durch eine präzise Fragestellung die Direktive gewiesen für die Beurteilung der in dem betreffenden Falle in Frage kommenden psychischen Leistungen.

Spielmeyer.

V. Vermischtes.

Hexenbekenntnisse.

In der „Zeitschrift des Vereins für Volkskunde in Berlin“ (1904, Heft 4) veröffentlicht Otto Heilig (Ettlingen) aus einer Handschrift des Grossherzoglich Badischen Generallandesarchivs: „Judiciaria vom Jahre 1627“, die

offenbar eine Abschrift von Hexenprozessakten aus dem Jahre 1573—1614 ist, einige Auszüge, die, abgesehen von ihrem geschichtlichen und sprachlichen Wert, auch für die gerichtliche Psychiatrie eine grosse Bedeutung haben. Es handelt sich um Schuldbekennnisse, die angeklagte Frauen vor Gericht gemacht haben; abgespielt haben sich die Prozesse in der Kaiserstuhlgegend. Ich gebe zwei charakteristische Stücke — die Mundart unserer heutigen angepasst — wieder.

Aus dem Bekenntnis (urgicht) Margarethae, Stefan Bilger's Frau. Zum dritten sagt sie aus, dass Peterlin am nächsten Tage am Berg in den Reben zu ihr kam, er hatte ein rotes und gelbes Kleid an, sie musste zu ihm sitzen und ihm zu Willen sein, er hatte weder Fleisch noch Blut, war kalt wie ein Eiszapfen, hatte Gänsefüsse und war im übrigen ganz schwarz, und das Geld, das er ihr gab, war Pferdekot.

Aus dem Bekenntnis Kingelt, Jakob Zabekin's Weib zu Burkheim, die am 21. Mai 1614 „sowol peinlich als guetlich“ bekannt hat: Zum vierten ist wahr, dass hierauf Zibelspicz, der Buhle, mit ihr Hochzeit zu halten begehrte. Er gab ihr einen Stecken und befahl ihr, in einer bestimmten Nacht, als ihr Mann in einem besonderen Bette schlief, darauf zu sitzen. Sie tat es in Teufels Namen, und sprach dabei: „oben auss und nienen an“ und fuhr hinter den Berg zu Distchin's Brunnen. Dort stand ein Tisch mit allerhand Speisen, gebratenem Fleisch und Wein, aber ohne Brot und Salz. Als sie sich an den Tisch setzte, waren ausser diesem Buhlen, der schwarze Kleidung trug und Gänsefüsse hatte, noch ein grün und ein rot gekleideter Mann zugegen, sowie zwei Weiber von Rothweil, die schon gestorben, und eine von hier, die gleichfalls schon gestorben. Nach beendigtem Mahl haben sie zum Spiel eines Geigers getanzt, ihr Buhle führte sie beiseite hinter ein Gehölz und beschlief sie, sodann gab er ihr Geld, in einen Lumpen eingewickelt, und sagte, es sei ein Groschen. Als sie öffnete, waren es Hafenscherben. Nachdem die Hochzeit fast bis Tagesanbruch gedauert, setzte sie sich wieder auf ihren Stecken und fuhr nach Hause.

Wie ernst die Richter diese „sowol peinlichen als guetlichen“ Bekenntnisse nahmen, geht aus der Bemerkung hervor, die bei einer Angeklagten gemacht ist, die sich eines ähnlichen Hexenritts beschuldigte wie die Klingelt —: „so den 19. August 1573 verbrandt worden“. E. Hess (Görlitz).

Nochmals mein Standpunkt in Frage der höchstzulässigen Anstaltsgrösse.

Von Direktor Alt (Uchtsprings).

Im Laufe der letzten zehn Jahre habe ich zu wiederholten Malen Veranlassung gehabt, meine Ansicht über die zweckmässigste und höchstzulässige Grösse neuzuerbauender öffentlicher Heil- und Pflegeanstalten auszusprechen und zu begründen. Neuerdings habe ich wiederum, und zwar auf Veranlassung der westfälischen Provinzialverwaltung, meinen Standpunkt in einem Gutachten meiner vorgesetzten Behörde darzulegen gehabt. Da diese Frage für die praktische Psychiatrie der Gegenwart und nächsten Zukunft von einschneidender Bedeutung ist, habe ich geglaubt, den Fachkollegen auch diese neuerliche gut-

achtliche Aeusserung zur Kenntnis bringen zu sollen. Es wäre sehr erwünscht, dass auch die — wie ich glaube nicht sehr zahlreichen — ärztlichen Freunde der sehr grossen Anstalten ihren Standpunkt und dessen Begründung bekannt geben, namentlich auch den zahlenmässigen Beweis vorlegen, ob und welche Verbilligung in Anlage und Betrieb tatsächlich erreicht wird.

Das Gutachten lautet:

Uchtsprings, den 16. Juli 1904.

Meine Ansicht über die zweckmässigste und die unbeschadet der Einheitlichkeit der Verwaltung und ärztlichen Oberleitung höchste zulässige Belegzahl einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt habe ich im Laufe der letzten zehn Jahre zu wiederholten Malen auch schriftlich in der Literatur niedergelegt, so dass mein früherer Standpunkt in dieser Frage als bekannt vorausgesetzt werden kann. Unter anderem habe ich in der Herbstversammlung 1896 des Vereins Niedersächsischer Irrenärzte und Psychiater ein Referat über diese Frage erstattet und dabei die schriftlich eingeholten Auskünfte und Ansichten nahezu sämtlicher bekannteren Direktoren der deutschen öffentlichen Anstalten verwertet, von denen drei Viertel dahin gingen, dass die Belegstärke nicht über 600 gehen dürfe. Ich selber sprach eine Belegstärke von 500—600 als die zweckmässigste an, hielt aber eine solche von 800 noch eben für zulässig, falls gleich bei der ersten Anlage auf die notwendig werdende Decentralisation Bedacht genommen werde. (Neurolog. Centralbl., Jahrg. 1897, Seite 45—46.)

Aus der grossen Zahl der damaligen Auskünfte dürfte namentlich die Ansicht eines der wenigen Direktoren interessieren, der selber eine Anstalt von dem Umfange der für Westfalen jetzt geplanten Neuanlage dirigierte. Herr Geheimrat Stark, der damalige langjährige Leiter der neuerdings durch den tragischen Tod Vorster's vielgenannten Riesenanstalt Stephansfeld-Hördt gab auf meine Frage nach der — „unbeschadet der Einheitlichkeit der Verwaltung und der ärztlichen Oberleitung — höchsten zulässigen Belegzahl einer neu zu erbauenden gemischten Irrenanstalt“ die Zahl 800—900 Kranke an und schrieb dazu: „Ich bemerke ausdrücklich, dass ich die an hiesiger Anstalt in 23 Jahren gemachten Erfahrungen zugrunde lege. Wir verpflegen 1370 Kranke und mit dem Personal über 1700 Personen. Ich kann aber die Anlage einer gleich grossen Anstalt nicht empfehlen, und halte 8—900 Kranke als die wünschenswerte Grenze nach oben“.

Ebenso dürfte besonderen Wert haben die damalige Ansicht des weltbekannten Leiters einer Anstalt, die jene von mir angegebene oberste Beleggrenze gerade erreicht bzw. um ein wenig überschritten hatte. Herr Geheimrat Paetz (Alt-Scherbitz) antwortete: „Für die zweckmässigste Belegung einer gemischten Irrenanstalt halte ich die mit 600, für die höchst zulässige die mit 800 Kranken. Alt-Scherbitz geht über die letztere Zahl nur einschliesslich des Siechenasyls hinaus, das der ärztlichen Oberleitung keine nennenswerte Mehrarbeit verursacht; ohne dasselbe ist die höchste Belegzahl auf 800 festgesetzt. Bei Beantwortung dieser Frage darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass bei Normierung der Belegzahl die Einrichtung der Verwaltung und die Person des ärztlichen Leiters. bzw. seine direktorielle Qualifikation eine wesentliche Rolle spielt; was der eine mit Leichtigkeit bewältigt, ist für den anderen bisweilen eine unerschwingliche Leistung.“

Meine im Jahre 1896 in bestimmtester Form geäußerte Anschauung hat im Laufe der Jahre mit zunehmender eigener Erfahrung und Berücksichtigung der Literatur wie der von Anderen vertretenen Ansichten keine Aenderung erlitten, sie wurde auch in dem zweiten hiesigen Verwaltungsbericht zum Ausdruck gebracht.

Im Jahre 1902 sah ich mich durch einen in der Psychiatrischen Wochenschrift erschienenen Aufsatz der Herren Direktor Schäfer (Lengerich) und Landesbaurat Zimmermann (Münster) veranlasst, erneut meinen Standpunkt darzutun und zu vertreten. Es sei gestattet, auf Jahrgang 1902, Seite 45—48 der genannten Zeitschrift hinzuweisen. Die damaligen Ausführungen halte ich auch heute in allen Stücken aufrecht, und stütze mich dabei auf die Erfahrungen hiesiger Anstalt mit rund 1250 Kranken, von denen erfreulicherweise rund 200 in Familienpflege sind und die Zeit und Verantwortung des Direktors nur in wesentlich geringeren Maasse beanspruchen, als die eigentlichen Anstaltsinsassen. Gewiss hat Herr Geheimrat Paetz in seiner Antwort aus dem Jahre 1896 den Nagel auf den Kopf getroffen, wenn er schrieb, die Person des ärztlichen Leiters, bzw. seine direktorielle Befähigung spiele bei der Frage, wie gross eine Anstalt bemessen werden dürfe, eine grosse Rolle. Wenn ein Mann von so anerkannter direktorieller Befähigung wie Herr Paetz zu einer Zeit, als er auf der Höhe des Lebens und in der Vollkraft seines Schaffens stand, als höchst zulässige Belegzahl die mit 800 Kranken ansprach, brauche ich mich wohl des Geständnisses nicht zu schämen, dass ich persönlich nicht die Befähigung besitze, eine Anstalt von der Grösse der hiesigen in gehöriger Weise zu dirigieren und dabei gleichzeitig eine richtige ärztliche Oberleitung auszuüben, dass ich meiner direktoriellen Aufgabe nicht gerecht werde. Man wird einwenden können, das sei vielleicht ausser in meiner Persönlichkeit auch an der Unvollständigkeit und Unzweckmässigkeit der Uchtspringer Anlage und Geschäftsführung gelegen. Demgegenüber sei zu bemerken gestattet, dass die hiesige Anlage und ihre Administration vielfach in den wesentlichsten Punkten von seiten hervorragender Anstaltsleiter des In- und Auslandes Anerkennung und Nachahmung gefunden hat. Und was meine direktorielle Befähigung anlangt, so glaube ich nach Beanlagung und Schaffenslust hinter dem mittleren Durchschnitt der Direktoren nicht zurückzustehen. Auf ein Paar Uebermenschlichen die Verhältnisse zuzuschneiden, ist nicht angängig. Man muss mit erreichbaren Persönlichkeiten rechnen.

Selbst dann, wenn einwandfrei dargetan wäre, was noch keineswegs der Fall ist, dass in den geplanten Riesenanstalten von 14—1500 Krankenplätzen die Anlagekosten wie der laufende Betrieb pro Bett und Tag sich billiger gestalteten, als in einer Anstalt mit bis höchstens 800 Plätzen, müsste die Errichtung der ersteren unterbleiben, falls darin die Interessen der Kranken zu kurz kämen.

In Bezug auf die vermeintliche Verbilligung der Baukosten kann ich nur meine Ausführungen in der psychiatrischen Wochenschrift 1902, Seite 47 wiederholen mit dem Hinzufügen, dass in den grossen Anstalten trotz sorgfältigster Vorbearbeitung des Bauprogramms während des Betriebes zahlreiche vorher nicht geahnte Bedürfnisse und Schwierigkeiten zutage treten, die eine Menge von Neu- und Umbauten, Erweiterungen und Abänderungen und damit

eine ganz beträchtliche Ueberschreitung der ursprünglich angenommenen Bau-
summe bedingen. Für Anstalten von 600—800 Betten können auf Grund
zahlreicher erprobter Typen dieser Grösse die Kosten genau vorher berechnet
und nennenswerte Nachbauten vermieden werden. Es sei mitzuteilen gestattet,
dass der um das Anstaltsbauwesen hochverdiente wie in der Anstaltsverwaltung
als erste Autorität des letzten Vierteljahrhunderts wohlbekannte Professor Ludwig
Meyer (Göttingen) mir ausdrücklich schrieb: „Bau und Unterhaltung der Kranken
sind bei diesem Umfang — er hielt Anstalten von höchstens 600 Plätzen für
zulässig — ebenso vorteilhaft zu stellen, wie bei einer grösseren Anstalt.“

Was die angebliche Verbilligung des laufenden Betriebes anbelangt, darf
daran erinnert werden, dass in den grossen Berliner Anstalten die Kosten pro
Tag und Kopf eine in den Provinzialanstalten wohl kaum erwünschte Höhe
erklommen haben, nicht deshalb, weil etwa Lebensmittel und Personal dort
teurer bezahlt würden — eher ist das Gegenteil der Fall — oder die Ver-
pflegung und Haltung der Kranken eine bessere wäre, vielmehr deshalb, weil
die wenig einheitliche Verwaltung des Riesenhaushaltes wegen der fehlenden
Uebersichtlichkeit unverhältnismässig grosse Summen verschlingt.

Auch in Uchtsprünge haben die allgemeinen Verwaltungskosten sich keines-
wegs mit der Grössenzunahme pro Kopf und Tag verringert, vielmehr nicht
unerheblich gesteigert — um ungefähr 20 Pfg. gegenüber der Zeit, als die
Anstalt mit 600—700 Kranken belegt war. Die hiesige Erfahrung widerspricht
der häufig zu hörenden Ansicht, dass mit Zunahme der Kopfzahl die Betriebs-
kosten sich verhältnismässig verbilligten. Das gilt nur bis zu einer gewissen
Grenze und die liegt bei etwa 700. Darüber hinaus geht die rechte Ueber-
sicht und richtige Verwendung der Menschen und Gegenstände alsbald ver-
loren, der ganze Betrieb wird schwerfällig, unzuverlässig, ungemütlich. Eine
Dienststelle verlässt und versteift sich auf die andere, sucht bei Verzettelungen
und Bummeleien auf diese die Schuld und Verantwortlichkeit zu wälzen etc.
Die Klärung und Schlichtung der Zwistigkeiten zwischen den verschiedenen
nebeneinander gehaltenen Dienststellen bringt für den Leiter ein gut Teil Zeit-
verlust und Aerger. Ueberhaupt verursacht ein so umfangreiches und verschieden-
artiges Personal, wie eine solche Riesenanstalt es aufweist, unverhältnismässig
grössere Arbeit und Scherereien, die in letzter Linie stets dem Leiter zur Last
fallen. Die Klagen und Beschwerden über tatsächliche und vermeintliche Miss-
stände in der Anstalt werden stets an die Adresse des Direktors gerichtet, der
nach aussen wie seiner Behörde gegenüber mehr als eine bloss nominelle Ver-
antwortung auch dafür trägt. Durch diese und andere Vorkommnisse, z. B.
grössere maschinelle Betriebsstörungen, Unglücksfälle, Epidemien u. dergl. wird
der Anstaltsleiter an einer geregelten Abwicklung seiner Dienstgeschäfte behindert,
es häufen sich die schriftlichen Arbeiten und Berichte, für die ihm nicht einmal
des Sonntags ein zusammenhängender halber Tag zur Verfügung steht, kurzum
er hat trotz grössten Fleisses nie das Gefühl: für heute wenigstens bist du
fertig. Dass unter dieser Ueberbelastung und ununterbrochenen Verantwor-
tlichkeit ein vorzeitiger Verschleiss der Direktoren und eine nervöse Anspannung
und Ueberreizung sich entwickeln kann, die schliesslich in dem ganzen Anstalts-
etriebe nicht unbeachtet bleibt, bedarf keiner besonderen Darlegung.

Am meisten aber leiden unter der Verwaltungsüberlastung des Direktors
die Kranken, welche er nicht einmal alle dem Namen und Aussehen, geschweige

denn ihren Sonderheiten, Bedürfnissen und Wünschen nach kennen kann. Und doch ist gerade der Direktor die Persönlichkeit, an den sie sich in ihren vielen kleinen und grossen Nöten in höchster Instanz wenden, der über ihre Entlassung, Beurlaubung und dergleichen entscheiden muss. Dass ein Direktor sich nicht in die Behandlungsdetails einmischt und seinen älteren Kollegen schon zur Erhaltung ihrer Autorität und Berufsfreudigkeit vollste Freiheit und Selbstständigkeit in der Krankenbehandlung belässt, bedarf keiner Erwähnung. Wohl aber ist unerlässlich, dass der leitende Arzt konsultativ in wichtigen Fällen zur Seite steht, die Behandlungsprinzipien in seiner Anstalt angibt und überwacht und seinen jüngeren Kollegen auch am Krankenbett ein Lehrer und Beispiel ist. Der ganze Ton der Anstaltsärzte im Umgang mit den Kranken hängt in erster Linie von dem Direktor ab, auch die mehr oder minder wissenschaftliche und ideale Auffassung ihres Berufes. Das setzt aber voraus, dass der Direktor Zeit dazu hat, sich wissenschaftlich weiter zu bilden und seinen Kranken zur Verfügung stehen zu können.

Dabei macht die Gewinnung, Heranbildung und Erhaltung eines guten Aerztestabes den Direktoren von Jahr zu Jahr mehr Schwierigkeiten und Sorge, sodass selbst wohlrenommierte Anstalten Jahr und Tag Arztstellen unbesetzt haben und Leute einstellen und behalten müssen, die für diesen schweren Beruf durchaus nicht geeignet sind! Ich habe auf die hieraus der praktischen Irrenfürsorge drohende Gefahr unter anderem in einem Aufsatz „Was am meisten not tut“ in der Psychiatrischen Wochenschrift besonders hingewiesen.

An der Verkümmernng des psychiatrischen Nachwuchses tragen die heutigen grossen Anstalten viel Schuld, in denen es zwar zahlreiche Arztstellen, aber nur je einen Direktor gibt. Uchtsprunge hat beispielsweise — und verhältnissmässig geringer darf der Aerztestab nicht bemessen sein — ausser dem Direktor:

3 Oberärzte) sämtlich auf Lebenszeit und mit Familien-Bezügen angestellt,
3 ordentliche Aerzte	
3 Assistenzärzte,	
2 Volontärärzte.	

Also auf zwölf Aerzte nur ein Direktor, nur eine Stellung mit selbstständiger Tätigkeit, während früher in der Psychiatrie auf jede dritte, höchstens vierte Stelle ein Direktor kam. Man wende nicht ein, die Oberärzte können so gut bezahlt und so selbständig gestellt werden, dass sie eine Direktorstelle nicht missen. Das ist, was die Selbständigkeit des Wirkens — ausser bei Behandlung der Kranken — anlangt, vollkommen unmöglich.

Gerade die führenden Persönlichkeiten in der heutigen Psychiatrie würden gewiss meist dem ihnen so lieben Fach beizeiten den Rücken gekehrt haben, wenn sie sich hätten sagen müssen, dass sie in absehbarer Zeit wohl nicht die selbständige Leitung einer Anstalt zu gewärtigen hätten. Es besteht die Gefahr, dass die tüchtigsten Leute der öffentlichen Anstaltslaufbahn entsagen oder doch nur mit Unzufriedenheit dienen, wenn weiterhin noch mehr die Zahl der Direktoren verhältnissmässig geringer wird.

Schon aus diesem Grunde halte ich das Erbauen so grosser Anstalten für ein Unglück.
 Gez.: Direktor Dr. Alt.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—8 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang.

1. Februar 1905.

Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Ueber Neuronal und seine Brauchbarkeit in der Irrenanstalt.

Von Dr. Welfenbach, Landesirrenanstalt Philipppshospital b. Goddelau.

Unter den Beruhigungsmitteln, die sich vermöge ihrer Brauchbarkeit bei der Behandlung von Erregungszuständen der Geisteskranken im Laufe der Jahre eine ziemlich feste Stellung errungen haben, spielen nach meinen, und ich darf wohl sagen, nach den in der hiesigen Anstalt allgemein gemachten Erfahrungen Hyoscin und Trional mit die hervorragendste Rolle.

Hyoscin ist das souveräne Mittel, wenn es sich darum handelt, möglichst rasch und sicher über einen schweren Erregungszustand Herr zu werden. Dabei hat es nur ganz unbedeutende und kaum störende Nebenwirkungen; eigentliche Vergiftungen sieht man nur bei Anwendung von sehr hohen Dosen und in Fällen von individueller Idiosyncrasie. Seine Unzulänglichkeit liegt jedoch darin, dass sich seine Wirkung nur auf die Dauer von wenigen Stunden erstreckt, wonach sich die Erregung wieder in der alten Stärke einzustellen pflegt. Auch tritt allmählich, oft schon recht rasch, eine gewisse Gewöhnung an das Mittel ein, was eine stetige Erhöhung der Einzelgabe zur Folge haben muss, die dann doch auch bald ihre Grenze erreicht.

Findet so das Hyoscin zur raschen, wenn auch nur temporären Coupierung schwerer, tobsüchtiger und delirioser Erregungszustände seine hauptsächlichste Verwendung, so haben wir in dem Trional ein Mittel, das fast nie seine Wirkung versagt, wenn es sich darum dreht, auf durch Tage und Wochen erregte Kranke einen beruhigenden Einfluss auszuüben. Leider haften ihm aber allerhand unangenehme und zum Teil schädliche Folgeerscheinungen an, wenn dieselben auch relativ selten sind, und wenn sich speziell schwerere Schädigungen bei der nötigen Vorsicht leicht verhüten lassen. Hauptsächlich sind es eine kumulative Wirkung und dann schädliche Einflüsse auf den gesamten Organismus, die sich bei längerer Darreichung des Mittels bemerkbar machen können.

Wie Hyoscin und Trional so trotz ihrer Vorzüge in gewissem Sinne doch

unzulänglich sind, und wie beide ihre bestimmten Nachteile haben, so können wir dies bei allen heute den Ruf einer relativen Brauchbarkeit geniessenden Beruhigungsmitteln verfolgen. Seit Jahren ist denn auch schon ein wahrer Wettstreit unter den chemischen Fabriken ausgebrochen ein Mittel herzustellen, das möglichst allen Anforderungen genügen würde, die man an ein ideales Beruhigungsmittel stellen muss, und ich meine, man sollte jeden derartigen Versuch nur mit Freude begrüßen. Denn wenn auch durch die Einführung der Bettbehandlung, der Dauerbäder und sonstiger hydrotherapeutischer Einwirkungen die Anwendung der Narkotika wesentlich beschränkt worden ist und hoffentlich immer mehr beschränkt werden wird, so können wir sie doch bis jetzt keineswegs entbehren. Wer längere Zeit auf einer grösseren Abteilung von zumeist unruhigen und schwer erregten Kranken beschäftigt gewesen ist, der wird mir darin beistimmen und sicher jede Bereicherung unseres Arzneischatzes um ein brauchbares und dabei unschädliches Beruhigungsmittel als eine grosse Wohltat empfinden. Wenn der eine mehr Narkotika verbraucht, der andere weniger, so liegt das wohl meistens in der Natur der Verhältnisse. Derjenige, welcher ein recht zahlreiches Wartepersonal hat, dem genügend Wachabteilungen mit überwachbaren Einzelräumen und hinlängliche Badeeinrichtungen zur Verfügung stehen, der weiterhin die Möglichkeit hat, seine unruhigen Kranken möglichst auseinanderzuziehen und seine störendsten Elemente genügend schallsicher von den anderen Kranken unterzubringen, der wird bei gleichartigem Krankenmaterial entschieden weniger auf die Verwendung von Narkoticis angewiesen sein, als ein anderer, der in allen diesen Punkten schlechter gestellt ist. Der Letztere ist meines Erachtens sogar direkt gezwungen, zu Narkoticis zu greifen, denn er hat doch die Pflicht, dafür zu sorgen, dass seine ruhigen Patienten durch die erregten nicht gestört und belästigt werden. Unterbleibt dies, so kann es dazu kommen, dass auch ruhigere Elemente zum Lärmen angeregt werden, oder diese schreiten dann, wie ich das schon öfters zu sehen Gelegenheit hatte, zur Selbsthilfe, indem sie versuchen, auf die lärmenden Kranken einzuschlagen, was dann zu den unerquicklichsten Szenen führen kann.

Es werden ja immer wieder Stimmen laut, die sich auf das Entschiedenste gegen die Anwendung der Narkotika überhaupt aussprechen, ja es ist sogar schon von einem „chemischen restraint“ geredet worden, ich meine jedoch man kann sehr wohl voll und ganz auf dem Boden der modernen Irrenbehandlung stehen, ohne sich dabei für diese Extreme zu begeistern. Denn verzichtet man auf die Isolierung und will durch Bett- und Bäderbehandlung sowie durch sonstige, besonders hydrotherapeutische Massnahmen allein die nötige Beruhigung zu erreichen suchen, so wird man doch einer ganzen Anzahl von Erregungszuständen, speziell bei Katatonischen und Paralytischen begegnen, die diesen Beruhigungsfaktoren absolut Trotz bieten. Die Folge einer solchen Maxime würde eine ausserordentliche Mehrforderung an die Leistungsfähigkeit des Wartepersonals sein, die meines Erachtens auf die Dauer wenigstens in öffentlichen Anstalten nicht aufrecht erhalten werden kann. Und weiterhin möchte ich fragen, welche Behandlung humaner und was für die Kranken angenehmer sein dürfte, ein beständiges Ankämpfen gegen die haltenden Hände des Wartepersonals oder ein unschädliches chemisches Beruhigungsmittel ohne diesen Kampf? Abgesehen davon gibt es ja Gelegenheiten, wo es geradezu ein Gebot für den Arzt ist mit Narkoticis helfend einzugreifen. Wenn Kranke, und hier-

her gehören gerade häufig solche mit guter Prognose, Tage und Wochen hindurch unausgesetzt toben und ihre Kräfte verbrauchen, so wird es für dieselben oft von grossem Nutzen sein, wenn ihnen durch ein sicheres und unschädliches Medikament ab und zu, sei es auch nur für einige Stunden, Ruhe verschafft wird. Alle die Vorschläge zur Reduzierung und möglichsten Abschaffung der Narkotika klingen ja in der Theorie sehr schön, in die Praxis lassen sie sich jedoch vorläufig noch schlecht umsetzen. So lange also noch keine Massnahmen in der Behandlung der Geisteskranken gefunden worden sind, die es ermöglichen, auch ohne die Anwendung von chemischen Beruhigungsmitteln über die Erregungszustände der Geisteskranken Herr zu werden, wollen wir auf die erprobten Narkotika nicht verzichten und jeden Versuch, die Zahl derselben um ein neues, besseres zu bereichern, gut heissen.

Im Jahre 1903 führten Emil Fischer und J. v. Mering das Veronal in den Arzneischatz ein. Anfangs glaubte man, mit ihm sei ein Mittel gefunden, das besser als die bis dahin üblichen Narkotika allen Anforderungen gerecht würde, das vor allem wirklich zuverlässig und dabei absolut ungefährlich wäre. Veronal hat aber die Hoffnungen, die man auf es gesetzt hatte, nicht gehalten. Anfangs wurde es ja zum Teil überschwänglich gerühmt, allmählich erhoben sich jedoch auch zahlreiche Stimmen, die ihm dieses Lob nicht so ganz ohne Einwand geben wollten. Es fanden sich allerhand unangenehme Nebenwirkungen, auf Grund deren man sich sagen musste, die ihm anfangs nachgerühmte Ueberlegenheit über andere Narkotika, speziell das Trional, sei ihm nicht zuzugestehen; dem letzteren gegenüber hat es dazu noch den besonders für die Anstaltspraxis nicht zu unterschätzenden Nachteil, dass es wesentlich teurer ist. Alles in allem stellt aber das Veronal ein recht wertvolles und durchaus brauchbares Beruhigungsmittel dar.

Welche Hauptforderungen muss man nun eigentlich an ein ideales, allen Zwecken entsprechendes Beruhigungsmittel stellen? Einmal muss es eine prompte und sichere Wirkung zeigen. Sodann muss es absolut unschädlich sein, also keine unangenehmen oder gar gefährlichen Nebenwirkungen haben. Weiterhin darf das Mittel bei lange fortgesetzter Darreichung an seiner Wirksamkeit keine wesentliche Aenderung erfahren, es darf also der Organismus dem Medikament gegenüber weder eine zu- noch abnehmende Widerstandsfähigkeit zeigen. Auch darf die Verabreichung des Mittels nicht auf Schwierigkeiten stossen; es muss gut einzunehmen sein, was der Fall sein wird, wenn weder Geruch noch Geschmack durch dasselbe beleidigt werden. Schliesslich darf sein Preis kein zu hoher sein, jedenfalls darf er den der heute am meisten beliebten Narkotika nicht zu sehr übersteigen. Ob es je gelingen wird, ein Beruhigungsmittel zu konstruieren, das allen diesen Forderungen gerecht wird, das bleibt abzuwarten. Man muss aber jedes neue Mittel, das sich diesem Ideal nur um einen Schritt nähert, schon sehr willkommen heissen.

Der Zweck meiner Arbeit war nun, zu untersuchen, wie weit dem Neuronal, das vor einigen Monaten mit guten Empfehlungen in den Handel kam, die oben geforderten Eigenschaften zugesprochen werden können. Speziell sollte dasselbe auf seine Verwendbarkeit zur Bekämpfung der verschiedenartigen Aufregungszustände der Geisteskranken geprüft werden.

Wenn man die Erwägungen berücksichtigte, die bei der Konstruktion des Neuronalen zugrunde lagen, so durfte man von demselben nur Gutes er-

warten. Gingen doch seine Entdecker, G. Fuchs (Biebrich) und E. Schultze (Bonn), von dem Trional, dessen Vorzüge ich bereits oben hervorgehoben habe, aus und suchten dessen Wirkung dadurch zu vervollkommen, dass sie die Verbindungen aus ihm entfernten, denen die unangenehmen Nebenwirkungen zugeschrieben werden, und andere einführten, durch die die narkotische Kraft erhöht werden sollte. Auf diese Weise stellten sie das Bromdiäthylacetamid dar, das von der Firma Kalle & Co. (Biebrich) unter dem Namen „Neuronal“ in den Handel gebracht worden ist.

Es ist ein weisser, schön kristallinischer Körper, der bei 66—67° ohne Zersetzung schmilzt, sich in Wasser nur im Verhältnis von 1:115 Teilen, dagegen leicht in Aether, Benzol, Alkohol und Oel löst. Mehr will ich auf seine chemischen Eigenschaften nicht eingehen; seine Entdecker haben sich darüber in No. 25 des laufenden Jahrgangs der Münchener medizinischen Wochenschrift ausführlich verbreitet. Dort berichten sie auch über ihre ersten Versuche, die sie zunächst damit an Tieren später an Menschen gemacht haben. Sie empfehlen es als „gutes und von schädlichen Nebenwirkungen freies Schlafmittel“. Sie fanden, dass 0,5 g bei einfacher Agrypnie genüge, um ruhigen Schlaf zu erzielen, bei schwerer Schlaflosigkeit müsse man 1,5 bis 2,0 g geben; als mittlere Dosis sei 1,0 g empfehlenswert.

Weitere Veröffentlichungen über die Wirkung des Neuronal finden sich in No. 10 und No. 18 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift von 1904. Sie lauten beide günstig. Die erste stammt aus der Bonner Irrenanstalt. Im Resumé der dortigen Erfahrungen heisst es: „Das Neuronal ist ein in Gaben von 0,5—1,0 g bei leichter, von 1,5—2,0 g bei schwerer Schlaflosigkeit und bei den Erregungszuständen Geisteskranker verschiedener Art, besonders auch der Epileptiker, gut wirkendes Schlafmittel, das dem Trional am nächsten kommt, ohne dass es dessen kumulative Eigenschaften zu besitzen scheint. Eindeutige Nebenwirkungen bedenklicher Natur wurden bis jetzt nicht beobachtet.“ Es wurde konstatiert, dass es weniger intensiv wirke, als das Veronal, dass es Trional gleichwertig zu erachten sei, und dass eine Dosis von 1,5 g Neuronal einer solchen von 2,0—2,5 g Dormiol oder 2,0 g Chloralhydrat entspreche.

Die zweite Veröffentlichung stammt aus der Irrenanstalt Grafenberg. Dort fand man, dass Neuronal „ein recht brauchbares und durchaus unschädliches Schlafmittel“ sei. Bei sehr starken Erregungszuständen im Verlauf der senilen Demenz, der Katatonie und des manisch-depressiven Irreseins habe es wohl manchmal versagt, doch sei wohl mit höheren Einzelgaben auch hier Beruhigung zu erzielen gewesen. Neuronal wirke in der gleichen Dosis weniger stark als Trional und Veronal, dafür fehlten ihm aber auch selbst bei längerer Anwendung und höherer Dosierung alle unerwünschten und nicht ungefährlichen Nebenerscheinungen.*)

Weitere Arbeiten über Neuronal sind mir nicht bekannt geworden, und ich gehe nun dazu über, meine eigenen Erfahrungen mit diesem Mittel zu

*) Während meine Abhandlung bereits dem Druck übergeben war, erschien in No. 49 der Münch. med. Wochenschrift von 1904 eine kurze Mitteilung über Neuronalwirkung aus der Anstalt für Epileptische in Wuhlgarten. Dort wird es empfohlen bei epileptischen Erregungs- und Verwirrheitszuständen, gegen Kopfschmerzen nach epileptischen Anfällen und bei nervösen Menstruationsbeschwerden.

schildern. Dasselbe wurde in den Monaten Juli und August v. J. in etwa 1275 Einzelgaben verabfolgt. In der Hälfte der Fälle betrug die Einzelgabe 1,0 g, in der anderen Hälfte 0,5 und 1,5 g; in einer verschwindenden Anzahl von Fällen wurde die Einzeldosis auf 2,0 erhöht. Das Mittel wurde nahezu ausschliesslich in Pulverform verabreicht, nur hin und wieder vergleichshalber in Form von Tabletten. Ich will hier gleich vorwegnehmen, dass sich ein Unterschied in der Wirkung bei der verschiedenartigen Ordination nicht feststellen liess. Die Verabreichung in Tabletten dürfte jedoch nur bei Geistesgesunden und relativ verständigen Geisteskranken in Frage kommen, denn ich machte fast durchweg die Erfahrung, dass die Tabletten von aufgeregten und verblödeten Geisteskranken nicht in toto verschluckt, sondern zuvor sorgfältig zerkaut wurden, was ja den Zweck dieser Art Medikation vollkommen illusorisch macht.

Meine Untersuchungen stellte ich ausschliesslich an Männern an. Was die Krankheitsformen anlangt, so verteilten sich die mit Neuronal behandelten Fälle auf folgende Psychosen: Idiotie 4, Paralyse 3, senile Hirnatrophie 4, Idiotie mit Epilepsie 1, Epilepsie 2, manisch-depressives Irresein 3, Dementia praecox 18, Katatonie 9, Dementia paranoides 5.

Daneben gab ich das Mittel noch in einer Anzahl von Fällen mit einfacher Schlaflosigkeit, und ausserdem wurde es zur Kontrolle noch von zwei geistig Gesunden genommen. Wenn auch der Hauptzweck meiner Untersuchungen dahin ging, das Neuronal auf seine Wirksamkeit bei den Erregungszuständen der Geisteskranken zu prüfen, so gab ich es doch auch mehrfach bei einfacher Schlaflosigkeit an verständige Kranke und nahm es auch selbst einige Male, um meine Beobachtungen dahin zu vervollständigen, wie es mit seinem Geruch und seinem Geschmack beschaffen sei, welche subjektiven Begleiterscheinungen zu konstatieren seien, und um schliesslich auch in dieser Hinsicht Vergleiche mit anderen Narkoticis machen zu können.

Die Darreichung stiess hier nie auf Schwierigkeiten seitens der Kranken; nur ein Neurastheniker wies es beim zweiten Mal zurück, doch lag dies nicht etwa an der Natur des Medikamentes, verweigerte derselbe doch tags darauf selbst Natrium bicarbonicum. Alle Patienten klagten jedoch mehr oder weniger, dass sowohl der Geruch, als auch ganz besonders der Geschmack durch das Mittel beleidigt würden. Den Geruch wussten die meisten nicht recht zu definieren; derselbe ist ein leicht modriger und erinnert dann noch etwas an den ätherischer Oele; er tritt am wenigsten hervor, wenn man das Neuronal in Pulverform mit etwas kaltem Wasser gibt; in warmer Milch oder Tee macht er sich stärker geltend. Ein Kranker, dem das Medikament so gereicht wurde, meinte, es rieche „wie ein schlecht gespültes Weinfass“. Jedenfalls hat der Geruch nicht entfernt das Unangenehme, wie der des Paraldehyds, besonders auch deshalb, weil er rasch verschwindet, während man jenen noch nach Stunden übel empfindet.

Den Geschmack bezeichneten die Kranken und auch die Wärter, denen ich das Neuronal vergleichsweise gab, als „widerlich bitter, unangenehm brennend, wie scharfer Essig, brennend wie Pfeffermünz, brennend und dann eigentümlich auf der Zunge und im Hals kühlend, wie wenn man einen Migränestift an die Zunge halte“. In Wahrheit ist der Geschmack auch keineswegs angenehm; er ist bitter, scharf mentholähnlich und hat einen leicht kühlenden Nachgeschmack. Er hält nicht lange an. Von den Kranken wurde er dem des Chloralhydrats

und des Paraldehyds vorgezogen. In Oblatenumhüllung verschwindet er übrigens nahezu ganz.

Was die Wirkung des Neuronal bei einfacher Schlaflosigkeit betrifft, so war dieselbe bei Dosen von 0,5 g eine kaum bemerkbare; nur ein Psychopath mit hysterischen Zügen konnte dieselbe nicht genug rühmen, doch mag hier die Suggestion, erzeugt durch den Reiz der Neuheit, das Ihre mit dazu beigetragen haben. Mit Dosen von 1,0 und 1,5 g wurde jedoch durchgreifender Erfolg erzielt. Es trat dabei meist eine halbe, selten erst eine Stunde nach Einnahme des Medikaments Schlaf ein, und zwar erfolgte das Einschlafen stets ohne jede unangenehme subjektive Begleiterscheinung; es stellte sich vielmehr eine angenehme Müdigkeit ein. Der Schlaf dauerte 5—7, in mehreren Fällen sogar bis 9 Stunden, teils mit, teils ohne kurze Unterbrechungen; er war ruhig, gleichmässig, durchaus dem physiologischen gleich. Am andern Morgen fühlten sich die betreffenden Personen erquickt und durchaus frisch. Irgend ein unangenehmer Einfluss auf die vegetativen Körperfunktionen war nie zu konstatieren, der Appetit stets gut. Vergleichsweise gab ich denselben Kranken, die Neuronal wegen einfacher Schlaflosigkeit erhalten hatten, Chloral zu 1,5—2,0 g, Trional zu 1,0 g und Veronal zu 0,5 und 1,0 g. Dabei fand ich, dass 1,0 Neuronal in der Wirkung gleich kommt 1,0 Trional, 0,5 Veronal und 1,5 Chloral. Nach Chloral klagten manche Kranken über die „bleierne Müdigkeit“, die sie befiele und „eine Schwere in den Beinen“, die oft am andern Morgen noch nicht ganz verschwunden sei. Nach 1,0 Veronal schliefen zwei Kranke am nächsten Morgen noch nach, einer hatte schlechten Appetit.

Das waren meine Erfahrungen, die ich bei einfacher Schlaflosigkeit mit Neuronal gemacht habe. Nun komme ich zu einer zweiten Versuchsreihe. Hier gab ich das Mittel einmal zur Nacht als Schlafmittel für erregte Kranke, die tagsüber im Dauerbad behandelt wurden; sodann wandte ich es an bei plötzlich auftretenden Aufregungszuständen sowohl bei Tag, als auch in der Nacht. Nach den bei einfacher Schlaflosigkeit gemachten Beobachtungen versuchte ich bei dieser Gruppe Dosen von 0,5 g überhaupt nicht, sondern begann sofort mit 1,0 g. Doch auch hierbei blieb recht häufig der gewünschte Erfolg aus und ich steigerte darauf die Dosis auf 1,5 g. Hiermit erzielte ich nun aber bei Erregungszuständen, die den verschiedensten Krankheitsformen angehörten, nahezu durchweg vorzügliche Wirkung. Nur in einem Falle von Dementia praecox blieb der Effekt vollkommen aus, doch muss ich hierzu bemerken, dass dieser Kranke sich auch allen übrigen Narkoticis gegenüber absolut refraktär verhält. In allen andern Fällen trat der Schlaf abends und nachts 20 Minuten bis $\frac{1}{2}$ Stunde nach Einnahme des Mittels ein, tagsüber zeigte sich die Wirkung meist etwas später. Die Dauer desselben betrug nachts 6—8 Stunden, am Tage schwankte dieselbe zwischen 1—6 Stunden, doch dauerte die Beruhigung auch nach dem Erwachen noch fort. Dass die Wirkung am Tage bei der gleichen Dosis nicht so intensiv und anhaltend war, wie in der Nacht, ist eigentlich ganz natürlich, denn es sind ja die Kranken tagsüber in viel erhöhtem Grade äusseren Reizen ausgesetzt als in der Nacht, was doch erheblich ins Gewicht fällt. Ein Kranker, der an fünf aufeinanderfolgenden Abenden je 1,5 g Neuronal erhalten hatte, war am sechsten Tage etwas hinfällig und unsicher auf den Beinen, nach nicht ganz 24 Stunden waren diese Erscheinungen aber bereits wieder vollkommen verschwunden. Sonst zeigten

sich in keinem Falle objektiv nachweisbare üble Neben- oder Nachwirkungen; der Appetit blieb ganz unbeeinträchtigt. Es machte sich jedoch mehrfach schon nach kurzer Zeit ein leichtes Nachlassen der hypnogenen Kraft des Medikaments bemerkbar, was mich zwang die Einzelgabe auf 2,0 g zu erhöhen, wodurch dann stets die vorher erzielte volle narkotische Wirkung wieder erreicht wurde.

Nachdem ich bis jetzt die Erfolge geschildert, die ich mit Neuronal bei einfacher Agrypnie erzielte und da, wo ich es als Einzelgabe bei plötzlichen Erregungszuständen, sowie als Schlafmittel für die Nacht bei erregten Geisteskranken verabreichte, will ich im weiteren berichten, in wieweit es sich als Beruhigungsmittel auch bei chronischen Aufregungszuständen bewährt hat. In diese Versuchsreihe gehört die grössere Mehrzahl meiner Beobachtungen; war es mir doch hauptsächlich darum zu tun, nachzuforschen, ob in dem Neuronal ein Medikament gefunden sei, das dem Bedürfnis nach einem Beruhigungsmittel abhelfen würde, dem alle die unangenehmen Neben- und Nachwirkungen, die die bislang gebräuchlichen Narkotika bei länger dauernder Anwendung zeigen, ganz oder teilweise fehlten.

Die Versuchsanordnung war folgende: Zunächst suchte ich mir, um wenigstens mit ziemlicher Sicherheit behaupten zu können, dass die eventuell nach Applikation des Medikaments eintretende Beruhigung wirklich die Folge der Medikation sei und keine rein zufällig bedingte, hauptsächlich solche Erregungszustände aus, deren Natur und Dauer durch zahlreiche frühere Beobachtungen feststand. Auch war bei diesen die Wirkungsweise der sonst üblichen Narkotika hinlänglich bekannt. Die Kranken, auch die der beiden ersten Versuchsgruppen, befanden sich bis auf vereinzelte Ausnahmen Tag und Nacht in Ueberwachung. Alle Beobachtungen wurden in zu diesem Zweck besonders angefertigten Listen graphisch registriert. Es wurden neben der Ordination und ihrer Wirkungsweise täglich aufgezeichnet: Puls, Temperatur und Atmung; in regelmässigen Intervallen wurden daneben notiert: Menge und Beschaffenheit des Urins, Appetit und Verdauung, Körpergewicht, Verhalten der Reflexe.

Das Mittel wurde bei dieser Gruppe durchweg in Pulverform gereicht; nur ein Kranker verweigerte dasselbe schon am zweiten Tage, ob wegen des Geschmacks, liess sich nicht entscheiden, da derselbe auch sonst sehr widerstrebend war. Mehrere Kranken schimpften heftig beim Einnehmen, und es erfolgten Aeusserungen wie „scheussliches Zeug, Giftzeug“; sie nahmen es jedoch stets ab. Die Einzelgaben betragen 0,5, 1,0, und 1,5 g; die Tagesdosis war zumeist 3,0 g, sie stieg vereinzelt bis auf 4,5 g. Die höchste während eines Monats gegebene Menge betrug 59,5 g; drei Kranke, bei denen die Erregung vier Wochen hindurch anhielt, bekamen 49 g, vier Kranke während dieser Zeit 45 g; in allen andern Fällen blieb die Monatsdosis unter 30 g, bei den meisten unter 20 g. Von den genauen Angaben des mit dem Neuronal erzielten Effektes in Prozentzahlen und mit besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Krankheitsformen nehme ich Abstand; dies würde zu ermüdend wirken und es genügt meines Erachtens, um sich ein Urteil über die Wirkungsweise des Mittels zu machen, eine allgemeine Schilderung der Versuchsergebnisse vollkommen.

Ich will hier gleich vorausnehmen, dass ich drei allerdings besonders schwer erregte Kranken durch das Mittel nicht zu beeinflussen vermochte. Es waren dies: ein halluzinierender Idiot, ein Manisch-Depressiver, der dritte

gehörte der Gruppe der *Dementia praecox* an. Zwei davon betrafen allerdings Fälle, die sich auch andern, sonst gut bewährten Beruhigungsmitteln gegenüber als völlig refraktär erwiesen hatten, und ich glaube, dass man das Fehlschlagen des Erfolges hier weniger dem Mittel selbst als der Eigenart der Erregung zuschreiben muss.

In allen übrigen Fällen blieb eine Wirkung des Neuronal nicht aus, doch war dieselbe eine individuell recht verschiedene. Die Krankheitsformen, welche die zu bekämpfenden Erregungszustände veranlasst hatten, schienen dabei keine Rolle zu spielen. Zunächst erhielten alle Kranken eine Tagesdosis von $3 \times 0,5$ g. Bei einem Teil derselben trat nach 2—5 Tagen eine Beruhigung ein; während sie vorher im Dauerbad behandelt werden mussten, konnten sie jetzt auf den Wachsälen verpflegt werden; sie waren tagsüber nicht mehr störend, schiefen zeitweise etwas, nachts schiefen sie durch. Bei einem andern Teil musste ich, um die gewünschte Wirkung zu erzielen, die Tagesgabe auf $3 \times 1,0$ g steigern; die meisten Kranken quittierten diese Dosis aber auch schon am zweiten, spätestens am dritten Tage mit einer ausgiebigen Beruhigung, mehrere schiefen sogar Tag und Nacht nahezu ununterbrochen und mussten zu den Mahlzeiten geweckt werden. Ein kleiner Bruchteil erhielt allerdings 20 g und darüber, bis die vollständige Wirkung erzielt wurde. Es gehörten dazu ausschliesslich Fälle von Katatonie und *Dementia praecox*. Wenn bei einem Kranken die gewünschte Beruhigung eingetreten war, so wurde das Medikament ausgesetzt, und es zeigte sich dann stets schon nach wenigen Stunden, spätestens nach einem Tage, dass der narkotische Effekt vollkommen verschwunden war; die Kranken waren erregt und lärmten wie zuvor. Diese Tatsache berechtigte zu dem Schlusse, dass das Neuronal rasch aus dem Körper ausgeschieden wird, dass ihm deshalb eine kumulative Wirkung fehlt, was ja je nach der individuellen Auffassung als mehr oder weniger wertvoll angesehen werden kann.

Leider erschöpfte sich aber die hypnogene Kraft des Neuronal sehr bald, ja in ganz vereinzelt Fällen büsste es dieselbe nahezu vollkommen ein. Selbst eine erhebliche Verstärkung der Einzel- und der Tagesgaben vermochte dieselbe nicht wieder entsprechend zu steigern. Auch wenn man nach einer kürzeren oder längeren Pause das Mittel von neuem bei denselben Kranken anwandte, so musste man doch gleich mit höheren Dosen beginnen, um überhaupt einen Erfolg zu erzielen, und das Mittel liess selbst dann noch zuweilen im Stich. Wenn bisher eine Angewöhnung des Organismus an das Medikament und damit das allmähliche Nachlassen seiner hypnogenen Wirkung nicht festgestellt werden konnte, so muss man dabei berücksichtigen, dass die vorliegenden Beobachtungen sich nur auf einen relativ kleinen Zeitraum erstrecken. Ich konnte eine Abschwächung der narkotischen Kraft fast in jedem Einzelfalle konstatieren.

Neben diesem offenbaren Nachteil fanden sich nun im Laufe der Untersuchungen noch eine Reihe unangenehmer Nebenwirkungen, über die ich am besten berichten zu können glaube, indem ich von charakteristischen Fällen die Krankengeschichten ganz kurz mitteile. Den ersten Fall bringe ich nur, da man an ihm prägnant die rasche Erschöpfbarkeit der narkotischen Kraft des Neuronal erkennt; die übrigen Fälle sollen dazu dienen, andere Eigenschaften des Mittels zu zeigen.

Fall I. H. ans D., 41 Jahr, Katatonie. Erregungszustand, schreit, geht

aus dem Bett, ist gewalttätig, zerstört; vorher leicht stuporös, ohne Medikament. Vom 16. VII.—18. VII. Morphium 0,03 und Hyoscin 0,001 dreimal täglich ohne Wirkung; vom 18. VII. an dreimal täglich 0,5 g Neuronal; darauf sofort Beruhigung, nachts Schlaf; der Kranke auch im allgemeinen gut beeinflusst; sonst absolut stumpf, liest er jetzt Zeitung, macht sein Bett selbst, zieht sich zum Essen selbst an, besorgt morgens seine Toilette. Am dritten Tage etwas Durchfall, verschwindet 24 Stunden später, ohne dass etwas dagegen geschieht; am fünften Tage (21. VII.) Neuronal ausgesetzt; der Kranke sofort wieder laut, motorisch erregt. Am 23. VII. erneut Neuronal $0,5 \times 3$; dieses Mal Beruhigung weniger prompt; öfters feuchte Packungen nötig; am 26. VII. nachts Erbrechen; kein Fieber, erst am 29. VII. vollkommene Beruhigung; am 1. VIII. Medikament ausgesetzt; nachmittags Erregung in der alten Stärke wieder vorhanden. Vom 2. VIII. dreimal täglich 1,0 g Neuronal; darauf selbst nach fünf Tagen kein voller Erfolg; auch als dreimal 1,5 g gegeben wurde, blieb derselbe aus. Gesamtverbrauch 36,5 g. Puls, Temperatur, Atmung, Urin, Reflexe, Appetit ungestört; Körpergewicht um 3 kg gestiegen.

Von ähnlichen Fällen könnte ich noch eine ganze Reihe anführen, ich komme jedoch zu anderen.

Fall II. M. aus J., 37 Jahr, Dementia praecox. Zeiten der Ruhe wechseln mit solchen starker motorischer und sprachlicher Erregung ab; Erregungszustände seither mit Dauerbad und Trional gut bekämpft. Am 20. VII. beginnende Erregung, rennt im Saal herum, schreit stereotyp; am 21. und 22. VII. dreimal 0,5 g Neuronal, keine Wirkung; vom 23. VII. ab dreimal täglich 1,0 g Neuronal, sofort ruhiger, schläft nachts durch; 25. VII.: ist leicht hingällig, kann kaum die Augen offen halten, drängt aber beständig aus dem Bett, fällt einmal aus demselben, versucht zu schreien, kann nicht; am 26. VII. Neuronal ausgesetzt; schon gegen Abend Schläfrigkeit und Hinfälligkeit verschwunden, motorisch und sprachlich erregt, auch am folgenden Tage; vom 28. VII. ab dreimal täglich 1,0 g Neuronal; Wirkung weniger prompt; nach vier Tagen ist der Kranke schlaff, kann nicht ordentlich gehen, nicht allein essen; dabei aber beständige Unruhe, wühlt im Bett herum, droht herauszufallen; versucht zu schreien; 1. VIII. Medikament ausgesetzt; $\frac{1}{2}$ Tag später narkotische Wirkung verschwunden, der Kranke laut, motorisch unruhig; von da ab noch Einzeldosen von 1,5 g teils bei Tag, teils bei Nacht; nach $\frac{1}{2}$ Stunde meist Schlaf, Dauer am Tage höchstens vier, in der Nacht bis sieben Stunden, nach dem Erwachen sofort laut. Gesamtverbrauch 38 g. Puls, Atmung, Temperatur, Digestions-traktus, Urin, Reflexe unverändert. Körpergewicht um $\frac{1}{2}$ kg gestiegen.

Fall III. W. aus S., 20 Jahr, Idiotie mit Epilepsie. Stört Tag und Nacht hochgradig durch Schreien, Klopfen gegen die Bettseiten; bekam seither Chloral, auch Morphium und Hyoscin mit mässigem Erfolg; vom 16. VII. ab Neuronal dreimal täglich 0,5 g; sofort gute Wirkung, schläft die ganze Nacht, auch am Tage viel; am zweiten Tage etwas Durchfall, der nach 24 Stunden spontan verschwindet; der Kranke schläft am 18. VII. fast dauernd, deshalb am 19. VII. Medikament ausgesetzt; schon Mittag ist er wieder laut; 2,0 Chloral ohne Effekt; abends 1,5 g Neuronal, schläft 20 Minuten später ein, die Nacht durch. 20. VII. schreit, klopft unausgesetzt; dreimal 0,5 g Neuronal; Wirkung weniger gut; der Kranke stört an diesem und den beiden folgenden Tagen sehr im Wachsaal; Medikament verstärkt am 23. VII. auf dreimal 1,0 g

täglich; prompte Wirkung; am Tage ruhig, teilweise schlafend, nachts Schlaf; am 25. VII. erneut Durchfall; der Kranke sehr schlaff, kann kaum im Bett sitzen, kaum die Augen offen halten, nicht allein essen. Medikament ausgesetzt. Am 26. VII. narkotische Wirkung vollständig fort, Patient sehr laut; Durchfall vorbei; vom 28. VII. ab dreimal täglich 1,0 g Neuronal; Effekt gering; schläft nach jedem Pulver kurze Zeit, dann sehr laut; Wirkung von Tag zu Tag unvollkommener; wird auch bei dreimal täglich 1,5 g nicht viel besser; dabei sieht der Kranke recht schlaff, schläfrig aus, macht den Eindruck eines Betrunkenen, ist aber laut, wühlt und kramt im Bett herum, trommelt gegen die Bettseiten. Er erhielt insgesamt 39 g Neuronal. Puls, Temperatur, Atmung, Urin, Reflexe, Appetit nicht verändert; Körpergewicht um $\frac{1}{2}$ kg gesunken; Anfälle, was Zahl und Intensität anlangt, wie seither.

Fall IV. R. aus M. 35 Jahr. Dementia praecox. Stört durch Herumlaufen, Schreien, ist gewalttätig, zerreisst. Seither Dauerbad, abends Chloral 2,0—3,0 g mit wechselndem Erfolg. Am 19. VII. tagsüber Dauerbad, abends 1,0 g Neuronal; ruhig, ohne zu schlafen; zerreisst ein Hemd; 20. VII. am Tage Dauerbad, abends 1,5 g Neuronal; $\frac{1}{2}$ Stunde später Schlaf von siebenstündiger Dauer. 21. VII. dreimal 1,0 g Neuronal; Dauerbad ausgesetzt; bleibt im Bett, leicht unruhig, zerreisst Bettdecke; 22. und 23. VII. die gleiche Dosis; gute Beruhigung; schläft am 23. fast andauernd, ist wacklig auf den Beinen, droht umzufallen, fällt einmal aus dem Bette; kann schlecht essen, spricht lallend. Medikament am 24. VII. ausgesetzt; hat sich am 25. VII. erholt, ist Tag und Nacht laut. 26. und 27. VII. Dauerbad, nachts 4,0 g Paraldehyd mit mässigem Erfolg; vom 28. VII. ab dreimal täglich 0,5 g Veronal; nach 24 Stunden volle Beruhigung. 31. VII. Veronal ausgesetzt; einen Tag später narkotische Wirkung verschwunden, Erregung in der alten Stärke vorhanden. Vom 3. VIII. ab täglich zweimal 1,5 bis dreimal 1,5 g Neuronal; Erfolg im allgemeinen zufriedenstellend, aber nicht so gut wie zu Anfang. Gesamtgabe 31 g. Puls, Temperatur, Atmung, Digestionstraktus, Urin, Reflexe nicht verändert; Körpergewicht um 1,75 kg gefallen.

Fall V. R. aus D., 25 Jahr. Idiotie. Hochgradiger Erregungszustand auf Grund ängstlicher und unangenehmer Halluzinationen. Vom 17. VII. ab dreimal täglich 0,5 g Neuronal; dazu Dauerbad; nach drei Tagen schwache Wirkung, schläft nachts zeitweise, im übrigen stets sehr laut. Vom 21. VII. ab dreimal täglich 1,0 g Neuronal. Zwei Tage später Dauerbad ausgesetzt; der Kranke macht den Eindruck eines schwer Betrunkenen, ist hinfällig, bleibt aber nicht im Bett, ist laut. Medikament ausgesetzt; nach wenigen Stunden narkotische Wirkung verschwunden, Erregung in voller Stärke wieder da; Dauerbad Tag und Nacht; vom 26. VII. ab Veronal dreimal täglich 0,5 g; drei Tage ohne Effekt; vom 29. VII. ab Veronal dreimal täglich 1,0 g; $3\frac{1}{2}$ Tage später, nachdem im ganzen 15,5 g Veronal gegeben waren, starke motorische Schwäche, Hinfälligkeit, Appetitmangel; einmal Erbrechen; Urin dunkelrot, spezif. Gewicht 1029; keine pathologischen Bestandteile darin; nach Aussetzen des Mittels erholt sich der Kranke nur langsam; erst nach fünf Tagen wieder vollkommen in Ordnung. Körpergewicht um 3 kg gesunken.

Von der Schilderung weiterer Einzelbeobachtungen will ich absehen. Aus den fünf angeführten ist wieder deutlich zu erkennen, wie bei anfänglich zum Teil recht guter Wirkung sehr bald eine Gewöhnung des Organismus an das

Neuronal und ein Nachlassen der narkotischen Kraft eintritt. Weiter lässt sich aus allen fünf Krankengeschichten ersehen, dass nach Aussetzen des Mittels die narkotische Wirkung stets in kürzester Zeit verschwunden ist, dass somit kumulative Eigenschaften dem Neuronal abgehen. Um zu zeigen, wie solche im Gegensatz dazu dem Veronal in ziemlich erheblichem Masse eigen sind, habe ich speziell den fünften Fall gebracht, bei dem die beiden Medikamente etwa in den gleichen Dosen und dem gleichen Zeitraum hintereinander gegeben wurden. Dasselbe konnte ich an verschiedenen anderen Beispielen wahrnehmen, die mir noch dazu zeigten, dass Veronal selbst in wesentlich niedrigeren Dosen viel energischer wirkt als Neuronal.

Neben der raschen Erschöpfbarkeit des narkotischen Effektes zeigen nun aber die Fälle II—V noch eine andere Nebenwirkung des Neuronal, die ich auch sonst noch einige Male zu sehen Gelegenheit hatte. Es ist dies eine deutliche Beeinflussung der motorischen Funktionen, wie sie ähnlich auch bei Sulfonal, Trional und Veronal beobachtet wird. Einmal treten Störungen der Sprache auf; dieselbe wird inkohärent, häsitierend, lallend, dabei machen die Kranken oft sichtliche Anstrengungen, richtig zu sprechen. Verbunden damit sind stets mehr oder weniger erhebliche Bewegungsstörungen der unteren Extremitäten, taumelnder Gang, Unfähigkeit, ohne Stütze sich fortzubewegen. Während nun bei den anderen, oben genannten Narkoticis mit dem Eintritt der Motilitätsstörungen sich fast regelmässig auch volle Beruhigung einstellt, zeigt sich dies beim Neuronal keineswegs immer. Es bietet sich vielmehr öfters, wie auch im Fall II, IV und V das auffallende Bild, dass trotz starker Beeinflussung der Motilität eine sichere Beruhigung ausbleibt. Die Kranken zeigen stieren Blick, sind hilflos, vermögen die Augen schwer aufzuhalten, können nicht allein essen, schreien aber dabei beständig oder versuchen es wenigstens, kramen und wühlen im Bett herum, drängen aus denselben, drohen herauszufallen. Manchmal hat man den Eindruck, als habe man es mit einem schweren Rauschzustand zu tun. Von den Abteilungswärtern hörte ich diesbezüglich öfters bei den Rapporten die Aeusserung, „man sieht ja, dass das Pulver wirkt, es ist aber nicht ruhig im Saal“.

Bei zwei Kranken sah ich die merkwürdige Erscheinung, dass sich trotz fortgesetzten, allerdings mässigen Gebrauches des Neuronal Schwindel und Unsicherheit auf den Beinen verloren. Jedenfalls verschwanden nach Aussetzen des Medikamentes die Motilitätsstörungen stets in kürzester Zeit.

Ueberhaupt zeigten sich, wenn ich einen Fall, den ich zum Schluss ausführlicher zu bringen gedenke, ausnehme, schwerere toxische Nach- und Nebenwirkungen des Neuronal nicht, trotzdem doch in relativ kurzem Zeitraum ziemlich erhebliche Mengen des Mittels verabreicht wurden. Wie bei No. I und III der oben geschilderten Fälle, sah ich im ganzen bei fünf Kranken leichte Durchfälle, meist zu Beginn der Verabreichung des Medikamentes auftreten, die sich aber sämtlich in mässigen Grenzen hielten und verschwanden, ohne dass sie besonders bekämpft werden mussten. Bei zwei Patienten dieser Gruppe und bei drei weiteren stellte sich etwas Erbrechen ein, das aber auch nur von vorübergehender Natur war und das Allgemeinbefinden nicht besonders beeinträchtigte. Das Körpergewicht erfuhr in 14 Fällen eine Steigerung, in 10 Fällen war eine geringe Abnahme zu konstatieren, alle übrigen Male blieb es auf der gleichen Höhe stehen. Da die Zu- und Abnahme sich fast stets in mässigen

Grenzen hielt, so bin ich nicht geneigt, dieselbe sehr in Verbindung mit der Neuronalwirkung zu bringen. Ob man dem Medikament überhaupt einen direkten Einfluss auf die Verdauung und Assimilation zurechnen soll, wage ich nicht zu entscheiden; ich nehme an, dass man bei den Körpergewichtsschwankungen mehr an ein zufälliges Zusammentreffen denken muss. Wenn man überhaupt einen Zusammenhang herausfinden will, so ist derselbe höchstens ein indirekter. Bei einem Kranken wird im hochgradigen Erregungszustand die Nahrungsaufnahme wohl in den meisten Fällen eine recht unregelmässige und ungenügende sein. Werden nun durch ein Narkotikum Unruhe und Schlaflosigkeit beseitigt, so werden sich wohl Appetit und Verdauung heben und eine Gewichtszunahme die Folge sein. So fand ich denn auch häufig, dass das Körpergewicht zu Anfang des Versuches sank und bis zum Schlusse doch wieder zur Norm aufstieg.

Was nun noch die übrigen Körperfunktionen anlangt, so wurden dieselben, wenn ich immer wieder von dem später zu schildernden Fall absehe, nie in nennenswerter Weise während des Neuronalgebrauchs beeinträchtigt. Eine Wirkung auf das Gefässsystem blieb aus, die Pulsfrequenz war unberührt, die Qualität des Pulses unverändert; auch bei hochgradiger Arteriosklerose war eine nennenswerte Beeinflussung nicht zu sehen. Der Atmungsapparat erfuhr keine Störungen. Die Körpertwärme hielt sich in normalen Grenzen. Die Pupillenreaktion war unbeeinflusst. Die Reflexe schienen bei drei Versuchskranken etwas herabgesetzt, ein Resultat, was ja bei sich gegen die Untersuchung sträubenden Geisteskranken kaum verwertbar ist; im allgemeinen war die Reflexerregbarkeit unverändert, oder es hielten sich doch die Schwankungen; in der physiologischen Breite. Eine Beeinflussung der Nierentätigkeit blieb aus die Urinmenge war stets die gewöhnliche, abnorme Bestandteile fanden sich im Urin nicht. Zwei Kranke hatten ein vermehrtes Durstgefühl. Veränderungen der Haut, speziell in Form von Exanthenen, fehlten ganz; eine Acne, die event. durch den Bromgehalt des Medikaments hätte bedingt sein können, wurde nicht gesehen.

Wegen des ziemlich hohen Bromgehaltes gab ich das Neuronal auch zwei Epileptikern während ihrer Erregungs- resp. Verwirrtheitszustände. Dass das Mittel hier anders gewirkt hätte, als bei sonstigen aufgeregten Geisteskranken, konnte ich nicht finden; einer der Kranken reagierte allerdings besonders gut auf Dosen von 1,0 und 1,5 g. Die Anfälle blieben hinsichtlich der Zahl und Intensität unbeeinflusst. Ob Neuronal überhaupt eine Sonderwirkung bei Epileptikern zukommt, müsste an einem umfangreicheren Versuchsmaterial festgestellt werden.

Damit hätte ich die Schilderung meiner mit dem Neuronal als Hypnotikum und Sedativum gemachten Erfahrungen im allgemeinen erschöpft, und ich käme zum Schluss noch dazu, etwas ausführlicher über einen Fall zu berichten, der schwerere Intoxikationserscheinungen nach Neuronalgebrauch gezeigt hat. Derselbe kam schliesslich zur Obduktion, durch die jedoch einwandfrei erwiesen wurde, dass der Exitus auf die Medikamentwirkung nicht zurückzuführen sei.

Im folgenden gebe ich den Verlauf kurz wieder. Es handelte sich um einen 44jährigen Kranken, einen Fall von „manisch-depressivem Irresein“, im Stadium vorgeschrittener Verblödung. Derselbe befand sich seit langen Jahren

in der Anstalt, hatte im Laufe der Zeit alle gebräuchlichen Narkotika durchgekostet, ohne dass je irgend welche auffällige Erscheinungen bei ihm beobachtet worden wären. Am 13. Juni v. J. setzte ein schwerer Erregungszustand ein. Der Kranke kam ins Dauerbad und erhielt zunächst Neuronal in Dosen von dreimal täglich 0,5 g, ohne dass damit irgendwelche beruhigende Wirkung erzielt worden wäre. Es wurde deshalb auch die Dosis auf dreimal täglich 1,0 g verstärkt. Aber auch dabei blieb der erwartete Effekt aus, der Kranke wurde wohl nachts etwas ruhiger, schlief auch zeitweise, am Tage lärnte er jedoch in unveränderter Stärke fort. Es wurden im ganzen vom 15. VII. bis 4. VIII. 49 g Neuronal verabreicht. Bis zum 3. VIII. waren, abgesehen von einer etwas schlechteren Nahrungsaufnahme, irgendwelche Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens nicht zu bemerken. Am 4. VIII. traten plötzlich, ohne irgendwelche Vorboten, eine leichte Benommenheit und eine erhebliche Hinfälligkeit auf. Der Kranke, welcher am Tage vorher noch im Dauerbad heftig gelärnt hatte, konnte nicht mehr ordentlich sprechen und kaum auf den Beinen stehen. Die Zunge war dick belegt, es bestand ein starker Fötör ex ore und Speichelfluss. Er ass nichts, erbrach mehrfach, hatte häufiges Aufstossen; in der Nacht stellten sich sehr intensiv riechende Durchfälle ein. Die Temperatur betrug $40,1^{\circ}$, die Pulsfrequenz war auf 128 in der Minute gestiegen; die Qualität des Pulses war eine schlechte. Die Untersuchung der inneren Organe ergab keinen für diese Symptome haftbaren Befund. Der Urin zeigte eine dunkelrotbraune Farbe, die Menge war vermindert, das spezifische Gewicht betrug 1029; er reagierte stark sauer, hatte einen faden Geruch. Er enthielt etwas Eiweiss, weniger als $\frac{1}{2} \text{‰}$ nach Essbach; mikroskopisch fand sich, dass die harnsauren Salze erheblich vermehrt waren, desgleichen auch die Leucocythen; ausserdem waren vereinzelte Epithelien und zahlreiche rote Blutkörperchen vorhanden. Die Reflexe waren, wie auch sonst, lebhaft. Ob die Sensibilität irgendwie beeinflusst war, liess sich nicht nachweisen; bei schmerzhafter Berührung der Haut erfolgten Abwehrbewegungen. Ueber subjektive Beschwerden konnte bei dem Verblödnungsgrad des Kranken nichts erhoben werden. Nach all diesen Symptomen musste an eine schwere Arzneiintoxikation gedacht werden. Das Medikament wurde natürlich alsbald ausgesetzt.

Am nächsten Tage hatte sich der Kranke insofern etwas erholt, als die Benommenheit ganz verschwunden und die motorische Schwäche besonders in den unteren Extremitäten geringer war; auch hatte sich die Sprache bereits wieder wesentlich gebessert. Die Körperhaltung war aber noch schlaff und der Gang unsicher und zittrig. Die Körpertemperatur war um 1° gesunken. Alle übrigen Erscheinungen waren jedoch noch die gleichen und blieben es auch noch bis zum 15. VIII. Während dieser zwölf Tage erbrach der Kranke fast alles, was er zu sich nahm; die Durchfälle dauerten in unverminderter Stärke an, die Temperatur schwankte zwischen $37,8$ und $39,2^{\circ}$, die Pulsfrequenz zwischen 102 und 120 in der Minute. Die Diuresis blieb gestört, der Urinbefund war stets derselbe. Der Kranke bekam reichlich alkalische Wasser, die er nicht erbrach und zeitweise Analeptika. Vom 15. VIII. ab verlor sich die Rotfärbung des Urins und die Menge wurde eine nahezu der Norm entsprechende. Die Formelemente verschwanden allmählich vollständig, der Eiweissgehalt war nur noch ein ganz minimaler. Dagegen waren Singultus, Erbrechen und Durchfälle durch nichts zu beheben. Dazu wurde die Herz-

tätigkeit trotz erheblicher Kamphergaben immer schlechter. Vom 16. ab bekam der Kranke täglich reichliche subkutane Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung, ohne dass sich darauf der mindeste Erfolg gezeigt hätte. Die Temperatur war am 17. VIII. auf 36° herabgegangen; die Durchfälle wurden immer heftiger, schliesslich lief der wässrige Stuhl von dem Kranken beständig weg; der Puls wurde immer schlechter und beschleunigter und am 21. VIII. erfolgte der Exitus letalis. Nach dem Tode entleerte sich eine ca. 1 Fuss im Durchmesser haltende blutig-wässrige Flüssigkeit aus dem After.

Die Sektion ergab abgesehen von einem Gehirnbefund, wie er sich bei den chronischen sogenannten funktionellen Psychosen in der Regel zeigt, ganz geringe Veränderungen des Nierenparenchyms und hauptsächlich einen „Katarrh der unteren Dünndarmschlingen, sowie des ganzen Dickdarms und im letzteren ausgedehnte Geschwürsbildung (Dysenterie)“.

Aus diesem Fall lässt sich erkennen, dass das Neuronal doch auch imstande ist, schwerere Intoxikationserscheinungen zu verursachen. Allerdings darf man keineswegs das ganze Symptomenbild auf den Neuronalgebrauch zurückführen. Die schweren Veränderungen im Darmkanal müssen bestimmt davon ausgenommen werden. Wie solche schwere anatomische Läsionen durch das Medikament hätten zustande kommen sollen, kann ich mir auch gar nicht erklären. In der Literatur fand ich unter den Nebenwirkungen narkotischer Substanzen etwas ähnliches nicht. Lewin erwähnt nur, dass sich einmal bei einem Fall von Trionalvergiftung diphtherische Veränderungen des Darms ergeben hätten, doch fügt er bei, dass dieselben keineswegs mit Sicherheit in Zusammenhang mit der Trionalwirkung gebracht werden konnten. In unserem Fall ist ja auch eine andere Erklärung durchaus naheliegend. Es kamen nämlich im letzten halben Jahre auf derselben Abteilung mehrere Kranke zur Obduktion, bei denen sich ganz die gleichen dysenterieartigen Veränderungen im Darmkanal boten, wie bei dem fraglichen Fall. Diese Darmerkrankungen waren ohne Zweifel infektiöser Natur und glaube ich, dass dieser Infektion auch unser Patient zum Opfer gefallen ist. Dem Neuronal käme dabei höchstens eine sekundäre Rolle zu, indem man annehmen könnte, dass durch dasselbe der Organismus geschwächt und dadurch in erhöhtem Masse für die Aufnahme der infektiösen Stoffe disponiert gewesen wäre.

Bei der Beurteilung der toxischen Nebenwirkungen des Neuronalen darf dieser Fall jedenfalls nicht sehr in Betracht gezogen werden, da es infolge der schweren Darminfektion nicht möglich war, die Grenzen der Medikamentwirkung genau festzulegen. Ob überhaupt ohne die Darmerkrankung der tödliche Ausgang eingetreten wäre, erscheint mir durchaus unwahrscheinlich, hatten sich doch, wie schon oben geschildert wurde, bereits sechs Tage vor dem Exitus die hauptsächlichsten Vergiftungserscheinungen, speziell die Störungen der Nierentätigkeit und die in der motorischen Sphäre nahezu vollkommen wieder ausgeglichen. Wenn dies möglich war, trotzdem der Organismus durch die profusen Durchfälle aufs äusserste geschwächt war, so muss man annehmen, dass der Körper sich ohne diese Komplikation noch weit leichter und rascher von der Medikamentwirkung erholt haben würde. Wir sehen ja auch bei allen andern Fällen, die leichtere Intoxikationserscheinungen nach Neuronalgebrauch boten, wie diese, sobald das Mittel ausgesetzt wurde, in kürzester Zeit spurlos verschwanden.

Dass sich ein solcher Fall von schwerer Intoxikation während meiner Versuche ereignet hat, bleibt ja immerhin ein recht unliebsames Vorkommnis, man muss sich jedoch dabei vergegenwärtigen, dass man derartigen Eventualitäten immer ausgesetzt sein wird, wenn man ein noch nicht genügend bekanntes Medikament gründlich auf seine Wirkungsweise erproben will. Auch muss man bei der Beurteilung des Falles immer wieder die besonderen Nebenumstände im Auge behalten; hatten doch andere Kranke im gleichen Zeitraum das Mittel in gleich hohen, ja noch höheren Dosen erhalten, ohne dass sich bei ihnen irgendwelche bedenklichen Symptome geboten hätten.

Wenn ich nun zum Schluss versuche, mir auf Grund meiner Beobachtungen und Erfahrungen ein Urteil über die Wirkungsweise des Neuronals und seine Brauchbarkeit als Beruhigungs- und Schlafmittel zu bilden, so würde dasselbe dahin lauten:

Neuronal ist in Dosen von 1,0—2,0 g ein recht brauchbares Hypnotikum bei einfacher Schlaflosigkeit und bei Erregungszuständen Geisteskranker; als Sedativum tut es in Tagesdosen von $3 \times 0,5$ bis $3 \times 1,5$ g im allgemeinen auch recht gute Dienste. Kumulative Eigenschaften scheinen ihm zu fehlen. Ein Nachteil liegt jedoch in einer ziemlich raschen Angewöhnung des Organismus an das Mittel und damit verbunden einer allmählichen Abnahme seiner narkotischen Kraft. Der Geschmack ist nicht gut, aber nicht besonders intensiv und vor allem so wenig nachhaltig, dass diese Eigenschaft der Einbürgerung des Medikaments kaum hindernd im Wege stehen dürfte. Hinsichtlich seiner narkotischen Kraft steht es nicht höher, als die seither beliebten Beruhigungsmittel, besonders das Trional und das Veronal. Es ist zwar nicht ganz frei von unangenehmen und toxischen Nebenwirkungen, jedoch verschwinden dieselben zum Unterschied von andern Narkoticis nach Aussetzen des Mittels im allgemeinen in kürzester Frist, ohne irgendwelche Schädigungen des Organismus zurückzulassen. Zur Zeit ist der Preis des Medikaments ein noch relativ hoher.

II. Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 7. November 1904.

Bericht von Dr. Max Edel (Charlottenburg).

Der Vorsitzende Herr Mendel gedenkt der verstorbenen Mitglieder Abraham und Ider.

Tagesordnung.

37) L. Jacobsohn: Demonstration mikroskopischer Präparate.

Jacobsohn demonstriert nach Weigert-Pal gefärbte Querschnitte aus dem Sacralmarke des Menschen und aus dem Lumbalmarke eines Schimpanzen. In diesen Präparaten sind Faserzüge deutlich zu erkennen, die bisher kaum beschrieben worden sind. Es handelt sich um Bogenfasern, die teils an der Peripherie des Ausschnitts, teils im Innern der weissen Substanz verlaufen. An der Peripherie des Querschnitts kann man mit Bogenfasern drei verschiedene

Kategorien unterscheiden, *Fibrae arciformes superficiales ventrales*, *laterales*, *dorsales*. Die *Fibrae superficiales ventrales* kommen aus der vorderen Kommissur, gehen als geschlossenes Fasersystem an der Randzone des Sulcus longitudinalis ventralis bis zum medialen Winkel des Vorderstranges, biegen hier nach lateral um und laufen nun an der ganzen ventralen Peripherie bis in den Seitenstrang hinein, jedenfalls bis über die Austrittsstelle der lateralsten vorderen Wurzeln hinaus. Dieser Faserzug wird von den vorderen Wurzeln durchbrochen, steht aber sonst in keinem direkten Zusammenhange mit ihnen; seine Fasern verlieren sich nach und nach in der Randzone des Vorder- und Seitenstranges. Die *Fibrae arciformes superficiales laterales* erstrecken sich von der Eintrittsstelle des lateralen Bündels der hinteren Wurzel über die Lissauer'sche Zone dorsal in den Seitenstrang und sind spärlicher vertreten als die ventralen Bogenfasern. Der Umstand, dass sich gerade Uebergangsbrücken dieser Randfasern zwischen Lissauer'sche Zone und angrenzender Partie des Seitenstranges finden, macht es möglich, dass es sich bei diesen Fasern um Fortsetzungen hinterer Wurzeln in den Seitenstrang handelt. Die *Fibrae arciformes superficiales dorsales* sind Fortsetzungen des medialen Bündels der hinteren Wurzel, welche am dorsalen Rande des Hinterstranges bis unweit zur Mittellinie verlaufen.

Aus diesen oberflächlichen Bogenfasern demonstriert J. noch einen starken im Innern der weissen Substanz gelegenen Faserzug, der zwar beim Menschen im Lumbosacralmark an einzelnen Präparaten gut angedeutet ist, den J. aber am ausgeprägtesten im Lumbalmarke des Schimpansen gefunden hat. Es handelt sich um Fasern, die aus der Uebergangszone zwischen Vorder- und Hinterhorn in die Grenzschicht des Seitenstranges einstrahlen, hier einen kurzen longitudinalen Verlauf nehmen und nun in einem gewissen Abstand von der grauen Substanz rings um das Vorderhorn laufen und bis in den Vorderstrang verfolgt werden können. Der breit aus der grauen Substanz entspringende Faserzug verschmälert sich um so mehr, je weiter er um das Vorderhorn herumkommt. Seine Fasern brechen an verschiedenen Strecken des Verlaufs ab; sie biegen wahrscheinlich in die Längsrichtung um. Im Gegensatz zu den an der Peripherie laufenden Fasersystemen schlägt J. vor, diesen Faserzug als *Fibrae arciformes profundae medullae spinalis* zu bezeichnen.

(Eigenbericht.)

Ziehen bestätigt das Vorkommen der verschiedenen Faserzüge. Der erste sei ihm gut bekannt, erstrecke sich zweifellos fontäneartig bis in den Vorderstrang und vordere Markbrücke, darüber hinaus habe er ihn nicht verfolgen können. Wunderbarerweise zeige er sich ausschliesslich auf das Sacral- und Coccygealmark beschränkt; worauf das beruhe, könne er nicht sagen. Vereinzelte derartige Fasern finden sich im ganzen Rückenmark. Dies betreffe Faserzüge innerhalb der Gliahülle; ausserhalb derselben finde man die Bogenfasern gar nicht so selten. Der zweite Faserzug sei wohl zum Teil der Kleinhirnseitenstrangbahn zuzurechnen; vielleicht seien es hakenförmig umbiegende Fasern aus den Zellen des Sacralmarkes. Bei dem dritten Bündel, welches ein Komma beschreibt, hat Z. den Eindruck gehabt, dass es in die mittleren und vorderen Abschnitte der Kommissur zu verfolgen sei.

M. Rothmann: Auch ich habe mich in letzter Zeit eingehender mit der Anatomie des untersten Rückenmarksabschnitts beschäftigt und zwar ganz be-

sonders beim Schimpansen, von dem ich drei Exemplare untersuchen konnte. Veranlasst wurde ich dazu durch die makroskopisch auffallende Eigentümlichkeit, dass im Gebiet des Sacralmarks an Stelle der Fissura post. ein gut ausgeprägter Sulcus bei zwei dieser Schimpansen vorhanden war. Was nun zunächst die am medialen Rand des Sulcus ant. von der vorderen Kommissur zum ventralen Rand des Vorderstrangs verlaufenden Fasern betrifft, so finden sich dieselben vereinzelt wohl in allen Höhen des Rückenmarks, als stärkere Faserbündel nur an zwei Stellen desselben, hier im Sacralmark und in dem höchsten Rückenmarksabschnitt unmittelbar unterhalb der Pyramidenkreuzung. An letzterer Stelle sind sie beim Menschen allerdings durch den Pyramidenvorderstrang verdeckt, beim Hunde dagegen und auch beim niederen Affen sehr deutlich als starkes Faserbündel sichtbar und stellen hier, wie ich nachweisen konnte, zum grössten Teil aufsteigende Bahnen dar, die bei Zerstörung der grauen Substanz der anderen Seite degenerieren und im lateralsten Teil der Schleifenbahn aufwärts zu verfolgen sind, zum Teil bis zum Thalamus opticus. Um ähnliche Bahnen dürfte es sich auch im Sacralmark handeln, in welchem ja die hier endogen entspringenden Faserbündel den grössten Teil der weissen Substanz darstellen. Auch die Fasern am Rande des Hinterseitenstranges habe ich regelmässig gefunden, vermag jedoch über ihre Bedeutung, ihren Ursprung und ihre Endigung nichts auszusagen. Der Zusammenhang mit hinteren Wurzelfasern, auf den ich besonders geachtet habe, konnte von mir niemals beobachtet werden, und ich glaube daher, dass wir bisher, übereinstimmend mit den Resultaten des Tier-experiments, daran festhalten müssen, dass keine hintere Wurzelfaser direkt in den Seitenstrang gelangt. Was nun den mächtigen durch die Mitte des Seitenstrangs ventralwärts ziehenden Strang betrifft, den Herr Jacobsohn hier gezeigt hat, so habe ich weder beim Menschen noch beim Schimpansen etwas derartiges gesehen. Es muss sich also wohl um eine Abnormität handeln; dass dieser Strang etwa in direkter Beziehung zu den oben geschilderten Fasern im medialen Teil des Vorderstranges stehen sollte, scheint mir nicht wahrscheinlich. Was man in der Regel in den Grenzgebieten der grauen Substanz im Sacralmark sieht, das ist ein Uebergreifen des dichten mächtigen Markfasernetzes des Vorderhorns auf die angrenzenden Gebiete des Seitenstranges, so dass eine Art von Intermediärsubstanz auch in diesem Abschnitt entsteht. Doch hat diese Erscheinung keine Aehnlichkeit mit dem Auftreten eines solchen mächtigen Faserbündels in der Mitte des Seitenstrangs. Zum Schlusse möchte ich die Aufmerksamkeit noch auf eine an Zahl wechselnde Gruppe äusserst feiner markhaltiger Fasern lenken, die aus den medialen Abschnitten der Hinterstränge in das Randgebiet der Fissura post. austreten und hier, sich zum Teil verästelnd, grösstenteils zur Commissura post. heraufziehen, um zur anderen Seite zu gelangen, vereinzelt aber auch direkt in den andern Hinterstrang ziehen. Diese feinen Fasern waren in meinen Schimpanse-Fällen besonders deutlich zu sehen; weil eben die Ränder der Fissura post. derart auseinander gewichen waren, dass ein richtiger Sulcus entstanden war. (Eigenbericht.)

Ziehen fragt im Anschluss an die erste Bemerkung des Herrn Rothmann, wodurch bewiesen sei, dass diese Fasern, welche aus der Basis stammen und in den Vorderstrang gingen, nicht einfach Pyramidenfasern sind und ob sie spinal weiter verfolgt seien?

M. Rothmann: Auf die Frage des Herrn Ziehen erlaube ich mir zu

erwidern, dass es sich bei der Degeneration der Fasern am Sulcus ant. im obersten Halsmark nicht um versprengte Pyramidenfasern handeln kann, weil diese Degeneration nach Läsion der grauen Substanz der anderen Seite durch die vordere Kommissur hindurch sowohl unterhalb als auch im Niveau der Pyramidenkreuzung aufsteigend zum lateralen Abschnitt der Schleifenbahn zu verfolgen ist. Diese Faserbündel gehören zu der sensiblen bis zum Thalamus opticus heraufreichenden Vorderstrangbahn.

Jacobsohn bemerkt, dass er in anderen Zonen des Rückenmarks grössere Züge der beschriebenen Art nicht angetroffen hat, ausser in dem ersten Cervicalsegment. Bei dem Neugeborenen treten sie dagegen deutlich hervor. Ob es sich um hintere Wurzeln handelt oder nicht, darüber habe er sich mit genügender Vorsicht ausgesprochen. Die Fortsetzung der Fasern nach der hinteren Kommissur konnte er nicht mit Deutlichkeit feststellen.

38) **R. Meyerstein:** Kombination von Basedow mit Myasthenie.

Eine 27jährige Person mit Kropf erkrankte Weihnachten 1903 an Schwäche in den Armen und Augenmuskellähmung. Im April v. J. kam ein neuer Schub: Sie klagte über starkes Herzklopfen, Ermüdbarkeit, leichtes Erröten, starkes Schwitzen. Objektiv bestand Ophthalmoplegia ext. beiderseits, Ptosis. Lidschluss kraftlos, Struma, leichter Tremor der Hände, Ermüdung der Arme beim Heben und Senken. Aus der Rückenlage konnte sie sich nur durch Wälzen auf die Seite erheben. Menses in Ordnung. Kniesehnenreflexe schwach, aber vorhanden. Systolisches Geräusch an der Herzspitze. Puls zwischen 110 und 130 in der Minute. Elektrisch nirgends eine Herabsetzung oder qualitative Veränderung im Sinne der EAR, typische myasthenische Reaktion im Biceps, l. Deltoideus und l. Sup. long. Ausgang: Heute stellte sich Dyspnoë ein, unter den Händen des Vortr. stand der Atem still und der Tod trat ein. In der Literatur gebe es eine Anzahl Fälle, in denen neben Basedow einzelne myasthenische Symptome vorhanden waren; ausserdem eine Anzahl Beobachtungen von Erscheinungen seitens der Augenmuskeln neben Morbus Basedowii. Jüngst habe Löser unter Oppenheim zwei Fälle veröffentlicht, in denen Basedow mit Myasthenie vereint waren. Diesen stellt Votr. seinen Fall an die Seite. Es bestehe dabei wohl kein zufälliger, sondern ein innerer Zusammenhang. Entweder könne mit Oppenheim angenommen werden, dass der M. Basedowii eine Disposition zur Erkrankung an Myasthenie schafft, oder dass beide Erkrankungen durch dieselbe Noxe hervorgerufen würden. In dieser Hinsicht seien pathologisch-anatomische Befunde, die von Weigert, Goldflam, Link und Oppenheim bei derartig kombinierten Krankheitsbildern gemacht wurden, von Interesse. Danach scheine es, als ob die Thymusdrüse pathogenetisch eine Rolle spiele. Mehrfach wurden nämlich Tumoren der Thymus dabei festgestellt.

Oppenheim berichtet über den hier vor einigen Monaten vorgestellten Fall der oculären Form von Myasthenie. Die Lähmungserscheinungen hatten sich ausschliesslich auf die Muskulatur des Augapfels beschränkt. Jener Patient, bei dem sich eine angeborene Anomalie, Verdopplung des Hallux fand, und der noch im Beginn des Leidens stand, hat nach einigen Wochen schwere bulbäre Symptome bekommen. Vor wenigen Tagen wurde O. von der Witwe berichtet, dass der Kranke plötzlich unter Erstickungserscheinungen verschieden sei.

Toby Cohn demonstriert einen 31jährigen Mann, welcher in der Charité gelegen hat und mehrfach publiziert ist, von Hoffmann in Heidelberg,

v. Strümpell und Steiner in Leipzig. Eingeschlafensein der Fingerspitzen, Lähmung der Hände und Arme traten ein, die Haare fielen aus, das Gesicht wurde steif, Kau- und Nacken-, Rumpf- und Beinmuskulatur erkrankten. Es handle sich um einen myotonischen, myasthenischen und dystrophischen Symptomenkomplex. Es besteht Hypomimie und Eingefallensein der Temporal- und Massetergegend, wo keine Muskulatur zu fühlen ist. Den geöffneten Mund kann Pat. wegen Subluxation des Unterkiefers nur mit Hilfe der Finger schliessen. Die Augen bekommt er nicht ordentlich auf, nach mehrmaligem Wiederholen gelingt es besser, schliesslich gelingt es nicht mehr. Steigerung der mechanischen Erregbarkeit ist an der Zunge nachzuweisen. Lähmung in den Nackenmuskeln, starke Atrophie und Lähmung in den Rückenmuskeln, namentlich im Latissimus und Cucullaris bestehen. Die Schultern ragen stark hervor. Der Gang wird immer schlechter. Die Patellarreflexe fehlen vollständig, ebenso die Achilles- und Kremasterreflexe, die übrigen sind normal. EAR ist nirgends nachweisbar. Die dystrophischen Muskeln reagierten auf faradische und galvanische Reize. In einzelnen (Zunge und Daumenballen) ist myotonische, in anderen myasthenische Reaktion (am Biceps) nachweisbar. Sensibilitätsstörungen sind ziemlich ausgedehnt. Die Sprache hat einen eigentümlich nasalen Beiklang und ist etwas bulbär.

Vor einigen Jahren hat C. hier einen Fall von Myasthenie demonstriert und damals auf die Aehnlichkeit dieses und anderer Fälle mit Dystrophie hingewiesen; dabei habe er sich auf einen Fall von Laquer gestützt, bei dem sich im Laufe einer Myasthenie Dystrophie entwickelte. In der Diskussion wurde das Zusammenvorkommen beider Erkrankungen bestritten mit dem Bemerkten, es seien nur äussere Aehnlichkeiten. Diese Hypothese sei aber nachher von Gowers wieder aufgenommen und der innere Zusammenhang beider Krankheiten betont worden.

Ziehen hat den Patienten zweimal in Halle und in der Charité hier beobachtet, ist im ganzen zu ähnlichen Resultaten gekommen, hält aber grosse Vorsicht bei der Beurteilung der subjektiven Angaben des Patienten für geboten, da bei ihm die Libido demonstrandi eine grosse Rolle spiele. Der myasthenische Symptomenkomplex sei sehr zweifelhaft, alle Muskeln, in denen keine Atrophien und keine Störungen der elektrischen Erregbarkeit vorhanden sind, zeigten eigentlich keine wesentlichen Störungen im Sinne der Ermüdung, was durch ergographische Kurven bestätigt wird. Ebenso grosse Vorsicht sei gegenüber der Sensibilitätsstörung nötig. Die myotonischen Störungen seien offensichtlich. Die Muskelatrophien liessen drei Deutungen zu. Die erste von v. Strümpell gegebene, der an eine Syringomyelie denkt, scheint Z. wegen der wahrscheinlich intakten Sensibilität höchst zweifelhaft. Zweitens könne man an eine progressive Muskelatrophie denken. Hier sei aber in keinem Muskel eine deutliche EAR festzustellen. Man könnte wohl sagen, dass es sich um schwerste quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit bis auf 0 handelt. Das wäre aber bei der Dystrophia muscul. progr. höchst ungewöhnlich. Eher müsse man an eine Kombination der Myotonie mit der progressiven Muskelatrophie denken. Hier werde man nach der Anamnese die Myotonie als das primäre und die Muskelatrophie als das sekundäre ansehen, umgekehrt wie es Hoffmann angegeben habe.

Oppenheim: Der von Herrn Ziehen ausgesprochene Verdacht sei von

ihm auch gehegt worden. Die gezeigte Kraft zur Einrenkung der Unterkieferluxation sei gar nicht nötig. Der Patient scheine durch die vielen Untersuchungen und Demonstrationen doch etwas beeinflusst zu sein. O. hat sich bei der Demonstration des Herrn Toby Cohn damals gegen die Zusammengehörigkeit von Dystrophie und Myasthenie ausgesprochen und innige Beziehungen zwischen beiden auf Grund seiner Erfahrungen in Abrede gestellt. Eine äussere Verwandtschaft könne allerdings vorgetäuscht werden. Dazu komme, dass der an myasthenischer Paralyse Leidende auch häufig, wenn er eine Weile gegangen sei, das für Dystrophie charakteristische Symptom des Watschelganges darbiete. Dagegen erinnert O. an die grossen Differenzen des Verlaufs beider Affektionen, das akute Einsetzen, den schubweisen Verlauf, die plötzliche Todesart bei der Myasthenie, wovon bei der Dystrophie nichts zu finden sei. Die Ausführungen des Herrn Ziehen lassen Zweifel an der Existenz der Myasthenie in dem vorgestellten Falle aufkommen. Der Fall habe aber trotzdem ein sehr grosses Interesse, da die Kombination myotonischer und dystrophischer Störungen nicht sehr häufig sei. Schliesslich weist O. auf einen Fall von Cassirer hin, der dem hier vorgestellten äusserst ähnlich wäre.

Cassirer hat hier vor einigen Monaten einen Fall vorgestellt, der grosse Aehnlichkeit mit dem heut demonstrierten hat. Es bestanden myotonische Erscheinungen fast in derselben Ausdehnung, namentlich an Zunge und Daumenballen mit allen funktionellen und elektrischen Störungen; ausserdem Muskelatrophie, die er auch als eine Dystrophie aufgefasst hatte. Es waren im besonderen bulbäre Symptome, Störungen des Schluckens und Kauens, die rein auf paralytisch-atrophischen Prozessen, nicht auf myotonischen beruhten. Man müsse annehmen, dass nicht eine zufällige Kombination vorliege. Was die elektrischen Verhältnisse anlangt, so sei bei Untersuchung eines atrophischen Deltoideus schwer festzustellen, ob neben der myotonischen eine Spur von EAR vorhanden ist. Niemand konnte bei genauester Untersuchung EAR nachgewiesen werden, ebenso wie hier. C. ist der Ueberzeugung, dass eine Kombination von Myotonie mit Dystrophie vorliegt.

Ziehen bemerkt, dass der Verlauf der Krankheit des vorgestellten Patienten ein exquisit progredienter war. In zwei Muskeln habe sich elektrisch etwas gefunden, was an eine myasthenische Reaktion erinnert. (M. orbic. oris und levator menti.)

Remak: Der Patient sei gut dressiert, aber ein äusserst interessanter Fall mit einer spinalen auf den Bulbus übergreifenden Muskelatrophie und dem Symptom der Facies myopathica, wie es von Duchenne und ihm selbst beschrieben sei. Genauere elektrische Untersuchung im Bereiche des Gesichts wäre von grösster Wichtigkeit. Im Gegensatz zu der bulbären Atrophie, bei welcher die oberen Abschnitte des Gesichts in der Regel nicht beteiligt und Atrophien an Zunge und Gaumensegel vorhanden sind, beschränken sie sich hier auf Facialis, Temporalis und Masseteren, während von Schluck- und Sprachstörungen keine Rede sei. Das spreche mehr für eine Atrophie, wie wir sie auch sonst als Kombination der Dystrophia musculorum progressiva zu sehen gewohnt sind. Dagegen scheinen ihm Hypertrophien zu fehlen. Die Art, wie Patient die Augen schloss und öffnete, machte auf ihn einen etwas schauspielerischen Eindruck.

Ziehen fügt hinzu, dass im m. orbicularis oculi mit stärksten Strömen keine Zuckung zu erzielen war.

Mendel: Alle seien darüber einig, dass Pat. hervorragende neurologische Kenntnisse besitzt und dass es ihm grosses Vergnügen macht, die Symptome mit grosser Deutlichkeit zu zeigen. M. fragt, wie sich die Sache im Anfang der neurologischen Laufbahn gestaltet hat und wie lange die erste Veröffentlichung her ist.

T. Cohn hat auch die Uebertreibung gefunden. Bei einer einmaligen Untersuchung des Kranken liess sich nichts genaueres feststellen. Die Sensibilitätsstörungen waren ihm etwas suspect. Die erste Publikation datiere erst vom Februar d. J., Cohn glaubt aber, dass er schon vorher vorgestellt worden sei. Zur Diagnose der Dystrophie beruft sich C. auf Remak's Worte. Nirgends sei EAR gefunden. Was die Myasthenie anlangt, so müsste er ein sehr geschickter Simulant sein. C. erinnert an den Gang, an das Heben und Senken der Augenlider. Dazu komme die von Ziehen und auch von ihm beobachtete myasthenische Reaktion. C. glaubt, dass in der Tat die drei Krankheitsgruppen vereint sind. Den Zusammenhang zwischen Myasthenie und Dystrophie habe er mit grosser Vorsicht ausgesprochen. Die äusseren Aehnlichkeiten seien auffallend.

Sitzung vom 5. Dezember 1904.

39) **Rosenberg:** Drei Fälle von Friedreich'scher Krankheit.

Die vorgestellten Fälle sind Geschwister, zwei kleine Knaben und ein Mädchen. Bei dem ältesten ist im Beginn der Gehstörung eine kurze fieberhafte Krankheit vorausgegangen. Bei ihm ist die Cerebellarataxie deutlich. Er zeigt ausgeprägten Nystagmus und dysarthrische Sprache. Die einzelnen Laute werden nicht ordentlich ausgesprochen, die Sprache ist langsam und skandierend. Es besteht einseitiger Kryptorchismus und Subluxation des Unterkiefers. Es handelt sich um ein hereditär-familiäres Leiden. Die Gehstörung erinnere einerseits durch die Breitspurigkeit und das Stampfen an den tabischen Gang, imponiere aber andererseits durch die Unfähigkeit, sich im Gleichgewicht zu halten, als eine cerebellare Ataxie. Sensibilität, Motilität und Reflexe sind normal. Da bei hereditären Leiden die Abarten häufig sind, hält Vortragender an der Diagnose Friedreich'scher Krankheit fest, obwohl einige Erscheinungen fehlen, z. B. das Westphal'sche Zeichen, die Deformität der Füsse u. a., dagegen seien Zeichen, die sonst erst spät auftreten, in den vorgestellten Fällen schon früh mit grosser Deutlichkeit nachweisbar, so der Nystagmus und die skandierende Sprache. Ungewöhnlich sei auch die Verlaufsart der Krankheit, indem beim Ältesten die Gehstörung im Laufe der Zeit nicht sehr zugenommen hat. Die Ataxie, sonst ein Frühsymptom der Krankheit, sei überhaupt weniger bei ihm ausgesprochen, als bei den beiden jüngeren. Von besonderem Interesse ist es, dass bei drei anderen gesunden Geschwistern der Nystagmus als Rudiment vorhanden ist, nämlich bei einem Mädchen von 18 Jahren und zwei Knaben von 16 und 8 Jahren.

Die vorgestellten Fälle bewiesen, dass die Heredoataxie nur eine Varietät der grossen Gattung Friedreich'scher Krankheit sei. Ob sie im Rückenmark oder Kleinhirn ihren Sitz habe, lasse sich nicht sagen.

40) **Skoczynski**: Chemische Untersuchungen der Spinalflüssigkeit.

S. hat die Lumbalpunktion in Seitenlage vorgenommen und die Einstichstelle durch eine Verbindungslinie der beiden obersten Punkte der Darmbeinkämme bestimmt, welche Linie durch den Dornfortsatz des vierten Lendenwirbels geht. In einem Teil der Fälle wurde Chloräthyl zur Anästhesierung benutzt und vorher noch ein halbes mgg Hyoscin gegeben. Die Hälfte der Paralyse konnten aber ohne dies punktiert werden. Seine Zahlen bezüglich der Druckbestimmung des Liquor cerebrospinalis halten die Mitte zwischen den von Nawratzki und Schäfer angegebenen. Er konnte bei einem Epileptiker fünf Anfälle mit dem Druckapparat beobachten während der Punktion. Sowie der Anfall einsetzte, stieg der Druck bis 30, ja bis 50 cbcm an, blieb während der tonischen Phase stehen, während der klonischen machte das Niveau des Liquor rasche Schwankungen, um nach dem Anfall abzusinken und zum Schluss bis unter Null zu fallen. Es konnte danach beinahe genau der Zeitpunkt angegeben werden, wann wieder ein Anfall einsetzte, nämlich dann, wenn der Druck sich einige Zeit unter Null gehalten hatte. Diese Beobachtung scheint ihm zu beweisen, es müsse keineswegs mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass Spannungen des Liquor cerebrospinalis besonders geeignet seien, epileptische Anfälle auszulösen. (Ansicht Kocher's.) Es verlöhne sich der Mühe, in geeigneten Fällen von gehäuften Krampfanfällen zu punktieren, nur um genauere Druckschwankungen anstellen zu können. Man könnte dabei die Druckschwankungen auf einen registrierenden Apparat übertragen. Was den Eiweissgehalt anlangt, so enthält der Liquor gewöhnlich sehr wenig Eiweiss, 0,2—1 pro mille, wobei es sich um Globulin, aber nicht um Serumalbumin zu handeln scheint. Bei der Paralyse sei dies Verhältnis verändert und eine beträchtliche Menge von Serumalbumin nachzuweisen. Man brauche den Liquor nur mit konzentrierter Lösung von Ammoniumsulfat zu versetzen, um eine Trübung von Globulin zu erhalten. Bei Paralyse wird angegeben, dass nach Ausfällung des Globulins der Liquor durch Kochen zur Koagulierung kommen könne. Der quantitative Nachweis des Eiweisses werde im wesentlichen mit der Esbach'schen Methode geführt.

Nach Nissl'schem Vorgang wird aus dem in einer graduierten Röhre abgesetzten Eiweiss auf die Quantität desselben geschlossen. Ein Gläschen, dessen Ende eingeschmolzen ist, wird eine Stunde zentrifugiert. Bei Fällen, in denen eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems vorhanden ist, sei der Eiweissgehalt sehr stark vermehrt.

Seine Resultate stimmen mit denen Nissl's überein, indem er 1,5 bis 1,8 bei normalen und 3—5 Teilstriche bei Paralytikern gefunden hat. Das Verhältnis dieser Zahlen sei dasselbe wie das Nissl's. Die Eiweisszahlen selbst seien aber nicht die gleichen, wie die von Nissl gefundenen, weil die beiden angewandten Zentrifugen nicht dieselben seien.

S. gibt dann weiter noch die genaueren Eiweisszahlen bei verschiedenen Fällen nicht organischer Nervenkrankheiten an. (Epilepsie 0,3, Alkoholdemenz 0,8, Hydrocephalus 0,5 Teilstriche.) Bei Paralyse fanden sich in einem Fall 0,6, in einem anderen über 1—5 Teilstriche Eiweissgehalt.

Was den Zellengehalt der Lumbalflüssigkeit anlangt, wurden 35 Fälle untersucht. Der Befund war in 30 Fällen positiv bei unzweifelhafter Paralyse, in einem negativ, in welchem ein merkwürdiger klinischer Verlauf bestand.

Bei einem Fall von Lues cerebri fanden sich ebenfalls reichliche Zellen, dagegen bei Hydrocephalus und Epilepsie nur ganz vereinzelte Zellen, bei Alkoholdemenz und Encephalitis saturnina keine. Der Zellennachweis wurde nach der französischen Methode geführt. Reichtum an Zellen fand sich besonders in den Fällen von Paralyse, bei denen akutere Symptome vorhanden waren. In dem Vorhandensein der Zellen sei ein gewisses Moment gegeben, das uns in zweifelhaften Fällen dazu helfen könne, die Diagnose schneller richtig zu stellen. Drei Fälle entbehrten nicht eines gewissen Interesses. In dem einen war die Paralyse nicht ganz sicher und bei der Punktion wurde keine einzige Zelle gefunden. Später stellte sich heraus, dass es sich um Alkoholdemenz handelte, welche in einer gewissen Phase der paralytischen Demenz ähnlich war. In einem anderen Falle handelte es sich um eine Alkoholpsychose (Korsakow). Der somatische Befund war für Paralyse nicht zu verwerten. Bei der Punktion ergab sich überraschenderweise ein Reichtum an Zellen, ausserdem entstand eine sehr reichliche Cholin-fällung. Der Fall war nun der Paralyse zuzurechnen. Im weiteren Verlaufe ergab sich unzweifelhaft die Diagnose Paralyse, indem serienhafte Anfälle, aphasische Störungen und anderes auftraten. Bei dem dritten Fall, in dem Sehnervenatrophie bestand, und die Geneigtheit bestand, Paralyse zu diagnostizieren, fanden sich bei der Punktion keine Zellen. Im weiteren Verlauf besserte sich die Störung und später wurde in Erfahrung gebracht, dass der Kranke mehrmals an Bleikolik litt und seine Krankheit auf Bleivergiftung zurückzuführen war.

Vortragender kommt nunmehr in ganz ausführlicher Weise auf den Hauptzweck der von ihm vorgenommenen Lumbalpunktionen, den Nachweis des Cholins, eines Zerfallproduktes des Lecithins zu sprechen. Da sich das letztere in grosser Menge im Zentralnervensystem vorfinde, lag es nahe, nach Cholin zu forschen. Dies geschah auf chemischem und physiologischem Wege. Auf diese genaueren wissenschaftlichen Untersuchungen über das Cholin einzugehen, ist im Rahmen dieses Referates nicht möglich.

Unter den 42 Fällen, in denen auf Cholin untersucht wurde, fand sich in 31 Fällen bei Dementia paralytica Cholin und nur in drei Fällen derselben Krankheit kein Cholin. Bei Lues cerebrospinalis wurde es in drei Fällen nachgewiesen, bei zwei Fällen von Hydrocephalus, bei Alkoholdemenz fand sich kein Cholin, bei multipler Sklerose fanden sich ausserordentlich grosse Mengen Cholin.

Vortragender führt aus, dass noch grössere Untersuchungen angestellt werden müssten. Es gehe aus seinen Untersuchungen hervor, dass das Cholin sich besonders reichlich in den Fällen nachweisen lässt, bei denen auch auf anderem Wege ein Zerfall des Nervengewebes gefunden wurde. Der Cholin-nachweis lasse einen gewissen Schluss auf den Stoffwechsel des Lecithins zu. Er glaubt nicht, dass die Anhäufung von Cholin im Zentralnervensystem direkt Krampf erzeugend wirke, im Gegensatz zur Ansicht von Donath. Bei Epileptikern seien nämlich die Cholinbefunde nicht sehr gross. Wünschenswert erscheine die Bestimmung des Schmelzpunktes des Cholins. Die Untersuchungen des Vortragenden ergäben die Wahrscheinlichkeit dafür, dass besonders bei der Paralyse und organischen Affektionen des Zentralnervensystems ziemlich beträchtliche Mengen von Cholin sich vorfinden, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einen Zerfall des Lecithins im Zentralnervensystem zurückgeführt werden können.

Oppenheim fragt nach der Bedeutung des Eingriffes der Lumbalpunktion für den Kranken. Diese Frage könne gar nicht genug diskutiert werden, so wichtig auch derartige Untersuchungen für den Forscher sind. Wie selten sei davon die Rede, ob der Eingriff gut vertragen ist oder irgendwelche Gefahren mit ihm verknüpft sind. Nissl habe zunächst an Gesunden die Lumbalpunktion geprüft und ihre Einflüsse auf den Menschen festgestellt. Was er schildere, scheine nicht ganz irrelevant, dass nämlich die Punktion nur mit grosser Vorsicht vorgenommen werden solle und auch bei Gesunden ziemlich erhebliche subjektive Störungen, namentlich Kopfschmerzen hervorbringen könne. In einem Falle sei eine Art psychischer Störung dadurch ausgelöst worden.

Peritz macht darauf aufmerksam, dass Fuchs und Rosenfeld in einer der letzten Nummern der W. med. Presse eine Methode angegeben hätten, um die Zellen der Cerebrospinalflüssigkeit zu zählen, die auf demselben Gedanken beruht, wie die, der man sich beim Zählen der Blutkörperchen bedient. Die Vorteile beständen darin, dass man absolute Zahlen erhalte und ausserdem vermeide, die Zellen durch das Zentrifugieren zu verletzen. Ferner stimmt er dem Vortragenden vollkommen bei, dass man vorläufig betreffs des Cholins noch nichts Endgültiges sagen kann, und zwar beruhe dies nach seiner Ansicht auf dem Prinzip, das Cholin mittelst Platinchlorid zu identifizieren. Platinchlorid geht sehr leicht mit den verschiedensten Substanzen gut kristallisierende Verbindungen ein, ebenso kristallisiere es bekanntlich mit dem Ammoniak sehr leicht, so dass man es zur quantitativen Bestimmung des Ammoniaks benutze. Schon die geringsten Mengen Ammoniak also, die in den absoluten Alkohol übergangen, würden Kristalle bilden. Bis jetzt sei durchaus noch nicht die Anwesenheit von Cholin in der Cerebrospinalflüssigkeit nachgewiesen, es könne zum mindesten ebenso gut Ammoniak oder Kalium sein. Ebenso hat W. Cramer, ein deutscher Chemiker in Edinburg, nachgewiesen, dass die blutdruckerniedrigende Wirkung nicht, wie Halliburton behauptet, auf Cholin zurückzuführen sei. Selbst wenn aber Cholin wirklich in der Cerebrospinalflüssigkeit einwandfrei gefunden würde, so sei damit noch nicht die Ansicht Donath's und Halliburton's bewiesen, dass das Cholin die Ursache der Epilepsie sei. Vielmehr sei wohl anzunehmen, dass das Lecithin infolge der starken Krämpfe zerfalle und sich im Anfall Cholin bilde, ebenso wie die nach den epileptischen Anfällen in grossen Mengen sich vorfindende Milchsäure als Produkt der starken Muskelarbeit aufzufassen sei.

(Eigenbericht.)

Bernhard fragt, warum nicht die Methode des Vortragenden zur Bestimmung des Serumalbumin mit der Nissl'schen Methode verglichen werden kann und was für einen Unterschied die Benützung verschiedener Zentrifugen mache.

Remak schliesst sich dem prinzipiellen Bedenken Oppenheim's an, die Lumbalpunktion in grösserem Umfang vorzunehmen. Wir sollten vorsichtig sein, zumal uns von den Naturärzten auf die Finger gesehen wird und es fraglich sei, ob die Chirurgie auf die Neuropathologie zu zweifelhaften diagnostischen Zwecken ausgedehnt werden müsse. Er habe aus der ganzen Literatur noch nicht die Ueberzeugung gewonnen, dass z. B. zur Differentialdiagnose der Tabes etwas wesentliches aus der Lumbalpunktion herausgekommen sei, und wenn nur in einem Falle etwas Bedenkliches entstehe, würde er der Lumbalpunktion nicht zustimmen. Wenn es darauf ankomme, grössere Quantitäten von Spinalflüssigkeit auf so geringe Quantitäten von Cholin zu unter-

suchen, so frage er, warum nicht ausgedehnte Untersuchungen an der Leiche vorgenommen würden.

Ziehen teilt die Bedenken gegen eine vorsichtige Lumbalpunktion durchaus nicht. Ein französischer Autor spotte über die von den Deutschen gefürchteten Gefahren; allerdings sei es gefährlich, 250 ccm zu entleeren. Die Nebenerscheinungen seien immer bei Fällen aufgetreten, in denen technische Fehler gemacht wurden. Ziehen hält darauf, dass nur 5—10 ccm entleert werden, und hat dabei noch kein einziges bedenkliches Resultat erlebt, selbst keine erheblichen subjektiven Beschwerden. Er hält es aber für erforderlich, den Angehörigen vorher den operativen Eingriff anzumelden und ihnen zu sagen, dass eine kleine Gefahr damit verbunden ist. Die geringen entzogenen Mengen reichen zu diagnostischen Zwecken aus.

Oppenheim kann den Spott der Franzosen nicht für berechtigt halten, da es ja nur bei pathologischen Zuständen gelingt, so grosse Mengen zu entnehmen, während es sich sonst nur um kleine Quantitäten von 5—10 ccm handelt. Es gebe Verhältnisse, bei denen ein solcher Eingriff verderblich werden müsse. Man denke sich, es bestehe Arteriosklerose, bei der es nur einer kleinen Druckschwankung bedürfe, um eine Ruptur herbeizuführen. Von diesen Erwägungen aus habe er sich gegen die Anwendung der Lumbalpunktion zu diagnostischen Zwecken gesträubt, ausser bei Fällen, wo die Diagnose nicht durch andere Mittel gesichert und durch den Eingriff etwas therapeutisches gewonnen werden könne. Es bedürfe noch weiterer Erfahrungen, welche Bedeutung dieser Eingriff für den Gesunden habe. Ihm sei es daher von Wert, dass aus Ziehen's Erfahrungen hervorgeht, dass grosse Bedenken nicht vorliegen.

Brodmann bemerkt, dass auf der letzten Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie im Anschluss an ein Referat von Siemerling ernstlich davor gewarnt wurde, die Lumbalpunktion in grossem Umfang zu diagnostischen Zwecken zu verwenden, besonders war es aus Kraepelin's Schule Alzheimer, der auf eine grosse Reihe ernstlicher Komplikationen aufmerksam machte. Gelegentlich wurden heftige subjektive Erscheinungen und auch einmal tödlicher Ausgang bemerkt. Im Anschluss an diese Berichte habe Fürstner seine Meinung dahin ausgesprochen, dass ein derartiger chirurgischer Eingriff zu rein diagnostischen Zwecken mit Rücksicht auf die sehr bedenklichen Folgen für unser ärztliches Ansehen nicht zu befürworten sei.

Schuster bemerkt betreffs der Menge des abzulassenden Liquor, dass in einem Falle in den Watteverband noch eine grosse Menge Serum nachlief und dass er es nicht in der Hand hatte, eine kleine oder grössere Menge abzulassen.

Frenkel bemerkt mit Rücksicht auf den Widerstand gegen die Lumbalpunktion, dass sich seine Erfahrungen um eine beträchtliche Anzahl seit seinem letzten Vortrag, und zwar ausschliesslich bei Privatpatienten, vermehrt haben. Er hat niemals Gefahren dabei beobachtet. Gegen das Abfliessen grösserer Mengen habe er sich dadurch geschützt, dass er die dünnsten Nadeln benutzt habe, wie die Franzosen. Bei Benutzung grösserer Troicarts fliesse leicht etwas nach und zwar nicht nur in den Verband, sondern gelegentlich auch in die umliegenden Gewebe. Wenn man die dünnsten Nadeln nehme, nur 5—10 ccm ablasse, die Patienten im Bett bleiben lasse mit gesenktem Kopfe, so bekomme man nie irgendwelche bedenklichen Erscheinungen.

Mendel hat Bedenken gegen die grosse Ausdehnung der Lumbalpunktion

und diese Bedenken schon im Anschluss an den Vortrag des Herrn Frenkel sowie auf der Breslauer Naturforscherversammlung bei einem Vortrag des Herrn Fuchs geäußert. Der letztere habe gesagt, dass er verschiedene unangenehme Zufälle dabei gesehen hat. Mendel glaubt wohl, dass dieselben bei der Vorsicht, mit der Herr Ziehen vorgeht, vermieden werden können und hält es für wichtig, dass jedesmal der Kranke oder seine Angehörigen um Erlaubnis gefragt werden. Er glaubt aber nicht, dass Zufälle immer vermieden werden können und warnt vor der unnötigen Ausdehnung des Eingriffes.

Skoczynski erwidert auf den Einwand, dass die Punktion Gefahren mit sich bringe: nach den Worten des Herrn Ziehen bliebe ihm nur übrig zu bemerken, dass bei allen seinen Punktionen ernstere und länger dauernde Zufälle nicht beobachtet wurden. Subjektive Erscheinungen, wie Kopfschmerzen und Erbrechen sind ihm vorgekommen, aber nicht in überreichem Maasse.

Nach der Punktion stellten sich gelegentlich Erscheinungen ein, die man auf die Punktion zurückzuführen geneigt sei, die aber eine andere Aetiologie haben. Zum Beispiel zeigte ein Paralytiker mit Myocarditis, bei dem vorher schon bestimmte Pulsschwankungen festgestellt waren, während der Punktion die Schwankungen des Pulses im Manometer. Wenn man den Puls nicht vorher gekannt hätte, hätte man diese Schwankungen wahrscheinlich auf die Punktion zurückgeführt. Zweimal wurde nach der Punktion ein über den ganzen Körper verbreiteter Hautausschlag beobachtet, der an Urticaria erinnerte. In beiden Fällen war am Abend vorher Chloral gegeben worden. Die Punktion geschah in der Regel mit grosser Vorsicht; es wurden sehr geringe Mengen äusserst langsam entnommen. Die chemischen Einwände habe er sich selbst öfter gemacht und erkenne ihre Berechtigung an, halte aber den Einwand für nicht zutreffend, dass Cholin überhaupt nicht zu erwarten sei und dass es sich vielleicht um Ammoniak handle. Jedenfalls habe man eine Substanz vor sich, die dem Cholin ähnlich sei; er selbst habe nur von einer Wahrscheinlichkeit gesprochen und es als Postulat betrachtet, sehr grosse Mengen dieses Stoffes aus den Geweben darzustellen, um genügend einwandfreie Untersuchungen anstellen zu können. An der Leiche könne man die Punktion deshalb nicht vornehmen, weil Cholin auch durch Fäulnis erzielt wird. Auf den Einwand des Herrn Bernhardt erwidert Vortragender schliesslich, dass die Schicht des Eiweisses desto mehr komprimiert wird, je mehr Umdrehungen die Zentrifuge macht und dass daher die Resultate mit verschiedenen Zentrifugen verschieden ausfallen.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 17. Dezember 1904.

Bericht von Dr. Max Edel (Charlottenburg).

Der Vorsitzende Herr Sander widmet zunächst den verstorbenen Herren Ideler und Mittenzweig ehrende Worte des Andenkens.

41) Veit (Wuhlgarten) stellt einen Knaben mit Epilepsie und einer Gehstörung vor, die er für eine tabische hält. Eins von seinen Geschwistern ist an Gehirnentzündung gestorben. Der Vater gibt eine erworbene Lues nicht zu,

trotzdem sie nachweisbar ist. Die Augenuntersuchung des Knaben ergab kongenitale Lues. Im sechsten Jahr trat die Epilepsie auf. Damals fehlten die Kniephänomene. Der Knabe wurde in der Anstalt Wuhlgarten 1902 und 1904 behandelt. Bei der zweiten Aufnahme hatte er unsicheren Gang mit vollkommener Erschlaffung der Beine, ausgesprochenen Romberg, Hyperalgesie und manchmal Anästhesie. Vortr. geht auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen hereditärer Lues und Epilepsie einerseits, der juvenilen Tabes andererseits ein und bemerkt noch, dass es tabesähnliche Fälle von Lues cerebrospinalis gebe, während in dem vorgestellten Fall wirkliche Tabes vorliege.

Boedeker hält den Gang des Patienten nicht für einen tabischen und sichere tabische Symptome nicht für vorliegend.

Kalischer schliesst sich dem Vorredner darin an, dass die Diagnose Tabes nicht gesichert sei. Langsam wachsende Tumoren gummöser Art könnten das Fehlen der Patellarreflexe verursachen. Die Hyperästhesie schein ihm nicht ausgeprägt, die wechselnde Anästhesie spreche gegen Tabes. Es müssten dabei auch andere Symptome subjektiver Art aufgetreten sein. Der Gang habe wenig ataktisches, erinnere eher an cerebellare Ataxie, wobei an eine Neubildungluetischer Natur zu denken sei. Er würde den Fall zur Lues cerebrospinalis rechnen.

König ist derselben Ansicht; der Gang spreche nicht für Tabes, das Gesamtbild für Lues.

Veit erwidert, dass der Gang allerdings kein charakteristischer für Tabes sei, dass aber die Annahme einer Tabes ihm in Hinblick auf die übrigen Symptome als die wahrscheinlichste erschien.

42) van Vleuten (Dalldorf): Ueber transitorische Aphasie bei Alkohol-Delirien.

Der Vortragende machte Mitteilung über drei Fälle von atypischen Alkohol-Delirien, welche mit transitorischer Aphasie verbunden waren. Ein Vergleich dieser drei Fälle liess folgende gemeinsame Eigentümlichkeiten des Verlaufes feststellen. Der Beginn der Erkrankung war ein allmählicher, langsam, während einiger Wochen steigerten sich die deliriösen Erscheinungen; parallel damit ging eine langsame Entwicklung der aphasischen Störung, einer unvollständigen transkortikalen motorischen Aphasie. Auf der Höhe des Deliriums bestanden neben dieser Aphasie, die durch Beispiele aus den entsprechenden Protokollen belegt wurde, bewegte Halluzinationen des Gesichts, meist Tiervisionen, seltener Sinnestäuschungen des Gehörs. Die Orientierung war gestört, aber nicht sehr tief, die Aufmerksamkeit aber eine verhältnismässig gute, Suggestiv-Halluzinationen und Augendruckvisionen waren nicht hervorzurufen, ein Beschäftigungsdelirium zeigte sich nicht. Die motorischen Erscheinungen waren auffallend gering. Im Urin war Eiweiss nachzuweisen. Ohne kritischen Schlaf, fast so allmählich, wie es sich eingeschlichen, liess das Delirium auch wieder nach. In demselben Verhältnis besserte sich auch die Sprachstörung. Nach Ablauf des Deliriums bestand gute Erinnerung an die durchgemachte Krankheit. Die Annahme ergab in allen drei Fällen erheblichen Alkoholmissbrauch, daneben aber konnte sicher gestellt werden, dass bei allen drei Kranken früher epileptische Anfälle vorgekommen waren und zwar handelte es sich bei zweien um genuine Epilepsie. Alle drei zeigten sich frei von stärkerer Arteriosklerose. Apoplektische Insulte und Lähmungen waren bei keinem nachzuweisen.

Nachdem der Vortragende begründet hatte, weshalb es bei diesen Fällen ausgeschlossen sei, dass ein organischer Herd die Aphasie hervorgerufen, zugleich aber als Trauma gewirkt und ein Alkohol-Delirium nach sich gezogen habe, führte er aus, dass die beobachtete Aphasie, insbesondere die Unfähigkeit, Gegenstände zu benennen, nicht etwa durch Verkenntung, durch Illusionen oder Halluzinationen, durch das Versprechen der Deliranten oder gar durch Amblyopie vorgetäuscht sein könne. Es wurde dann hervorgehoben, dass nach dem klinischen Verlaufe weder Alkoholismus noch Epilepsie allein für diese Erscheinungsform verantwortlich zu machen sei, sondern beide zusammen. Der Vortragende verglich die Mitteilung Bonhoeffer's über ein Alkohol-Delirium mit Aphasie mit seinen Fällen und stellt als wesentlichen Unterschied fest, dass der Bonhoeffer'sche Fall in den ersten Tagen einen sehr schweren cerebralen Allgemeinzustand darbot, der bei seinen Fällen völlig fehlte. Schliesslich wies er auf die sehr grosse Aehnlichkeit hin, welche die kurz nach epileptischen Zuständen beobachteten ganz flüchtigen Aphasien, verglichen mit seinen drei Fällen, zeigen. Ein Urteil über die Häufigkeit derartiger epileptisch-alkoholischer Delirien mit Aphasie behielt sich der Vortragende vor. Die drei Beobachtungen fielen in den Zeitraum eines Jahres.

(Eigenbericht; eine eingehende Veröffentlichung wird noch erfolgen.)

43) **Reich** (Herzberge): Die in den Verhandlungen der internationalen kriminalistischen Vereinigung zu Stuttgart und des deutschen Juristentages zu Innsbruck vorgeschlagenen Massregeln bezüglich „vermindert Zurechnungsfähiger“ oder „geistig Minderwerter“ und sogenannter gemeingefährlicher Geisteskranker.

R. gibt ein ausführliches Referat der bekannten Verhandlungen und Thesen und stellt die Ansichten der Autoren, Juristen und Aerzte, die sich zu diesem Thema geäußert haben, in übersichtlicher und vergleichender Weise zusammen. (v. Liszt, Kahl, Leppmann, Mendel, Cramer, Kraepelin u. a.) Er bespricht folgende Fragen: Ist Berücksichtigung der verminderten Zurechnungsfähigkeit erforderlich und wünschenswert, worüber sich die Versammlungen positiv ausgesprochen haben, ferner die Abgrenzung der verminderten Zurechnungsfähigkeit gegenüber der Zurechnungsfähigkeit einerseits und Unzurechnungsfähigkeit andererseits, drittens die Gruppen der geistig Minderwertigen, viertens, was mit denselben überhaupt geschehen soll, endlich die Massnahmen der Sicherung. Zum Schluss setzt Redner seinen eigenen Standpunkt in diesen Fragen auseinander. Er hält eine Aenderung der Straf-milderungsbestimmungen und eine sorgfältige Ermittlung zweifelhafter Geistes-zustände durch den Richter für wünschenswert. Der Makel einer verminderten Zurechnungsfähigkeit sei nicht nötig. Beim Strafvollzug solle dem ärztlichen Einfluss mehr Spielraum gewährt werden, worin er Leppmann's Ansichten beipflichtete. Es sei Unrecht, wenn man die, gegen welche man Anstaltssicherung beschliesst, vorher noch bestraft. Die heilbaren Trinker gehören in Trinker-heilanstalten, die psychisch Kranken in Irrenanstalten und da die Minderwertigen ja Geisteskranken nicht sein sollen, so komme man um die Frage der Einrichtung besonderer Anstalten für diese Minderwertigen nicht herum. Ein näheres Eingehen auf die sehr ausführlichen Darlegungen des Redners ist in Gestalt eines Referats nicht möglich.

III. Bibliographie.

XV) **Max Offner**: Willensfreiheit, Zurechnung und Verantwortung. Begriffliche Untersuchungen aus dem Grenzgebiete von Psychologie, Ethik und Strafrecht. Leipzig. Joh. A. Barth 1904. 103 S.

Eine knappe, übersichtliche Darstellung der mannigfaltigen Lehren von der Freiheit des Willens mit Bezug auf sittliche und rechtliche Fragen, geschrieben von dem verbreiteten Standpunkte aus, dass der Wille zwar durchgängig bestimmt ist, dass sich jedoch erst unter dieser Voraussetzung eine Ethik aufstellen lässt. Namentlich die scharfe Analyse der Begriffe Zurechnung, Verantwortung und Verantwortlichkeit wird dem Psychiater wie dem Juristen interessant sein. Dass Verf. bei dem Versuche, die alten ethischen und juristischen Wörter und Begriffe in modifizierter Weise beizubehalten, in Widerspruch gerät, hat er mit anderen gemein, welche hier einen neuen Wein in faulen Schläuchen verderben. Statt allzu eingehender Wortuntersuchungen wäre vielleicht manchem eine tiefere psychologische Begründung wertvoller gewesen. So geht Verf. von der Zergliederung des Begriffes Freiheit aus, während er den — man weiss nicht recht welchen — Begriff des Willens als gegeben voraussetzte. Augenscheinlich aber ist mit der jeweiligen Willenslehre ein gut Teil des Weges festgelegt. Entscheidet sich jemand z. B. für die Annahme einer Mechanik des Seelenlebens, so braucht er sich mit der Widerlegung des Indeterminismus nicht viel abzuplagen. Wo kein Wille vorhanden ist oder sich dies Phänomen aus Elementen zusammensetzt, welche überall bedingt erscheinen, kann von absoluter Freiheit von vornherein nicht die Rede sein.

Arndt (Tübingen).

XVI) **Max Fischer** (Illenau): Die Benennung der Krankenhäuser für Geisteskranke. Halle, C. Marhold.

Der Verfasser ist ein Gegner der von irrenärztlicher Seite ausgehenden Bewegung, die Ausdrücke „Irrenarzt und Irrenanstalt“ zu tilgen. Er analysiert die bisher gemachten Vorschläge zur Aenderung dieser Bezeichnungen und kommt zum Schlusse, dass sich keine der vorgeschlagenen Bezeichnungen so gut eignet, wie die bisherige. Es handelt sich bei den meisten Aenderungen um solche, welche, wie z. B. geirntkrank, das Vorurteil des Publikums nicht beseitigen würden, oder welche zwar milder und harmloser klingen, aber nicht den richtigen Charakter der Anstalt erkennen lassen. Hierher gehören alle Bezeichnungen wie Nerven- oder Gemüthsheilstätte, Heil- und Pflegeanstalt, Landesgenesungsheim etc. Zusammensetzungen mit Seele wären wohl sehr geeignet, aber Verf. glaubt, wenn man von Seelenheil- und Pflegeanstalt etc. spräche, würde sich zu sehr das religiöse und moraltheologische Moment vordrängen und der Einbürgerung des Wortes hinderlich sein. Zusammensetzungen mit Psyche sind als Fremdwörter auch nicht brauchbar. Ebenso wenig hat eine Uebernahme des holländischen Wortes Kranksinning einen Zweck. Allen diesen Bezeichnungen gegenüber steht das Wort „irre“, das deutsch, kurz und prägnant ist. Verfasser weist dann an der Hand eines historischen und literarischen Ueberblicks nach, dass in der Tat das Wort irre keine verächtliche Beimischung habe und dass die dieser Bezeichnung anhaftenden Vorurteile nur künstlich beigemenget sind. Diese Vorurteile müssen beseitigt werden. Die

falschen Auffassungen müssen durch Aufklärung getilgt werden. Weder für den Kranken noch für dessen Familie soll die Geisteskrankheit als Schande gelten. Ist das Publikum erst so weit erzogen, dann wird das Wort Irrenanstalt und Irrenarzt keinen Anstoss mehr erregen. Verfasser empfiehlt zur Benennung die Bildungen: Irrenheilstätte, Irrenpflegestätte, Irrenheil- und Pflegestätte, Irrenpflegeheim, Irrengenesungsheim. Auch ist er der Ansicht, dass es praktisch und nützlich wäre, jeder Irrenanstalt eine Abteilung für nervöse Kranke anzuschliessen. Jedenfalls will er den Vorurteilen keine Konzession machen, sondern sie durch Aufklärung niederkämpfen.

Dreyfus (Würzburg).

XVII) **Georg Merzbach**: Die Lehre von der Homosexualität als Gemeingut wissenschaftlicher Erkenntnis. Berliner Monatsschr. für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene. Leipzig 1904.

Merzbach unternimmt es, die Lehre von der Homosexualität weiten ärztlichen Kreisen bekannt zu machen. Ein Unternehmen, das an sich verdienstlich zu nennen ist; denn in der Tat ist vielen Aerzten diese Lehre noch ein fremdes Gebiet.

Von dem, was Merzbach sagt, ist das meiste als richtig anzusehen, nur gegen zwei Dinge muss ich mich, wie schon früher, auch diesmal wenden. Das erste ist die behauptete absolute Unbeeinflussbarkeit durch die Therapie. Merzbach, der die Literatur dieses Gebietes genug kennt, wird ja gesehen haben, dass eine Reihe guter Beobachter nicht seiner Ansicht sind und eine Therapie nicht für aussichtslos halten; eine Therapie ist ja auch bei andern Perversionen — Sadismus z. B. — nötig und nützlich, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann; warum sollte sie gerade bei der Homosexualität versagen? Zum zweiten muss ich mich wiederholt energisch gegen den Versuch wenden, die Homosexuellen zu glorifizieren und als etwas feiner organisiertes, Höherstehendes anzusehen.

G. Flatau (Berlin).

IV. Referate und Kritiken.

44) **Roterling**: Das Landstreichertum im früheren Mittelalter.

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 1904.)

Roterling's Arbeit ist eine kulturhistorische Studie. Sie dürfte auch für den Psychiater, der sich mit den geistigen Anomalien der Vagabunden und Bettler beschäftigt, von geschichtlichem Interesse sein. Spielmeier.

45) **Cramer**: Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung?

(Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1904.)

Durch die bedingte Strafaussetzung und Begnadigung wird einmal die Möglichkeit gegeben, in zweifelhaften Fällen durch länger dauernde Beobachtung zu einer besser begründeten Entscheidung zu kommen, ob eine strafbare Handlung der Ausfluss einer geistigen Störung war oder nicht. Es wird dadurch an Zeit gewonnen, und das ist bei einer Reihe von Psychosen sehr wesentlich, da sich bei solchen oft eindeutige Zeichen einer geistigen Erkrankung

gleich nach dem Delikt nicht nachweisen lassen, obschon dieses die Folge einer krankhaften Aenderung der Persönlichkeit war. Das gilt besonders für die arteriosklerotischen Atrophien, für manche präsenilen Geistesstörungen, auch für die progressive Paralyse, seltener für die Epilepsie und die Paranoia; besondere Schwierigkeiten aber bieten manche Fälle von langsam sich entwickelndem Schwachsinn bei Jugendlichen. Der Besitzstand der Kenntnis, das Vorstellungsvermögen zeigen noch keine nachweisbaren Lücken; und doch haben die vornehmsten Leistungen des Gehirnes bereits erheblich gelitten: der Verlust der ethischen und altruistischen Gefühle führt zu dem Konflikt mit dem Strafgesetzbuch. Durch die Anwendung der bedingten Strafaussetzung würden in allen diesen Fällen „zwar die Verurteilungen nicht vermindert“, wohl aber die für den Kranken „namentlich im Beginn seiner Erkrankung ausserordentlich schädlichen“ Folgen der Straftaft verringert werden und es würde die Möglichkeit gegeben sein, „bevor die Strafe angetreten ist, falls im weiteren Verlaufe die Krankheit sich deutlich markiert, das Verfahren nochmals aufzunehmen und dem Kranken die Freisprechung zu verschaffen, die ihm gebührt“.

Von der bedingten Strafaussetzung und Begnadigung lässt sich zweitens erwarten, dass sie bei einer Gruppe von Fällen, die den sogenannten Grenzzuständen angehören, „Hemmungen ersetzt, welche aus krankhafter Ursache fehlen“. Was hier an ethischen Vorstellungen mangelt, das scheint — wie die Erfahrung lehrt — durch das „Damoklesschwert“ der im Rückfall drohenden Strafe in gewisser Weise ausgeglichen zu werden. Zu dieser Gruppe gehören leichtere Schwachsinnfälle, Dégénéérés, chronische Alkoholisten und manche Hysterische.

Spielmeyer.

46) **Naecke**: Zur Frage der Behandlung jugendlicher Verbrecher. (Monatsschr. f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform. 1904.)

Der von R. mitgeteilte Fall eines schwachsinnigen jugendlichen Verbrechers soll als Beispiel dienen für die mangelnde Sorgfalt, mit der in praxi die im § 56 Str.-G.-B. aufgeworfene Frage nach „der zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer Handlung nötigen Einsicht“ gewöhnlich beantwortet wird. Die Mitteilung lehrt, wie recht Aschaffenburg hat mit seiner Klage darüber, „dass durch die Wahl des Ausdrucks im § 56 dem subjektiven Ermessen ein unerwünscht weiter Spielraum gelassen sei“. Sie spricht ferner für die Notwendigkeit von Naecke's Forderung, dass vor der Beantwortung der Frage, die leider nur zu oft rein schematisch nach äusseren Kriterien erfolgt, immer der Lehrer und bei irgendwie verdächtigen Fällen auch der psychiatrische Sachverständige gehört werden soll. Bei der Häufigkeit aber, mit der sich gerade bei Jugendlichen Beziehungen zwischen Verbrechen und psychischer Minderwertigkeit finden, sollte man doppelt vorsichtig sein, und zwar nicht allein in der Beurteilung der zur Frage stehenden „Einsicht“, sondern auch in dem Urteil, in der Bemessung der Strafe. Bei den meisten dieser jugendlichen Rechtsbrecher wirkt die Straftaft im höchsten Grade verderblich; sie gehören in Zwangs- oder Fürsorgeerziehungsanstalten oder auch in Irrenanstalten.

Spielmeyer.

47) **W. Specht** (Tübingen): Beitrag zur klinischen Bedeutung und Pathogenese des Babinski'schen Reflexes.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1903.)

Specht berichtet von seinen Beobachtungen über die Plantarreflexbewegung,

die er an 430 Individuen angestellt hat. Für den normalen Plantarreflex ergibt sich daraus, dass er in einer Beugung der Zehen besteht, deren Intensität mit der Stärke des applizierten Reizes wächst; neben dieser Flexionsbewegung laufen noch einfache und komplizierte Reflexbewegungen in dem Fussgelenk und der Muskulatur des Oberschenkels ab. Das markanteste Phänomen beim pathologischen Zehenreflex ist die Extension der Grosszehe, ungeachtet des Verhaltens der übrigen Zehen. Auf Grund seiner Erfahrungen sieht Specht in diesem Phänomen ein verlässliches Symptom der Pyramidenbahndegeneration; wo es sich sonst — d. h. beim Fehlen einer Pyramidenstrangerkrankung — findet, ist es wahrscheinlich der Ausdruck einer funktionellen Schädigung der kortikomotorischen Bahn. Spielmeier.

48) **H. Schmidt:** Die intraepithelialen freien Nervenendigungen bei *Helix* und ihre Beziehungen zu Sinneszellen und Drüsen.

(Anatomischer Anzeiger 1902.)

Die Arbeit bringt neue Untersuchungen über die peripheren Nervenetze bei Mollusken, speziell bei *Helix*, die eine Fortsetzung früherer Mitteilungen des gleichen Autors bilden. Die Resultate wurden mit Hilfe der Smirnow'schen Modifikation der Golgi-Methode gewonnen.

In der Molluskenhaut liegen zwei Nervenplexus: ein tiefer, der wohl schon der Muskulatur angehört (Bethe), und ein oberflächlicher, der in innigen Beziehungen zu Drüsen- und Rezeptionszellen steht. Letztere sind bipolare Elemente, die in Haufen zusammenliegen und deren einer Fortsatz frei im Epithel endet, während der andere zu einem zentralen Ganglion zieht. Diese Elemente werden ebenso wie die Drüsengänge von dem oberflächlichen Plexus, der kleine Zellen eingelagert enthält, dicht umspinnen. Spielmeier.

49) **J. Donath:** Der Phosphorsäuregehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei verschiedenen, insbesondere bei Nervenkrankheiten.

(Zeitschrift f. physiologische Chemie 1904.)

Die Phosphorsäurebestimmungen ergaben die höchsten Mittelwerte bei Tumor cerebri, Tabes dorsalis und progressiver Paralyse, das heisst also bei Erkrankungen, die mit einem schnellen Zerfall von Nervengewebe einhergehen. Diese Gruppe von organisch-nervösen Erkrankungen zeichnet sich auch dadurch aus, dass bei ihnen der Eiweissgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit erhöht ist. Die Durchschnittswerte bei Epilepsie (die mit den genannten Krankheiten im Cholin gehalt der Cerebrospinalflüssigkeit übereinstimmt) sind nicht höher als bei anderen Neurosen, langsam fortschreitenden Nervenkrankheiten und anderen Erkrankungen. Spielmeier.

50) Publications of Cornell University Medical College. Studies from the Departement of Neurology.

(New-York City 1904.)

Eine Sammlung von klinischen und vornehmlich pathologischen Untersuchungen, die während der ersten Hälfte dieses Jahres in der neurologischen Abteilung der New-Yorker Universität ausgeführt wurden. Zum grösseren Teile sind es kasuistische Mitteilungen, bei denen besonderes Gewicht auf die anatomischen Ergebnisse gelegt wird. Hierher würden gehören die Publikationen von Ramsay Hunt: ein Fall von schwerer Hirnhaemorrhagie bei einem 21jährigen, nichtluetischen Menschen; ein Stirnhirntumor mit

vorherrschenden psychischen Symptomen (Apathie und Demenz); die anatomische Untersuchung einer Kompressionsmyelitis mit besonderer Rücksicht auf den Verlauf des Gowers'schen Bündels (Marchi-Methode); ein pathologisch-anatomischer Beitrag zum Friedreich'schen Paramyoclonus multiplex; über angeborene Cysten des vierten Ventrikels. Mehr klinisches Interesse haben die Ausführungen des gleichen Autors über die Kombination von multipler Sklerose mit progressiver Paralyse. Ebenfalls klinischer Art sind die Publikationen von Charles L. Dana, die von den Uebungsmethoden bei Tabes, Parkinson'scher Krankheit und Aphasie handeln, und die therapeutischen Besprechungen des gleichen Autors über die Diätetik bei der Epilepsie. Von Dana und Ramsay Hunt sind dann noch eine Reihe von klinisch-anatomischen Arbeiten veröffentlicht, die vornehmlich kasuistischen Wert haben; das gleiche gilt von den Untersuchungen Frenkel's. Unter den letzteren scheint mir von besonderem Interesse die Arbeit über zentrale Neurofibromatose, speziell über Neurome des Acusticus. Die Erfahrungen der Forscher über die Cytodiagnose bei nervösen Erkrankungen stimmen mit den französisch-deutschen überein. Spielmeier.

51) **Hetzel** (Wiesbaden): Kapitel „Nervensystem“ aus dem Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Herausgegeben von Schröder und Blumenfeld. Leipzig 1904.

Die mannigfachen Schädigungen des Nervensystems, die im Verlaufe einer chronischen Lungentuberkulose auftreten können, werden übersichtlich zusammengestellt und in drei Abschnitte gesondert: in die allgemeinen psychischen Störungen (Neurosen, Psychosen), in die organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und in die Erkrankungen des peripherischen Nervensystems.

Im ersten Teile wird besonders der Erfahrung Rechnung getragen, dass der Beginn der tuberkulösen Lungenaffektion sich hinter dem Bilde einer Neurasthenie verbergen kann. Auf die allgemeinen Wandlungen der Psyche, speziell auf das „ungenierte Hervorkehren der ursprünglichen Charakteranlage“, auf die grosse Labilität in Stimmung und Willenstätigkeit wie auf mannigfache andere psychische Symptome des Phthisikers wird kurz verwiesen. Unter den Psychosen hätten wohl die Amentia und die infektiösen Schwächezustände genannt werden müssen. Bei den organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wird auch der nicht spezifisch tuberkulösen Affektion gedacht; der einfachen serösen Meningitis und des Hydrocephalus. Hier hätte wohl auch die Grosshirnencephalitis genannt werden dürfen, in deren Aetiologie schwere Lungentuberkulose eine hervorragende Rolle spielt (Ziegler). Endlich sei noch auf Hetzel's Ausführungen über die funktionellen Störungen im peripherischen Nervensystem hingewiesen. H. würdigt in diesem Kapitel besonders die Head'schen Darlegungen über die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Erkrankungen der Lunge können durch Vermittlung des Sympathicus und Vagus reflektorisch Nervenreizungen auslösen, die sich in Neuralgien und Hyperalgien äussern. Die betreffenden Hautbezirke liegen in der Hals-, Nacken- und Thoraxregion und im Trigeminusgebiete.

Am ausführlichsten werden entsprechend dem Zwecke des Handbuches die therapeutischen Massnahmen besprochen. Spielmeier.

52) **Oppenheim**: Ueber einige bisher wenig beachtete Reflexbewegungen bei der Diplegia spastica infantilis.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1903.)

Die gesteigerte Schreckhaftigkeit bei dieser Krankheit, d. h. das gewaltsame Zusammenfahren oder gar das Auftreten von epileptischen Anfällen bei mehr oder weniger starken Geräuschen, lässt sich wahrscheinlich auf eine erhöhte motorische Erregbarkeit zurückführen. Es handelt sich um eine Steigerung acustisch-motorischer Reflexvorgänge, also um eine Erscheinung, die der Steigerung der einfachen niederen Reflexe verwandt ist. Die Richtigkeit dieser Auffassung wird durch einen eindeutigen und klar beschriebenen Fall bewiesen.

Bei den Kindern mit Diplegia spastica — und zwar mit der Form, die Oppenheim als „infantile Pseudobulbärparalyse“ abgegrenzt hat — ist der physiologische Saugreflex in ungewöhnlicher Weise gesteigert: durch einfache Berührungsreize lässt sich eine Serie von Reflexbewegungen, nämlich von Schmeck-, Saug-, Kau- und Schluckbewegungen auslösen. Diese Steigerung „phylogenetisch tiefstehender kombinierter Reflexakte, die auf einer erhöhten Erregbarkeit gewisser beim Fressakt tätiger subkortikaler Zentren zu beruhen scheint“, erhält sich oft auffallend lange; in den beiden beschriebenen Fällen bis zum fünften Jahre. Dieses Symptom beschränkt sich jedoch nicht nur auf die erwähnten Diplegieformen, sondern kommt auch bei andern Zuständen vor, wo die Funktionen des Grosshirns passager ausgeschaltet sind. So konnte ihn Oppenheim in einem Falle von Coma epilepticum bei einer 50jährigen Frau auslösen.

Spielmeier.

53) **Graves**: Ueber Lückenbildung zwischen den einzelnen Zähnen; ein frühdiagnostisches und bisher wenig bekanntes Zeichen der Akromegalie.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904.)

Die Arbeit stammt aus der Poliklinik Oppenheim's. Verf. teilt drei eigene Beobachtungen von Akromegalie mit, bei denen sich ganz im Beginne der Erkrankung, noch ehe eine Vergrößerung der Körperenden deutlich war, Lücken zwischen den Zähnen des Unterkiefers nachweisen liessen. Dieses eigenartige Symptom erklärt sich aus den hypertrophischen Vorgängen am Unterkiefer, die ja bekanntlich, als hervorstechendstes Merkmal, die Progenie erzeugen. Aber noch ehe dieselbe deutlich ausgebildet ist, treten Lückenbildungen auf, da ja der Unterkiefer in allen seinen Abschnitten zunimmt, während die Zähne an dieser Vergrößerung keinen Anteil haben. So kommt es, dass die früher dicht stehenden Zähne auseinander weichen.

Spielmeier.

54) **Reh**: Ueber das Verhalten der Reflexe bei Hirntumoren.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904.)

Die Arbeit stammt aus Fürstner's Klinik. Sie enthält eine Durchsicht der einschlägigen Literatur und bringt eine tabellarische Zusammenstellung über das Verhalten der Patellarreflexe, deren wesentlichste Ergebnisse folgende sind: Die Patellarreflexe sind grösstenteils pathologisch herabgesetzt, bisweilen aber auch krankhaft gesteigert oder — trotz anatomisch nachweisbarer Wurzel- resp. Hinterstrangdegeneration — normal. Zur Erklärung dieses differenten Ver-

haltens kommt der verschiedene Grad und Sitz der Hinterstrangdegenerationen in Betracht, die am regelmässigen bei Grosshirntumoren gefunden werden.
Spielmeyer.

55) **L. Mann** (Breslau): Zur Symptomatologie des Kleinhirns (über cerebellare Hemiataxie und ihre Entstehung).

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904.)

Ein Fall von halbseitiger Bewegungsataxie der Extremitäten und diffuser halbseitiger Muskelatrophie; Sensibilität überall intakt; auf der hemiataktischen Seite deutlicher Babinski. Der Fall liefert den Beweis für die Richtigkeit des von Mann schon früher aufgestellten Satzes, dass Hemiataxie ohne nachweisbare Störungen der Sensibilität als ein Lokalsymptom der gleichnamigen Kleinhirnhälfte angesehen werden darf. In diesem Falle war es ein apfelsinengrosser Tumor des Occipitalhirnes, der der linken Kleinhirnhemisphäre aufsass und einen starken Druck auf dieselbe ausübte. — Das Symptom der Hemiataxie bei halbseitigen Kleinhirnerkrankungen erklärt sich „aus dem Ausfall derjenigen unbewusst verlaufenden Erregungen, welche von den Innervationsvorgängen der Muskulatur ausgehen, das Kleinhirn passieren und von dort vermittelt der Bindearmbahn als unerlässliche Elemente für die Ausführung koordinierter Bewegungen der motorischen Grosshirnrinde zugeleitet werden“.

Spielmeyer.

56) **Schott**: Beitrag zur Lehre von der sogenannten originären Paranoia.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904.)

Schott teilt einen Fall mit, bei dem die Annahme einer „originären Paranoia“ (Sander) wegen des originären Charakters der Wahnideen und wegen der ursprünglichen neuropathischen Konstitution der Kranken in Betracht kommen könnte. Schott erörtert weiter die Beziehungen dieses Falles zur Dementia praecox, speziell zur Hebephrenie, und entscheidet sich schliesslich dafür, dass es sich in seinem Falle um eine „Paranoia chronica hallucinatoria“ gehandelt habe.

Spielmeyer.

57) **Knapp**: Ein Fall von Tastlähmung und Jackson'scher Epilepsie und seine günstige Beeinflussung durch Entfernung von adenoiden Vegetationen.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904.)

Ein siebenjähriger Junge, der nacheinander an Lungenentzündung und Keuchhusten gelitten hat, erkrankte kurze Zeit nach der Genesung vom Keuchhusten an plötzlich einsetzenden, linksseitigen Jackson'schen Krämpfen, an einer Parese des linken Armes und Beines und einer Störung in der Gebrauchsfähigkeit der linken Hand. Es entwickelt sich im Laufe von zirka zwei Monaten eine spastische Parese des linken Armes und Beines, eine linksseitige Steigerung sämtlicher Sehnenreflexe und eine ausgesprochene Tastlähmung der linken Hand. Mit der Entfernung von adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum, die die Atmung stark beeinträchtigten, bessern sich die Störungen im Nervensystem, speziell sistieren die Anfälle auffallend prompt.

Knapp erklärt den günstigen Erfolg der Operation durch die Annahme, dass der „durch die cerebrale Erkrankung gesetzte Reiz nicht intensiv genug war, um Krämpfe auszulösen, wohl aber, als der durch die Wucherungen bedingte Reiz hinzutrat, dass es sich also um eine Addition von Reizen handelte“;

9*

durch die Entfernung der adenoiden Geschwülste sei der eine Faktor ausgeschaltet worden. Bezüglich der Frage, welcher Art der krankhafte Hirnprozess gewesen, äussert sich K. dahin, am wahrscheinlichsten habe es sich um ein Gliom oder um einen solitären Tuberkel gehandelt. Warum K. die Annahme eines encephalitischen Prozesses (allerdings nicht „encephalitischer Narben“, pg. 263) so entschieden zurückweist, erscheint mir nicht ganz verständlich, zumal doch die postinfektiöse Entstehung einer Grosshirnencephalitis hinreichend bekannt ist, ebenso wie das Vorkommen von Reiz- und Lähmungserscheinungen, die ohne alle Fiebersymptome verlaufen und sich zurückbilden können. Spielmeyer.

58) **Kleist** (Pharmaceutisches Institut, Berlin): Ueber die physiologische Wirkung des Veronals.

(Therapie der Gegenwart. 1904.)

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Veronals auf Frösche, Hunde, Kaninchen, auf Bakterien und auf Blut. Die Resultate dieser Untersuchungen sprechen entschieden zugunsten seiner therapeutischen Verwendung. Betont wird dabei vor allem die eiweiss sparende Wirkung des Veronals, derentwegen dasselbe bei fieberhaften Erkrankungen vor anderen Hypnotika den Vorzug verdient. Die Promptheit seiner Wirkung hängt besonders davon ab, dass die Substanz in Lösung dargereicht wird. — Ausser dem Zentralnervensystem beeinflusst das Veronal noch die Gefässe, speziell die Nierengefässe: es tritt eine Erweiterung derselben ein, die eine Mehrausscheidung von Wasser und festen Stoffen durch den Harn zur Folge hat. Eine Nierenreizung nach Veronalgebrauch wurde nicht festgestellt. Spielmeyer.

59) **Peugniez und Philippe**: Hémisection traumatique de la moelle (syndrome de Brown-Sequard).

(Arch. de Neurol. Dezember 1903.)

Der klinisch nur dürftig beobachtete Kranke zeigte 1887 im Anschluss an eine Messerverletzung mit tiefer Wunde rechts vom Dornfortsatz des dritten Dorsalwirbels nach anfänglicher totaler Paraplegie die Symptome einer Brown-Sequard'schen — rechtsseitigen motorischen, linksseitigen sensiblen — Lähmung. 1893 war diese noch fast unverändert vorhanden, 1897 etwas zurückgegangen, sowohl die motorische, insofern als das Gehen möglich geworden war, wie auch die sensible: die verschiedenen Reizarten wurden allerdings nur in Form einer schmerzhaften und schlecht lokalisierten „Erschütterung“ empfunden, die Wärmeempfindung war ganz zurückgekehrt. 1901 brach die alte Narbe auf und eiterte. Bei der Aufnahme in die Klinik war Patient schon comatös und an allen vier Extremitäten gelähmt, reagierte auf keinerlei Reize; sämtliche Reflexe fehlten. Die Autopsie ergab, dass die Messerspitze stecken geblieben war und nach Durchquerung des Wirbelkanals sich in die Zwischenwirbelscheibe zwischen den 5. und 6. Dorsalwirbel eingepohrt hatte. In der Ausdehnung von 2 cm bestand das Mark nur aus einem dünnen links gelegenen, in verdickte mit ihm fest verwachsene Meningen eingehüllten Strang. Der oberhalb gelegene Teil war makroskopisch intakt, längs des unteren zogen sich bis zur Cauda equina Reste von alten Blutungen hin. Mikroskopisch waren im Niveau der Verletzung neben einigen „einen gewissen Grad von Atrophie zeigenden“ Fasern (mit Axenzylindern, aber ohne Markscheide) noch unversehrt erhaltene sichtbar, auch ein Rest der grauen Substanz — des linken Vorderhorns — mit ver-

einzelten Zellen liess sich nachweisen. Die Wurzelbündel waren rechts so gut wie völlig atrophiert, links, besonders die hinteren, noch leidlich erhalten. Die Beschreibung der sekundären Degenerationen im oberen und unteren Rückenmarksabschnitt beschränkt sich auf kaum weiter zu verwertende Andeutungen.

Die Verfasser weisen noch besonders darauf hin, dass das Nervengewebe gegenüber Fremdkörpern so sehr tolerant sich verhält und auf die Anwesenheit eines solchen nicht mit eitrigen oder doch wenigstens ausgedehnten entzündlichen Prozessen geantwortet hat; die vorhandenen entzündlichen Veränderungen waren frischer Natur und die unmittelbare Folge der Eiterung, die durch sekundäre Infektion aus den trophischen Störungen (vereiternde Decubitusstellen) erklärt wird. Bennecke (Dresden).

60) **Meige et Feindel**: *Infantilisme myxoedémateux et maladie de Recklinghausen.*

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 232.)

Bei einem 18jährigen Mädchen fanden die Autoren die Kombination von myxoedematösem Infantilismus und Neurofibromatosis generalis. Beide Krankheiten waren allerdings nicht in vollkommener Ausbildung vorhanden. Die Verfasser verweisen auf die möglicherweise bestehenden ursächlichen Beziehungen der beiden Krankheiten. Cassirer

61) **Richon**: *Un cas de syphilis héréditaire tardive à forme cérébro-spinal.*

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 84.)

Ein 11jähriger Knabe, über dessen hereditäre Verhältnisse nichts bekannt ist, kommt zur Aufnahme mit einer fistulösen Knochenveränderung am linken Os parietale. Keine Zeichen von hereditärer Syphilis. Antisyphilitische Behandlung ohne Erfolg. Später rechtsseitige Jackson'sche Epilepsie, dann rechtsseitige spastische Hemiparese, schliesslich Abnahme des Seh- und Hörvermögens und der geistigen Fähigkeiten. Eine operative Behandlung hat auch keinen Erfolg gehabt. Die Krankengeschichte ist im übrigen sehr unvollständig. Tod nach 3 $\frac{1}{2}$ Jahren. Die Sektion ergibt neben angeborenen Anomalien des Gehirns eine Meningoencephalitis fibrosa, die unmittelbar unter dem Knochendefekt liegt und die Ursache der Jackson'schen Epilepsie war, eine Erweichung im Kleinhirn und eine ausgedehnte Meningitis basilaris und spinalis. Der syphilitische Charakter der gesamten Veränderungen ist wohl nicht ganz sicher; wenigstens ist, wie auch der Verfasser zugibt, die Abgrenzung von einer tuberkulösen Genese sehr schwierig. Cassirer.

62) **Lannois et Porot**: *Un cas de myopathie atrophique progressive avec troubles de la sensibilité.*

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 108.)

Fall von Myopathie, der, wie so häufig, sich nicht unter einen bestimmten Typus einreihen liess. Bei einem jetzt 38jährigen Manne, der hereditär neuropathisch belastet ist, ohne dass in seiner Familie bisher speziell Muskelkrankungen aufgetreten waren, begann das Leiden im Alter von 10 Jahren mit Schwäche der Beine und zeitweilig heftigen lanzierenden Schmerzen. Unter Fortbestehen dieser breitete die Schwäche sich immer weiter auch auf die Arme aus. Jetzt besteht eine Lähmung beider Beine, die in deren proximalen Abschnitten eine totale ist, während in den peripheren noch einzelne Muskeln und Muskelgruppen (z. B. die Beuger des Fusses) etwas funktionieren; eine

ähnliche Verteilung bietet die Lähmung an den Armen; hier ist die Atrophie sehr deutlich, während sie an den Beinen durch Pseudohypertrophie verdeckt ist. Das Gesicht ist frei. Es bestehen ausgebreitete Kontrakturen an den Beinen durch Sehnenverkürzungen. Die Sehnenphänomene sind überall aufgehoben; die elektrische Erregbarkeit ist sehr stark herabgesetzt. Am meisten fällt auf, dass ausser den fortdauernden subjektiven Sensibilitätsstörungen auch ausgebreitete objektive bestehen: Hypalgesien an beiden Armen und Beinen; hier sind nur die Vorderpartien der Oberarme, die Füsse und die Wadengegend normal empfindend. Cassirer.

63) **Marchand**: Un cas de sclérose symétrique des lobes occipitaux. (Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 100.)

Bei einer seit dem 18. Lebensjahr an typischen epileptischen Anfällen leidenden Kranken entwickelte sich fünf Jahre vor dem Tode erst eine rechtsseitige, dann eine linksseitige Hemianopsie, zugleich damit eine gewisse Schwierigkeit des Sprechens ohne Störung des Sprachverständnisses. Eine Untersuchung kurz vor dem Tode ergab doppelseitige Hemianopsie mit Erhaltenbleiben eines minimalen zentralen Gesichtsfeldes. Aufhebung der Orientierungsfähigkeit, Intaktheit der Pupillenreaktion, also das für derartige Fälle klassische Bild. Tod im Status epilepticus. Die Sektion lässt eine hochgradige Sklerose beider Occipitallappen, Verdickungen und Verwachsungen der Hirnhäute über diesen, in den sklerotischen Partien auch isolierte Erweichungsherde erkennen. In den Occipitallappen sind nur geringfügige Reste normaler markhaltiger Nervenfasern noch nachweisbar, die aber anscheinend zur Aufrechterhaltung des zentralen Gesichtsfeldes genügt haben. Cassirer.

64) **Sicard et Lalznel-Lavostine**: Trophoedème chronique acquis et progressif.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 30.)

Bei einem jungen Mädchen von 27 Jahren, das hereditär belastet ist, kommt es nach einem leichten Trauma (Umknicken des linken Fusses) zu einem schmerzhaften Oedem an der Stelle der Kontusion. Das Oedem schwindet anfangs wieder, stellt sich dann aber von neuem ein und entwickelt sich in subakuten Schüben im Verlauf von zwei Jahren allmählich progressiv, so dass jetzt das ganze linke Bein von der Schwellung befallen ist, die sogar am Oberschenkel auf die andere Seite überzugehen beginnt. In der Rückenlage ist die Schwellung hart, die Haut ist glatt, blass, kalt; beim Stehen nimmt die Schwellung zu, wird etwas weicher, die Haut ist weich, rot, schmerzhaft. Keinerlei sonstige motorische oder sensible Störungen; keine Zeichen von Hysterie, keine die Zirkulation beschränkenden Verhältnisse. Es handelt sich um eine Oedemform, die dem von Meige beschriebenen Trophoedem sehr nahe steht. Cassirer.

65) **Durante**: Névrome adipeux diffus du médian; resection; régénération autogène.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 321.)

Die von Durante mitgeteilte Beobachtung bedarf einer etwas ausführlicheren Wiedergabe, weil sie von grosser Wichtigkeit für die seit den Experimenten Bethe's erneut auf der Tagesordnung stehende Frage der sogenannten autogenen Regeneration ist, d. h. für die Frage, ob eine Regeneration des peri-

pheren Nerven, der dauernd von seinem spinalen Zentrum abgetrennt bleibt, möglich ist. Durante glaubt in seinem Fall das erste Beispiel einer derartigen autogenen Regeneration beobachtet zu haben. Bei der Sektion einer an Nephritis gestorbenen 28jährigen Frau fand sich eine lineare Operationsnarbe am linken Unterarm, und es stellte sich heraus, dass der Nervus medianus in der ganzen unteren Hälfte des Unterarms fehlte. Weitere Nachforschungen ergaben, dass drei Jahre früher eine Resektion des Nervus medianus wegen eines Neurofibroms, das bei der damals 23jährigen Frau schon in der Kindheit aufgetreten war und schliesslich heftige Schmerzen bedingt hatte, vorgenommen worden war. Es waren danach Lähmungs- und sensible Ausfallserscheinungen nur in beschränktem Umfange eingetreten (Parese der Daumenballenmuskeln, wenig ausgedehnte Anästhesie, die nur zeitweilig das ganze Handgebiet des Nerven betraf und schliesslich ganz verschwand). Die Sektion ergab also das Fehlen eines grossen Abschnittes des Nervus medianus und zwar auf einer Länge von 17 cm. Am peripheren Ende des zentralen Stumpfes findet sich ein umfangreiches Neurom, der Stumpf ist weiterhin ausserordentlich verdickt, die Verdickung reicht mit abnehmender Stärke bis in die Achselhöhle; auch am peripheren Stumpf findet sich ein Neurom, von dem die hypertrophischen Fingerverzweigungen des Nerven ausgehen. Histologisch weist das zentrale Neurom den Bau der Amputationsneurome auf; höher oben sind die Nervenbündel von einem verdickten Perineurium umgeben, zwischen das sich Fettgewebe eingedrängt hat; es finden sich sehr zahlreiche marklose und auch markhaltige, sowohl schmale wie breite Fasern. Die Markscheide zeigt mancherlei Unregelmässigkeiten, Unterbrechungen, rosenkranzartige Bildungen etc. Im peripheren Stumpf findet man in der Höhe des Neuroms keine markhaltigen Nervenfasern, aber Querschnitte lassen eine grosse Anzahl von breiten nackten Fasern erkennen, die allein aus Protoplasmabändern ohne weitere Differenzierung bestehen; weiter peripherwärts findet man dann aber Nervenfasern, die alle möglichen Uebergänge zwischen ausgebildeten, markhaltigen Nervenfasern und nackten Axenzylindern zeigen. Auf die genau beschriebenen histologischen Details kann nicht eingegangen werden; jedenfalls ist sicher, dass in einem von jeder Verbindung mit dem Zentrum gelösten peripherischen Stumpf Erhaltenbleiben oder Regeneration von Nervenfasern nachgewiesen wurde, was durchaus dem Waller'schen Gesetz widerspricht. Der Fall ist aber in einer Beziehung nicht ganz einwandfrei: Es ist nämlich nicht ausgeschlossen, dass hier von vornherein abnorme Anastomosen zwischen Medianus und Ulnaris bestanden haben, da es sich ja anscheinend um eine kongenitale Affektion handelt; und dass auf diese Weise das periphere Ende des Nerven noch nicht ganz einem zentralen Einfluss entzogen gewesen wäre. Auf solche präformierte Verbindungen deuten die geringen Ausfallserscheinungen nach der Operation. Bei der Sektion ist auf solche abnormen Verbindungen anscheinend nicht geachtet worden. In jedem Falle erweckt aber die Beobachtung Durante's doch das grösste Interesse und verdient ganz besondere Beachtung. Cassirer.

66) **Sklarek und van Vleuten:** Gleichzeitige geistige Erkrankung bei drei Geschwistern.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXI, 5.)

Der älteste Bruder war seit langem geistig erkrankt unter Halluzinationen und Verfolgungsideen. Unter seinem Einfluss nahmen ein jüngerer Bruder und

eine Schwester die Furcht vor nächtlichen Einbrüchen an, bis auch sie verdächtige Geräusche wahrzunehmen meinten und an die Möglichkeit nächtlicher Besuche der Wohnung durch Einbrecher glaubten. Sie standen gemeinsam mit dem Bruder eines Nachts Wache, wobei ein harmloser Hausbewohner angegriffen und verletzt wurde. Darauf erfolgte ihre Ueberführung in die Anstalt, wo der Erstgenannte seine zweifelloose Psychose weiter behielt, während die beiden anderen ihren Irrtum sofort einsahen. Also eine „Folie imposée“. Die Erklärung, das die Geschwister die Wahnideen eines ihnen noch dazu geistig Unterlegenen annahmen, liegt in einem auch bei ihnen zu konstatierenden Schwachsinn, der sich in einer Unfähigkeit zu logischen Schlüssen und Kritiklosigkeit zeigte.

67) **Marc:** Ueber familiäres Auftreten der progressiven Paralyse. (Allg. Zeitschr. für Psych. LXI, 5.)

Zum Beweise, dass die Paralyse aus endogenen Ursachen auch ohne Lues entstehen kann, führt Verf. neben der Erfahrung, dass sie häufig mit anderen Psychosen endogener Natur in einer Familie zusammen vorkommt, ihr familiäres Auftreten an. Er teilt dafür drei Beispiele mit. In dem einen erkrankten in vier Generationen erstens zwei Brüder, zweitens des älteren drei Kinder, drittens der Tochter Sohn und des ältesten Sohnes Sohn und Tochter und viertens des ersteren Sohn. Dieser und sein Vater wurden in der Würzburger Klinik und in einer Irrenanstalt beobachtet. Die Erkrankung brach bei allen Mitgliedern in den dreissiger Jahren aus und verlief unter starker Verblödung mit Zittern, Zuckungen, Sprach- und Gehstörungen nach kürzerer oder längerer Zeit tödlich. Von Lues war keine Spur; indes ist das Krankheitsbild auch für Paralyse sehr ungewöhnlich und steht der Huntington'schen Chorea in vielen Punkten nahe, wie Verf. auch selbst erwähnt. Typische Paralysen sind aber die Erkrankungen in folgenden Fällen, in denen einmal ein Mann, dessen Sohn und Tochter und des ersteren Tochter erkrankten, dann ein Bruder und eine Schwester. Auch hier war die Lues nicht nachzuweisen.

Chotzen.

V. Vermischtes.

Die Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie findet am 28. und 29. April 1905 in Dresden statt. Vorsitzender des Lokalkomitees: Ganser-Dresden. Anmeldungen von Vorträgen sind zu richten an Geheimrat Moeli (Lichtenberg-Berlin, Herzbergstrasse 79.) Weygandt (Würzburg) wird ein Referat über Idiotie erstatten, Schultze (Greifswald) über „weitere Beobachtungen an Militärgefangenen“ sprechen.

Der 5. internationale Kongress für Psychologie findet am 26. bis 30. April 1905 in Rom statt. Die Organisation ruht in den Händen von Sergi und Sante de Sanctis in Rom. Letzterer (Roma, via Depretis 92) erteilt genauere Auskunft.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent **Dr. Robert Gaupp** in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink**, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. Februar 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Zur Frage der Entstehung der Miosis bei der reflektorischen Pupillenstarre.

Von **Dr. Heddaeus**, Essen-Ruhr.

Wenn beim w. V. u. E. (wechselnden Verdunkeln und Erhellen) beider Augen eine Pupille, A, keine Grössenveränderung erkennen lässt, während die andere, B, in normaler Weise weiter und enger wird, — wodurch eo ipso Pupillenungleichheit gegeben ist — und wenn beim Konvergieren beide enger werden, so dürfen wir ohne weiteres reflektorische Starre auf Seite A, also einseitige reflektorische Pupillenstarre diagnostizieren. Wenn dagegen beide Pupillen auf Licht (w. V. u. E. beider Augen) nicht, mit der Konvergenz wohl reagieren, so darf nicht sofort beiderseitige reflektorische Starre diagnostiziert werden; es kann auch Reflextaubheit beider Augen (Aufhebung der Funktion beider Nervi oder beider Tractus optici) vorliegen, eine Affektion, die aber immerhin so selten ist, dass sie, zumal für den Nervenarzt, differentialdiagnostisch kaum in Betracht kommt. Nur bei sehr weiten Pupillen und bei begleitender Blindheit muss an sie gedacht werden.

Bei der eigentlichen reflektorischen Pupillenstarre sind die Pupillen in der Regel eng. Es soll nun im folgenden, ohne auf die sonstigen Versuche der Erklärung der Miosis einzugehen, darauf hingewiesen werden, wie vielleicht in einzelnen Fällen, ohne auf den Sympathicus usw. zu rekurreren, aus der reflektorischen Starre selbst die Miosis hergeleitet werden kann. Genaue Untersuchungen und lange fortgesetzte Beobachtungen eines und desselben Patienten werden dann darzutun haben,

in wie weit die Wirklichkeit dieser mehr theoretisch konstruierten Entstehungsmöglichkeit entspricht.

Zunächst ist daran zu denken, dass bei reflektorischer Starre mit der Lichtreaktion auch die physiologischen Oscillationen der Pupille zu fehlen pflegen. Es fehlt das Spiel oder die Unruhe der Pupille. Wenn der Kranke liest, also akkommodiert und konvergiert, wird die lichtstarre Pupille enger, aber nicht, um sich wie beim Gesunden — infolge der geringeren, die Netzhaut treffenden Lichtmenge — sofort wieder etwas zu erweitern, sondern sie bleibt unbeweglich eng, bis die Akkommodation selbst nachlässt; dann erst wird sie langsam wieder etwas weiter. So mag schon eine gewisse Steifigkeit der Iris und ihrer Bewegungen mit der Tendenz zur Miosis entstehen. Möglicherweise wird letztere im normalen Schlaf noch gesteigert. Sie wird notwendig gesteigert durch alle abnormen Akkommodations- und Konvergenzbewegungen, also bei Presbyopen und Hyperopen und bei stark konvergierenden Myopen, wenn diese ohne Brille ihre Augen für die Nähe beschäftigen. Sodann ganz besonders bei Patienten mit beginnender beiderseitiger Akkommodationslähmung, wenn dieselben, dieser ihrer Lähmung zum Trotz, das Sehen in der Nähe erzwingen möchten. Das erhöhte Innervationsquantum, welches dieselben, um in der Nähe deutlich zu sehen, ihrem Ciliarmuskel mitteilen müssen, überträgt sich auch, ohne dass sie es wollen, auf den *M. sphincter pupillae* und veranlasst diesen, so lange er funktionsfähig ist, zu einer energischen Kontraktion. So lässt es sich wenigstens denken, dass eine, wenn auch ursprünglich erweiterte Pupille mit der Zeit eng wird und eng bleibt, ähnlich wie es Kirchner*) gelang, durch Anregung der Lidschlussreaktion Mydriasis in dauernde Miosis zu verwandeln. Kirchner brachte das nicht bei reflektorischer, sondern bei „absoluter“ Pupillenstarre zuwege, d. h. bei demjenigen Zustand, den wir als „absolute“ Starre zu bezeichnen pflegen: wenn eine Pupille weder auf Licht (w. V. u. E. beider Augen) noch mit der Akkommodation reagiert. Um wie viel mehr werden wir den gleichen Effekt erwarten dürfen bei der reflektorischen Starre, bei welcher der zur Kontraktion anzuregende Muskel sich noch regelmässig bei jeder Naharbeit des Auges zusammenzieht.

Bei Kranken, welche weder zu lesen noch sonst zu akkommodieren pflegen, kann eine Verwandlung der Mydriasis in Miosis auf die angegebene Weise nicht vor sich gehen. Fände sich also die Miosis vorwiegend oder ausschliesslich bei Personen, welche noch lesen oder sonstige Naharbeit verrichten, so wäre das ein Beweis für das tatsächliche Vorkommen der geschilderten Entstehungsweise der Miosis bei der reflek-

*) Kirchner, Münch. med. Wochenschr. 1900, S. 1532.

torischen Pupillenstarre. Warum die akkommodativ verengte Pupille eng bleibt, das müsste freilich wohl noch genauer erforscht und präzisiert werden.*)

Für die „— immerhin seltenen —“ Fälle von Miosis ohne reflektorische Starre**) passt obige Erklärung nicht.

Noch eine Bemerkung allgemeineren Inhalts möge hier Platz finden. Eingangs wurde die Definition gegeben: Einseitige (reflektorische) Pupillenstarre ist vorhanden, wenn beim w. V. u. E. beider Augen die eine Pupille nicht, die andere wohl reagiert. Ist das nicht eine fehlerhafte Prüfung? Müssen wir nicht jedes Auge für sich prüfen? Nein, die Prüfung ist richtig, wo es, wie hier, gilt, zunächst Störungen im zentrifugalen Teil des Reflexbogens für die Lichtreaktion festzustellen. Die Pupille A, welche beim w. V. u. E. beider Augen keine Grössenveränderung zeigt, reagiert mit anderen Worten weder direkt noch konsensuell, ist also — da sie mit der Konvergenz reagiert — reflektorisch starr, ihre zentrifugale Bahn ist nicht frei, während auf Seite B, deren Pupille beim w. V. u. E. beider Augen in normaler Weise reagiert, die Leitung des Oculomotorius für die Lichtreaktion — und, da die Konvergenzreaktion ja ebenfalls erhalten ist, auch für diese — in normaler Weise erhalten ist. In der Tat könnte die Prüfung der einzelnen Augen durch w. V. u. E. zu diesem Resultat bezüglich der zentrifugalen Pupillenbahn nichts mehr beitragen. Wollen wir auch — was zu einer vollständigen Prüfung der Pupillenverhältnisse eines Individuums natürlich gehört — über die zentripetale Bahn Aufschluss haben, so muss, freie Beweglichkeit wenigstens einer Pupille vorausgesetzt, die Prüfung jedes einzelnen Auges durch w. V. u. E. angeschlossen werden. Zeigte in unserem Beispiel beim w. V. u. E. des Auges A die Pupille B keine (konsensuelle) Reaktion, so spräche das für eine Komplikation der einseitigen reflektorischen Starre mit einseitiger Reflextaubheit, z. B. durch Sehnervenatrophie, auf Seite A, während Fehlen der direkten Reaktion der Pupille B die gleiche Komplikation auf Seite B anzeigen würde. Um derartige Komplikationen aufzudecken und richtig zu deuten, ist es zweckmässig, jede Prüfung von Pupillen mit V. u. E. beider Augen zu beginnen.

*) Vergl. Heddaeus, *Semiologie der Pupillarbewegung*, Graefe-Saemisch, *Handbuch der ges. Augenheilk.*, 2. Aufl., IV. Bd., 1. Kap., S. 751 ff. Wenn Bach (*Neurolog. Centralbl.* 1904, S. 717) mir vorwirft, ich habe in genannter Arbeit die Pupille bei reflektorischer Starre einmal als weit und einmal als in der Regel eng bezeichnet, so vergisst er leider zu erwähnen, dass ich an der ersteren Stelle (§ 25 b) ausdrücklich auf die letztere (§ 58, 7) verwiesen habe.

**) Vergl. Bunko, *die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten*. Seite 159.

Nun noch eines! Ich kann mich von der Vorstellung nicht frei machen — die vielleicht auch durch die vorstehenden Zeilen hindurchgeht —, dass die dreifache Funktion der Augen: Konvergenz, Akkommodation und begleitende Pupillenkontraktion von einer Zentralstelle, dem kortikalen Konvergenzzentrum aus beherrscht wird, dass also von diesem Zentrum aus zu den Endorganen (*M. medialis*, *M. ciliaris* und *M. sphincter pupillae*) auf dem Wege des *N. oculomotorius* gewissermassen Zügel verlaufen, ihrer sechs, Zügel, die in ihrem Anfangsteil, zunächst dem Zentralorgan, so mit einander verwebt sind, dass keiner für sich allein angezogen werden kann: immer werden die fünf übrigen mitgespannt. Diese durch die Tatsachen gebotene Vorstellung wird nicht erschüttert durch Marina's*) Versuche an Affen: *M. exstirpierte* ein Endorgan, den *M. rectus medialis*, pflanzte an seine Stelle einen benachbarten schrägen oder geraden Augenmuskel und fand danach die Konvergenzreaktion unverändert fortbestehen — was nicht zu verwundern war, jedenfalls aber nicht zu dem Schluss berechnigte, den Marina daraus zog: dass die Konvergenzreaktion der Pupillen unabhängig sei von der Konvergenz der Augen.

(Aus der psychiatrischen Klinik zu Strassburg.)

Ueber die Encephalitis des Tractus opticus.

Von Dr. *M. Rosenfeld*, Privatdozent und I. Assistenzarzt der Klinik.

Es ist bekannt, dass der Symptomenkomplex des Hirntumors (Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, psychische Störungen, Pulsverlangsamung, Stauungspapille) in zahlreichen Fällen vorkommt, in welchen der Ausgang in dauernde Heilung oder auch die Sektion die Diagnose „Hirntumor“ nicht bestätigt. Wenn wir der letzten Publikation über dieses Thema (Nonne)**) folgen, so liegt die Sache so, dass wir in solchen Fällen oft die Fehldiagnose Tumor nicht umgehen können, namentlich wenn wir nach dem Zustandsbilde urteilen müssen, und dass in Fällen, die zur Sektion kommen, gelegentlich keine anatomische Veränderungen am Gehirn und dessen Häuten gefunden werden. Aehnliche Angaben über solche Fälle finden sich auch bei andern Autoren. Von den elf Fällen Nonne's, welche klinisch alle im wesentlichen identisch verliefen, wenn auch die Dauer der Erkrankungen sehr variierte, sind drei zur Sektion gekommen und

*) Marina, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, XIV, 1903.

**) Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1904.

es fand sich weder Tumor, noch Hydrocephalus, noch Thrombose. Nonne macht mit Recht zum Schluss geltend, dass auch für die acht geheilten Fälle keine der genannten Erkrankungen als Ursache angenommen werden kann. Die Sektionsprotokolle dieser drei Fälle möchte ich an dieser Stelle wegen ihrer Wichtigkeit ausführlich zitieren. Im Fall 10 wird folgendes notiert: Der Seitenventrikel und der vierte Ventrikel sind normal weit. Auf grossen Frontalschnitten finden sich keine Herde. Stücke aus der Rinde und dem Marklager der rechten Kleinhirnhemisphäre und des Wurmes, von der rechten Zentralwindung und der ersten Frontalwindung sind normal. Teile des rechten Acusticus in ein Prozent Osmiumsäure zerzupft, zeigen nichts Krankhaftes.

Der Exitus trat an einer interkurrenten Krankheit (Bronchitis mit Herzschwäche) ein, nachdem die Gehirnaffektion etwa sechs Monate vorüber war.

Fall 11. Ventrikel nicht abnorm weit. Die Cerebrospinalflüssigkeit nicht vermehrt. Das Ependym glatt. Die Hirnnerven sind unverändert. An der Papille ist noch eine Schwellung nachweisbar. Die zweite und dritte Frontalwindung und die innere Kapsel sind normal.

Nach protrahiertem Verlaufe trat der Exitus ein, während die cerebralen Symptome noch bestanden.

Fall 12. Das Infundibulum leicht vorgewölbt. Nirgends Veränderungen am Ependym und den Falten der Pia. An den Gefässen einzelne Flecken. Die Ventrikel sind etwas weiter als normal. Nirgends Herde.

Der Exitus trat während der noch bestehenden Gehirnaffektion ein.

Engelhardt berichtet über einen Fall, in welchem eine Patientin seit fünf Jahren an Kopfschmerzen und Bleichsucht litt. In einigen Wochen entwickelte sich dann doppelseitige Blindheit, typische Stauungspapille, epileptische Krämpfe mit völliger Bewusstlosigkeit, Schlafsucht, Hemiparese rechts. Es trat eine Remission von zwei Monaten Dauer ein; dann begannen von Neuem heftige Kopfschmerzen, epileptische Anfälle, Benommenheit. Bei diesem neuen Anfall konnte eine Stauungspapille nicht beobachtet werden. Es bestand eine papillitische Atrophie. Die Sektion ergab: Kein Tumor, keine Thrombose, kein Hydrocephalus.

Es schliessen sich hier noch jene Beobachtungen an, in welchen bei einem allgemeinen körperlichen Leiden, z. B. Carcinomatose, cerebrale Symptome konstatiert wurden und in der Sektion nichts gefunden wurde (Fälle von Jacobson). Sängner warnt bei der Diskussion über diese Fälle vor theoretischen Betrachtungen über das Zustandekommen solcher Hemiplegien und wirft die Frage auf, ob auch wirklich genügend mikroskopisch untersucht worden sei.

Für die Grosshirnencephalitis ist nun zur Genüge bekannt, dass die Erkrankung äusserst schwer und rasch letal verlaufen kann und in der Sektion makroskopisch nichts oder nur geringfügige Veränderung gefunden werden. Die makroskopische Untersuchung reicht natürlich nicht aus. Ich habe in einer früheren Publikation*) selbst einen derartigen Fall zu den übrigen hinzugefügt (Nonne, Thomsen, Etter).

Murakow**) berichtet über ein fünfjähriges Kind, welches innerhalb vier Tagen an Encephalitis stirbt. Die kurze Krankengeschichte enthält nur die Angabe, dass das Kind mit Lähmungen und Erblindung erkrankte ohne Bewusstseinsstrübung. Erst allmählich entwickelte sich vollständige Bewusstlosigkeit. Die Pupillenreaktion war normal. Das Sehvermögen sehr herabgesetzt. Eine Notiz über den Befund am Augenhintergrund fehlt. Bei der Sektion wurde makroskopisch nichts gefunden. Die mikroskopische Untersuchung ergab: ausgeprägte Hyperaemie mit Randstellung der Leukocyten, Spuren von einem haemorrhagischen Prozesse. Die Gliakerne waren vermehrt, die Faser verdickt, ausgedehnte Veränderungen an Nervenfasern und Zellen, Degenerationen nach Marchi. Die perivascularären Räume enthalten viel schwarz gefärbte Fetttropfen. Die Achsenzylinder sind gequollen. Es fanden sich also weitgehende mikroskopische Veränderungen bei makroskopisch normalem Verhalten.

Es entsteht nun die Frage, ob nicht von jenen merkwürdigen Fällen, welche Nonne Pseudotumoren genannt hat, nicht dieser oder jener sowohl klinisch als anatomisch zur Encephalitis zu rechnen ist. Was das klinische Verhalten dieser Fälle angeht, so finden sich ausgesprochene Analogien zu jenem Symptomenkomplex, welcher als typisch für die Encephalitis beschrieben wird. Mehr oder weniger plötzlicher Beginn, Schlafsucht bis zu vollkommener Bewusstlosigkeit. Unruhe, Verwirrtheit wie bei Delirium tremens, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Gangstörung, flüchtige Herdsymptome, epileptische Anfälle und Temperatursteigerung. Nonne weist selbst darauf hin, dass der von mir als Encephalitis beschriebene Fall mit seinen Fällen mannigfache Aehnlichkeit im klinischen Verhalten habe. Es bleiben eigentlich nur zwei Symptome, welche bei Encephalitis nicht gerade häufig sind und die sich in jenen Fällen von Pseudotumoren regelmässig finden, nämlich Pulsverlangsamung und Stauungspapille. Das Vorkommen der Pulsverlangsamung ist jedoch von verschiedenen Seiten bei Encephalitis konstatiert. (Nonne, ich und andere.) Gegen Ende der Erkrankung pflegt die Pulsverlangsamung in Beschleunigung überzugehen. In den Fällen, welche Wernicke mitgeteilt hat, waren die Optici be-

*) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1904.

**) Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie.

teilt; es fand sich Neuritis und haemorrhagische Papillitis. Von Stauungspapille wird nirgends meines Wissens berichtet. Und sie wäre also das einzige Symptom, welches sich nicht ohne weiteres dem Symptomenkomplex einfügen lassen will. Kann bei Encephalitis Stauungspapille vorkommen? Diese Frage wird man an der Hand folgenden Falles mit Ja beantworten müssen.

Kurze Zusammenfassung der unten mitgeteilten Krankengeschichte.

Bei einer vierzigjährigen Frau entwickelt sich akut ein Zustand delirioser Verwirrtheit mit epileptischen Anfällen, leichter Sprachstörung, Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel und Oedem der Papillen. Es tritt eine kurze Remission im Krankheitsbilde ein. Dann entwickelt sich von neuem ein schwerer Zustand: heftige Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsverlangsamung (40), Schwindel, Fieber von einigen Tagen Dauer, Paresen, leichte Ptozis, Krampfanfälle, Störungen der Sprache, der Schrift und des Lesens und Steigerung der Reflexe an den unteren Extremitäten. Zu diesem Symptomenkomplex gesellt sich dann eine deutliche Prominenz der Papillen, mit starkem Oedem, mit massenhaften Blutungen auf den Papillen und der Retina (Macula frei), mit Erweiterung und Schlängelung der Venen bei engen Arterien.

Dieses schwere Krankheitsbild heilt in etwa zwei Monaten vollständig. Es bleibt nur eine leichte körperliche und psychische Ermüdbarkeit zurück. Die linke Papille zeigte bei der Entlassung noch etwas unscharfe Ränder. Seit dieser Zeit war die Patientin gesund.

Nach 3½ Jahren stirbt die Frau nach einer Operation wegen Myoma uteri, bei welcher eine Peritonitis des Beckens festgestellt wird.

Marie S., 40 Jahre alt, Frau eines Kantors.

Keine Heredität, kein Potus, keine Lues. Seit 5 Jahren Neigung zu leichten melancholischen Verstimmungen. Seit 15 Jahren beiderseits Oophoritis, die schon öfters operiert werden sollte. Einige Tage vor der Erkrankung ängstliche Träume und illusionäre Verkennungen.

21. 12. 1900. Verwirrte Reden, ängstlicher Affekt. Rasch sich entwickelndes Coma mit lautem Schreien, konjugierten Augenmuskelkrämpfen und Reizerscheinungen in den Armen und starker Temperatursteigerung auf 41.

Vom 21. 12.—25. 12. hält das Coma an mit allmählichem Temperaturabfall.

25. 12. Das Coma lässt nach. P. ist zeitig und örtlich ganz unorientiert.

Am 27. 12. 1900. Aufnahme in die Klinik. Auffallend blasse Patientin. An der Zunge kleine Bissverletzungen. Die Pupillen reagieren sehr gut, die rechte ist etwas grösser als die linke. Der rechte Bulbus weicht zeitweise nach aussen ab. Die Zunge kommt grade heraus. Die Reflexe am Knie sind gesteigert. Kein Fussklonus. Die Sprache ist leicht gestört. Es besteht eine Kontraktur des 4. und 5. Fingers an der rechten Hand. Am Augenhintergrund sind die Papillen ganz unscharf; es besteht ein leichtes Oedem, die Venen sind etwas erweitert.

Psyche: leichter Grad von Benommenheit. P. bleibt nicht im Bett, drängt zur Tür hinaus, ist vollständig desorientiert, die Merkfähigkeit ist aufgehoben, die Aufmerksamkeit sehr schwer zu fixieren.

28. 12. Orientierung heute vorhanden. P. ist viel ruhiger, reagiert auf alle Fragen rascher als in den Tagen vorher. Jede geistige Anstrengung fällt ihr schwer, sie verrechnet sich bei den einfachsten Exempeln. In der rechten Hand bestehen an der ulnaren Seite Parästhesien. Am kleinen Fingerballen ist das Gefühl abgestumpft.

5. 1. Gedächtnisdefekt für mehrere Tage. Intelligenz normal. Grosse Ermüdbarkeit und Unfähigkeit sich zu sammeln. Zahlreiche Sensationen am ganzen Körper. Globusgefühl.

30. 1. 1901. Entlassung. Augenhintergrund normal. Die Störung des Gefühls an der rechten Hand besteht noch fort. Die Sprache ist normal. Die Schrift etwas nachlässig und ungeschickt. Klagen über Kopfschmerzen und grosse Ermüdbarkeit.

18. 2. 1901. Wiederaufnahme.

Nach der Entlassung hat sich P. zu Hause ganz wohl gefühlt. Am 17. 2. morgens beim Erwachen Klagen über starke Kopfschmerzen, nachdem sie in der Nacht einigemal im Schlaf mit den Beinen gezuckt hatte. Am Morgen sehr ängstlich. Seit heute spricht sie ganz verwirrt, gibt keine richtige Antwort, ist unruhiger und zeigt eine Art Beschäftigungsdelirium.

Status praesens: P. sieht sehr verfallen aus. Die Sehnenreflexe und Periostreflexe sind lebhaft. Der Gang ist schwankend, etwas nach links. Die Pupillen reagieren normal. Augenhintergrund: die Pupillengrenzen sind nicht scharf. Temperatur 39,7.

Psyche: Stimmung indifferent. Sinnestäuschungen und Wahnideen fehlen.

Orientierung: P. kann angeben, in welcher Stadt und in welchem Hause sie sich befindet. In dem Saal weiss sie nicht, in welchem Bett sie geschlafen hat; die ihr von früher her bekannten Patienten erkennt sie wohl, kann aber ihren Namen nicht nennen. Sie führt einen angefangenen Satz oft nicht zu Ende, hört mitten drin auf oder fängt etwas anders an zu reden. Merkfähigkeit schlecht. Die Aufmerksamkeit der P. ist nur schwer festzuhalten.

19. 2. Temperatur 38,9 bis 39,5. Starke Kopfschmerzen. Pulsverlangsamung (40).

Orientierung im ganzen besser. Die Erinnerung an den früheren Aufenthalt in der Klinik ist wieder vorhanden; es besteht ein Gedächtnisdefekt über die Reise von Hause nach Strassburg und über den gestrigen Tag. Es fehlt eine eigentliche Krankheitseinsicht. P. meint, sie sei zur Erholung hierher gekommen.

20. 2. Starkes Erbrechen. Pulsverlangsamung (60). Starke Benommenheit. Die Orientierung fehlt vollständig. Von den an sie gerichteten Fragen versteht sie nur, ob sie Kopfschmerzen habe. Sie deutet auf die Stirn. Sie vermag keinen Gegenstand, welchen man ihr vorhält oder ihr zu betasten gibt, zu erkennen. Ein Buch, das man ihr umgekehrt vorhält, dreht sie jedoch richtig um, kann aber kein Wort lesen.

21. 2. P. war die Nacht sehr unruhig, will zu anderen Kranken ins Bett sich legen, benützt eine Waschschiüssel zum urinieren; ihre Stimmung ist im ganzen heiter, sie will in den nächsten Tagen nach Hause fahren, heute

bei schönem Wetter spazieren gehen. Gegen ihre Umgebung ist sie misstrauisch, sie glaubt, man spräche auf dem Saal über sie schlechtes. Die Merkfähigkeit ist hochgradig gestört. Die Aerzte redet sie mit ihrem Titel an, vermag aber nicht ihren Namen zu nennen, obwohl sie dieselben gut gekannt hat. Fragt man sie nach der Krankenschwester, so gibt sie an, nichts davon zu wissen, dass eine solche sie verpflege. Kurze Zeit darauf sagt sie, die Schwester habe ihre Kleider weggenommen.

Die Sehnenreflexe am Knie sind sehr lebhaft, beim Gehen schwankt sie etwas nach links, starker Tremor der Arme. Am Augenhintergrund rötliche Farbe der Papillen und verwaschene Grenzen beiderseits. Leichte Albuminurie. Kein Fieber.

22. 2. Starke Kopfschmerzen. Puls zwischen 80 und 96, etwas unregelmässig. Zeitliche und örtliche Orientierung mangelhaft. Merkfähigkeit gestört. Mangelhaftes Namengedächtnis.

22. 2.—25. 2. Orientierung über Zeit und Ort unsicher. Auf die einfachsten Fragen über persönliche Verhältnisse oft unsichere Antworten, oft ganz falsche und gleich darauf richtige. Oft wiederholt sie die Frage und vergisst zu antworten. Die Aufmerksamkeit ist wohl leicht anzuregen, aber schwer festzuhalten. Merkfähigkeit stark herabgesetzt.

Beispiele: Sind Sie verheiratet? Nein — doch ich bin verheiratet. Wer hat Sie hierher gebracht? Also wie ging es doch. Ich bin hierher gekommen, ich habe mich selbst hierher gebracht, muss ich Ihnen sagen (dann hört sie auf zu sprechen). Woher kommen Sie? Von Jungholz. Nicht von Schlettstadt? Nicht von Schlettstadt, ich weiss nicht, ich bin nicht so klar wie früher. Wo war ihr letzter Wohnort? Ich war noch nicht plaziert. Er wird nicht mehr sein als dieses. Was habe ich gefragt? Sie haben gesagt, welches meine letzte Stellung ist.

Gegenstände benennt sie richtig, wenn auch langsam.

25. 2. Puls 60, Erbrechen, Kopfschmerzen, kein Fieber. Kniescheibenreflex sehr gesteigert. Kein Fussklonus. Beim Gehen schwankt sie nach links. Gehör, Geruch und Geschmack sind intakt.

27. 2. Puls 62. Schwere Kopfschmerzen, Erbrechen.

28. 2. Facialisparesie links. Ptosis links, leicht.

1. 3. Ist die Kranke sich selbst überlassen, so produziert sie sprachlich so gut wie nichts, schaut vor sich hin oder bohrt den Kopf in die Kissen und klagt über Kopfschmerzen. Lässt man die Kranke lesen, schreiben und stellt Fragen, so ergeben sich folgende Störungen:

Lesen: statt	Kalikausticum — Kakos,
	Priester — Prise,
	betete — betretete,
	Loben — haben,
	Singen — Fingen,
	entliess — entschliesst,
	wachen — waschen.

Sie hat kein Verständnis für das Gelesene. Sie liest oftmals dieselbe Zeile, ohne es zu merken.

Beim Schreiben macht sie folgende Fehler: Sie soll ihren Namen und Wohnort aufschreiben und schreibt zuerst statt dessen das Wort „num“, dann

„Marie H. de Jungng“ (soll Jungholz heissen). Im Beginn eines Briefes schreibt sie: *Mon ccheres Eduard je vous prie veuillez m'excuser de ce que je n'étais pas chez vous hier.* Beim Diktatschreiben kommen folgende Fehler vor, statt *Eduard* — „Edu“, statt *Schlettstatt* — *Schellstadt*, *Stunde* — *Stau*de.

Die Schrift ist formal gestört. Die einzelnen Buchstaben mittendrin unterbrochen, sie hält die Linien nicht ein, die Buchstaben stehen verschieden hoch. Wiederholung von Buchstaben und ganzen Silben.

Bei der Unterhaltung treten folgende Störungen in den Antworten hervor: Die gewöhnlichen konventionellen Antworten gehen ohne Störungen, z. B. es geht ziemlich gut, Herr Doktor, *asseyez-vous, Monsieur.* Ich halte mich an das, was die Aerzte sagen, ich bin ein wenig angegriffen. Sie hebt einen fallenden Gegenstand in zuvorkommender Weise auf, legt die Bettdecke und die Wäsche ordentlich zurecht. Auf die Frage, was hat ihr Mann für einen Beruf? sagt sie „das weiss man nicht gerade, ob einem die Leute die Sache ins Gesicht sagen. Als die Frage wiederholt wird, sagt sie: „Ich sagte es Ihnen ja, Herr Doktor, das weiss man nicht von selber“. Ist er Kaufmann? Nein, Kantor. Was hat er also für einen Beruf? Es geht gut, so viel ich weiss. Was schafft Ihr Mann denn? Was mein Mann schafft, also er hat sich jetzt, er soll die Leute damit die Leute gewissenhaft ihr Einnehmen bekommen, ist er draussen.

Bei Benennen von Gegenständen passieren allerhand Fehler, z. B. es wird ihr eine Uhr gezeigt: Ist das ein Apfel? Ja, ich glaube es, ich glaube, es ist eine Antiquität. Wie heisst es denn? Uhr! Beim Zeigen eines Ringes sagt sie: Ist es ein Ring. Sind sie verlobt oder verheiratet. Beim Zeigen der Uhr: *C'est une chose*, es ist ein Bleistift (als ihr die Uhr an das Ohr gehalten wird, sagt sie: Uhr). Eine Flasche nennt sie Krache, eine Schürze Taschentuch, einen Bleistift Speistift. Eine Bürste nennt sie Leder, nachdem sie daran gerochen hat. Als sie das Portemonnaie sieht, sagt sie, das muss mir jemand sagen. Nennt man die Namen der Gegenstände, so weist sie fast immer richtig darauf hin.

2. 3. Puls 58. Vereinzelt zuckende Bewegungen in den Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten. Grosse motorische Unruhe, euphorische Stimmung.

Augenhintergrund: Die Arterien sind eng, die Venen dagegen sehr weit. Die Gefässe sind stellenweise ganz von Oedem bedeckt. Rechts mehrere Blutungen, links keine.

3. 3. Puls 58. Erbrechen. Benommenheit stärker. Grosse Blutung rechts in der Umgebung der Pupille; links nur kleine Blutungen.

4. 3. Starkes Erbrechen, Puls 50. Lautes Schreien wegen Kopfschmerzen. Blutungen auf beiden Papillen.

5. 3. Puls 50. Kniescheibenreflex gesteigert, rechts mehr als links. Nachdem P. einige Schritte gegangen ist, besteht Fussklonus und zwar nur rechts.

6. 3. Zittern der rechten Hand. Häufiges Gähnen. Puls 82. Starke Kopfschmerzen. Fussklonus rechts.

7. 3. Ptosis links leichten Grades. Erbrechen. Heute zweimal klonische Zuckungen beiderseits; Dauer 3 Minuten. Nach diesem Anfall bestehen keine Lähmungen. Puls 70--80. Starkes Oedem am Augenhintergrund. Die Papillen sind prominent. Massenhafte Blutungen, rechts mehr wie links. Fussklonus rechts. Die Stimmung ist heiter. Es besteht ein leichter Rededrang. Auf

Fragen geht sie fast nie ein und antwortet manchmal ganz sinnlose Sätze. So spricht sie z. B. folgenden Satz: Das ist also das, wo das Mädchen ihre Krankheit anfanget. Man hätte sollen ändern das Ding, schön in Ordnung machen.

10. 3. Temperatur 37,5. Puls 82. Erbrechen. Benommenheit.

12. 3. Anfall von Zuckungen in Armen und Beinen. Facialispapese rechts, Puls 58. Lebhaftes Sinnestäuschungen. P. greift nach allerhand Tieren, die sie zu sehen glaubt, hat eine Art Beschäftigungsdelirium. Sie sieht das Wasser von der Wand fließen, es fliegen allerhand Tiere auf sie zu. Temperatur 37.

18. 3. Puls 104. Zuckungen der Rumpfmuskulatur.

19. 3. Puls 106. Starke Blutungen auf dem Oedem und rings um die Papille. Links sehr starke Blutungen. Die Venen sind weit und geschlängelt. Die Arterien eng.

21. 3. Sehschärfe rechts gleich 2,5, links 1,2. Das Gesichtsfeld ist nicht eingeengt. Druckempfindlichkeit des ganzen Schädeldaches. Zeitweise Pulsverlangsamung. Sonst sind alle Hirnnerven intakt. Drehungen des Kopfes sind schmerzhaft. Der Gang ist ungestört, keine Ataxie, kein Tremor. Kniescheibenreflex gesteigert, Fussklonus in der Ruhe nur rechts, nach einigen Schritten auch links.

23. 3. Benommenheit wieder stärker. Puls 70. Kopfschmerzen. Auf die Frage wie alt sie ist, antwortet sie: Ja, also ich bin, ich weiss es nicht genau. Ich habe auch nicht lange mehr nachgesehen. Ich will jetzt nicht rechnen, damit ich nicht Kopfweh bekomme. Sind Sie das erste Mal in der Klinik? Nein, im vorigen Jahre war ich da, so im März.

25. 3. Starke Schmerzen im Gesicht, Druckpunkte. Facialispapese links.

1. 4. Puls 118. Starkes Erbrechen, Zuckungen in beiden Armen, klagt darüber, dass sie ganz blind sei.

2. 4. Klagt darüber, dass sie Funken und Farbe vor dem rechten Auge sehe. Am Augenhintergrund sind die Venen links stärker geschlängelt als rechts. Zahllose Blutungen, welche ineinander übergehen, auf und im Umkreise beider Papillen. Die Macula hingegen ist fast frei von Blutungen.

3.—10. 4. Erbrechen. Puls 90—100. Temperatur immer normal. Neue Blutungen am Augenhintergrund. Klagen über Erblindung. Psychisches Verhalten wie früher.

15. 4. Rasche Besserung in den letzten Tagen. Vollkommene Orientierung. Lesen, Schreiben, Rechnen normal. Attentes Eingehen auf alle Fragen. Kein Defekt im Urteil. Erinnerung für die Zeit vor der Erkrankung erhalten. Gedächtnisdefekt für die Zeit der Krankheit. In dem psychischen Verhalten der Frau ist nur das eine auffällig, dass, während sie vorher eine sehr feinfühligere Frau war, sie jetzt allerhand unpassende Anekdoten, derbe Ausdrücke und Zoten produziert. Keine Kopfschmerzen. Die Reflexe sind normal. P. ist im Gebrauch ihrer Arme und Beine in keiner Weise gestört.

16. 4. Die Blutungen am Augenhintergrund resorbieren sich schnell. Keinerlei Störung mehr im Bereiche des Nervensystems. Bis auf dreiste Redensarten und Verstöße gegen gute Sitte und unpassende Witze ist das psychische Verhalten der P. normal.

In den Monaten April bis Juni ist der Zustand genau der gleiche.

6. 7. P. wird gesund entlassen. Als einzige Abnormität ist noch zu konstatieren, dass die nasale Hälfte der linken Pupille etwas unscharf ist. Im Gebiete des rechten Ulnaris besteht noch eine Abstumpfung der Sensibilität.

Vom Juni 1901 bis November 1904 war das Verhalten der P., was ihr Nervensystem angeht, durchaus normal. Sie wurde in dieser Zeit nur wegen eines Unterleibsleidens öfters behandelt.

Im November 1904 wurde sie wegen Myom und Salpingitis operiert. Bei der Operation wurde eine ausgedehnte Beckenperitonitis festgestellt. Pat. starb einige Zeit nach der Operation unter Ileus-Symptomen.

Die makroskopische Sektion ergab nun folgendes (Prof. v. Recklinghausen): Gehirn: 100 cbcm, leicht trübe Flüssigkeit an der Schädelbasis. An der Dura einzelne graue Färbungen. Die Pia lässt sich ganz leicht abziehen. Im Sinus frisch geronnenes Blut. Die Arachnoidea mit vielen weissen Streifen durchsetzt, sonst ganz dünn und blass. Die Seitenventrikel etwas weit. Die Wände glatt. Die Länge des linken Ventrikels ist $11\frac{1}{2}$, die Länge des rechten 9 cm. Das Hinterhorn ist rechts geschlossen und das Ependym leicht verdickt. Nirgends finden sich Herde.

Die makroskopische Untersuchung förderte also nichts nennenswertes zu Tage. Die Blutgefässe und die Hirnhäute überall normal. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich nun folgende Veränderungen: Es wurden zunächst Stücke aus der Rinde untersucht und zwar die ganze dritte linke Stirnwindung, die ganze linke vordere Zentralwindung, Stücke aus dem rechten Occipitalhirn und der Rinde der ganzen linken ersten Temporalwindung (nach Nissl, Weigert, Gieson). Die Pia war überall ganz zart, enthielt nirgends Verdickungen, nirgends Infiltrationen, nirgends Pigment, keine Zellansammlungen in den perivaskulären Räumen. Die Ganglienzellen waren normal, lagen in normaler Anordnung und gaben gute Bilder (nach Nissl). Die Glia war normal. An einzelnen Stellen schien der Blutgefässreichtum der Rinde besonders stark. Jedoch möchte ich nicht sicher entscheiden, ob es sich hier um eine krankhafte Gefässvermehrung gehandelt hat. Stücke aus dem Zentrum semiovale erwiesen sich auch als normal, in der Kapsula interna zeigten sich nirgends Blutungen und Herde. In dem rechten Seitenventrikel fand sich am Hinterhorn eine Verwachsung der Wände. Diese die Ventrikelwände verbindende Gewebsbrücke trennte von dem Ventrikel einen kleinen Raum ab, welcher mit gewuchertem Epithel ausgekleidet war. Die Gewebsbrücke enthielt keine nervösen Elemente, bestand aus Gliafasern und Zellen und enthielt Pigmentkörner und Corpora amylacea. Am Fuss dieses Verbindungsstückes lagen nun massenhaft corpora amylacea teils direkt unter dem Epithel des Ventrikels, welches bis an die Gewebsbrücke heran ging, teils in den etwas erweiterten perivaskulären, Räumen. An einzelnen etwas grösseren Arterien fand sich ein ganzer Kranz von solchen Kugeln. Im Nucleus caudatus fanden sich ferner kleine Haufen von Zellen, die sich meist um ein Gefäss grupperten.

Nach der Methode von Nissl stellten sich diese Stellen dar als kleine intensiv gefärbte Kerne ohne Protoplasmahof. Die Zahl der in solchen Häufchen liegenden Zellen betrug 15–20. Nirgends fanden sich Plasmazellen. Nirgends Veränderungen der Gefässwand. Im Opticus, der zunächst normal zu sein schien, fanden sich nun folgende Veränderungen: Präparate nach Weigert ergaben normale, mit Markscheiden gut besetzte Querschnitte. Bei der Färbung nach Gieson und bei Behandlung mit Jod fanden sich nun ebenso wie an den Seitenventrikeln zahlreiche Corpora amylacea von verschiedener Grösse. Dieselben bildeten einen fast kontinuierlichen Ring unter der Glia, sie folgten den Septen ins Innere des Opticus und lagen in den perivasculären Räumen, so dass Septen und Gefässe an einzelnen Stellen von den Corpora direkt eingeschleitet wurden. Die zelligen Elemente der Septen waren an einzelnen Stellen vermehrt. Es fanden sich deutliche Ablagerungen von Pigment. Die Gefässe waren überall normal.

Diese eben beschriebenen Veränderungen fanden sich nun im ganzen Opticus, im Chiasma, im Tractus und liessen sich bis in das Pulvinar und bis in das Corpus geniculatum verfolgen. An einzelnen Stellen dicht unter der Oberfläche des 3. Ventrikels fanden sich frische Blutungen. Die Anordnung der corpora amylacea war in allen Teilen die gleiche. Die Gefässcheiden waren oft vollgepfropft mit den Kugeln.

Die übrigen Teile des Gehirns waren normal (Pons, Medulla und Nucleus lentiformis).

Dieser Befund im Bereiche des Tractus opticus, zusammen mit der klinischen Beobachtung der Stauungspapille mit Blutungen, wird wohl kaum darüber einen Zweifel entstehen lassen, dass an diesen Teilen des zentralen Nervensystems entzündliche, zu Blutungen führende Vorgänge stattgefunden haben, von welchen wir nur noch spärliche Reste nachweisen können. Auch wird der Schluss gestattet sein, dass diese Entzündungsvorgänge die anatomische Grundlage für jenen schweren cerebralen Symptomenkomplex abgegeben haben, welcher so leicht mit Tumor cerebri verwechselt werden kann. Dieselben Veränderungen wie am Opticus, Tractus opticus und im Pulvinar fanden sich auch an einer Stelle des Seitenventrikels. Es ist also wahrscheinlich, dass auch im Ventrikel entzündliche Vorgänge stattgefunden haben und zu einer Verwachsung der Ventrikelwände geführt hat. Welcher Art die entzündlichen Vorgänge gewesen sind, inwieweit nervöse Elemente, die Gefässe und die Neuroglia damals an der Erkrankung sich beteiligt haben, entzieht sich natürlich unserer Kenntnis. Gegenwärtig erwiesen sich die nervösen Elemente, die Blutgefässe, Pia und Neuroglia als normal. Es muss die

Möglichkeit zugegeben werden, dass auch andere Teile des Gehirnes damals erkrankt waren, wovon wir aber gegenwärtig keine Residuen nachweisen können. Jedoch spricht der gegenwärtige anatomische Befund dafür, dass die Erkrankung der optischen Bahnen und der Wände des Ventrikels eine besonders starke gewesen sein muss.

Die Auffassung des anatomischen Befundes als Residuen einer Encephalitis dürfte also nicht als gewagt erscheinen.

Das oben ausführlich mitgeteilte Krankheitsbild stimmt in seinen wesentlichen Symptomen mit denjenigen überein, welche für die Gehirn-encephalitis als charakteristisch beschrieben worden sind. Zustandsbild und Verlauf lassen sich gut unter die Encephalitis unterbringen, und, was die Stauungspapille angeht, so darf uns deren Existenz allein an der Diagnose nicht zweifeln lassen. Zugegeben, dass der mikroskopische Befund in meinem Falle so zu deuten ist, dass die Erkrankung besonders stark im Sehnerven und Traktus opticus lokalisiert war, so ist der Schluss berechtigt, dass die Stärke und Art der ophthalmoskopisch nachweisbaren Sehnervenkrankung nicht abhängt von der durch die Encephalitis bedingten Steigerung des Hirndrucks, sondern von der Lokalisation und besonderen Stärke der Erkrankung im Sehnerven selbst. Für diese Auffassung spricht vielleicht auch folgender Umstand. Der Zeitpunkt, in dem bei diesen merkwürdigen Fällen von Pseudotumoren die Stauungspapille zu den übrigen Symptomen hinzuzutreten pflegt, ist sehr verschieden. Im Falle 1 von Nonne besteht eine ausgesprochene Stauungspapille schon am 14. Tage der Erkrankung. Im Falle 5 (Nonne) nimmt die Stauungspapille noch hochgradig zu, obwohl alle anderen Hirnsymptome bereits vollkommen geschwunden sind. Im Falle Engelhardt tritt nur beim ersten Anfall eine Stauungspapille auf und bleibt beim zweiten tödlichen Anfall vollständig aus. In meinem Falle verlief der erste Anfall ohne Stauungspapille nur mit etwas Oedem der Papille und heilte. Während des zweiten Anfalles trat die Stauungspapille erst auf, nachdem die schwersten cerebralen Symptome (Sopor, Pulsverlangsamung, Erbrechen) schon einige Wochen bestanden hatten.

Ob nicht die Art der psychischen Störung bei Encephalitis ganz besonders dazu beitragen kann, in diesen Fällen, welche diagnostisch so grosse Schwierigkeiten bieten, eine sichere Differentialdiagnose zu ermöglichen, darauf werde ich an anderer Stelle noch zurückkommen.

II. Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 9. Januar 1905.

Bericht von Dr. **Max Edel** (Charlottenburg).

68) **Vorkastner** demonstriert im Auftrage Ziehen's das Gehirn-Präparat einer Patientin. Es betrifft ein 26jähriges Mädchen, welches Ostern 1903 eines Morgens mit schief nach rechts verzogenem Gesicht aufgestanden war. Zunächst wurde eine rheumatische Facialislähmung angenommen und elektrische Behandlung eingeleitet. Ein Jahr später stellten sich Schwindel, Kopfschmerz und Erbrechen ein, zugleich Schluckbeschwerden. Flüssige Nahrung lief oft durch die Nase. Beim Gehen begann Pat. zu taumeln. Anfang Juni 1904 der Königl. Charité überliefert, ergab die objektive Untersuchung eine leichte Schwäche des rechten, stärkere des linken Abducens; bei seitlichen Blickbewegungen deutlicher Nystagmus; die Kornealreflexe erloschen. Rechtsseitige Facialislähmung mit Kontraktur und schwerer Veränderung der elektrischen Erregbarkeit. Die Hörschärfe war etwas herabgesetzt. Die Zunge wich leicht nach rechts ab, der Kopf war stark druckempfindlich. An den Extremitäten keine Störung der Motilität und Kraft, nur links fraglicher Babinsky. Die Sensibilität des Larynx etwas herabgesetzt. Die Diagnose wurde damals auf intrapontine Neubildung gestellt, eine Ansicht, der sich auch Herr Oppenheim anschloss. Im weiteren schwankenden Verlauf blieben Kopfschmerz und zeitweiliges Erbrechen unverändert. Darreichung von Jodkali brachte keine Besserung. Die Lumbalpunktion wurde mit negativem Erfolge ausgeführt. Der Babinsky bildete sich zum vollkommen einwandfreien am linken Fuss aus. Die Facialiserscheinungen blieben unverändert, dagegen schien leichte Parese am linken Arm einzutreten. Auch leichte Sensibilitätsstörungen am linken Trigemimus, hauptsächlich subjektiver Natur, wurden beobachtet. Der Augenhintergrund blieb vollkommen normal. Der Tod trat plötzlich ein infolge von Atemlähmung. Die Sektion hat die von Herrn Ziehen gestellte Diagnose bestätigt. Tatsächlich hat sich eine intrapontine Neubildung gefunden, die demonstriert wird. Die Brücke erscheint stark aufgetrieben. Sonst ist eine ziemlich scharfe Zeichnung vorhanden. Hauptsächlich ist die rechte Brückenhälfte betroffen. Das entspricht auch den klinischen Erscheinungen. Nach der Medulla oblongata zu ist die Zeichnung eine mehr verwachsene. Mikroskopisch sei eine diffuse Gliomatose zu erwarten.

69) **E. Mendel**: Zur Revision des § 51 des Deutschen Strafgesetzbuches.

Griesinger habe bei der Gründung der Gesellschaft als eine ihrer Aufgaben auch die Beschäftigung mit der gerichtlichen Psychiatrie angegeben. Im März und April 1869 habe die Frage der Zurechnungsfähigkeit eine grosse Diskussion hervorgerufen. Aus dieser sei eine Eingabe an den Justizminister hervorgegangen, in welcher besonders hervorgehoben wurde, dass der Ausdruck Blödsinn, welcher sich im bisherigen Preussischen Strafgesetzbuch in Bezug auf die Zurechnungsfähigkeit fand, gestrichen werde und dass die Einführung des

Begriffes der freien Willensbestimmung als bedenklich zu bezeichnen sei. Seit 35 Jahren habe sich diese Gesellschaft kaum in nennenswerter Weise mit der forensischen Psychiatrie beschäftigt. Die jetzige Fassung des § 51 sei aus einer grossen Reihe von Kompromissen entstanden. Nicht ohne Bedeutung sei es, dass das damalige Ministerium nur die freie Willensbestimmung in den Paragraphen hineinbringen wollte. Die wissenschaftliche Deputation führte die Bedenken dagegen aus und schloss, dass prinzipaliter der Paragraph lauten sollte: Wenn der Täter sich zur Zeit der Tat in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand. Im weiteren Verlauf kam noch der Ausdruck Bewusstlosigkeit hinzu, weil gewisse Zustände bei Fiebernden, Epileptikern, Alkoholikern nur mit Zwang unter die krankhaften Störungen der Geistestätigkeit zu bringen waren. Die Juristen haben es sich aber nicht nehmen lassen, die freie Willensbestimmung aus Besorgnis hineinzubringen, dass sonst die Aerzte in foro entscheiden würden und nicht die Juristen. Die wissenschaftliche Deputation hat weiter auf ihrem Standpunkt beharrt: auf die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung geben wir keine Antwort. Erst nach Westphal's Tode habe sie eine Einschränkung vorgenommen insofern, als sie gesagt habe: „Es ist ein Zustand krankhafter Störung im Sinne des § 51 vorhanden.“ Votr. hebt hervor, dass er in dem Kampfe, ob man die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung beantworten solle, ziemlich allein gestanden habe und führt seine Gründe gegen die Beantwortung der Frage aus. Die freie Willensbestimmung stelle keinen psychiatrischen Begriff dar. Den freien Willen müsse man als einen Kampf der sich assoziierenden oder kontrastierenden Vorstellungen ansehen, der zu einer Handlung oder zur Unterlassung derselben führt. Der Gesetzgeber selbst habe nicht gewollt, dass der Ausschluss der freien Willensbestimmung von dem Arzt beantwortet werden solle. Wichtig seien die praktischen Konsequenzen. So lange die Aerzte sich lediglich auf die Frage der Bewusstlosigkeit und krankhaften Störung der Geistestätigkeit beschränkten, kommen sie kaum in Konflikt mit den Juristen. Anders stehe es, sobald sich der ärztliche Sachverständige auf das Gebiet der freien Willensbestimmung begeben. M. führt einige Beispiele aus Prozessen an. Eine Diskussion über die freie Willensbestimmung wäre leicht geeignet, das Ansehen der Aerzte zu schädigen. Zu seiner grossen Freude sieht M., dass sich in den letzten Jahren eine Aenderung der Ansichten vollzieht. Aschaffenburg, der sich erst gegen ihn ausgesprochen habe, vertrete jetzt die gleiche Ansicht und Prof. Kahl äusserte bei den Verhandlungen des 27. Juristentages, die Säulen der Gerechtigkeit würden nicht stürzen, wenn heute die freie Willensbestimmung wegfielen. Die Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit schliesst Votr. aus. Aschaffenburg habe die Fassung vorgeschlagen: wenn der Täter zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung geisteskrank, blödsinnig oder bewusstlos war, so wird er nicht bestraft. Dagegen hat M. erhebliche Bedenken. Es genüge das Wort geisteskrank. Noch schlimmer sei das Verlangen, dass jeder nach § 51 Freigesprochene nun dem Entmündigungsrichter überwiesen werden solle. Wenn er seit der in geisteskrankem Zustande begangenen strafbaren Handlung völlig gesund geblieben sei, so würde man dem Freigesprochenen eine neue Schädigung zufügen, die unter Umständen eine neue Erkrankung hervorrufen könnte. M. schlägt eine Fassung des § 51 vor, die ihm die einfachste zu sein scheint

und allen Bedürfnissen genüge: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung bewusstlos oder geisteskrank war.“ Mit dieser Fassung sei auch Prof. Kahl einverstanden. Damit würden wir uns in die Reihe anderer Kulturstaaten stellen, bei denen diese Fassung schon seit 100 Jahren bestehe, wie Frankreich im Code penale, Belgien, Norwegen, Schweiz und Türkei. M. stellt den Antrag, wie vor 35 Jahren eine Kommission zur Prüfung und Berichterstattung zu wählen, damit eine Eingabe an die Behörden gemacht werden könne, welche darüber zu entscheiden hätten.

Moeli: Die Gründe, welche Herr Mendel für seine Auffassung angeführt habe, zerfielen in zwei Gruppen, erstens die Frage, ob die Erhöhung der freien Willensbestimmung im § 51 zweckmässig und nützlich sei. Wenn er diese Frage verneint, werde er keinen Widerspruch erfahren. Auch die dafür gebrachten Zitate, namentlich die von Kahl ausgesprochene Ansicht, dass die freie Willensbestimmung wegfallen könnte, bezögen sich auf diese Frage. Die zweite Frage sei, ob, so lange diese Fassung des Paragraphen besteht, es erwünscht und zweckmässig sei, die Beantwortung der Frage der freien Willensbestimmung abzulehnen. Hierfür seien die Kronzeugen nicht ganz so überzeugend und nicht ganz so wichtig. Wenn z. B. Herr Mendel anführe, dass die wissenschaftliche Deputation die Frage früher beantwortet hat: „im Sinne des § 51“, so sei doch eine Beantwortung des wesentlichen Inhalts darin gelegen. Die Frage, ob der Ausdruck, dass jemand geisteskrank oder bewusstlos sei, für die Zukunft genügen werde, sei schwer zu beantworten. Herr Mendel wolle zwar die verminderte Zurechnungsfähigkeit aus dem § 51 des Strafgesetzbuches ausschliessen, werde aber die entscheidenden Kreise nicht verhindern können, diese Frage mitzubeführen. Falls eine derartige Kommission eingesetzt würde, würde es sich empfehlen, möglichst ihr zu überlassen, ob sie unter Berücksichtigung der in dieser Hinsicht zutage getretenen Bestrebungen die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit im § 51 verwerten will.

Mendel wiederholt Herrn Moeli nochmals, dass seiner Ansicht nach die Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit mit dem § 51 nichts zu tun hat. Dieser sei lediglich für die wirklich Zurechnungsunfähigen. Wolle man die verminderte Zurechnungsunfähigkeit so einführen, wie er sie nicht eingeführt sehen möchte, müsse ein anderer Paragraph dafür sorgen. Auch Kahl habe geäußert, dass mit der Zurechnungsunfähigkeit die verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht vermischt werden sollte. Was die Frage betreffe, ob der Paragraph so, wie er es vorgeschlagen, gefasst werden könne, ohne das Staatswohl zu gefährden, so weist M. noch einmal ausführlich auf das Beispiel von Frankreich mit seiner hundertjährigen Erfahrung hin.

70) **Oppenheim:** Kurze Mitteilung zur Symptomatologie der Tumoren der hinteren Schädelgrube.

Im Anschluss an eine Demonstration des Herrn Ziehen sei er in eine Meinungsverschiedenheit mit demselben über den diagnostischen Wert der Areflexie der Kornea geraten. Das demonstrierte Gehirn stammt von einem neunjährigen Knaben, welcher seit einem Jahr Anfälle von Kopfschmerzen und Erbrechen hatte; diese hätte man umso mehr als Hemicranie deuten können, als auch die Mutter daran litt. Oppenheim stellte doppelseitige Stauungspapille fest. Es bestand nämlich eine Areflexie der linken Kornea, während der rechte Kornealreflex normal war. Weiter wurde eine Schwäche am rechten

Bein, Erhöhung der Sehnenphänomene an beiden Beinen und doppelseitiger Babinsky sowie dorsales Unterschenkelphänomen nur rechts festgestellt. O. fielen ungewöhnliche Mitbewegungen auf. Obgleich mit der Möglichkeit eines erworbenen Hydrocephalus gerechnet werden musste, nahm O. doch einen Tumor des Kleinhirns an, wozu er durch das frühzeitige Hervortreten der Stauungspapille und der Areflexie der Kornea bestimmt wurde. Kopfschmerz und Erbrechen traten für einige Zeit zurück. Die Sektion bestätigte die Annahme eines Tumors der linken Kleinhirnhälfte. Die Geschwulst sitzt an der Basis der linken Kleinhirnhemisphäre. Ein begleitender Hydrocephalus ist vorhanden. Die Tatsache, dass die durch einseitige Kleinhirntumoren hervorgerufene Trigeminaffektion sich lange Zeit ausschliesslich durch Areflexie der Kornea mit oder ohne Anästhesie kundgibt, habe er schon früher betont. Ob es sich um eine Druckwirkung auf die spinalen Trigeminiwurzeln oder auf den Nerven selbst handelt, vermag O. nicht zu sagen. Er geht dann auf die Diskussion mit Herrn Ziehen ein. Bei Gesunden habe er ein völliges Fehlen des Kornealreflexes nie beobachtet. Im Anschluss daran zeigt er einen Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels, wobei er vor dem Tode eine genaue Zeichnung der Geschwulst entworfen hatte. Es handelte sich um ein Accusticusfibrom, welches die benachbarte Ponschälfte ausserordentlich komprimiert und reduziert hat.

71) **Oppenheim:** Ueber Missbrauch der Sehnentransplantation.

Das von Nicoladoni empfohlene Verfahren der Sehnen- und Muskeltransplantation sei immer mehr und mehr in seinen Indikationen erweitert worden. O. weist auf die Missstände in einzelnen Fällen hin, in denen die Operation infolge von Verkennung des Leidens bei einer progressiven und deletären Affektion vorgenommen wurde, während sie sich auf abgelaufene Fälle, auf definitive Lähmungszustände der Poliomyelitis beschränken sollte. So wurde sie bei der progressiven neurotischen Muskelatrophie vorgenommen und sogar bei einem malignen Tumor der Wirbelsäule mit Kompression des Rückenmarks. Was solle eine derartige Operation bei einer Krankheit, bei der eine Muskelgruppe, welche noch funktionstüchtig ist, nach Monaten oder Jahren von einer fortschreitenden Atrophie ergriffen wird? Ein solcher Eingriff sei nicht gleichgültig, da die Extremität eingegipst werden müsste. O. geht nun auf den Fall von Tumor an der Wirbelsäule ein. Ein Fräulein erkrankte mit heftigen Schmerzen im linken Bein, Kreuz und Gesässgegend, dazu gesellten sich sehr bald fortschreitende Lähmungen mit Atrophie. Ein berühmter Vertreter der Orthopädie machte die Operation. Zwei Monate später fanden sich alle Zeichen eines Tumors des Lumbosacralmarks ein, Lähmung an beiden Seiten mit schweren Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, erloschenem Sehnenphänomen, Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion, wütenden Schmerzen beim Pressen und Druckempfindlichkeit des elften und zwölften Brustwirbels. Die Radiographie ergab in der Höhe des elften Dorsalwirbels einen Schatten, welcher auf eine Neubildung bezogen werden musste. O. warnt vor dem Missbrauch dieser Operation. Ein Chirurg müsse sich zunächst überzeugen, dass es sich nicht um ein fortschreitendes Leiden des Nervensystems handle.

III. Bibliographie.

XVIII) von Hölder: Pathologische Anatomie der Gehirnerschütterung beim Menschen. Stuttgart. Julius Weise. 1904. 80 Seiten. 14 Tafeln.

Die Befunde stützen sich auf eine grosse Reihe von Fällen, bei denen es zu einer Gehirnerschütterung oder richtiger zu Gehirnblutungen und -Zertrümmerungen durch äussere mechanische Gewalten und durch Schüsse in den Kopf gekommen war. Die Veränderungen, welche an Verunglückten und Selbstmördern nachgewiesen wurden, vergleicht H mit den „Verletzungen der Blutgefässe des Gehirnes aus inneren Ursachen“. Der Arbeit sind zahlreiche nach nichtgefärbten Schnitten gefertigte Abbildungen beigegeben.

Spielmeier.

XIX) Karplus: Ueber Familienähnlichkeiten an den Grosshirnfurchen des Menschen. Leipzig und Wien 1905. Franz Deuticke. 58 Seiten.

Die Arbeit beschäftigt sich damit, „die Variablen im Zentralnervensystem mit Rücksicht auf die familiäre Zusammengehörigkeit der Gehirne zu studieren“. Das Material für diese sehr mühevollen Untersuchungen „besteht aus 21 Gruppen von Zentralnervensystemen“; in 16 Gruppen konnten 2, in 4 Gruppen 3, in 1 Gruppe 5 Mitglieder der gleichen Familie untersucht werden. Das Hauptresultat dieser Vergleiche lautet dahin: „es gibt eine Vererbung der Gehirnfurchen.“ Und zwar gleichen sich die Gehirne von Mitgliedern einer Familie entweder in ihrem Gesamthabitus, oder sie zeigen mehr oder weniger zahlreiche übereinstimmende Variationen des Furchenbildes. Dabei findet eine gleichzeitige, keine gekreuzte Uebertragung gewisser Eigentümlichkeiten der Furchung statt, d. h. die rechte Hemisphäre bei einem Familiengliede ähnelt der rechten Hemisphäre bei den anderen, die linke der linken. Die Frage nach den Geschlechtsunterschieden der Gehirne konnte an dem vorliegenden Material nur hier und da berücksichtigt werden; immerhin schienen die Beobachtungen nicht für die Behauptung mancher Autoren zu sprechen, dass sich aus dem Furchenbilde eine Inferiorität des weiblichen Gehirnes ableiten liesse.

Zur Illustration der Befunde sind zwanzig übersichtliche und sorgfältig ausgeführte Tafeln beigelegt.

Spielmeier.

XX) Held: Zur weiteren Kenntnis der Nervenendfüsse und zur Struktur der Sehzellen. Leipzig 1904. B. G. Teubner. 43 Seiten. 2 M.

In dem ersten hier besonders interessierenden Teile dieser Ausführungen berichtet Held nach einer kurzen „Geschichte und Kritik der Nervenendfüsse“ über seine mit der neuen Cajal'schen Fibrillenmethode erhobenen Befunde. Er bestätigt die Angaben Cajal's über die netzartige Anordnung der Fibrillen in den zentralen Wirbeltierganglienzellen, wie sie — zum Unterschiede von der Molybdänmethode Bethe's — durch dieses neue Silberreduktionsverfahren dargestellt wird. Entgegen den Beobachtungen Cajal's, dass die Nervenendfüsse und Endknöpfe frei und blind enden und zu den Ganglienzellen nur in „Kontakt“ treten, weist Held an Cajal-Präparaten den direkten Uebergang der Nervenendfüsse in das Innere des Zelleibs nach. Man erkennt an den vorzüglichen Abbildungen, wie das Fibrillennetzwerk der Endfüsse in das Fibrillennetz der Ganglienzelle übergeht und wie an anderen Stellen die Fibrillen in den Körper der Zelle radiär einstrahlen. Als ein besonders wichtiges Ergebnis der neuen

Cajal'schen Methode hebt Held ferner hervor, dass gemäss den damit gewonnenen Bildern „die Fibrillenzüge nicht einfach die Nissl-Körper im Negativbild angeben — das würde nur für die gröberen Fibrillenzüge gelten —, sondern dass die feineren Zwischennetze ausgiebig die Substanz der Nissl-Körper durchsetzen und zerklüften müssen.“

Der Einspruch Cajal's gegen die Existenz von pericellulären nervösen Terminalnetzen und von Verbindungsfäden der Neuriten, die mit den Ganglienzellen verschmelzen, erklärt sich vor allem aus Mängeln der Methode, aus Unvollständigkeiten der Silberfärbung. Spielmeier.

XXI) G. Köster: Zur Physiologie der Spinalganglien und der trophischen Nerven sowie zur Pathogenese der Tabes dorsalis. Leipzig, Engelmann, 1904. 116 S. (Mk. 6.)

An etwa hundert Tieren (Katzen, Hunden, Kaninchen) hat Verf. Durchschneidungen sensibler Nerven oder der Hinterwurzeln vorgenommen, in übersichtlicher Weise seine Resultate mit den Ergebnissen anderer Autoren verglichen und endlich die experimentellen Befunde mit den histo-pathologischen Befunden der Tabes zusammengestellt. Das Ganze kann als ein lehrreicher Beitrag im Gebiete der experimentellen Pathologie betrachtet werden. Verf. ist sich stets bewusst geblieben, inwieweit es zulässig ist, die Ergebnisse eines chirurgischen Eingriffes mit den Schädigungen einer langsam wirkenden Noxe zu vergleichen.

Wir möchten hier nur einige von den Resultaten aufzählen und zwar solche, die uns mehr allgemein-biologisches Interesse zu haben scheinen, ohne auf eine ganze Reihe von Befunden eingehen zu können, deren Feststellung uns weniger bemerkenswert erscheint, teils weil sie bereits vorher allgemein anerkannt waren, teils weil sie aus bereits bekannten Tatsachen gefolgert werden konnten.

Zunächst sei die Tatsache erwähnt, dass ein Eingriff auf der einen Seite des Spinalganglions degenerative Veränderungen auf der anderen Seite desselben hervorzurufen imstande ist, jedoch nicht gleichwertige: Durchschneidung der Hinterwurzeln ruft Degenerationen im peripheren sensiblen Nerven hervor, die qualitativ und quantitativ bedeutender sind als die Wirkungen, die nach Eingriffen an den peripheren Nerven sich auf die Hinterwurzeln äussern. Ferner zeigt es sich, dass nach Durchschneidung der Hinterwurzel das mit dem Ganglion in Verbindung bleibende Stück derselben stärker geschädigt wird als der zentrale — also ebenfalls mit dem Ganglion in Zusammenhang bleibende — Teil des peripheren Nerven nach Durchschneidung des peripheren Nerven. Aus diesen Befunden heraus, ferner aus den noch zu besprechenden ungleichwertigen Zellveränderungen nach Durchschneidung der Hinterwurzel resp. der peripheren sensiblen Nerven, glaubt Verf. neue Beweise für die Bipolarität der Ganglienzellen und für die verschiedenartige biologische Wertigkeit der beiden Fortsätze derselben Zelle gefunden zu haben. Uns erscheinen die Beweise nicht ohne weiteres ausschlaggebend: Deutliche pathologische Veränderungen in den Hinterwurzeln treten erst nach dem 60. Tage nach der Durchschneidung des peripheren Nerven auf; im peripheren Nerven erst gar nach 3—4 Monaten nach der Durchschneidung der Hinterwurzeln. Könnte nicht in diesem reichlichen Zeitraume erst durch Wirkungen auf verschiedene Zellelemente des Spinalganglions endlich ein Einfluss auf dasjenige Element ausgeübt werden, dessen

Schädigung zuletzt uns eine Degeneration in der mit ihm in Verbindung stehenden Fasern vor Augen bringt? Was den zweiten Satz betrifft, so lässt sich nicht ohne weiteres der Eingriff an den Hinterwurzeln vergleichen mit dem Eingriff an den peripheren Nerven. Operationen diesseits des Spinalganglions, d. h. zwischen Ganglion und Rückenmark, sind vielleicht als folgenschwerere Eingriffe zu betrachten, als Operationen jenseits desselben. So könnten z. B. die Ernährungsverhältnisse in dem einen Fall stärker geschädigt sein, als in dem anderen. Wie dem auch sei: so lange wir nicht imstande sind, die äusseren Bedingungen der einen Operation mit denen der anderen zu vergleichen und möglichst gleichzustellen, können wir nur mit der grössten Reserve — und mit noch grösserer, als sich der Verf. bereits auflegt — die Verschiedenheit in den Erfolgen zweier Operationen als die Folgen rein biologischer Verhältnisse hinstellen. Interessant erscheint uns der Befund, dass nach Durchschneidung der Hinterwurzel die Degeneration sich fast ausschliesslich in den distalen feinen Hautnerven am meisten und zuerst sich zeigt — bekanntlich finden wir bei den motorischen Nerven die zeitliche Aufeinanderfolge des Degenerationsprozesses in umgekehrter Anordnung ausgedehnt.

Schädigungen der Zellen im Spinalganglion treten auf sowohl nach Durchschneidung des peripheren Nerven, als auch nach solcher der Hinterwurzel. Während das äussere Aussehen der strukturellen Zellalterationen nach beiden Eingriffen dasselbe ist, treten die Veränderungen zeitlich verschieden auf und sind verschiedenartig einer Restitution zugänglich. Die Durchschneidung der Hinterwurzel erzeugt erst relativ spät (nach etwa drei Monaten) deutliche Veränderungen, die beständig fortschreiten, während die Durchschneidung des peripheren Fortsatzes bereits nach wenigen Tagen (im Verlauf des ersten Monats) ihren Höhepunkt erreicht und die Zellen restitutionsfähig erhält.

Eine besondere Aufmerksamkeit wurde den trophischen Störungen, die den verschiedenen Durchschneidungen folgen, gewidmet. Das Auftreten derselben lässt verschiedene Deutungen zu: Wegfall normaler zentrifugaler Erregungen, mechanische Einflüsse auf die anästhetische Haut, abnormer Einfluss zentrifugaler Reize — letztere sind wohl vorzüglich als die Ursache der vorübergehenden trophischen Störungen zu betrachten. Diese Annahmen reichen zur Erklärung aus und machen die Heranziehung spezifisch-trophischer Nerven überflüssig. Bei der Tabes lassen sich die trophischen Störungen ebenso wie bei den experimentellen Versuchen aus den Störungen, die das sensible Neuron, ganz gleich an welcher Stelle, erfahren hat, erklären. Ein grosse Rolle mag auch hier der zentrifugal wirksame Reizzustand an den Hinterwurzeln spielen.

Im letzten Kapitel vergleicht der Autor die experimentelle Zell- und Nervenfaserdegeneration mit den anatomischen Befunden bei der Tabes. Aus dem sorgfältigen Vergleich, der sich auch auf eine Anzahl eigener Untersuchungen an pathologischem Materiale stützt, kommt der Verf. zur Ansicht, dass die tabischen Veränderungen der Spinalganglienzellen, sowie die Alterationen an den peripheren Nerven sich zwanglos aus der vorangehenden primären Degeneration im Bereiche der Hinterwurzeln erklären.

Der Arbeit sind 94 Krankengeschichten in kurzer Fassung und ein ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben. Auf acht Tafeln sind 30 zum Teil recht gelungene Photogramme reproduziert.

Merzbacher (Heidelberg).

XXII) A. Vigouroux et P. Juquellier: La contagion mentale. Paris. Octave Doin, Éditeur, 1905. Bibliothèque internationale de Psychologie expérimentale. Dir.: Dr. Toulouse. 258 Seiten.

Ein echt französisches Buch, das ohne tieferes Eindringen leicht und elegant beschreibt und geschickt zusammenordnet, was in schöner Literatur und wissenschaftlichen Werken bisher an Beobachtungen über Ansteckung durch geistige Zustände zerstreut war. Nach einer ziemlich weitläufigen Auseinandersetzung über den Begriff der „contagion mentale“, die als unwillkürliche Nachahmung definiert wird, gelangen die Autoren im V. Kapitel zur Darstellung der verschiedenen Formen geistiger Ansteckung. Zuerst wird die Uebertragung von Bewegungen und Handlungen besprochen, wofür die Kontagiosität des Gähnens ein beliebtes Beispiel ist. (Aehnlich wirken Lachen, Weinen, Husten.) Die trockene Aufzählung wird jeweils gewürzt durch Belege aus der schönen Literatur oder der Tagesgeschichte. Kapitel VI behandelt die Uebertragung affektiver Zustände. Auf Grund der im vorigen Kapitel festgelegten Tatsache, dass die reflektorischen Handlungen ganz besonders ansteckend sind, huldigen die Autoren hier ausschliesslich der James-Lange'schen Affekttheorie: weil man zittert und Gänsehaut hat, fürchtet man; weil man weint und die Gesichtsmuskulatur verzieht, ist man traurig; (die nach der Ansicht des Ref. sehr triftigen, experimentell gestützten Einwände Lehmann's gegen die James-Lange'sche Theorie werden nicht diskutiert). Zur Unterstützung ihrer Ueberzeugung begnügen sich die Autoren mit der Zitierung Sergi's (*Les émotions*, Paris 1903), welcher ebenfalls Anhänger Lange's ist. Aus der im vorhergehenden Kapitel festgestellten Kontagiosität der reflektorischen Akte kann eben sehr gut die Ansteckung durch Affekte erklärt werden, wenn man sich zu Lange's Theorie bekennt.

Auf dieser theoretischen Grundlage wird im Kapitel VII die Ansteckung mit Schmerz, Furcht, Zorn etc. behandelt und mit Beispielen belegt. Kapitel VIII bespricht die höhern Gefühle (*émotions supérieures*), besonders die religiösen Ansteckungsphänomene, wie sie uns durch die Geschichte der Heiligen und Märtyrer berichtet werden. Die aus der Originalliteratur gesammelten Beispiele sind zum Teil sehr lehrreich. Kapitel IX bespricht die Kontagiosität der Ideen. „Je grösser der Gefühlswert einer Idee ist, um so ansteckender ist sie.“ Der Gefühlswert der Idee führt nach Ribot wieder die reflektorischen somatischen Begleiterscheinungen des Affektes herbei und damit die Kontagiosität. Umfangreiche Zitate aus Tarde: „*Le public et la foule*“, und aus Jules Vallès: „*Les Réfractaires*“ füllen dieses Kapitel. Vallès misst der Ansteckung durch Bücher eine enorme Wichtigkeit bei, wie dies eben nur Philologen und Literaten tun können, deren bekannte Eigentümlichkeit es ist, die Exterritorialität des Genies aus den Büchern der literarischen Ahnen erklären zu wollen. Bezeichnend ist die Stelle: „A de Musset — Wie viel Talente dieser grosse Poet auf Abwege gebracht hat, wissen Sie; wie viel Trunkenbolde er aber gemacht hat, weiss man nicht . . .“ Von Balzac heisst es: „Unter den Schritten dieses Riesen — wie viel erdrückte Gewissen, wie viel Schmutz, wie viel Blut! Wie hat er den Richtern Arbeit gemacht und den Müttern Tränen gebracht!“ Was man wohl nicht ernst zu nehmen braucht; eine sorgfältige Erforschung des Milieus und der Heredität gestattet mehr Einblick in die Kausalität als derartige Aperçus.

Kapitel XI bringt ein Resumé des I. Teiles: „Jedes Ansteckungsphänomen entsteht auf der Basis einer zuerst perzipierten und dann wiederholten motorischen Reaktion. Bei der ansteckenden Person bedeutet diese Reaktion ein Gefühl oder eine Idee. Bei der angesteckten Person bringt sie dasselbe Gefühl oder dieselbe Idee hervor.“

„Die geistige Ansteckung ist unwillkürlich.“ Die infizierte Person überlegt nicht und in diesem Moment konvergieren nicht alle psychischen Funktionen zum selben Ziel: (das induzierte Phänomen tritt selbständig neben dem Ich-Komplex auf, würden wir sagen. Ref.). Es entsteht also eine Spaltung der Persönlichkeit (*Desagrégation de la personnalité*). Demnach sind die leicht spaltbaren Persönlichkeiten die widerstandslosen (d. h. die Suggestibeln sind widerstandslos. Ref.). Damit ist hinübergeleitet zum II. Teil, zur Pathologie der psychischen Ansteckung. Hier werden nun mit sehr vielen und umfangreichen Zitaten die psychischen Epidemien krankhaften Charakters (Veitstanz, Alkoholismus, Opiophagie, induziertes Irresein, verbrecherische Impulse der Massen, religiöse Epidemien, pathologische Kunstrichtungen etc.) weitläufig dargestellt. Die Schilderung ist geschickt und auch für Laien recht lesbar und interessant; dem Fachmann wird sie ausser vielen wertvollen, in der Literatur verstreuten Einzel Tatsachen nicht viel Neues bringen. Die französische Literatur ist ausgiebig berücksichtigt (gutes Literaturverzeichnis!); auch die bessere italienische Literatur ist angegeben. Die deutsche Literatur steht fast ganz im Hintergrund, trotzdem einige gute Quellen existieren, zum Beispiel das Sammelwerk von Stoll und die hübsche Zusammenstellung bei Haeser: *Geschichte der Medizin*. Jung (Burghölzli).

XXIII) R. Wollenberg: Die Melancholie. Sonderabdruck aus dem von Leyden und Klemperer herausgegebenen Werk „Die deutsche Klinik“; Urban und Schwarzenberg, 1904.

Eine klinische Vorlesung, in welcher der Tübinger Psychiater eine anschauliche Darstellung des heutigen Standes der Lehre von der Melancholie gibt. Er beginnt mit der auch vom Ref. geteilten Ansicht, dass wir von einer endgiltigen Lösung der diagnostischen Fragen noch weit entfernt sind. Wollenberg schildert sodann das klinische Bild der Melancholie und eines katatonischen Depressionszustandes durch Mitteilung einiger Krankengeschichten und Hervorhebung der wichtigen psychischen und somatischen Symptome, legt der üblichen Unterscheidung von Spezialformen wohl mit Recht keine wesentliche Bedeutung bei, erörtert sodann die verschiedenen Verlaufsformen des Leidens und wendet sich weiterhin in gründlichen Ausführungen der Differentialdiagnose zu. Er trennt den Depressionszustand der *Dementia praecox* streng von der Melancholie, kennzeichnet die depressive Form der Spätkatatonie in klarer Darlegung und bespricht darauf die Kraepelin'sche Lehre vom Unterschied zwischen Melancholie und zirkulärer Depression. Wohl erkennt er an, dass es oft gelinge, mit Hilfe der von Kraepelin angegebenen Merkmale eine zirkuläre Depression von einer Melancholie zu unterscheiden; allein er bestreitet, dass eine solche Differentialdiagnose immer möglich sei; es gebe eine nicht geringe Zahl von Fällen, in denen die von Kraepelin angegebenen Kriterien versagen.

Des weiteren betont Wollenberg, es sei wohl möglich, dass die Melancholie im Sinne Kraepelin's kein einheitliches Krankheitsbild sei, sondern sehr verschiedene Krankheitsformen umfasse (senile, präsenile Formen, Friedmann's

neurasthenische Melancholie). Mit einer Schilderung der Behandlung der Melancholie schliesst der Aufsatz. Gaupp.

XXIV) Walter Baumann: Beiträge zur Kasuistik der Poliomyelitis-anterior acuta. Inaug.-Diss. Breslau 1904.

Verfasser hat alle Fälle, die in den letzten 15 Jahren in der Breslauer Nervenpoliklinik behandelt wurden, im ganzen 85 an der Zahl, zusammengestellt. Wie bei den früher gemachten Untersuchungen, so ergab sich hier, dass meistens die unteren Extremitäten befallen waren. In 54 Fällen war das Peroneusgebiet beteiligt. Eine wissenschaftliche Erklärung für diese Tatsache hat sich bis jetzt nicht finden lassen, ebensowenig dafür, warum in dem einen Falle die eine vom Peroneus versorgte Muskelgruppe, im andern die andere, manchmal auch sämtliche von ihm versorgten Muskeln befallen sind. Man spricht da nur von einer besonders starken Vulnerabilität, die im Nerven selbst oder in dessen Zentren liegt, und die ihren Grund vielleicht in der geringeren Blutversorgung, oder der exponierten Lage, oder der funktionellen Ueberanstrengung hat.

Eine andre auch schon bekannte Tatsache ist, dass die distalen Extremitätenmuskeln seltener betroffen sind. Sind sie betroffen, so geht diese Lähmung, falls sie nicht schon mit dem akuten Stadium verschwunden ist, fast immer zurück, mindestens aber immer vor den proximalen.

61 Mal waren Beine allein, 10 Mal nur die Arme und 14 Mal Arm und Beine betroffen. Verfasser glaubt mit Gowers, dass der Grund für das häufigere Befallensein der untern Extremitäten darin zu suchen sei, dass, wenn die Armzentren ergriffen sind, der Prozess leicht auf die lebenswichtigen Zentren der Medulla oblongata übergreifen und den Exitus hervorrufen kann. Eine Verkennung solcher letal endigenden Fälle sei leicht denkbar.

Sensibilitätsstörungen liessen sich in zwei Fällen vermuten, aber nie objektiv und einwandfrei nachweisen.

Das Alter der Erkrankten schwankt zwischen 0 und 10 Jahren, und zwar fallen die meisten Fälle in das 1.--2. Lebensjahr. Nach dem 10. nur zwei Fälle, beide an männlichen Individuen. Für die Aetiologie liessen sich keine genauen Anhaltspunkte nachweisen. 10 Fälle, die zeitlich und örtlich in einem nahen Zusammenhang zu stehen scheinen, sprechen dafür, dass es sich hier um ein infektiöses Auftreten handelt.

Was die Jahreszeit des Auftretens betrifft, so sind die Sommermonate, allerdings der Oktober auch noch, bevorzugt. Ein Grund hierfür ist bisher nicht bekannt.

Die Zusammenstellung dieser 85 Fälle ist insofern sehr interessant, als hier an verhältnismässig grossem Materiale das bisher bekannte Bild der Poliomyel. anter. acut. eine volle Bestätigung findet. Dreyfus.

IV. Uebersichtsreferate.

La presse médicale 1904.

No. 35. Vincent: La névralgie occipitale dans les angines vulgaires. Im Geleite der katarrhalischen, eitrigen oder phlegmonösen Angina tritt recht häufig eine typische Occipitalneuralgie auf, die wochenlang den

Ablauf der Angina überdauern kann. Unter 136 Fällen von Angina fand Vincent sie 17 mal, davon waren die neuralgischen Erscheinungen sechsmal recht intensiv. Vincent ist der Ansicht, dass lokale Innervationsverhältnisse die Ursache dieses Zusammentreffens sind. Es gibt nach ihm eine inkonstante Anastomose zwischen dem II. Cervicalnerven — aus dem der Occipitalis major stammt — und einem Zweig des N. Accessorius internus, der als N. pharyngeus sich an der Innervation des Pharynx beteiligt. Die Neuralgie entsteht nach dieser Auffassung durch eine Schmerz-Irradiation. — No. 38. **Genouville et Compain**: Le traitement de l'incontinence d'urine (variété infantile) par la faradisation du sphincter urétral. Die Autoren haben mit der intraurethralen (bei Mädchen) resp. perinealen (bei Knaben) Faradisation gute Erfolge bei Enuresis gesehen: 55 % Heilung und 25 % Besserung. Namentlich da, wo die Heilung sich erst allmählich einstellte, glauben die Autoren, die Wirkung der Faradisierung nicht auf Suggestion schieben zu sollen. Das Verfahren ist übrigens seit langem bekannt und geübt, was die Verfasser nicht zu wissen scheinen. — No. 54. **Comar et Buvat**: Les toxicomanes à propos d'un cas d'héroïnomanie. Die Verfasser konnten drei Fälle von Heroïnismus und einen von Dioninismus beobachten. Der eine Heroïnist, über den sie genauer berichten, nahm die enorme Menge von 2,8 gr Heroïn täglich. Die Folgen des übermässigen Heroingebrauchs sind ähnlich wie die des Morphiumismus. Nur scheint das Heroïn dem Kranken nicht dasselbe Mass von Wohlbefinden zu verschaffen, wie das Morphium. Die geistige Verfassung entspricht mehr einem einfachen Stupor. Der fortgesetzte Missbrauch führt rasch zu schwerstem psychischem Verfall. Das Heroïn eignet sich nach allem durchaus nicht zum Unterstützungsmittel für eine Morphiumentziehungskur. — No. 55. **André Thomas**: Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie par l'isolement et la psychothérapie. Die Behandlung der Neurosen, die Thomas so schildert, wie sie Dejérine in der Salpêtrière durchgeführt hat, beruht auf den Prinzipien der Isolierung, die wenigstens für die erste Zeit ausserordentlich streng ist, der Psychotherapie, bei der aber mehr die Ueberredung des Kranken als eine eigentliche „Suggestion“ in Frage kommt, und der Ueberernährung, reichliche Milchzufuhr bis zu 5 Liter Milch am Tage. Thomas schildert mit grosser Begeisterung die erfreulichen Resultate dieser Behandlungsmethode und spricht den dringenden und auch für unsere Verhältnisse noch immer sehr berechtigten Wunsch aus, dass für eine Erweiterung der Möglichkeit einer solchen Behandlung überall gesorgt werden möchte. — No. 56. **Debove**: Pouls lent permanent et hystéro-traumatisme. Debove beschreibt einen Mann, der hereditär schwer belastet und Alkoholist, nach einem Trauma die Symptome der Hysteria gravis darbietet, und bei dem dauernd der Puls bis auf 36 Schläge verlangsamt ist. Es giebt also, neben der häufigen hysterischen Tachykardie auch eine hysterische Bradykardie. Es ist übrigens doch sehr bemerkenswert, dass am Hals des Pat. ein Venenpuls zu beobachten war, bei dem man 72 Schläge zählen konnte. — No. 59. **L. Azoulay**: Les neuro-fibrilles d'après la méthode et les travaux de S. Ramon y Cajal. Gutes, von zahlreichen Abbildungen begleitetes Referat über die neue Neurofibrillenmethode und die auf dieser aufgebauten Arbeiten Cajal's (s. auch No. 68 und No. 74). — No. 65. **Marinesco**: Recherches sur la sensibilité vibratoire. Die Leitungsfähigkeit der Vibrationsempfindung ist, wie Bech-

terew und Goldscheider angegeben haben, eine alle Gewebe, aber in ganz verschiedenem Maasse auszeichnende Eigenschaft. Am besten wird sie von den Knochen geleitet, und zwar auch hier wieder in wechselndem Maasse, indem die langen Röhrenknochen besser leiten, als die spongiösen. Die Leitung dieser sensiblen Qualität scheint den Hintersträngen übertragen zu sein; hier scheinen die für sie bestimmten Fasern in der Nähe der grauen Substanz der Hinterhörner zu liegen. Das Verhältnis dieser sensiblen Qualität zu den übrigen ist ein sehr wechselndes, wie M. an einer grossen Reihe von Beispielen von organischen Erkrankungen des Nervensystems zeigt. — No. 72. **Marandon de Montyel**: Des hypersécrétions multiples dans la paralysie générale. Detaillierte Mitteilungen über isoliertes oder gleichzeitiges Vorkommen von übermässiger Schweiss-, Speichel-, Tränen- und Urinsekretion in den verschiedenen Stadien der Paralyse. Die Arbeit ist eine Fortsetzung früherer Forschungen des Autors auf demselben Gebiet, deren Sinn ich nicht einsehen kann. — No. 75. **Delucq et Alaux**: Adipose douloureuse. (Maladie de Dercum.) Eine 61jährige hereditär belastete Frau zeigt folgendes Bild: diffuse Adipositas am Hals, an den Armen und an den Beinen, in wechselnder Stärke und asymmetrischer Verteilung; besonders stark sind Hals und Bein betroffen. Die Fettentwicklung, die vor etwa 30 Jahren begonnen hatte, war anfangs mit sehr heftigen Schmerzen verbunden, die auch jetzt noch anfallsweise auftreten. Während der Schmerzanfälle besteht häufig eine erhebliche Hauthyperämie. Auf Druck sind die fettinfiltrierten Stellen nicht schmerzhaft. Es besteht eine allgemeine Mattigkeit, keine psychischen Störungen. Schon im Alter von 10 Jahren hatte sich bei der Patientin ein Symptomenkomplex entwickelt, der auf einen orbitalen Tumor deutete. Das linke Auge trat immer weiter heraus, die Sehkraft nahm ab, mit 20 Jahren war Pat. blind. Im Alter von 14 Jahren trat auch eine allmählich zunehmende Deformation der linken oberen Nasengegend ein, indem die knöchernen Partien hier allmählich stark hervorgetrieben wurden. Bei der Entstehung dieser Tumoren heftige Schmerzen, die allmählich wieder nachliessen. Zeitweilig auch Nasenbluten. Die Autoren nehmen an, dass von dem orbitalen Tumor, der allmählich nach hinten gewachsen sei, die Hypophyse erreicht und zerstört wurde, und so vielleicht der Grund zu der Adipositas dolorosa gelegt wurde, was recht unwahrscheinlich ist. — No. 79. **Toupet et Leuret**: Delire d'inanition. Halluzinatorisches Delirium bei einer 45jährigen Frau, bei der durch ein Ulcus ventriculi eine abundante Haematemesis ausgelöst wurde, und bei der durch die Unmöglichkeit irgendwelcher ausreichenden Ernährung eine schwere Inanition bedingt wurde. Die Autoren beziehen das Delir im wesentlichen auf diese, nicht auf die Anämie. — **Cantas**: Traitement de l'incontinence essentielle nocturne d'urine par la méthode epidurale. Cantas empfiehlt lebhaft die epidurale Injektion bei der Incontinentia urinae essentialis, sowohl nocturna wie diurna. Er hat sie in 15 Fällen angewendet, bei denen die Inkontinenz bis dahin jahrelang allen therapeutischen Versuchen getrotzt hatte, und hat 13 mal einen vollen Erfolg erzielt. Er spritzt im untern Dreieck des Sakralkanals ein, in Seitenlage mit der Luer'schen Spritze und zwar 5—10 ccm einer 0,2%igen Cocainlösung. Die Zahl der Einspritzungen variierte zwischen 1 und 6. Die Cocainlösung ist der physiologischen Kochsalzlösung an Wirksamkeit überlegen; im ganzen wirkt die Einspritzung von 10 ccm besser als die geringerer Mengen. Erheb-

liche schädliche Nebenwirkungen sah er niemals. — **Dehérain**: L'inégalité pupillaire dans les maladies du poumon et de la plèvre. Pupillendifferenz kommt bei allen möglichen Erkrankungen der Lunge und der Pleura vor, bei Pneumonie, Bronchitis, Emphysem, Pleuritis und Tuberkulose. Sie ist auf Reizung des Sympathicus im Mediastinum zu beziehen. — No. 80. **Lortat-Jacob et Sabaréanu**: Sciatique radiculaire unilatérale. Fall von Ischias, der von dem typischen Bilde dadurch abweicht, dass eine homologe Skoliose besteht und ausserdem eine Sensibilitätsstörung, die in erster Linie das Territorium der I. und II. Sacralwurzel betrifft; auch sind keine ausgesprochenen Druckpunkte vorhanden. Es ist anzunehmen, dass hier nicht wie sonst eine den Nervenstamm, sondern die Wurzeln betreffende Affektion vorliegt, die vielleicht syphilitischen Ursprungs ist. Cassirer.

St. Petersburger medizinische Wochenschrift 1904.

No. 38. **Michelson**: Gicht und Psychose. Den Ausführungen M.'s liegt die Beobachtung eines mit gichtischer Diathese behafteten Pat. zugrunde, welcher zuerst mit 37 Jahren einen psychischen Depressionszustand von zweijähriger Dauer zeigte, der mit erhöhter Harnsäureausscheidung bis zur Bildung von Konkrementen endete. Im Verlauf der Jahre entwickelte sich nun allgemeine Arteriosklerose, Herzhypertrophie, Schrumpfniere. Im 51. Lebensjahre begann die zweite Periode psychischer Depression, welche sich vier Jahre lang hinzog und mit einem urämischen Delirium von einer Woche Dauer abschloss. Ein halbes Jahr nachher urämisches Erbrechen, darnach mehrere Monate Schwindel und Gehstörung (M. vermutet geringen Bluterguss ins Kleinhirn). Dann bei antigichtischem Regime relatives Wohlbefinden. Bemerkenswert war die stark vermehrte Ausscheidung der Harnsäure nach Ablauf der jedesmaligen psychischen Depression.

No. 39—41. **C. Ströhmberg**: 16 Vergiftungsfälle mit Methylalkohol. Während der Mobilmachung von 1904 hatten in Dorpat 18 Personen als Surrogat für Schnaps, der in jenen Tagen nicht leicht zu erlangen war, 7,5 bis 15 gr von sog. Kuntzen's-Balsam genossen, einem dortigen nicht officinellen Heilmittel, welches hauptsächlich als äussere Einreibung verwendet wird, ein Destillat eines spirituös-wässrigen Aufgusses auf Absinth und andere gemischte Kräuter darstellt und wie spätere Analyse ergab, bis 52% Methylalkohol enthielt. 15 Personen erlagen bald der Vergiftung in komatösem Zustande. Bei den 16 Fällen, die S. sah, fehlte jedes Exaltationsstadium — wie es die Vergiftung mit Aethylalkohol bietet —, schnell trat Schwindel, Müdigkeit, heftiger Kopfschmerz, Apathie, Benommenheit ein und es bildete sich eine Neuritis optica retrobulbaris aus, die zu mehrtägiger Amaurose führte. Magensymptome, Albuminurie. Bei den starken Schmerzen in den unteren Extremitäten, über welche S.'s Kranke geklagt haben, wird man wohl auch an periphere Neuritis denken müssen. Aus den Sektionsbefunden wird die starke Hyperämie der Meningen und sämtlicher Teile des Gehirns hervorgehoben.

No. 46. **W. von Holst**: Neue psychiatrische Erfahrungen. Der Bericht des Verf. darüber, dass die allgemeinen Erfahrungen über freie Behandlung, Bettruhe, Dauerbäder, Packungen etc. sich auch in der neu eröffneten estländischen Landesirrenanstalt Seewald bei Reval trotz mancher Vorurteile

und Schwierigkeiten bewährt haben und dass die völlig uneingeübten Esten sich bei entsprechender Unterweisung als zu Irrenplegern sehr geeignet erwiesen, entbehrt nicht des Interesses, jedoch hätte für die Mitteilung wohl ein anderer Titel gewählt werden dürfen.

No. 51. **R. v. Engelhardt:** Zum Sympathicusproblem. Verfasser erörtert unter Bezugnahme auf die Anschauungen von Romberg, Klemperer, Higier und Vorführung einer eigenen Beobachtung die Wechselbeziehungen zwischen nervöser Disposition und Gefässerkrankungen (Arteriosklerose). Ohne dass die toxischen Schädlichkeiten in ihrer Bedeutung für Nerven- und Gefäßsystem zu unterschätzen seien, führen die unendlich gesteigerten Ansprüche an die Anpassungsfähigkeit unseres sympathischen Netzes in erster Linie zu einem Zustand erhöhter Reizbarkeit dieser Nerven, dem von Buch beschriebenen „Sympathismus“, bei welchem die sonst unempfindlichen Ganglien im Zustand der Reizung ungemein schmerzhaft werden. Mittelbar entwickelt sich hieraus die Schädigung des Gefäßsystems. Dieser Zusammenhang bestehe nicht nur dort, wo bei der Sektion eine Sklerose da nachweisbar ist, wo sich im Leben die besondere Reizbarkeit sympathischer Plexus lokalisierte, sondern ebenso könne die Ueberempfindlichkeit gewisser Vasomotorengebiete zu einer pathologischen Veränderung ganz entfernter Gefäßprovinzen führen. Verhalten des Blutdrucks, Migräne, Herzklopfen, Gastralgien, kalte Füße, Frostbeulen sollten daher als Warnungen sorgfältig beachtet werden, um die spätere Gefahr durch Hygiene des Nervensystems hinauszuschieben. Merklin.

Centralblatt für innere Medizin 1904.

No. 11. **Karl Binz:** Ueber das Entstehen der Seekrankheit. Binz bespricht die Einwände, welche gegen seine Annahme der akuten Blutarmut des Gehirns als nächster Ursache der Seekrankheit gemacht sind. Versuche führten zu dem Resultate, dass 1. bei rhythmischem Tiefstellen und Hochheben des Armes sich die Gefäße merklich langsamer füllen, als sie sich leeren; dass die Blutfülle während dieser Bewegungen dauernd durch eine relative Blutleere überkompensiert werde — das zeigten auch die Versuche mit dem Onchoskop von Kreidl. (Ein Apparat zur Aufnahme von Nagelpulsen) —; 2. dass die bisher wahrgenommenen Veränderungen am Onchoskop beim Schaukeln der Unterlage des Nagelgliedes keinen Einfluss zugunsten der Anschauung zulassen, es „bestehe bei der Seekrankheit ein unterbrochener, mit der Schiffsbewegung synchron laufender Wechsel von relativer Hyperämie und Anämie“ im Gehirn.

No. 24. **V. Uckermann:** Ist Beri-Beri ein einheitliches Krankheitsbild? Wie auch bei anderen Neuritiden kommen sporadische Fälle von Beri-Beri aus den verschiedensten Ursachen vor und insoweit ist Beri-Beri keine ätiologische Einheit. Man muss aber betonen, dass sowohl Schiffs-Beri-Beri, wie auch die asiatische eine Intoxikations- und keine Infektionskrankheit ist, und somit ist die Krankheit als eine Einheit zu betrachten, wenn auch das Gift nach der Natur der Verhältnisse an verschiedene Nahrungsmittel geknüpft sei, oder sich in denselben entwickeln könne. Es besteht kein essentieller Unterschied zwischen einer Reisvergiftung und einer Vergiftung mit anderen eiweisshaltigen Substanzen des Pflanzen- oder Tierreichs.

No. 44. **E. Zak:** Tetanus mit Augenmuskelparese. Leicht verlaufender Fall von Starrkrampf mit langer Inkubation, anschliessend an eine Verletzung am Fusse bei einer 18jährigen Gärtnerin. Im Verlaufe der Krankheit Parese des rechten Trochlearis. Goldstein (Aachen).

V. Referate und Kritiken.

72) **Hudovernig et Popovits:** Gigantisme précoce avec développement précoce des organes génitaux.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 181.)

Junge von 5 $\frac{1}{2}$ Jahren, der eine Länge von 140 cm und ein Gewicht von 40 kg hat; das exzessive Wachstum des normal geborenen Kindes hat nach einer akuten Erkrankung, die vielleicht eine Meningitis war, angefangen. Auffällig ist weiterhin die übermäßige Entwicklung der Genitalien, die abnorm weit vorgeschrittene Ossifikation an den Knochen der Hand (Röntgenbild) und die nach dem Röntgenbild wenigstens zu vermutende Verbreitung der Sella turcica. Geistig ist der Knabe intellektuell und namentlich moralisch mangelhaft entwickelt. Cassirer.

73) **Launois et Roy:** Gigantisme et acromégalie; autopsie d'un géant acromégalique et diabétique.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 163.)

Sektionsbericht über einen akromegalischen Riesen. Seine Krankengeschichte ist früher von Achard und Loeper mitgeteilt und in diesem Centralblatt (1901, p. 216) referiert worden. Die Zeichen der Akromegalie waren später noch deutlicher geworden (ausgeprägte Veränderungen des Gesichtschädels und des Thorax) während schwere Symptome von seiten des Cerebrum, insbesondere Sehstörungen, heftiger Kopfschmerz (auch bis zum Tode) fehlten, nur dass unmittelbar ante exitum allgemeine Konvulsionen auftraten. Die Sektion ergab erstens die typischen Knochenveränderungen: am Schädel wird hervorgehoben die enorme Dicke der Schädelkapsel, die Erweiterung der Sinus frontalis und der Sella turcica; zweitens eine ausgesprochene Splanchnomegalie: Leber, Nieren, Milz etc. waren vergrössert, am bemerkenswertesten ist die Volumenzunahme der Thyreoidea, die 250 g, zehnmal mehr als normal, wog. Es fand sich ferner ein Tumor der Hypophyse, der sich als ein Epitheliom erwies; der Tumor sandte einen mächtigen Fortsatz in das Innere der rechten Hemisphäre, der dort die Wand des Seitenventrikels einnahm. Das chiasma opticum erwies sich, trotzdem es zwischen die beiden Tumorabschnitte hineingeschoben war, auch anatomisch als normal; daher das Fehlen der Sehstörung. Erwähnung verdient noch das Vorhandensein knöcherner Plaques in den Meningen. Der Diabetes, der bis zum Tode bestanden hatte, wird als direkte Folge des Tumor der Hypophyse aufgefasst. Die ganze Beobachtung wird als Stütze der Brissaud'schen Ansicht verwertet, dass Riesenwuchs und Akromegalie eng zu einander gehören, und dass die Hypertrophie der Hypophyse die gemeinsame pathologische Basis dieser Zustände darstellt. Cassirer.

74) **Schmidt**: Ueber einen Fall von Hirnabszess bei katatonischem Krankheitsverlauf.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXI, 5.)

Bei einem von Jugend auf beschränkten Mädchen zeigen sich in der Pubertätszeit geistige Störungen; neben Allgemeinsymptomen: Misstrauen, Gedächtnisschwäche, Selbstüberschätzung, Zornmütigkeit; auf eine Phase der Depression mit Verwirrtheit folgt dann ein ausgesprochen katatonisches Bild mit Negativismus, Mutacismus, Verbigeration, impulsiven Handlungen usw.

Pat. ging dann anscheinend an Erschöpfung mit 24 Jahren zugrunde und die Sektion ergab einen Gehirnsabszess im linken Parietallappen von etwa Hühnereigrösse. Herdsymptome hatte dieser nicht gemacht. Verf. ist der Ansicht, dass der Herd schon seit Beginn der geistigen Erkrankung bestand, weil im späteren Verlauf keinerlei Erscheinungen aufgetreten waren, wie sie die Entstehung eines Abszesses zu begleiten pflegen, dass der Fall sich also den mehrfach gemachten Beobachtungen über organische Erkrankungen des Gehirns mit begleitenden katatonischen Krankheitserscheinungen anschliesst.

Chotzen.

75) **Koller**: Ueber die Rolle der Statistik in den Jahresberichten der Irrenanstalten.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXI, 5.)

Koller meint, dass die heutige Art der Detailstatistik in den Jahresberichten für eine vergleichende Verwertung ungeeignet ist wegen der Verschiedenheit der Berichte und weil diese allgemein interessierenden Fragen nicht genug berücksichtigt, daher auch wenig gelesen werden. Er empfiehlt an ihrer Stelle Uebersichtsstatistiken über einen Zeitraum von 5—10 Jahren mit entsprechenden Erläuterungen. Zur jährlichen Mitteilung aber wären wichtig tabellarische Uebersichten über das Verhältnis der einzelnen Behandlungsfaktoren zu einander und zum Krankenbestand. Als Muster führt er seine Zusammenstellungen für die Anstalt Cery bei Lausanne an. Nach einer allgemeinen Uebersicht über die Bevölkerungsverhältnisse des Kantons und der Bewegung der Anstaltsbevölkerung stellt er zusammen für Männer und Weiber getrennt und für beide zusammen: die Zahl der monatlichen Aufnahmen, den durchschnittlichen täglichen Krankenbestand für den Monat und daneben den täglichen Durchschnitt der Isolierungen und ihren Prozentsatz vom täglichen Durchschnittsbestand, desgleichen für Schlafmittelverbrauch, Dauerbäder, Bettbehandlung und Beschäftigung. Auf diese Weise sieht man, wie sich die einzelnen Behandlungsarten im Verhältnis zu einander und zu der Zahl der Aufnahmen und dem Wechsel der Belegungsziffer in den einzelnen Monaten stellen. Mitteilungen über die allgemeinen Verhältnisse der Anstalten, insbesondere ihre Füllung, ihre Belegung mit kriminellen Kranken etc. würden dann die Unterschiede in den verschiedenen Anstalten erklären und so ein Urteil über die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit der verschiedenen Methoden und Einrichtungen zulassen.

Chotzen.

76) **Ranshoff**: Zur Kasuistik grosser Fremdkörper im Magen und in der Vagina.

(Strassb. medicin. Ztg. 1904, 5. Heft.)

1. Bei einem lange Jahre in Stephansfeld-Hördt verpflegten, katatonisch verblödeten Kranken wurde im Januar 1902 zum erstenmal ein über faust-

grosser, verschieblicher Tumor im Abdomen festgestellt, der mit der Leber nicht zusammenhing und bald in der Nabelgegend, bald über der Symphyse, gelegentlich auch gar nicht zu fühlen war. Ernährungszustand blieb zunächst gut. Oeffters Durchfälle, es bildeten sich starke Haemorrhoidalknoten; ein Wachstum des Tumors war nicht zu konstatieren. Von Frühjahr 1903 ab ging Pat. im Ernährungszustand zurück, wurde anämisch, nahm auch psychisch ab, lag regungslos und stumpf im Bett. Nahrungsaufnahme bis wenige Wochen vor dem Tode gut. Erbrechen nur ganz vereinzelt. Oktober 1903 rascher Verfall unter jetzt dauernden profusen Durchfällen. Tod im Kollaps am 21. Oktober 1903. Während der Krankheit einige nervöse Erscheinungen, deren Zusammenhang mit dem Tumor nicht klar war: einzelne Schwindelanfälle; am 3. Mai 1902 Anfall mit Zuckungen, danach blass, taumelig, erholte sich in etwa einer halben Stunde, kein Urinabgang, kein Zungenbiss, im Septbr. 1903 tetanieähnlicher Zustand, der einige Wochen dauerte und allmählich schwand. Pat. lag in opisthotonischer Haltung im Bett, Kiefern fest aufeinander gepresst, beide Hände in Schreibstellung, doch fehlten Trousseau'sches wie Facialispänomen. Autopsie: Makroskopisch intaktes Zentralnervensystem. Im oberen Fundusanteil des Magens mehrere zusammengefaltete Stücke derben Gummibandes von 5 cm Breite, 1 zu 40 cm, 1 zu 37 cm Länge und ein kleineres. Im Fundus ferner ein über mannsfaustgrosser, derber, schwarzer Tumor, der aus innig verfilzten Strohhalmen besteht; trotz beträchtlicher Härte lässt er sich leicht schneiden. Im Pylorusanteil mehrere dünne Zeugstreifen, die unter sich stellenweise noch zusammenhängen und sich durch Pylorus und Duodenum hindurch bis über die Flexura duodenojejunalis erstrecken; oberhalb des Pylorus sind sie zu einer Art Knoten verschlungen, doch ist der Pylorus nicht unwegsam. Die Zeugstreifen haben eine Länge von 2,40 m, 1 m und 40 cm. Das Gewicht sämtlicher Fremdkörper zusammen beträgt 720 gr, das des Strohtumors allein 340 gr. Muskularis des Magens in der Pars pylorica stark hypertrophiert, Schleimhaut ebenfalls verdickt, unregelmässig gewulstet, mit verstreuten polypösen Auswüchsen bedeckt; benachbarte Lymphdrüsen unverändert. Keine karzinomatösen Veränderungen. Die nervösen Erscheinungen waren wohl auf reflektorische Einflüsse zurückzuführen, wie ja auch schwere Tetanieformen nicht selten Gastrektasie als ursächliches Moment haben.

Nachträglich erinnerte man sich, dass Pat., der lange Zeit im Stall beschäftigt war, während der Arbeit, wenn ihm der Tabak ausging, Stroh zu kauen pflegte. Die einzelnen Strohpartikel hatten sich im Magen zu dem grossen Ballen zusammengesetzt, wie es ja ähnlich von Haarkonvoluten berichtet wird. Auch die Gummigurte entstammten jedenfalls der landwirtschaftlichen Tätigkeit des Kranken.

2. Einer 48jährigen, seit 11 Jahren kranken, verblödeten (Dementia praecox), aber immer noch zur Waschküchenarbeit fähigen Frau, die an übelriechendem Vaginalausfluss leidet, werden aus der Vagina folgende Gegenstände herausgeholt: ein zusammengegebogener Esslöfel, mehrere grosse Drahtstücke, eine grosse Anzahl kleiner und grösserer Steine und Tuchstücke, darunter ein Halstuch und ein Haarnetz. Alles mit pestilenzialisch riechender, schwarzer Schmiere bedeckt. Ein 8 cm langes, 1 cm breites Eisenstück, das sich bis dicht unter den Damm in die Schleimhaut gebohrt hat und auch am oberen Ende in das Gewebe eingedrungen ist, muss durch einen Schnitt entfernt

werden. Im folgenden Jahre muss noch einmal ein erst frisch eingeführter, etwa hühnereigrosser Stein extrahiert werden. Es handelt sich, wenn Pat. auch nicht das Bild einer „erotischen“ Erkrankung bietet, wohl zweifellos um masturbatorische Manipulationen.

E. Hess (Görlitz).

77) **Ch. Féré**: Note sur l'influence de l'orientation sur l'activité. (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie, séance du 22. octobre 1904, Bd. 57, N. 28.)

Féré hat mehrfach beobachtet und sich von Kollegen bestätigen lassen, dass manche Personen, gesunde und kranke, besser schliefen, wenn ihr Bett in der Richtung des Meridians stand. Gruby hat zwei Hysterischen, die an Schlaflosigkeit litten, verordnet, in der Richtung des Meridians zu schlafen, den Kopf im Norden, und es habe geholfen. Im Gegensatz dazu — oder ent sprechend? — hat die Richtung Osten—Westen bei manchen Leuten einen die Arbeitsfähigkeit steigernden Einfluss. Die Klavierkünstlerin Faëll spielte leichter, wenn sie mit dem Blick nach Westen vor dem Piano sass, ebenso eine ihrer Schülerinnen. Ein an Blasenlähmung leidender Arzt kann besser urinieren, wenn er sich westwärts wendet. Ferner erinnert Féré an die Völkerwanderungen nach Westen und die nach der gleichen Himmelsrichtung hin sich vollziehende Ausdehnung der Grossstädte, wofür schon Delaunay eine physiologische Erklärung zu geben versucht hat. Musset hat angegeben, dass die Bäume die Neigung haben, mit Stamm und Aesten von Osten nach Westen zu wachsen. Féré hat an Mosso'schen Ergographen systematische Untersuchungen angestellt und dabei unter Beobachtung der nötigen Kautelen konstante Resultate erzielt. Bei den ersten 4 oder 5 Ergogrammen ist die Leistung nach allen Himmelsrichtungen hin so ziemlich die gleiche, dann aber macht sich die Himmelsrichtung sehr bemerkbar, indem die Leistung, wenn man nach Westen oder Osten gewendet ist, noch eine Weile ziemlich auf der Höhe bleibt und nur langsam und nicht sehr tief sinkt, während sie, wenn man nach einer andern Himmelsrichtung sich wendet, sehr rasch und sehr tief heruntergeht; z. B. rechts bei 20 Ergogrammen Osten 9,48—2,13 kg; Westen 9,51—2,04; Süden 9,45—0,48; Norden 9,36—0,39. Die Gesamtarbeit betrug: Westen 75,82, Osten 68,82; am wenigsten Nordosten 36,82 und Nordwesten 33,96 kg. Links tritt der Unterschied — im gleichen Sinne — rascher ein als rechts. Wenn man in der Richtung nach Osten und Westen ermüdet ist, tritt bei der Arbeit nach einer andern Richtung hin keine Steigerung ein, wohl aber umgekehrt. Die westliche Richtung ist die günstigste. Der Richtungserfolg kann schon erzielt werden durch einfaches Drehen des Kopfes. Wenn man nur während der Arbeit eine besondere Richtung einnimmt, wird deren Wirkung im günstigen wie im ungünstigen Sinn verstärkt. Nimmt man, nachdem man in einer ungünstigen Richtung geruht hat, bei Beginn der Arbeit die Richtung nach der günstigen Seite, so wird die Leistung besser und umgekehrt. Individuelle Verschiedenheiten. (Von „Magnetismus“ ist vorderhand nicht die Rede. Gruby hat fbrigens seinen „Hysterischen“ noch ganz andre Dinge verordnet und damit glänzende Erfolge erzielt. Ref.) E. Hess (Görlitz).

78) **L. Marchand**: Lésions des neurofibrilles des cellules pyramidales dans quelques maladies mentales.

(Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de Biologie, séance du 22 oct. 1904, Bd. 57, No. 28.)

M. hat nach der neuen Methode Ramon y Cajal's untersucht: zwei Fälle von Paralyse, einen von Dementia senil., einen von Dementia praecox

hebephrenica, einen von Idiotie (Mikrocephalie), einen von akutem Delirium, einen von primärer Verwirrtheit, einen von Verfolgungswahn, Typus Falret-Pottier; jeweils die nämlichen Stücke aus dem Stirnhirn. Beim Verfolgungswahn waren die Neurofibrillen normal, sonst überall Veränderungen (Schwund), die kurz beschrieben werden, am stärksten und intensivsten bei der Paralyse, am ausgedehntesten bei der Dementia senil. Bei der Dementia praecox waren die Läsionen sehr unregelmässig, neben fibrillenarmen fanden sich fibrillenreiche Zellen. Bei der Idiotie waren die Pyramidenzellen wenig entwickelt, enthielten aber reichlich Fibrillen. Beim akuten Delirium und bei der Verwirrtheit gleichen sich die Läsionen und bestanden in einem unregelmässigen Schwund der Fibrillen.

E. Hess (Görlitz).

79) **J. Dagonet:** La persistance des neuro-fibrilles dans la paralysie générale.

(Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Société de Biologie, séance du 22 octobre 1904, Bd. 57, No. 28.)

D. hat nach einer neuen Silbermethode Ramon y Cajal's zur Färbung der Neurofibrillen (Bulletins de la Société de Biologie vom 18. Dezember 1903 und 4. März 1904) in den Fällen von Paralyse Gross- und Kleinhirnrinde, Wurm, Bulbus und Halsmark untersucht; sein Befund, der ausführlich mitgeteilt wird, war in allen drei Fällen der gleiche und wurde bestätigt durch Azoulay und durch Malassez. Das Resultat ist, dass die Paralyse die Neurofibrillen nicht verändert, und hierdurch lassen sich gewisse Remissionen bei Paralytikern erklären, die nach mehrmonatlichem völlig blödem Verhalten manchmal plötzlich wieder klar und orientiert werden. Aus der Beobachtung, dass die Neurofibrillen völlig unversehrt waren, während die Nervenzellen nach Weigert und Nissl schwere Veränderungen zeigten, geht hervor, dass die Nervenzellen keine trophischen Zentren für die Neurofibrillen, sondern diese von jenen unabhängig sind, und die Einwände gegen die Neurontheorie haben daher ihre Berechtigung.

E. Hess (Görlitz).

80) **N. Toporkoff:** Une tentative d'analyse psychologique des travaux manuels des aliénés.

(Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. No. 4. 1904.)

An der Hand von Stickerereien, die er durch Geisteskranke anfertigen liess, will uns Verf. zeigen, dass die Handarbeiten für das Krankheitsbild ebenso charakteristisch seien, wie die Schriftproben.

Es handelt sich um fünf Kranke, von denen eine an Manie, zwei an Amentia, eine an chronischer Paranoia und eine an sekundärer Demenz, im Anschluss an eine Melancholie entstanden, leidet.

Die an Manie erkrankte ahmt zuerst die Vorzeichnung nach; lange kann sie aber die Aufmerksamkeit nicht konzentrieren. Die Zeichnung ändert sich und hat schliesslich gar keine Aehnlichkeit mehr mit dem Modell. Zeichnungen werden angefangen, aber nicht beendet. Der Incoherentia idearum entsprechend zeigt sich auch Incoherentia operum. Die rote auffallende Farbe herrscht vor gegenüber der schwarzen.

Bei der Amentia scheint es, als ob sich die Kranken bei Beginn der Arbeit keinen Begriff vom Endziel machen. Trotzdem die Vorbildung beider Kranken grundverschieden ist, sind die Leistungen identisch. Sie machen automatische Stiche und Kreuze, lassen sich jederzeit zerstreuen, passen nicht auf

den Rand auf, zerreißen jederzeit den Faden. Von Zeichnung keine Spur. Das ganze ist ein wirres Chaos.

Bei der chronischen Paranoia kommen die Wahn- und Grössenideen zum Ausdruck; durch Kreuze getrennte Worte mit charakteristischer Bedeutung ersetzen bald die eigentliche Stickerei.

Zuletzt das Produkt einer sekundären Demenz im Anschluss an eine Melancholie. Die Kranke gibt sich viele Mühe, kann aber die sehr wenig komplizierten Figuren nicht nachstickern. Es wird nur eine klägliche Parodie. Auch werden die Farbenunterschiede nicht richtig eingehalten.

Für diese vier Krankheitsbilder sind die Typen ziemlich charakteristisch. Bei andern, insbesondere Melancholie und progressiver Paralyse, konnte Verfasser noch nicht zum Ziele kommen. Um die bisherigen Ergebnisse verallgemeinern zu können, sind noch weitere Versuche nötig. Dreyfus.

81) **D. Gerhardt**: Ueber die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. XIII, 4. u. 5. H. 1904.)

Gerhardt hat das Referat, das er in der Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte (Mai 1904) erstattet hat (vergl. d. Centralbl. 1904, S. 454), nunmehr veröffentlicht und dabei auch die ganze von ihm berücksichtigte Literatur angeführt. Gaupp.

82) **H. Pfister**: Die Enuresis nocturna und ähnliche Störungen in neuropathologischer Bewertung.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904, S. 113 f.)

Pfister unterscheidet eine habituelle und eine sporadische Enuresis. Letztere ist ein Symptom der Epilepsie, manchmal einer larvierten. Die habituelle Enuresis, häufig bei Individuen, welche später an Neurosen und Psychosen erkranken, bei Hysterischen und überhaupt bei neuropathisch Belasteten, ist ein wichtiges Zeichen erblicher Veranlagung zu nervösen und psychischen Leiden. Bei denselben Personen findet sich häufig unfreiwilliger Harnabgang bei Angst und anderen Affekten. Auch die sonstigen Störungen der Blasenentleerung werden besprochen. Die Arbeit enthält eine umfangreiche Kasuistik aller besprochenen Störungen. K. Abraham.

83) **K. Bonhoeffer**: Ueber den pathologischen Einfall.

(Deutsche med. Wochenschr. 1904, No. 39.)

In den einleitenden Ausführungen des vorliegenden Aufsatzes erörtert der Verfasser die Frage, woran wir den degenerativen Charakter eines psychotischen Vorgangs erkennen. Er bezeichnet es als eine klinisch wichtige Aufgabe, „das Moment der Entartung innerhalb der Psychosen symptomatologisch und klinisch scharf zu fassen“. Magnan's Versuch, spezifisch degenerative Symptome festzustellen, sei an sich durchaus berechtigt, wenn er auch von Magnan nicht befriedigt gelöst worden sei. Vor allem empfehle es sich auch, „den Einflüssen nachzugehen, die eine stark degenerative Anlage auf den Verlauf und die Prognose einer ausgebrochenen Psychose hat“ . . .

Ein spezifisch degeneratives Symptom ist nun nach Bonhoeffer der „pathologische Einfall“, der bei anscheinend geordnetem Denken und relativ isoliert auftreten kann. Neisser hat dies Symptom zuerst als ein Entartungszeichen beschrieben. Verf. teilt die Krankengeschichte eines psycho-

pathischen Schreibers und eines hysterischen Mädchens mit, die beide das Symptom des pathologischen Einfalls geboten haben. Er gibt sodann folgende Definition: „Der Einfall ist eine unvermittelt, bezw. nicht bewusst vermittelt auftretende Vorstellungsreihe, die von Anfang an von einer mehr oder weniger deutlichen Realitätsempfindung begleitet ist, einen starken Handlungsimpuls enthält und auf eine Veränderung des Persönlichkeitsbewusstseins abzielt.“ Er kann in einem sonst nicht wahnhaft veränderten Bewusstsein auftreten und ist nicht die Folge einer ausgesprochenen Affektanomalie.

Der pathologische Einfall ist der „pathologischen Lüge“ nahe verwandt, aber doch nicht ganz identisch damit; es handelt sich bei ihm namentlich um ein plötzliches, scheinbar unvermitteltes Hereinbrechen. Prämenstruelle Erregungen und „weiche“ Stimmungslagen begünstigen sein Zustandekommen. Von der paranoischen Wahnidee unterscheidet er sich namentlich durch eine weit geringere subjektive Festigkeit; ein brüskes Dazwischentreten kann genügen, um ihn zum Verschwinden zu bringen.

Die Aenderung des Persönlichkeitsbewusstseins geschieht stets im Sinne der Erhöhung der Bedeutsamkeit der eigenen Person, entspricht in der Regel den individuellen Wünschen des Patienten. Erinnerungsfälschungen und Erinnerungsausfall sind meist vorhanden; die pathologisch gesteigerte Labilität der Vorstellungskomplexe, die das Persönlichkeitsbewusstsein konstituieren, begünstigt das Auftreten des pathologischen Einfalls und der mit ihm verbundenen Erinnerungsstörungen.

Bonhoeffer macht auf die Bedeutung dieser degenerativen Symptome für das Verständnis mancher psychotischen Bilder bei Gefangenen aufmerksam; auch die Simulation geistiger Störung und das Vorbeireden im Ganser'schen Dämmerzustand weist manche Berührungspunkte mit dem „einfallmässigen Denken“ auf.

Gaupp.

84) **Stransky**: Zur Lehre von der Amentia.

(Wiener med. Wochenschr. 1905, No. 1.)

In dem kurzen Aufsatz, der ein Vorläufer einer längeren Abhandlung über die gleiche Frage ist (diese wird im Journal für Psychologie und Neurologie erscheinen) tritt der Verf. mit Wärme für die Amentia als eine selbstständige und nicht allzu seltene Krankheit ein, die in besonderem Masse zu periodischer Wiederkehr neige, mancherorts mit Unrecht zum manisch-depressiven Irresein gerechnet werde und sich von dem Kollapsdelirium, den postinfektiösen und postfebrilen Psychosen (im Sinne Kraepelin's) nicht streng trennen lasse. 4% aller geisteskranker Frauen und 1,1% aller psychotischen Männer leiden nach den Erfahrungen des Wiener Klinikers an Amentia. Von 30 Fällen wurden 26 wieder ganz gesund, 9 sind periodisch-rezidivierende Formen, 1 wurde sekundär dement, 2 gingen in „chronische Amentia“ über. Den Beweis für diese Ausführungen will Stransky in seiner umfangreicheren Arbeit bringen.

Gaupp.

85) **Papodaki**: Un cas de délirium tremens au cours d'une hallucinose auditive éthylique.

(Arch. de Neur. Juni 1904.)

Nachdem die Kranke acht Monate zuvor ein Delirium durchgemacht hatte, brach in der Nacht vom 20. zum 21. Januar eine Halluzinose aus, die einen Selbstmordversuch — Durchschneiden der Radialis — mit schwerem Blutverlust

zur Folge hatte. In der Klinik veränderte sich am 23. das Krankheitsbild: ein typisches Delirium tremens mit massenhaften Gesichtshalluzinationen und Desorientiertheit entwickelte sich. Nach drei weiteren Tagen wurde die Kranke ruhig und orientiert und zeigte Amnesie für das Delirium. Die Erinnerung an die primäre Erkrankung, die Gehörstäuschungen und das Conamen suicidii war vollständig erhalten und Pat. blieb bis 5. Februar von der Realität der ersteren überzeugt, dann kam auch für die Halluzinose die wirkliche Krankheits-einsicht.

Verfasser glaubt, dass sich auf die Halluzinose infolge des Traumas und des erschöpfenden Blutverlustes (und wohl auch der Entziehung des Alkohols! Ref.) ein typisches Delirium aufgepfropft hat, und möchte auf Grund dieser Beobachtung zwischen Halluzinose und Delirium im Gegensatz zu Bonhoeffer nur einen quantitativen Unterschied annehmen, also erstere als die leichtere, das zweite mit der Desorientiertheit als die schwerere Form ein und desselben krankhaften Prozesses auffassen.

Bennecke (Dresden).

86) **A. Joffroy**: Des signes oculaires dans la paralysie générale.
(Arch. de Neurol. Mai 1904.)

Von 227 bei der Aufnahme untersuchten Kranken hatten 212 Augensymptome. Ungleichheit der Pupillen wurde in 144, doppelseitige extreme Myosis in 20 und komplette Mydriasis in 26 Fällen gefunden, also 87 Proz. zeigten Veränderungen der Dimensionen der Iris. Unter 125 letzten Beobachtungen waren 93 beiderseits, 8 einseitig entrundet. Bei Prüfung des Lichtreflexes wendet Verf. nur Methoden an, bei welchen akkommodative Vorgänge sorgfältig ausgeschaltet werden. Von den 227 hatten 171 Störungen der Lichtreaktion. Bei 2 Kranken kehrte mit Eintritt einer Remission die normale Reaktion wieder, bezw. die schon erloschene war wieder deutlich nachzuweisen. Die Akkommodation war 56 Mal aufgehoben bez. geschädigt; bei intakter Lichtreaktion fehlte sie nur zweimal. Die Akkommodation selbst ist nur ganz ausnahmsweise wirklich aufgehoben und wohl nur in einem so vorgeschrittenen Stadium, dass die Demenz eine einwandfreie Untersuchung ausschliesst. Es muss also Ballet's Satz, es handle sich bei den Pupillenstörungen um eine graduelle und progressive Ophthalmoplegia interna, eine Einschränkung erfahren. 38 Affektionen der äusseren Augenmuskeln werden gezählt, meist bei der Tabo-Paralyse. Der nur 27 Mal erhobene Befund von Veränderungen des Augenhintergrundes differiert erheblich von dem neuerdings von Kéraval und Raviart gefundenen Prozentsatz von 82:100.

Verf. würde die Augensymptome allein trotz ihrer Konstanz nicht für ausreichend zur Stellung der Diagnose halten.

Bennecke (Dresden).

87) **Hartenberg**: La Phobie du regard.
(Arch. de Neur. September 1904.)

Verfasser beschreibt zwei Kranke mit angeboren ängstlicher Gemütsart, bei welchen sich die Furcht vor den Blicken anderer zu einer wirklichen Phobie ausbildete und schwere, quälende, psychische Erscheinungen und eigenartige Abwehrmassnahmen zeitigte. Errötungsangst bestand nicht, deshalb möchte auch Verf. die Phobie du regard von der Ereuthophobie trennen. — Er rechnet übrigens auch die bei der verstorbenen Kaiserin von Oestereich wahrgenommenen psychischen Krankheitserscheinungen hierher, die ja ihr Gesicht,

um es den Blicken anderer zu entziehen, stets unter einem schwarzen Schleier und einem Sonnenschirm verbarg.

Bennecke (Dresden).

88) **Paris**: Epilepsie: Pathogénie et indications thérapeutiques (Contribution à l'étude de la physiologie du corps thyroïde).

(Arch. de Neurol. Februar, März, November 1904.)

Verf. will mit seiner ausführlichen Arbeit nachweisen, dass die Schilddrüse in der Pathogenese der Epilepsie eine hervorragende Rolle spielt und stützt sich zunächst auf die Gegensätze zwischen Kretinismus und Epilepsie, die sich in ihrer geographischen Verbreitung gegenseitig auszuschliessen scheinen. Nirgends wird in der Literatur ein Zusammentreffen von Epilepsie und Kretinismus erwähnt, nirgends das Vorkommen einer von beiden Krankheiten in der Aszendenz der andern. Die Entwicklung des Kretinen findet mit der Pubertät ihren Abschluss, die des Epileptikers — ebenso wie die des Gesunden — einen neuen Antrieb; jener ist vollkommen passiv und affektlos, dieser sehr beweglich und hat ein gesteigertes Affektleben; dort fehlt der Sexualtrieb, hier ist er oft abnorm gesteigert (Exhibitionismus). Das Fehlen oder die nur rudimentäre Entwicklung der Geschlechtsdrüsen beim Kretinen bringt Verf. in Abhängigkeit vom analogen Verhalten der, jenen übergeordneten, Schilddrüse; andererseits weist er auf die Turgeszenz der Schilddrüse bei der Pubertät und der Menstruation hin, beides Vorgänge, mit welchen eine gewisse psychische Erregung einhergeht. Zur selben Zeit bricht die Epilepsie am häufigsten aus, bezw. die Anfälle nehmen zu; je näher aber der Involutionsperiode, um so seltener entsteht Epilepsie und die Anfälle nehmen an Häufigkeit ab mit dem Eintritt des Klimakteriums; dafür wird um diese Zeit der Kropf häufiger. Eine epileptische Disposition, eine gesteigerte Reizbarkeit der epileptogenen Regionen annehmen zu müssen, diese Notwendigkeit gibt Verf. zu; auf diesem vorbereiteten Boden rufen nun abnorme, toxisch wirkende Sekretionsprodukte der Schilddrüse den Ausbruch der Krankheit hervor.

Er stellt als therapeutische Indikationen auf: „1. die Sensibilität, die Reizbarkeit der meningo-kortikalen Regionen zu vermindern; 2. die funktionelle Aktivität der Schilddrüse und der Geschlechtsdrüsen herabzusetzen; 3. für die regelmässige Elimination ihrer Sekretionsprodukte Sorge zu tragen, um deren Anhäufung im Organismus vorzubeugen; 4. allen sonst auf das Gehirn reizend wirkenden Ursachen, gelegentlicher Entwicklung und Anhäufung von Toxinen, vorzubeugen etc. . . .“

Ein grösseres Kapitel widmet er in eindringlichen Worten der Prophylaxe und beginnt mit dem Fötus; er verlangt, dass, wenn die Nachkommen gefährdet sind, die Mutter während der Schwangerschaft wie eine Epileptika medikamentös und diätetisch behandelt werde. Epileptische Mütter sollen nie ihre Kinder stillen. Eingehend bespricht er Erziehung und Regelung der Diät der prädisponierten Kinder und lenkt besonders die Aufmerksamkeit auf die Pubertätsperiode und wünscht zu dieser Zeit die prophylaktische Darreichung von Brom und um ableitend auf Schilddrüse und Geschlechtsorgane zu wirken, ein diuretisches, diaphoretisches, laxierendes Verfahren. Vorsicht ist namentlich während der ersten Menstruation geboten. — Bei der medikamentösen Behandlung des wirklichen Epileptikers hat er gute Erfolge von Trional oder abwechselndem Gebrauch von Brom und Trional gesehen. Um die Aktivität der Schilddrüse herabzusetzen, will er sedativ auf die Geschlechtsorgane einwirken

und wendet ausser diätetischen Massnahmen eine Kombination von einem Hypnotikum mit Kampher an, der gleichzeitig den Darm desinfizieren soll. Der geforderten Steigerung der Schweissdrüsen- und Nierensekretion soll benzoësaures Lithium gerecht werden, und er hofft, durch dessen Darreichung das Blut von den Absonderungsprodukten der Schilddrüse zu reinigen. — Was Verf. über die Behandlung der eigentlichen Epileptiker sagt, befriedigt nicht; es fehlen überzeugende Beispiele und Krankengeschichten.

Bennecke (Dresden).

89) **Soukanoff**: Sur le Syndrome de Ganser ou le symptomo-complexe des réponses absurdes.

(Revue neurol. No. 17, 1904.)

Der Ganser'sche Symptomenkomplex besteht bekanntlich darin, dass auf ganz einfache Fragen vollständig absurde Antworten erfolgen. Dabei variieren gewöhnlich die Antworten bei wiederholten Fragen, aber niemals erfolgt eine richtige Antwort. Der Kranke gibt sogar seinen Namen falsch an, rechnet die einfachsten Aufgaben falsch, zählt nicht einmal die Finger richtig, so dass die Absurdität der Antworten leicht den Verdacht der Simulation aufkommen lassen. Dabei merkt man, dass der Kranke die Fragen richtig versteht, er hört genau auf die Worte und bemüht sich, richtig zu antworten. Das Syndrom findet sich oft bei solchen Personen, die sich wegen einer Strafhandlung in Untersuchungshaft befinden, aber besonders oft nach starken psychischen Erregungen, z. B. nach Eisenbahnunfällen etc. Verfasser nimmt an, dass es sich in diesen Fällen um einen hysterischen oder hysteriformen Symptomenkomplex handelt und stützt sich dabei auf die Aehnlichkeit, welche die Antworten mit den absurden und naiven Behauptungen haben, wie sie sich oft im akuten Stadium der hysterischen Psychosen finden. In beiden Fällen spielt das psychogene Moment eine grosse Rolle. Allerdings kann sich das Ganser'sche Syndrom auch mal im Verlauf einer anderen Krankheit, besonders der Dementia praecox finden; es sind dies die Fälle, welche nicht in Heilung übergehen. Es kommt bei der Diagnose eben in Betracht, dass die Kranken alle Fragen richtig verstehen, Aufforderungen prompt nachkommen und nur an sie gestellte Fragen absurd beantworten. Bei der Hysterie finden sich oft psychogene Lähmungen von Muskeln, welche eine organische Erkrankung vortäuschen; hier handelt es sich um psychogene Störung des Assoziationsapparats. Beim Ganser'schen Syndrom ist die psychische Thätigkeit im allgemeinen gestört, die absurden Antworten bilden nur das unter anderen Störungen besonders hervorstechende Krankheitssymptom.

Dreyfus (Würzburg).

90) **Bianchini**: Aura canora épileptique et équivalents musicaux.

(Revue Neurologique No. 18. 1904.)

Verfasser hat schon in No. 1 der Revue neurologique einen Fall von Epilepsie beschrieben, in welchem das Ende des Anfalls in einem Stadium psychomotorischer Erregung bestand, welche sich durch Gesang kund gab und 8—10 Tage anzuhalten pflegte. Die Kranke singt unaufhörlich einen traurigen, eintönigen Grabgesang. Im Gegensatz zu diesem Fall stehen 2 neue Fälle, bei denen der Gesang den Anfall einleitet und eine psychomotorische Aura darstellt. Im ersten Fall beginnt der Anfall mit psychomotorischer Erregung, Pulsbeschleunigung, Kongestion des Gesichtes. Gleichzeitig beginnt

der Patient einen eintönigen Gesang. Dieses Stadium, während der Kranke sich schon im Dämmerzustand befindet, dauert mehrere Stunden. Es folgen sieben bis acht Stunden nachher zwei kleine motorische Anfälle, die nur kurze Zeit dauern. Der Dämmerzustand dauert noch einen Tag lang fort.

Im zweiten Fall ist der Beginn ganz derselbe; auch der weitere Verlauf ist im wesentlichen der gleiche. Bei beiden Kranken besteht nachher vollständige Amnesie. In der Zeit zwischen den Anfällen singen sie nie. Diese „*Aura canora*“ ist das Resultat einer Reizung, die ihren Ursprung in der Gehirnrinde hat und die sich auf die Zentren des Hypoglossus und der Kehlkopfmuskeln derart projiziert, dass durch diese ganz spezifische Erregung die in den höheren Zentren liegenden Musikbilder hervorgerufen werden. Die *Aura canora* ist daher als ein motorisches Phänomen zu betrachten, das sich in ein psychomotorisches und psychisches umsetzt. Dreyfus.

91) **Raecke**: Ueber hysterische Schlafzustände.

(Berliner klinische Wochenschr. 1904. No. 51. 7 Seiten.)

Der Autor stellt kurz seine Erfahrungen an 23 Fällen von hysterischem Schlafzustand mit den in der Literatur vorhandenen einschlägigen Beobachtungen zusammen. Er unterscheidet drei Gruppen:

- I. hysterischer Schlaf in zeitlichem Zusammenhang mit einem typischen Krampfanfall;
- II. isolierter lethargischer Schlafanfall;
- III. protrahierter hysterischer Stupor.

Aetiologisch wichtig sind häufig affektbetonte Ereignisse.

Beginn: allmählich zunehmende Müdigkeit. Seltener plötzlicher Beginn.

Verlauf: Während des Schlafes häufig hysterische Symptome von bekannter Regellosigkeit. Das Bewusstsein scheint nicht völlig erloschen zu sein, sondern es handelt sich wahrscheinlich um einen „eigenartigen Verwirrheitszustand mit vorherrschender Hemmung“. (Ref. hat durch nachträgliche hypnotische Aufklärung der Amnesie nachgewiesen, dass eine Kranke während des vollen hysterischen Delirs eigentlich ganz gut orientiert war.*) Das Fortbestehen einer „gewissen psychischen Tätigkeit“ erklärt die anscheinende Bewusstheit vieler im Lethargus vorkommender Handlungen, überhaupt des ganzen Benehmens derartiger Patienten, welche sich schonen, bequeme Lagen einnehmen, nicht unreinlich sind etc. Solche Symptome unterstützen die Diagnose: Hysterie, während umgekehrt hartnäckigere, aus der hysterischen Psychologie kaum erklärbare Symptome auf Katatonie verdächtig sind. Das Erwachen kann suggestiv, durch gewaltsame Hautreize (die nicht empfehlenswert sind, wie alle Gewalttätigkeiten in der Therapie der Hysterischen!) oder spontan, allmählich oder plötzlich erfolgen.

Die Diagnose stützt sich hauptsächlich auf die Existenz der mannigfaltigen hysterischen Symptome, sei es in Vorgeschichte oder Status. Die Differentialdiagnose gegen Katatonie ist nach den Erfahrungen des Autors sehr schwierig. (Ref. kann dies nur bestätigen auf Grund einer eigenen Erfahrung.) Vergl. Journ. f. Psych. 1903, S. 197, ferner die Fälle von Leppmann: Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLVIII, S. 530. Landgraf: Friedreich's

*) Journal für Psychologie 1902.

Blätter, 35. Jahrg. 1884.) Nach dem Ausspruch des erfahrenen Autors kann die Differentialdiagnose zwischen katatonischem und hysterischem Stupor in gewissen Fällen gegenwärtig noch als Gefühlsache aufgefasst werden.

Jung (Burghölzli).

VI. Vermischtes.

Im Verlag von J. A. Barth erschien die „Wissenschaftliche Beilage zum 17. Jahresbericht (1904) der Philosophischen Gesellschaft an der Universität zu Wien“. (Leipzig 1904, 79 Seiten. Mk. 2,00.) Das kleine Buch enthält vier Vorträge: E. Müller: „Ueber mehrdimensionale Räume“. S. Exner: „Ueber den zentralen Sehakt“. R. Goldscheid: Ueber die Notwendigkeit willenstheoretischer Betrachtungsweise neben der erkenntnistheoretischen“. R. Eisler: „Der Wille zum Schmerz“. Von diesen Aufsätzen dürfte namentlich der Exner's auch die Leser dieser Zeitschrift interessieren; der Wiener Physiologe setzt darin die Bedeutung einiger experimentellen Untersuchungen von Hitzig und Imamura auseinander und sucht ihnen eine befriedigende Erklärung zu geben. Da die Publikation in neurologischen Kreisen wenig bekannt sein dürfte, so sei ausdrücklich hier auf sie aufmerksam gemacht.

Gaupp.

Im Mässigkeits-Verlag des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke erschien 1904 die II. Auflage des Aufsatzes von Th. Ziehen: Ueber den Einfluss des Alkohols auf das Nervensystem. Ziehen ist ein Gegner der Abstinenzbewegung, deren Verlangen nach allgemeiner Abstinenz er als aussichtslos missbilligt, weil es die Erreichung des Möglichen gefährde. Die Grenze, wo der Alkohol für den erwachsenen gesunden Mann anfangs schädlich zu werden, liege bei 30—40 Gramm pro die. Gelegentliche Fasttage seien empfehlenswert. Kinder sollen bis zum 15. Jahr keinen Alkohol erhalten. Auch Nervenkranken und zu Nervenleiden Veranlagten sei völlige Abstinenz zu empfehlen.

Im gleichen Verlag erschien die Abhandlung von Paul Schenk: Gebrauch und Missbrauch des Alkohols in der Medizin, ein Aufsatz, der wegen seines reichen Tatsachenmaterials vielen willkommen sein wird. Der Verf. bekämpft namentlich die Verabreichung des Alkohols als eines „Stärkungsmittels“ und ermahnt zu äusserster Beschränkung in der ärztlichen Verwendung der geistigen Getränke.

Gaupp.

Die Jahresversammlung des Vereins bayérischer Psychiater findet am 13. und 14. Juni 1905 in der psychiatrischen Klinik zu München statt. An die Verhandlungen wird sich eine Besichtigung der Klinik und ihrer wissenschaftlichen Einrichtungen anschliessen. Die Anmeldung von Vorträgen wird bis spätestens 29. IV. an den Vorsitzenden, Direktor Dr. Vocke (Kreis-Irrenanstalt München) erbeten.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang.

1. März 1905.

Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

(Aus der psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E. Dir. Prof. Fürstner.)

Die motorische Erregung im manisch-depressiven Mischzustand.

Von Dr. Karl Pfersdorff, Assistent der Klinik.

In den ungemischten Formen des manisch-depressiven Irreseins gestattet das motorische Verhalten einen Rückschluss auf Stimmungslage und Vorstellungsablauf. Dem Beschäftigungsdrang entspricht die gehobene Stimmung und die Ideenflucht, der motorischen Inaktivität die Depression und die Hemmung des Ablaufs der Vorstellungen. Doch ist in den depressiven Zuständen die auf Hemmung beruhende Inaktivität nicht in dem Masse Ausdruck der depressiven Stimmung, wie in der physiologischen Depression, die psychomotorische Hemmung braucht mit dem depressiven Affekt bekanntlich keineswegs Schritt zu halten. In den manischen Phasen kann die motorische Erregung sich auf den Rededrang beschränken, letzterer kann seinerseits, im Vergleich zum Bewegungsdrang, nur gering entwickelt sein. Dieser Gruppierung der motorischen Aeusserungen pflegt man weniger Beachtung zu schenken, da wir sie auch bei den Affektäusserungen der Gesunden finden. „Neben der lauten freudigen Erregung begegnen uns stillvergnügte Stimmungen, neben der starren, dumpfen, schmerzlichen Versunkenheit die wilden Ausbrüche der Verzweiflung“ (Kraepelin, Psychiatrie 1904, II., S. 541). Nach demselben Autor liefert uns die Analogie mit den Affektäusserungen des Gesunden auch Anhaltspunkte zur Beurteilung der Kreuzung der manisch-depressiven Symptome in den Mischzuständen. Im Verlauf derselben lässt sich die Selbständig-

keit der motorischen Erregung, ihre Unabhängigkeit von der Stimmungslage und der Schnelligkeit des Vorstellungsablaufes am deutlichsten verfolgen. Es steht jedoch zu erwarten, dass die motorischen Aeusserungen je nach der Gruppierung und Ausbildung der übrigen Symptome sich verschieden gestalten.

Fall I.

R., Henriette, 31 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin. 24. XI. 1904. Keine Heredität, geistig gut veranlagt, ist bis jetzt nicht krank gewesen. Seit Juni 1904 ist die Kranke depressiv mit Eigenbeziehung; arbeitete nicht mehr.

Bei der Aufnahme am 24. November 1904 ist die Kranke örtlich und zeitlich orientiert; Sinnestäuschungen sind nicht festzustellen. Es besteht depressiver Affekt von mässiger Stärke mit akuten Intensitätssteigerungen; die Kranke jammert monoton. Denkhemmung tritt nach den ersten Fragen zutage. Die Kranke wechselt selten ihren Standort; starke motorische Erregung besteht dauernd. Die Kranke flicht Zöpfe und löst sie sofort wieder, zupft sich an der Nase, betastet ihren Körper, masturbirt im Bett. Spricht nicht.

26. XI. 1904. Orientiert, rechnet richtig; Kenntnisse dem Stande entsprechend. Zugänglich depressive Stimmung mit monotonem Affekt und gelegentlichen heftigen Affektentladungen; meist weint die Kranke „still“. Denkhemmung, eigenartiger Bewegungsdrang, äussert sich in Unruhe der Extremitäten, vorzugsweise der Hände; nestelt an den Haaren, rollt die Schürzebänder zusammen und entrollt sie wieder, zupft sich Finger- und Nasenspitze, kratzt Mörtel von der Wand, knöpft ihre Bluse auf und wieder zu. Die Bewegungen sind einförmig, jedoch nicht stereotyp. Befehle werden sofort ausgeführt. Keine sprachlichen Aeusserungen; äussert einmal „mein Vater und meine Mutter sind verlassen“.

27. XI. Zugänglich, leicht zu fixieren, orientiert, rechnet sehr gut. Keine Sinnestäuschungen, keine Wahnideen, keine ausgeprägte Stimmungslage; Denkhemmung; spricht nicht spontan, spricht in monotonem Tonfall; ist bisweilen ablehnend mit Begründung. Die motorischen Reizerscheinungen sind dauernd vorhanden; heute sind gelegentlich schlürfende Mundbewegungen zu beobachten, auch beschleunigtes Atmen.

28. XI. Steht an der Türe, drängt hinaus; schlägt auf die Wärterin, die sie von der Türe entfernen will. Ist leicht zu fixieren, gibt Auskunft. Denkhemmung geringer, spricht monoton. Keine ausgeprägte Affektlage. Die motorische Unruhe ist dauernd.

29. XI. Keine ausgeprägte Stimmung; bisweilen monotones Weinen mit mimischen Gesichtsbewegungen. Zu Beginn der Prüfung leicht ablehnend „ich weiss nicht“. (Wo?) „Natürlich weiss ich, wo ich bin! Zu Strassburg, im Narrenhaus bin ich.“ Keine Sinnestäuschungen. Steht plötzlich auf und stellt sich an die Ausgangstür.

30. XI. Steht meist an der Türe und verlangt nach Hause, drängt hinaus. Der monotone Bewegungsdrang kann sofort auf Befehl unterbrochen werden, dies geschieht auch spontan. So ging Pat. z. B. in die Küche und fragt: „Wo tragt ihr diese Milch hin?“ kostet dieselbe und spricht: „Die Milch ist ganz gut.“ Ist stets zu fixieren. Heute sind auch Rumpfbewegungen, Heben und Senken, wie beim Trabreiten, jedoch in schnellerem Tempo und

geringerer Exkursion der Bewegung zu bemerken. Die anderen Bewegungsausserungen sind unverändert. Die Kranke spricht meist nicht spontan und gibt erst nach mehreren Fragen korrekte Antwort, ist nicht negativistisch; lässt sich willenlos führen. Affekthemmung und Denkhemmung.

1. XII. 1904. Unverändert; zugänglich; nach einigen richtigen Antworten deutliche Denkhemmung; spricht nicht spontan; Bewegungsdrang dauernd. Schlüpf- und Zischbewegungen der Lippen; Grimassieren, kämmt sich, reinigt sich hierauf die Fingernägel mit dem Kamm.

2. XII. Steht herum. Dauernde Unruhe der Extremitäten. Denkhemmung; zuerst ablehnend, „ach, es nützt ja doch alles nichts“. „Es ist doch immer dasselbe“; spricht nicht spontan; gibt gelegentlich Antworten, fließend, die stets sinngemäss sind. Affekthemmung; bei der Frage: „Wollen Sie heim“, fließen Tränen und die Kranke antwortet leise: „O ja“. Gelegentlich monotones leises Jammern „meine Mutter“.

5. XII. Monotoner Bewegungsdrang; knüpft sich Jacke und Hemd auf, knüpft sie beim Herannahen des Arztes rasch zu. Zieht Fäden aus der Schürze, holt „schwer Atem“ Affekthemmung, nur bisweilen leises Jammern; nach Fragen depressiven Inhalts tritt leises Weinen mit Verziehen der Mundwinkel auf. Gibt die Hand und drückt sie; nie negativistisch; keine Sinnestäuschungen. Befolgt Befehle sofort, ohne Widerstreben. (Wo sind Sie?) „Sie haben mich schon über 50 Mal befragt, lassen Sie mich jetzt“. Nimmt einen dargebotenen Apfel sofort in den Mund und verzehrt ihn mit hastigen Kaubewegungen.

10. XII. Seit gestern Abend starke motorische Erregung; Rumpfbeugen. Zieht Strümpfe in die Höhe und herab. Zieht sich die Finger, dass sie knacken, legt sie übereinander. Beklopft die Kleider, bewegt die Lippen; auch symmetrische Armbewegungen; Reibbewegungen. Gerötetes Gesicht. Meist Affekt.

12. XII. Motorische Erregung dauernd. Denkhemmung mit Intensitätswechsel; gelegentlich glatte Produktion eines ganzen Satzes. Stimmung meist indifferent; abends leicht euphorisch; sagt lächelnd beim Auskleiden „ich werde zu dick, ich esse zu viel“. Queruliert bisweilen, äussert auch Insuffizienzgedanken „wir können das Essen nicht bezahlen“. Stets zugänglich; kommt allen Aufforderungen nach.

13. XII. Dauernde motorische Unruhe; wippende Rumpfbewegungen. Affekt- und Denkhemmung; keine mimischen Bewegungen.

14. XII. Verlangt nach einem Briefe vom Vater; motorische Erregung wird während der Untersuchung durch einen depressiven Affektausbruch unterbrochen, setzt nachher sofort wieder ein. Zugänglich.

19. XII. Knüpft die Jacke zu beim Herannahen der Visite; orientiert. Denkhemmung mit Wechsel, sagt fließend: „Man braucht doch nicht zu fragen, man sieht ja, dass ich traurig bin.“ Stimmung wechselt bei geringem Affekt, lacht oft über Vorkommnisse in der Umgebung. Geringer Affekt. Motorische Erregung nur angedeutet. Nahrungsaufnahme reichlich. Keine Sinnestäuschungen. Zugänglich. Krankheitseinsicht. Sagt abends lächelnd: „Hier soll man gesund werden? Von was soll man denn gesund werden, vom Bad? Das kann ich auch zu Hause, dafür brauch ich nicht hier zu sein“, bricht hierbei in Tränen aus.

20. XII. Die motorische Erregung ist nicht mehr kontinuierlich. Denkhemmung mässig stark; spricht leise: „Was nützt es, wenn ich Ihnen Antwort gebe, es ist doch dasselbe“. Die Stimmung ist indifferent, labil, mit geringer

Hemmung zur Depression neigend. Bei Erwähnung des Vaters heftiger Affektausbruch mit Mimik, weint und schluchzt. „Ich will heim, meine Mutter stirbt vor Kummer.“ Ist zugänglich, befolgt alle Befehle sofort.

21. XII. Abends starke motorische Erregung. Zisch- und Schlürfbewegungen des Mundes, zieht die Strümpfe auf und ab, masturbiert. Röte des Gesichts. Zugänglich, gibt die Hand. Affekt und Denkhemmung. Isst einen dargebotenen Apfel, nimmt vorher eine faule Stelle aus demselben mit dem Fingernagel heraus.

22. XII. Schreibt einen zwei Seiten langen korrekten Brief nach Hause. Braucht zwei Stunden dazu. Einsicht für die Denkhemmung. Der Inhalt des Briefes besteht aus Selbstvorwürfen und Insuffizienzgedanken.

27. XII. Zugänglich, befolgt alle Aufforderungen, orientiert, rechnet gut. Denkhemmung mit Intensitätswechsel, queruliert gegen die Medizin. Kein Affekt; geringe motorische Unruhe. Produziert depressive Ideen ohne Affekt. Weigert sich, Eier zu essen mit dem Bemerkten: „Es kostet zu viel Geld, wenn ich auch noch Eier esse, das können wir nicht bezahlen“.

29. XII. Mässiger depressiver Affekt, monotoner Rededrang mit depressivem Inhalt: „O Jesus, ich will heim zu Vater und Mutter; warum bin ich Hure hier, der gute Vater und die gute Mutter haben so viel Reisegeld zahlen müssen“. Unterbricht den Rededrang, um rasch richtige Antwort zu geben; orientiert, rechnet richtig, starke motorische Unruhe; es werden heute auch koordinierte Armbewegungen (wie etwa beim Gähnen) ausgeführt, auch Händeringen. Andeutung von attitudes passionelles, jedoch rascher Wechsel der Stellungen. Grimassieren, nickende Kopfbewegungen, „ungeduldige Bewegungen“.

30. XII. Orientiert; Denkhemmung mit Intensitätswechsel. Antwortet rascher durch Kopfbewegungen als durch Sprechen. Indifferente Stimmung, labil mit Mimik

4. I. 1905. Seit zwei Tagen monotoner depressiver Affekt mit mimischen Gesichts- und Armbewegungen; monotoner Rededrang: „Ich armer Kerl, wer hat mich hier herein geworfen“; queruliert gelegentlich, produziert dann ungehört mehrere Sätze. Denkhemmung mit Intensitätswechsel. Die motorische Erregung ist kontinuierlich. „Vibriert“ des Rumpfes. Die Unruhe wird durch einzelne mimische Armbewegungen unterbrochen. Zugänglich, nie negativistisch; führt alle Befehle aus, örtlich und zeitlich orientiert.

9. I. Starker, depressiver Affekt mit mimischen Bewegungen; Denkhemmung, keine sprachliche Produktion. Die motorische Unruhe ist gering und nicht kontinuierlich.

10. I. Orientiert. Denkhemmung; starker depressiver Affekt mit Steigerungsfähigkeit; mimische Gesichtsbewegungen. Keine motorische Unruhe, liegt ruhig im Bett; zugänglich.

Fall II.

Marie O., 23 Jahre alt; verheiratet, Bauersfrau. 14. X. 1904—10. I. 1905. Keine Heredität. War eine mässig gute Schülerin; von Jugend an bestand Neigung zu depressiver Stimmung, „war weichherzig“. Die Regel trat im 16. Jahre auf. Juni 1904 Heirat; letzte Regel am 6. XI. 1904. Seit 6 Wochen bestehen Angstzustände. Die Kranke produzierte depressive religiöse Wahnideen, sprach von Gewissensstimmen. Die sprachlichen Aeusserungen waren

nie sinnlos. Es bestand depressive Eigenbeziehung; die Kranke war mässig erregt, motorisch, schlief nicht mehr. Nahrungsaufnahmen nur auf Zureden; mehrfach Aeusserungen von Suicidgedanken, jedoch kein energischer Versuch zur Ausführung derselben.

Bei der Aufnahme am 14. XI. 1904 ist die Kranke örtlich und zeitlich orientiert; rechnet richtig, jedoch langsam, „ich werde durch andere Gedanken gestört“. Aus demselben Grunde sind die Kenntnisse nicht sicher zu prüfen. Es besteht keine ausgeprägte Stimmungslage, „ich kann nicht traurig sein und nicht lustig“. Selbstvorwürfe werden ohne Affekt vorgebracht. Denkhemmung ist stark ausgeprägt; sie zeigt häufige Intensitätsschwankungen, so zwar, dass nach längerer Latenzzeit ein bis zwei kurze Sätze fliessend produziert werden.

Sinnestäuschungen fehlen, haben auch früher nicht bestanden; Pat. hörte zu Beginn der Psychose Sausen in den Ohren; ausserdem sprachen böse und angenehme Gedanken in der Brust. Die Kranke ist zugänglich. Krankheitseinsicht ist angedeutet, „ich bin gesund und doch krank“. Es besteht motorische Erregung der Extremitäten, vorzugsweise der Arme; dieselben werden nahezu kontinuierlich bewegt, ohne Ziel und unabhängig von einander, sowie auch ohne Zusammenhang mit dem jeweilig produzierten Bewusstseinsinhalt. Die Bewegungen sind von geringer Exkursion und führen nicht zu Lageveränderungen, stellen überhaupt in ihrer Zeitfolge keine zusammengesetzte Handlung dar. Geraten die in Bewegung befindlichen Hände an die Geschlechtsteile, so masturbiert die Kranke. Die Bewegungen werden sofort unterbrochen und durch zweckmässige ersetzt, wenn die Kranke hierzu aufgefordert wird. Diese willkürlichen Bewegungen zeigen in ihrem Ablauf keine Gebundenheit.

15. XI. 1904. Oertlich und zeitlich orientiert. Kein Affekt, „ich kann nicht mehr traurig sein und nicht mehr lustig“. Depressive Wahnideen und Selbstvorwürfe werden ohne Affekt vorgebracht, „es quält mich nichts mehr“; nihilistische Wahnideen angedeutet, „es ist alles nicht wahr“. Keine „innere Stimmen“, keine Sinnestäuschungen. Die Denkhemmung wechselt an Stärke. Die Kranke ist zugänglich, ruft nach. Es besteht Krankheitseinsicht. Die motorischen Reizerscheinungen dauern kontinuierlich an. Pupillendifferenz rechts \searrow links.

16. XI. Orientiert, rechnet richtig, keine Stimmen, kein Affekt. Die Denkhemmung wechselt häufig, so dass nach verlangsamten Reaktionen unvermittelt Wortproduktion mit ungehemmtem Ablauf erfolgt. Selbstvorwürfe ohne Affekt. „Ich hätte nicht reden sollen was ich geredet habe.“ Es besteht Krankheitseinsicht, auch für die Denkhemmung, „man hat mich dumm gemacht“. Die Kranke liegt im Bett bei dauernder Bewegung der Arme. Gelegentlich wird auch der Kopf, seltener die Beine bewegt; masturbiert bisweilen.

19. XI. Richtet sich bei der Visite spontan auf und gibt die Hand. Die motorische Erregung der Extremitäten dauert ununterbrochen fort. Die Denkhemmung tritt heute weniger in dem Wechsel von vollständiger Hemmung und kurzdauerndem, ungehindertem Vorstellungsablaufe zutage, als vielmehr in einer gleichmässigen, mässig starken Hemmung der Wortproduktion. Stimmungsschwankungen mit minimalem Affekt sind heute bemerklich. Pat. kommentiert bisweilen die Vorgänge auf dem Saal, bisweilen wird auch depressiver Affekt flüchtig produziert; heute ist zum ersten Male ein mimischer Gesichtsausdruck zu beobachten (weinerlich). Die Kranke produziert Selbst-

vorwürfe: „Das hat niemand erduldet“, „ich bin nicht gesund und nicht krank“. Keine Sinnestäuschungen; örtlich ist die Kranke orientiert, zeitlich werden Monat und Jahreszahl richtig angegeben. Nach dem Wochentag befragt, antwortet die Kranke: „Ich hab's schon gehört, aber ich weiss es doch nicht mehr; es ist Freitag oder Samstag“.

21. XI. 1904. Oertlich und zeitlich orientiert. Mässig starke, kontinuierliche Denkhemmung. „Es ist heute Montag, wenn gestern Sonntag war, aber es ist doch Freitag.“ Die Stimmung ist wechselnd, von sehr geringem Affekt begleitet; bisweilen fliessen Tränen; gelegentlich kommentiert die Kranke: „Ich bin traurig und auch nicht, so hab ichs.“ „Ich bin das ärmste Mensch, das auf der Welt lebt“. „Was schreiben Sie? Wahrscheinlich bekomme ich eine grosse Strafe.“ Keine Sinnestäuschungen. Die motorische Erregung ist weniger stark heute; meist liegt die Kranke ruhig.

25. XI. 1904. Setzt sich spontan auf bei der Visite, gibt die Hand; orientiert. Denkhemmung mit stetem Intensitätswechsel. „ $3 \times 3 = 18$, nein, doch es ist 18“. Keine ausgeprägte Stimmungslage, „weder traurig noch lustig“. Selbstvorwürfe ohne Affekt vorgebracht, „ich hätte nicht plaudern sollen, was ich von Anfang an geplaudert habe. Sie lachen, dass ich so dumm rede“. Keine Sinnestäuschungen. Krankheitseinsicht, „nicht gesund und nicht krank“. Leichte Unruhe der Extremitäten.

26. XI. Die motorische Erregung ist viel geringer; meist inaktiv im Bett. Der Wochentag wird falsch angegeben, sonst ist Pat. orientiert. Die Denkhemmung wechselt ständig an Stärke. Stimmungslage nicht ausgeprägt. Depressive Ideen ohne Affekt vorgebracht, „ich will ersterben“, „ich möchte nur ein einziges Mal heim zu Vater und Mutter“, „ich denke, dass ich heim möcht“, keine mimischen Gesichtsbewegungen. Sinnestäuschungen fehlen.

27. XI. Oertlich und zeitlich orientiert, nur der Wochentag wird nicht richtig angegeben. „Sie sagen, es wäre Sonntag, aber es ist Dienstag, weil mein Besuch am Mittwoch da war; wenn Sonntag wäre, würden die Wagen nicht draussen so fahren.“ Keine Sinnestäuschungen; hörte früher Gedankenstimmen in der Brust, die sagten, „der Teufel will dich holen“. Denkhemmung mit stetem Wechsel der Stärke. Keine ausgeprägte Stimmungslage, „bin nicht traurig und nicht lustig“, rechnet richtig; bei 3×18 ? sagt Pat. nach einem vergeblichen Versuch, „ach, wir haben das schon gerechnet“, hierauf nach längerer Latenzzeit, „ist 54“. Krankheitseinsicht, ist „nicht gesund und nicht krank, doch, ich bin krank“. Leichte motorische Erregung der Arme; liegt im Bett.

Beim Besuch des Mannes und nach demselben heftiger depressiver Affekt- ausbruch.

29. XI. Orientiert, zugänglich; gibt spontan die Hand. Denkhemmung weniger stark ausgeprägt, jedoch kontinuierlich, ohne unvermittelte Schwankungen der Intensität; rechnet laut, langsam und richtig; sagt nach Lösung der Aufgabe „endlich! O, wie denke ich!“ Reim Nachdenken Stirnrunzeln; sonst keine mimischen Bewegungen; keine ausgeprägte Stimmungslage; depressive Aeusserungen, „möchte nach Hause“, ist jedoch „nicht traurig“. Die nur angedeutete, von geringem Affekt begleitete Stimmungslage zeigt deutliche Tagesschwankung. Abends besteht eine leicht gehobene Stimmung; die Kranke lächelt. Meist liegt sie inaktiv im Bett; bisweilen tritt noch Unruhe der Arme

auf. Krankheitseinsicht, „ist krank, die Natur ist verdorben; der Körper ist gesund“.

30. XI. Zugänglich; gibt spontan die Hand. Orientiert. Denkhemmung tritt nur bei der Prüfung der zeitlichen Orientierung zutage; die andern Fragen werden prompt beantwortet. Morgens keine ausgeprägte Stimmungslage; abends leicht gehobene Stimmung; keine Sinnestäuschungen. Krankheitseinsicht. Es besteht leichte Unruhe der Arme. Morgens keine mimischen Gesichtsbewegungen.

1. XII. 1904. Gibt spontan die Hand, spricht „guten Tag“ etc.; orientiert. Nach den ersten Fragen starke Denkhemmung; kein Affekt, „ist weder traurig noch lustig“. Krankheitseinsicht; leichte Unruhe der Hände.

3. XII. 1904. Motorische Erregung angedeutet; meist liegt die Kranke inaktiv; richtet sich bei der Visite auf und gibt spontan die Hand. Denkhemmung mässig stark und kontinuierlich. Oertlich orientiert, zeitlich Jahr richtig. Monat falsch, „doch, es ist noch November“. Rechnet richtig. Stimmungslage nicht ausgeprägt, „bin nicht traurig und nicht lustig“. Selbstvorwürfe ohne Affekt, „ich habe soviel geredet, das nicht wahr ist“. Erröten; keine mimischen Gesichtsbewegungen.

5. XII. Orientiert; mässige Denkhemmung kontinuierlich, mit Krankheitsgefühl, „ich kann nicht denken“. Multipliziert richtig; beim Subtrahieren strengt sich Pat. an und ist durch andersartige Zwischenfragen nicht von der Beschäftigung mit dem Rechenexempel abzubringen. Auch in der Wahl der Worte ist ein Kleben der Vorstellungen bemerkbar. Die von geringem Affekt begleitete Stimmungslage wechselt, „es ist untereinander“. Abends besteht deutlich Euphorie. Krankheitseinsicht; leichte Unruhe nur während der Untersuchung.

6. XII. Orientiert; gibt spontan die Hand. Keine Sinnestäuschungen. Rechnet richtig. Denkhemmung deutlich; kein Affekt, „weder traurig noch lustig, keines von beiden“, keine mimischen Bewegungen; grimassiert bisweilen. Selbstvorwürfe ohne Affekt, „ich habe gar viel geredet was ich nicht gesollt hätte“, „die Leute können es nicht mehr aushalten bei mir“. Leichte motorische Unruhe der Extremitäten. Abends leicht gehobene Stimmung mit minimalem Affekt; lächelt.

9. XII. Orientiert; rechnet langsam und richtig; keine Sinnestäuschungen. Denkhemmung weniger stark und kontinuierlich. Stimmungswechsel mit geringem Affekt. „Ich bin traurig und lustig durcheinander“; zugänglich, gibt spontan die Hand. Motorische Unruhe nur angedeutet; etwas Grimassieren; mimische Gesichtsbewegungen, Lächeln und Weinen, je nach der Stimmungslage.

12. XII. Tagesschwankung der Stimmung ist deutlich bei minimalem Affekt. Die Kranke liegt inaktiv im Bett; keine motorische Erregung; kontinuierliche mässige Denkhemmung; orientiert; rechnet richtig, jedoch nur kleinere Rechnungen (Hemmung). Stimmung wechselnd, „ist lustig und traurig“. Krankheitseinsicht.

13. XII. Mässig starke, kontinuierliche Denkhemmung. (Welcher Tag?) „Gestern war Montag, nicht wahr? Also ist heute Dienstag“. Zeitlich und örtlich orientiert; rechnet richtig; leicht euphorisch mit geringem Affekt; ruft spontan „Guten Morgen“.

15. XII. Richtet sich spontan auf und gibt die Hand. Denkhemmung von wechselnder Intensität. Stimmung indifferent, „nicht traurig und nicht

lustig“. Keine Sinnestäuschungen. Leichte motorische Unruhe während der Untersuchung; liegt meist inaktiv im Bett. Krankheitseinsicht.

17. XII. Gibt spontan die Hand. Oertlich und zeitlich orientiert. Rechnet vergeblich. Starke Denkhemmung mit Intensitätswechsel. Selbstvorwürfe ohne Affekt vorgebracht. Stimmung indifferent, „es ist mir alles einerlei und doch wieder nicht“. Affekthemmung. Unruhe kontinuierlich; Grimassieren, kein mimischer Gesichtsausdruck.

19. XII. Orientiert; rechnet zunächst falsch: „O jerum, ich weiss nicht, was ich mache“; mässige Denkhemmung kontinuierlich. Stimmung wechselnd, ohne starken Affekt. Erzählt am Tage spontan aus ihrem Vorleben; spricht hierbei langsam. Die motorische Unruhe wechselt, fehlt bei der Untersuchung. Zugänglich, gibt spontan die Hand.

20. XII. Stimmungswechsel mit wenig Affekt; meist leicht depressiv; mässige kontinuierliche Denkhemmung, „ich habe den Verstand nicht mehr, ich möchte sterben“; rechnet mühsam und richtig. Unruhe nur angedeutet. Bei Besuch des Mannes starker expansiver Affektausbruch.

21. XII. Gibt spontan die Hand; sagt lächelnd „ich bin nicht brav“. Denkhemmung kontinuierlich; rechnet richtig; orientiert. Monat zuerst falsch angeben mit dem Zusatz: „Es ist doch erst November, dann kann ich noch nicht so lange hier sein“. Leichte Stimmungsschwankungen bei geringem Affekt. „Ich weiss nicht, ob ich lustig oder traurig bin“. Selbstvorwürfe und depressive Eigenbeziehung, „sie wollen nichts von mir wissen, die andern Kranken, sie behaupten, ich mache dumme Sprünge, ich bin allein Schuld, ich stürze andre Leute ins Unglück“. Keine motorische Unruhe.

29. XII. Leichte Affektschwankungen mit geringem Affekt. Kontinuierliche Denkhemmung von mässiger Stärke; orientiert; rechnet langsam, „ich kann doch denken“. Motorische Unruhe angedeutet bei der Untersuchung. Abends gelegentlich Rededrang mit Selbstvorwürfen.

30. XII. Orientiert; rechnet langsam und richtig. Keine Sinnestäuschungen. Kontinuierliche Denkhemmung. Stimmungswechsel; mimische Gesichtsbewegungen, weint; Selbstvorwürfe, „ich habe den Mann angelogen, ich verbittere andern das Leben: „Es ist nicht zum Sterben und nicht zum Gesundwerden“.

5. I. 1905. Dauernd zu Bett. Unruhe nur andeutungsweise noch vorhanden; orientiert; Denkhemmung kontinuierlich und von mässiger Stärke; die Zeitangaben sind infolgedessen bisweilen unrichtig, „es ist noch 1904“. Keine motorische Unruhe. Stimmung indifferent. Krankheitsgefühl, „es ist nicht zum heilen“.

8. I. Gibt spontan die Hand; richtet sich auf. Kontinuierliche mässige Denkhemmung; rechnet richtig; örtlich orientiert; zeitliche Angaben zunächst falsch. Stimmung indifferent; keine motorische Erregung.

10. I. Mässige kontinuierliche Denkhemmung. Stimmung indifferent, „nicht lustig und nicht traurig“; zeitlich und örtlich orientiert; rechnet richtig. Keine motorischen Reizerscheinungen.

Fall III.

Bl., Klementine, 44 Jahre alt, verheiratet, Bauersfrau, 23. III. 1903 bis 10. I. 1905. Heredität nicht nachweisbar. Pat. war geistig gut veranlagt,

lernte gut, im 22. Jahre überstand sie einen Typhus. 1883 Heirat. Sechs Entbindungen, die letzte 1895; im zweiten Monat nach dieser Entbindung kurzdauernder Erregungszustand im Anschluss an einen Streit mit dem Mann. Die jetzige Erkrankung begann im September 1902 mit Schmerzen im Rücken, Herzklopfen, Schwächegefühl. Januar 1903 nahm das Körpergewicht zu. Die Kranke arbeitete bis zuletzt. Sinnestäuschungen fehlten. Am 20. III. 1903 Strangulationsversuch.

24. III. 1903. Bei der Aufnahme ist die Kranke orientiert; rechnet gut. Kenntnisse sind nicht zu prüfen. Sinnestäuschungen fehlen. Affekt wird nicht produziert. Es bestehen depressive, nihilistische Wahnideen. „Ich liege hier, ich weiss nicht warum, es ist gar nichts zu machen, ich bin verrückt. Es gibt auf der Welt nichts schlechteres, als diese Krankheit; es ist alles verloren. Mein Leib ist gesund, aber was soll ich noch machen auf der Welt, ist es nicht so? Doch es ist so. Ich kann nicht überwinden. Ich muss mir doch das Leben nehmen“. Spricht leise, mit monotonem Tonfall. Denkhemmung ist stark ausgeprägt und wechselt an Intensität. Die Kranke liegt zumeist inaktiv im Bett. Anfallsweise tritt motorische Erregung auf, während welcher die Extremitäten, insbesondere die Arme, ziellos und selbständig bewegt werden. Der motorische Effekt ist gering und führt nicht zu Lageveränderungen. Die Kranke berührt die nächstliegenden Gegenstände, zupft meist an der Decke. Ausserdem bestehen rückartige Bewegungen, „Zucken“ des ganzen Körpers. Die motorische Erregung der Gesichtsmuskeln führt zu Grimassieren, jedoch nicht zum mimischen Ausdruck eines Affektes.

25. III. Sitzt im Bett. Depressive Wahnideen, „ich bin in der Sünde“, ich weiss nichts, ich höre nichts, kann nicht hier bleiben, bringt mich fort. Türe auf! ich will fort ohne Kleider; ich muss alles umbringen“. Denkhemmung; kein Affekt produziert; anfallsweise motorische Erregung, Unruhe der Arme, ballt die Faust.

31. III. Denkhemmung deutlich, „ich bin durch und durch verwirrt oder verrückt; ich bin ganz tiefsinnig; ich bin unheilbar; ich gehöre nicht hierher; ich kann nicht mehr essen“. Spricht leise, monoton. Kein Affektprodukt; lächelt bisweilen; schaut nicht auf beim Sprechen. Oertlich und zeitlich orientiert; keine Sinnestäuschungen.

1. IV. Orientiert; setzt zu richtigen Antworten hinzu „ich weiss gar nichts“. Auch weitere nihilistische Wahnideen, „ich kann nicht heulen und nichts mehr“. Kein Affekt. Denkhemmung. Leises monotones Sprechen, „ich hätte mich nicht quälen sollen, das lässt sich jetzt nicht ändern“. Keine Sinnestäuschungen.

3. IV. Oertlich und zeitlich orientiert. Denkhemmung, „ich bin tiefsinnig, werde nicht mehr gesund, das weiss ich alles, aber es ist nicht heiter“. Kein Affekt; „ich bin nicht traurig und nichts mehr. Ich fürchte, ich stelle noch etwas an“. Spricht monoton und leise. Keine Sinnestäuschungen. Sitzt inaktiv im Bett.

4. IV. Orientiert. Denkhemmung, „habe keine Gedanken mehr, kann nicht mehr essen, habe keinen Stuhlgang mehr“. Depressiver Affekt angedeutet. „Es ist mir alles verleidet“; spricht nicht spontan. Keine Sinnestäuschungen.

6. IV. Orientiert; keine Sinnestäuschungen. Starke Denkhemmung; „ich bin ganz verwirrt, ich bin tiefsinnig, ich weiss gar nichts“; monotone Sprech-

weise; depressiver Inhalt, „ich habe Angst; ich mache hier etwas; ich mache das lieber zu Hause“. Kein Affekt produziert. Liegt inaktiv zu Bett.

8. IV. Denkhemmung geringer; mitteilksam: verlangt nach Hause; spricht monoton und leise: „ich weiss nichts mehr, ich kann nichts essen“.

9. IV. „Ich meine, ich kann nicht essen und die Leute, die mich dazu zwingen wollen, könnte ich umbringen. Es ist nicht klar im Kopf, ich weiss nicht, ich habe den Verstand verloren, ich weiss nichts von der Welt.“ Orientiert; liegt inaktiv im Bett, produziert nichts spontan.

10. IV. Unverändert; bisweilen querulierender Tonfall; „ich bin nicht bei mir, ich weiss nichts“.

11. IV. „Ich kann nicht mehr essen; ich fürchte, ich tue etwas“. Kein Affekt produziert.

15. IV. Unverändert. Spricht nicht spontan; orientiert. Keine Sinnestäuschungen. Gelegentlich tritt Rededrang mässigen Grades auf, mit monotonem Tonfall und wenig wechselndem Inhalt. „Ich kann nicht leben und nicht sterben. Ich will doch niemanden umbringen.“ Kein Affekt.

16. IV. „Ich kann nichts erzählen, weil ich nichts weiss. Im Kopfe fehlt, ich weiss gar nicht.“ Verlangt nach Hause; orientiert.

17. IV. Monotoner Rededrang; spricht leise: „Ich bin der unglücklichste Mensch, den es gibt. Ich habe keinen Stuhlgang mehr, ich kabe keinen Verstand mehr, ich bekomme ihn auch nicht mehr.“ Kein Affekt.

18. IV. „Es kommt noch die Zeit, an der ich nicht essen kann. Ich werde dann etwas anstellen; lassen Sie mich lieber nach Hause.“

20. IV. Liegt inaktiv im Bett. Keine Sinnestäuschungen. Denkhemmung; kein Affekt. „Sie meinen es alle gut, aber es ist mir nicht zu helfen“ Monotoner Tonfall.

21. IV. Der Inhalt der sprachlichen Aeusserungen wechselt nicht; murmelt leise bisweilen; ist nur auf kurze Zeit zu fixieren.

22. IV. Unverändert; spricht leise vor sich hin; liegt inaktiv im Bett. Zugänglich.

23. IV. Will dem Arzt „nur unter vier Augen mitteilen, dass sie nicht mehr essen kann; es wird noch schlechter“.

24. IV. Monotoner Rededrang, leises, fast unverständliches Sprechen. „Es geht gar nicht; ich kann jetzt bald nicht mehr essen.“

27. IV. Unverändert. Abends lächelt die Kranke mehrmals.

28. IV. Orientiert; spricht leise. Keine Sinnestäuschungen; grimassiert. Zupft an der Decke.

30. IV. Kein Affekt produziert; Denkhemmung; „ich weiss nichts“. Keine Sinnestäuschungen.

1. V. „Ich weiss gar nichts mehr.“ Schaut nicht auf; zupft an der Decke.

3. V. Unverändert.

5. V. „Machen Sie mich fort; ich kann nicht essen; wenn mich die Schwester zwingt, so könnte ich sie umbringen; ich weiss ja nichts mehr, ich habe keine Gedanken; es ist, wie ich sage.“ Leise, monotone Sprache. Starke Denkhemmung; gibt nur Auskunft über die depressiven Wahnideen; liegt inaktiv im Bett.

6. V. „Ich weiss nichts mehr.“ Monotone motorische Erregung mässigen Grades, zupft, grimassiert; keine Lageveränderungen; kein Affekt.

7. V. Zupfbewegungen. Starke Denkhemmung. „Ich weiss nichts mehr, ich habe die Gedanken alle verloren.“ Kein Affekt.

8. V. Produziert stets dieselben nihilistischen Wahnideen ohne Affekt. „Ich kann nicht, ich möchte nur dem zuvorkommen, dass nichts passiert.“ Flüstert leise.

9. V. Hat keinen Stuhlgang; „es muss noch die Zeit kommen, an der ich nichts mehr essen kann“. Keine Sinnestäuschungen.

12. V. „Ich habe innere Angst, ich mache etwas.“ Kein Affekt. Liegt inaktiv.

15. V. Unverändert.

18. V. „Das Beste wär, ich wär nicht mehr auf der Welt; ich weiss gar nichts mehr.“ Produziert nicht spontan, spricht jedoch nach Anreiz längere Zeit leise und monoton.

25. V. „Ich lebe als Mensch, aber ich bin keiner mehr. Unser Herrgott hat noch keinen Menschen so gemacht, wie mich.“ Kein Affekt.

26. V. „Ich bin die Unglücklichste, habe keinen Stuhlgang“; spricht monoton und leise.

30. V. Unverändert; keine Sinnestäuschungen.

8. VI. „Habe keinen Stuhlgang mehr; kann nicht mehr so leben.“ Orientierung ist nicht zu prüfen; die Kranke antwortet mit: „ich weiss nicht“. Ist zugänglich; kein Affekt; Denkhemmung; liegt inaktiv im Bett; spricht nicht spontan.

9. VI. Unverändert; sitzt herum, beschäftigt sich nicht. „Es geht nicht mehr“.

10. VI. „Es wäre besser, Sie würden mich einschläfern, ich kann doch nicht essen, was habe ich davon.“

12. VI. Unverändert. „Man soll mich tot machen, dass ich hier kein Unglück anstelle“.

13. VI. Motorische Erregung der oberen Extremitäten; kein Affekt. Denkhemmung. „Man hätte mich sollen totschiessen, bevor man mich herbrachte“.

16. VI. Sitzt stets an derselben Stelle des Saales; produziert nicht spontan; kein Affekt; beschäftigt sich nicht; Unruhe der Hände.

19. VI. „Ich meine immer, ich stelle etwas an, dass man mir den Kopf abhaut. Ich weiss gar nicht, wie ich geworden bin, so ist noch kein Mensch auf der Erde geworden“. Orientierung etc. nicht festzustellen; Pat. antwortet mit „ich weiss nicht“. Unruhe der Hände; Grimassieren. Kein Affekt.

23. VI. „Führen Sie mich ins Gefängnis; Sie sind mit mir betrogen, man kann mich nirgends mehr brauchen; machen Sie, wie ich sage, köpfen Sie mich; ich habe keinen Verstand mehr; ich weiss doch nichts mehr; ich habe keinen Stuhlgang und nichts mehr“. Kein Affekt; spricht nicht spontan; monotone, leise Sprache.

25. VI. „Ich bin das Unglück der Welt. Ich verdiene nicht, dass Sie mir die Hand geben. Es ist noch kein Mensch so gestraft worden wie ich“. Kein Affekt. Grimassiert; Unruhe der Arme. Spricht nach Anreiz längere Zeit.

27. VI. „Tun Sie mich an einen Platz, wo mich niemand sieht“. Gibt die Hand nicht. „Es ist doch dasselbe“. Unruhe der Hände während der Unterhaltung.

29. VI. „Machen Sie mich tot; wenn ich ein Seil hätte, würde ich mich erhängen“.

1. VII. Kein Affekt; spricht nicht spontan. Beim Ansprechen produziert Pat. in monotoner leiser Sprache mehrere Sätze. Zugleich besteht „Unruhe des ganzen Körpers“. „Tun Sie mich ins Gefängnis; bringen Sie mich um; wenn ich nach Hause komme, muss mein Mann mich umbringen“. Der Inhalt der nihilistischen Wahnideen wechselt nicht. „Es ist, wie ich immer sage“.

5. VII. Unverändert; „ich wollte mir das Leben nehmen, damit es fertig wäre“.

7. VII. „Es ist, wie ich immer sage; ich weiss doch nichts mehr. Alles fehlt“. Keine Sinnestäuschungen. Die depressiven Gedanken werden in die Brust lokalisiert: „Ich meine, ich höre deutlich, dass ich mir etwas mache; das ist in der Brust und spricht mit mir“. Kein Affekt; produziert nur nach Anregung.

11. VII. „Ich bin fürs Unglück da. Nehmen Sie mir das Leben, es wird eine Zeit kommen, wo Sie es doch tun müssen. Wenn man das Leben nimmt, ist alles fertig. Ich hatte keine Macht mehr über mich, sonst hätte man mich nicht hierher gebracht“. Kein Affekt; spricht leise, nicht spontan, sitzt an derselben Stelle; beschäftigt sich nicht.

14. VII. Kein Affekt. „Ich weiss gar nichts mehr; es ist, wie ich sage, es ist alles, wie ich sage; Sie sollten mich gar nicht mehr essen heissen; ich sollte hier sitzen bleiben“.

16. VII. „Man soll mir das Leben nehmen; ich habe es schon längst verdient; ich bin nicht wert, hier zu sein“. Kein Affekt. Grimassieren; sonst inaktiv; beschäftigt sich nicht. Keine Sinnestäuschungen.

19. VII. „Ich sollte nicht mehr da sein.“ Kein Affekt. Nach Ansprache Erröten und Erblassen; motorische Unruhe der Extremitäten.

21.—29. VII. Unverändert. Gibt die Hand nicht. „Sie können mich ja doch nicht hier behalten“. Kein Affekt.

29. VII. Grimassiert.

30. VII. „Ich muss alleweil doch etwas machen, damit ich auf die Guillotine komme; ich kann nirgends mehr sein, hier nicht, zu Hause nicht und nirgends mehr“. Kein Affekt; spricht leise und monoton. Gibt die Hand nicht.

1. VIII. Gibt abends die Hand spontan; lächelt. Produziert nichts neues.

5. VIII. Deutliche Tagesschwankung. Abends ist die Hemmung geringer; Affekt wird nicht produziert; bisweilen abends Lächeln.

14. VIII. Grimassiert. Unruhe der Extremitäten. Kein Affekt. Die Unruhe wird durch Ansprechen gesteigert. Vasomotorische Erscheinungen.

17. VIII. „Sie sollten mir den Kopf abhauen“. Kein Affekt. Abends Affekt; Hemmung geringer; verlangt nach Hause; lächelt.

21. VIII. Produziert nichts neues; gibt die Hand nicht. Grimassiert. Kein Affekt, keine Sinnestäuschungen. Sitzt dauernd an derselben Stelle. Tagesschwankung angedeutet; abends ist gelegentlich ein flüchtiges Lächeln beim Handgeben, ohne weitere Affektäusserung, bemerkbar.

25. VIII. Nach der Bezirksirrenanstalt übergeführt. Von dort geheilt entlassen.

Diese Fälle stellen Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins dar. Neben ausgeprägter Hemmung des Vorstellungsablaufes und des

Affekts findet sich eine eigenartige motorische Erregung, die im Fall I am stärksten entwickelt ist und dort fast ständig das Krankheitsbild beherrscht, in den andern Fällen mehr phasenweise auftritt.

Bei dem Versuche, aus einer Kreuzung der manischen Symptome (Flüchtigkeit der Vorstellungen, gehobene Stimmung, erleichterte Auslösung von Willenshandlungen) und der depressiven Symptome (Trägheit des Vorstellungsablaufes, traurige Verstimmung, Entschlussunfähigkeit) die hier vorliegenden Zustandsbilder zu erklären, ergibt sich die Tatsache, dass die eigenartige motorische Erregung durch die gebräuchliche Terminologie nicht scharf genug charakterisiert wird; insbesondere lässt sich diese motorische Erregung nicht auf eine Stufe stellen mit derjenigen einer Manie mit Beschleunigung des Vorstellungsablaufes und gehobener Stimmung. Dass die dreigliedrige Gegenüberstellung der manischen und depressiven Periode die Symptomatologie der Mischzustände nicht erschöpfend darstellen kann, hat der Begründer der Lehre (Weygandt) selbst hervorgehoben. Es ist von vornherein anzunehmen, dass nicht allein die relative Ausbildung der einzelnen Symptome das Krankheitsbild modifizieren kann, sondern auch die Lokalisation dieser Symptome, die psychologische Dignität der Vorstellungen, die beschleunigt oder gehemmt ablaufen. Reizzustände können durch Hemmungsvorgänge anderer Gebiete verdeckt werden.

Die in unseren Fällen auftretende motorische Erregung, der beschleunigte Vorstellungsablauf, der sich am sichersten beobachten lässt, charakterisiert sich als Reizzustand von Bewegungsvorstellungen, der nicht durch Kombination mehrerer Vorstellungen vermittelt wird. Die Bewegungen erfolgen in den einzelnen Extremitäten selbständig, stellen nicht die Zielvorstellung einer Vorstellungsreihe dar, sind ziellos, dienen nicht dem Ausdruck eines Affektes. Bei geringer Intensität der motorischen Erregung lässt sich diese als „Unruhe“ bezeichnen.

Ist jedoch die Erregung stärker, so werden von den Händen kompliziertere, eingeübte Handlungen ausgeführt (Flechten und Auflösen der Haare; Zusammenrollen und Glätten des Schürzenbandes; Hochziehen und Hinabstreifen der Strümpfe; Masturbieren; Reinigen der Fingernägel). Diese Bewegungen erwecken zunächst durch ihre Monotonie den Eindruck katatonischer Stereotypien. Sie unterscheiden sich aber von katatonischen Bewegungsausserungen dadurch, dass sie beeinflussbar sind. Die Manipulationen wechseln je nach dem Gegenstand, der in die Hände gerät; sie werden sofort vom Kranken unterbrochen, wenn andere Handlungen, z. B. Handgeben oder Ortsveränderung von ihnen verlangt werden. Das Fehlen des Negativismus, die rasche Ausführung komplizierter Bewegungen

auf Befehl beweisen, dass das Fehlen von spontanen zusammengesetzten Handlungen, dass die Beschränkung der motorischen Erregung auf die eigenartige Unruhe nicht auf Hemmung kombinierter, rein motorischer Vorstellungen beruhen kann.

Gleichzeitig mit der motorischen Erregung besteht Hemmung des Vorstellungsablaufes sowie des Affekts. Wie andere, häufiger vorkommende Mischzustände beweisen, sind Affektschwankungen nicht an die Schnelligkeit des Vorstellungsablaufes gebunden; da jedoch die affektive Färbung der produzierten Vorstellungen einen der wichtigsten Anhaltspunkte zur Beurteilung der Stimmungslage bietet, so wird die Produktion des Affektes doch durch die Hemmung des Vorstellungsablaufes modifiziert. Dieser Einfluss ist nicht ausschliesslich massgebend; bei sehr heftigen Affektausbrüchen werden ja keine Vorstellungen produziert. Bei einer primären Störung des Affekts ist es demnach nicht notwendig, dass die Schwankungen der Stimmung durch Vorstellungen vermittelt werden. Die Hemmung des Ablaufs der Vorstellungen ist auch nicht hinreichend, um das in unsern Fällen beobachtete Verhalten der Stimmung zu erklären; dieses lässt sich charakterisieren als vollständiges Fehlen jeglichen Affektes, als absolute Hemmung. Es ist von jeher betont worden, dass dem manisch-depressiven Irresein eine gewisse Schwäche des Affektes eignet, welche in der Hemmung ihre Erklärung findet. Das völlige Fehlen des Affekts in unsern Fällen, die absolute Hemmung lässt sich nicht aus der Kreuzung der anfangs erwähnten dreigliedrigen Symptomenreihe konstruieren. Wir finden zwar hin und wieder Stimmungsschwankungen, während der weitaus längsten Zeit jedoch geben die Kranken auf Befragen an „ich bin weder traurig noch lustig“. Es ist demnach bei der hier uns beschäftigenden Form von Mischzuständen das Hauptgewicht nicht auf die Lage der Stimmung, sondern auf ihre Hemmung zu legen. Wenn letztere, wie wir gesehen haben, nicht ausschliesslich eine Rückwirkung der Denkhemmung darstellt, so besteht doch zwischen Vorstellungsablauf und Affekthemmung eine Korrelation, in welcher Ursache und Wirkung nicht scharf zu trennen sind, da die beiderseitigen Symptome gleichzeitig auftreten. Es lässt sich dieses Verhältnis am deutlichsten an der Hand der beiden ersten Fälle verfolgen. Die Denkhemmung kann in ihrer klinischen Erscheinungsweise zwei extreme Zustände darbieten.

1. Der Kranke beantwortet die Mehrzahl der Fragen nicht; erfolgt eine Antwort, so werden die Worte ungehemmt produziert; es können so mehrere Sätze fliessend gesprochen werden.

2. Die Antwort erfolgt stets nach längerer Latenzzeit. Die Wortproduktion ist kontinuierlich verlangsamt; die Willensanstrengung ist dauernd bemerkbar.

Die erste Form von Denkhemmung findet sich bei ausgesprochen stabiler Stimmungslage, bei Depression und bei absoluter Hemmung des Affekts. Die zweite Form treffen wir in denjenigen Stadien der Psychose, in denen Stimmungsschwankungen, bei geringer Stärke des Affekts, vorhanden sind. Ein sicheres Kriterium für die Affektschwankungen bietet das Auftreten mimischer Gesichtsbewegungen. Bei absoluter Hemmung des Affekts fehlen diese vollkommen. In diesem Stadium treffen wir Grimassieren als Teilerscheinung der motorischen Erregung; dieses führt nie zu einem Affektausdruck der Gesichtsmuskulatur. In den Uebergangsstadien finden sich Grimassieren und mimische Bewegungen vereint vor. Ersteres pflegt jedoch bei dem Auftreten der Labilität der Stimmung nicht zu persistieren. Es charakterisiert sich hierdurch als Teilerscheinung der allgemeinen motorischen Erregung. Diese nämlich lässt nach, sowie die Denkhemmung in das sub 2 beschriebene Stadium eintritt; zugleich tritt, wie erwähnt, Labilität der Stimmung auf, der Affekt ist nicht mehr absolut gehemmt noch ausschliesslich depressiv.

Man kann nun die Tatsache, dass die eigenartige motorische Erregung nur bei maximaler Denkhemmung auftritt, so erklären, dass diese Denkhemmung die Kombination zusammengesetzter Bewegungen vereitelt. Es können mithin nur unzusammenhängende Bewegungen der einzelnen Extremitäten, nur eingeübte Handbewegungen (Zopfflechten etc.) produziert werden. Nun haben wir aber gesehen, dass kombinierte motorische Leistungen, wie die Ausführung von Befehlen, ganz ungehemmt vor sich gehen. Die Denkhemmung gibt sich nur darin kund, dass die Anregung der komplizierten motorischen Leistungen nicht spontan erfolgt. Käme die Unruhe als Beschränkung der motorischen Erregung dadurch zustande, dass die Kombination von reinen Bewegungsvorstellungen gehemmt wäre, was ja nicht der Fall ist, so müsste beim Nachlassen dieser Hemmung sowie der Denkhemmung der bekannte manische Beschäftigungsdrang auftreten. Statt dessen sehen wir, dass die motorische Erregung nachlässt in demselben Zeitpunkt wie die Hemmung des Affektes und des Vorstellungsablaufes. Ein Analogon zu dieser Kreuzung der Symptome stellt die beim Gesunden gemachte Erfahrung dar, dass bei unerwarteten affektvollen Erlebnissen weder Worte noch Affekt produziert werden, hingegen werden „Angst und Verlegenheitsbewegungen“ ausgeführt, die den bei unsern Fällen produzierten auf den ersten Blick ähnlich sehen. Die Unruhe wird jedoch bei unsern Kranken nicht durch Affekt ausgelöst; sie geben auf Befragen stets an „ich habe gar keine Angst“, „ich bin weder traurig noch lustig“. Diese Bewegungen sind eben keine mimischen. Die „Unruhe“ stellt einen selbständigen Reizvorgang dar.

Möglich ist, dass die Labilität der Stimmung, die zugleich mit dem Nachlassen der Denkhemmung und der motorischen Erregung auftritt, nur deshalb klinisch in Erscheinung treten kann, weil eben der Stimmungsschwankung entsprechende Vorstellungen wieder auftauchen. In diesem Stadium pflegen die Kranken depressive Wahnideen zu produzieren, auch besteht Einsicht für den Stimmungswechsel „ich bin bald heiter und bald traurig“.

Was die Beziehungen der Stimmung zu der motorischen Erregung anlangt, so ist zu bemerken, dass weniger die Lage der Stimmung als ihre Hemmung von Bedeutung ist. In den Affektausbrüchen, die im Fall I besonders häufig beobachtet wurden, ist starker Affekt vorhanden bei fehlender Wortproduktion; in diesen Momenten werden auch mit den Armen nur zusammenhängende mimische Bewegungen ausgeführt, und erst nach aufgetretener Affekthemmung setzt die motorische Unruhe wieder ein. Es ist dies ein Beweis mehr dafür, dass die „Unruhe“ keine Affektäusserung darstellt.

Wir sehen also, dass dieser manische Bewegungsdrang, ebenso wie durch Befehle, auch durch stärkere Affektschwankungen beeinflusst und unterbrochen werden kann, trotz der bestehenden Denkhemmung. Der Vorstellungsablauf stellt mithin nicht den einzigen Weg dar, durch den Affektschwankungen zu ihrer motorischen Aeusserung gelangen können.

Letztere erfolgen ohne die Vermittlung von Vorstellungen, die motorische Erregung ist dem Vorstellungsablauf nicht subordiniert. Der Einfluss des Affektes auf beide, Vorstellungsablauf und motorische Erregung, war deutlich zu beobachten in denjenigen Zeitpunkten, in denen minimaler depressiver Affekt zu monotonen sprachlichen Aeusserungen führte bei gleichzeitigem Bestehen der motorischen Unruhe (Fall I). Die motorische Erregung zeigte in diesen Phasen insofern eine Aenderung, dass mehr die mimischen Bewegungen (Händeringen, Zusammenschlagen der Hände bei erhobenen Armen) produziert wurden und die Monotonie der übrigen Bewegungen so unterbrochen wurde. Ausschliesslich mimische Bewegungen bei Fehlen der Unruhe erfolgten nur bei heftigem Affektausbruch.

Das eben geschilderte Bild entspricht dem Mischzustand 3 Kraepelin's (S. 545). In diesem Mischzustand führt der nur angedeutete depressive Affekt zum Auftauchen depressiver Vorstellungen und zur Beimischung mimischer Bewegungen in den motorischen Reizerscheinungen. Zugleich tritt jedoch Rededrang auf, dessen Inhalt, der Denkhemmung entsprechend, monoton ist. Nun ist eine sprachliche Produktion bei absoluter Denkhemmung nicht möglich, die durch die depressive Stimmungslage im Bewusstsein gehaltenen Vorstellungen müssen den Inhalt der

sprachlichen Aeusserungen liefern. Hierdurch unterscheidet sich die Wortproduktion als rein motorische Leistung von der eigenartigen motorischen Unruhe, die bei absoluter Denkhemmung vorhanden sein kann. Durch die vorhandene Denkhemmung erscheint die sprachliche Produktion als ausschliesslich motorische Leistung, sie stellt, ebenso wie die unsern Fällen eigentümliche motorische Unruhe, eine der Formen dar, in denen die motorische Erregung des manisch-depressiven Irreseins klinisch sich äussern kann. Die Konstellation der Symptome in den Mischzuständen ist vorzugsweise geeignet, einzelne Gruppen von Bewegungsvorstellungen abzugrenzen, die einzeln erregt sein können. In den ungemischten Fällen des manisch-depressiven Irreseins dienen die motorischen Aeusserungen vorwiegend der Interpretation des Bewusstseinsinhaltes; doch lässt sich auch im Verlauf einer manischen Periode abwechselnd ein Ueberwiegen der Sprachproduktion oder des Betätigungsdranges beobachten. Eine weitere Gruppe von Bewegungen, die isoliert die motorische Erregung darstellen, können wir in denjenigen Mischzuständen verfolgen, in denen als depressiver Inhalt wesentlich intestinale Wahnideen produziert werden. Die hier auftretenden Bewegungen „zeigen eine gewisse Selbständigkeit und treten anfallsweise auf. Sie stellen keine Ausdrucksbewegungen dar, sie bestehen vielmehr in stereotypem Rumpfbeugen, Hin- und Herlaufen, in symmetrischen Handbewegungen; hierher sind auch zu rechnen rhythmisch ausgestossene hohe Schreie“.*)

Eine vorwiegend zu Ortsveränderung führende Gestaltung der motorischen Erregung konnten wir im folgenden Fall beobachten.

Kl., Karoline, 60 Jahre alt, verwitwet, Bäckersfrau. 7. X. 1904 bis 5. I. 1905. Heredität nicht vorhanden; von Kind auf leicht erregbar. War während der ersten Gravidität im 23. Lebensjahre mehrere Wochen depressiv. Später drei partus ohne Besonderheiten. Am 31. III. 1904 Tod des Mannes. Sechs Wochen später setzte die jetzige Psychose ein. Die Kranke konnte nicht mehr arbeiten, „hatte keine Willenskraft“. In der ersten Zeit traten Angstzustände auf. Die Kranke schlief schlecht, produzierte Selbstvorwürfe, „hat ihren Mann nicht genügend gepflegt“; es bestand depressive Eigenbeziehung. Die ersten Monate hielt depressive Erregung mit Rededrang (Schimpfen, Querulieren, besonders gegen die Medizin) dauernd an. Die Stimmung zeigte deutliche Tagesschwankung. Abends war die Kranke still, bisweilen heiter. Während der ganzen Zeit bestand motorische Unruhe, „wie von einem körperlichen Leiden herrührend“. Vorübergehend waren intestinale Sensationen und Wahnideen bemerkbar. Seit der Aufnahme am 7. X. 1904 ist eine Aenderung des Zustandes insofern aufgetreten, dass Denkhemmung und Hemmung des Affektes sich entwickelten. Letztere ist jedoch nur mässig stark, eine Tagesschwankung der Stimmung ist noch nachzuweisen; abends lächelt die Kranke meist. Die motorische Erregung besteht fort; sie äussert sich in Hin- und Herlaufen, Un-

*) cf. dieses Centralblatt, März 1904, „Ueber intestinale Wahnideen etc.“
Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1. März 1905.

ruhe der Extremitäten. Besonders nachts ist sie stark entwickelt; sie besteht nahezu kontinuierlich, hat jedoch die Neigung, sich anfallsweise zu verstärken. Die Kranke besitzt volle Krankheitseinsicht. Sinnestäuschungen fehlen. Ein Defekt der Intelligenz ist nicht nachweisbar.

Die motorischen Reizerscheinungen, welche die angeführten Fälle darbieten, können wir zusammenfassend als Bewegungen bezeichnen, die beim Gesunden automatisch zu erfolgen pflegen. Wenn bei ihrem Auftreten in diesen Mischzuständen meist gleichzeitig Denkhemmung und Hemmung des Affekts besteht, so können wir die Tatsache, dass die motorische Erregung sich auf die automatischen Bewegungen beschränkt, nicht etwa dadurch erklären, dass die Denkhemmung die Kombination mehrerer motorischer Vorstellungen vereitelt. Wohl findet eine solche Kombination nicht statt, die motorische Erregung jedoch stellt einen selbständigen Reizvorgang dar, sie ist nicht „nach Art der Ausdrucks- und Verlegenheitsbewegungen als unwillkürliche Entladung innerer Spannungszustände“ zu betrachten; die ungemischten Depressionszustände beweisen zur Genüge, dass bei Hemmung des Vorstellungsablaufes und des Affekts die psychomotorische Hemmung sämtliche Bewegungsvorstellungen, auch die automatischen, befällt. Immerhin mag die Tatsache, dass die motorische Unruhe in manchen Fällen zugleich mit der Hemmung des Affekts und des Vorstellungsablaufes nachlässt, auf einer Korrelation dieser Symptome beruhen, die überhaupt für das Zustandekommen von Mischzuständen von Bedeutung ist.

Eine Gruppe von Bewegungen, welche isoliert nur in den Mischzuständen auftreten, bilden die mimischen. Ihr Erscheinen ist abhängig vom Schwinden der Affekthemmung. Die Stimmungslage selbst ist nicht von Belang. Im Unterschied also zu den ungemischten Formen des manisch-depressiven Irreseins treffen wir hier die Tatsache, dass nicht die Stimmungslage, sondern der Grad der Affekthemmung für das Zustandekommen der mimischen Bewegungen ausschlaggebend ist.

Die hier beobachteten mimischen Bewegungen entsprechen in ihrer Intensität der Stärke des vorhandenen Affekts. Ein Missverhältnis von Affekt und mimischen Bewegungen, wie wir es bei den läppischen Affektäusserungen der Katatoniker treffen, findet sich hier nicht.

Von den automatischen Bewegungen der Katatonie unterscheiden sich die hier beobachteten durch ihre Beeinflussbarkeit und durch den Umstand, dass sie trotz ihrer Monotonie nicht stereotyp sind.

Literatur.

Weygandt, Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins. Habilitationsschrift 1899.

Kraepelin, Psychiatrie 1904.

(Aus dem Laboratorium der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B.)

Ein Beitrag zur Pathologie der *Tabes dorsalis*.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von Dr. W. Spielmeier, Assistenten der Klinik.

In einigen Fällen von *Tabes dorsalis* wurde versucht, eine Ergänzung der am Markscheidenpräparate erhobenen Befunde durch die Achsenzylinderfärbung Cajal's zu gewinnen. Da die Cajal'sche Silberimprägnation der Achsenzylinder auch das marklose funktionstragende Nervengewebe färbt, so muss sie Aufschluss geben können über das Verhalten des „nervösen Graus“ bei krankhaften Prozessen. Dabei konnte dieses „nervöse Grau“ nur soweit berücksichtigt werden, als es überhaupt durch die Achsenzylindermethode färberisch sicher darstellbar ist. Es blieben die Nervenzellenfibrillen und ihre Beziehungen zu den nervösen Terminalnetzen und Nervenendfüßchen, für deren Darstellung ja die eigentlichen Fibrillenmethoden viel geeigneter sind, von vornherein ausser Betracht; die Bilder dieser Methoden sind zu inkonstant (Nissl, Held), als dass man bei einer histopathologischen Analyse aus ihnen sichere Schlüsse über das Verhalten dieser Gebilde ziehen dürfte.

Es schien geraten, eine Kontrolle der im Achsenzylinderbilde gewonnenen Resultate durch die Neurogliafärbung Weigert's anzustreben. Nach der „Gleichgewichtslehre“ von Weigert-Roux tritt überall dort, wo funktionstragendes Nervengewebe ausgefallen ist, gewucherte Stützsubstanz an dessen Stelle; wo also das Nervenfasernpräparat einen Untergang von nervöser Substanz anzeigt, muss sich im Gliapräparat eine Vermehrung der nicht nervösen ektodermalen Substanz nachweisen lassen. Durch diese Ergänzung des Cajalpräparates mussten sich Trugschlüsse, die sich aus irgendwelchen Mängeln der Methode ergeben konnten, sicher vermeiden lassen; zugleich konnte einiges über die Verteilung und Anordnung der Stützsubstanz bei der tabischen Hinterstrangserkrankung ermittelt werden.

Eine Ergänzung des Markscheidenbildes bei der tabischen Hinterstrangserkrankung musste dort versucht werden, wo die bei der *Tabes* erkrankenden Fasern des peripheren sensiblen Neuronen ihr Mark verlieren.*) Das sind also vor allem die zentripetalen Auffaserungen des sensiblen Protoneurons gegen das zweite sensible Neuron. In der eigentlichen Degenerationszone einstrahlender Hinterwurzeln und in dem grauen

*) Die hier besprochenen Achsenzylinder- und Gliabilder wurden in der fachwissenschaftlichen Sitzung der „Naturforschenden Gesellschaft in Freiburg i. B.“ am 26. I. 1905 demonstriert.

Felde der Hinterstränge verlangten nur die feinsten Kollateralen der Wurzelbahnen und die persistierenden nackten Achsenzylinder Berücksichtigung; auch das Verhalten der Glia ist dort grossenteils bekannt (Weigert, Storch, Redlich). Es ergaben sich hier aus unseren Bildern einige Anhaltspunkte dafür, dass für die Anordnung der Gliafasern auch bei der Tabes — ähnlich wie bei Hirnnarben etc. (Eduard Müller) — statische Momente massgebend sind: der Längsstellung der Gliabündel in den tabischen Hintersträngen halten das Gegengewicht die gliösen Ersatzfasern von kurzen Hinterwurzelbahnen, die verdickten und besonders an ihrer Insertion verbreiterten Gliasepten, die in die Pia gewucherten Gliapinsel, der bürstenartige Gliabesatz der Hinterstranggefässe und endlich die auffallend zahlreichen und mit dem hinteren Kielstreifen innig verbundenen Horizontalfasern der grauen Kommissur.

Die Endstätten der erkrankten Hinterwurzelfasern liegen zum Teil im Grau des Rückenmarkes, zum Teil in den Kernen der Hinterstränge. Das Cajalpräparat zeigt an diesen Stellen einen deutlichen Ausfall der gröberen Faserzüge um die einzelnen Kerngruppen und vor allem einen evidenten Ausfall der feinen pericellulären nervösen „Geflechte“. Am deutlichsten sind diese Befunde in den basalen Partien des Hinterhorns und in den Clarke'schen Säulen, während sich ein Untergang von reflexomotorischen Auffaserungen um Vorderhornzellen nicht mit Sicherheit nachweisen liess. Die prägnantesten Bilder liefern Längsschnitte durch die Clarke'schen Kerngruppen: die eigenartig langgestreckten Zellen sind all der feinen Fäserchen entblösst, die normalerweise zu ihnen und ihren kräftigen Dendriten in Beziehung treten, sie sehen merkwürdig nackt aus im Vergleiche mit normalen Zellen. Ganz die gleichen Veränderungen um die Zellen und Zellgruppen fanden wir im Goll'schen Kerne, in welchem ja bei der gewöhnlichen lumbosakralen Form der Tabes — und nur diese wurde von uns untersucht — das Degenerationsfeld endet; der Burdach'sche Kern war unverändert.

Ihr Positiv erhalten diese Befunde im Weigert'schen Gliapräparat: eine Vermehrung der gliösen Begleitfasern entsprechend dem Ausfall von Achsenzylinderbündeln und eine exquisit pericelluläre Wucherung der Gliafasern. Diese letztere Art der Gliavermehrung ist entsprechend dem Cajalpräparate am deutlichsten in den Clarke'schen Säulen: die Zellen liegen hier tief in Glia eingebettet. Im Goll'schen Kerne ist die Vermehrung des Stützgewebes mehr diffus, sie entspricht durchaus den sekundären Gliawucherungen, wie sie besonders seit den Untersuchungen Alzheimer's bekannt sind. Mit Hilfe der Weigert'schen Gliafärbung liess sich auch um manche Zellen der Vorderhörner eine Vermehrung

der pericellulären Gliahülle nachweisen; sie fand sich nur in den Gegenden mit lokaltabischen Veränderungen und ich möchte annehmen, dass hier wuchernde Gliafasern den Raum eingenommen haben, der durch den Untergang der Aufzweigungen von reflexvermittelnden Hinterwurzelfasern frei geworden war; allerdings blieben solche pericellulären Ausfälle im Cajalpräparate unter dem Gewirr von „Fasergeflechten“ verborgen.

In meinen Tabesfällen habe ich endlich noch die Rinde des Kleinhirns berücksichtigt: es sollten die Ausfälle nervöser Substanz nachgewiesen werden, die sich dort entsprechend den von Weigert beschriebenen Gliawucherungen finden mussten. Es liess sich nun in der Tat im Cajalbilde erkennen, dass es vor allem die dendritischen Aufzweigungen der Purkinje'schen Zellen sind, an deren Stelle sich Glia etabliert hat; es sind weniger die horizontalen tiefen Faserzüge der molekularen Schicht betroffen, als vielmehr die feinen Bäumchen, die nach den peripheren Partien der Rinde streben.

Eine genauere Beschreibung dieser Befunde gebe ich, an der Hand entsprechender Abbildungen, im nächsten Hefte des „Archivs für Psychiatrie“.

II. Vereinsberichte.

III. Landeskonferenz der ungarischen Irrenärzte in Budapest.

I Sitzung am 23. Oktober 1904, vormittags.

Zum Vorsitzenden wird Ministerialrat Dr. Corn. Chyzer gewählt.

Der Vorsitzende begrüsst die Konferenz und gibt in seiner Eröffnungsrede einen Ueberblick über die Entwicklung des ungarischen Irrenwesens während der letzten vier Jahre, das ist seit der Zeit, wo er als Präsident der I. Konferenz einen ähnlichen Bericht gab. Als beweisend für das Interesse, welches die Staatsverwaltung dem Irrenwesen entgegenbringe, hebt er zunächst den Umstand hervor, dass das königl. Ministerium des Innern den Jahresbericht über das Irrenwesen, der vorher kurzgefasst nur im Rahmen des alljährlichen Sanitätsberichts erschien, nunmehr in erweiterter Form als selbständiges Werk erscheinen lässt, durch welches auch das Ausland über die Fortschritte unseres Irrenwesens informiert wird. Von Jahr zu Jahr entstehen im Anschlusse an die grösseren Spitäler neue Abteilungen für Geisteskranke, deren Aufnahme-fähigkeit mit den kleineren staatlichen Anstalten wetteifert. In den letzten vier Jahren wurden folgende Institute geschaffen: 1. Die neue Irrenabteilung des staatlichen Krankenhauses in Pozsony für mehr als 300 Kranke; 2. der neue Pavillon der Lipótmézöer Anstalt für 50 Idioten; 3. in der Anstalt Nagyszében eine Abteilung für 25 Kranke I. und II. Klasse, ferner ein Pavillon

für unreine Kranke; 4. die Abteilung des Spitals in B. Gyarmat für 250 Geistesranke; 5. die Abteilung in Nagyvárad für 350 Kranke; hier wurden auch die ersten Schritte zur Schaffung einer landwirtschaftlichen Kolonie gemacht; 6. die Abteilung in Baja für 120 Kranke; 7. die mit grösstem Luxus ausgestattete psychiatrische Klinik in Kolozsvár, wo zu Anfang dieses Jahres sich 167 Kranke befanden; 8. das für trachomatöse Geistesranke eingerichtete Spital in Módos. Im ganzen beträgt die Zunahme der Plätze in den letzten 4 Jahren 1400. — In nächster Zeit folgt die Eröffnung der Irrenabteilungen in Pécs in S. A. Ujhely mit Raum für 300 resp. 120 Kranke und im Bau begriffen ist eine Abteilung für 300 Kranke in M. Sziget. Weiter ist das in diesem Jahre gebrachte Gesetz zu erwähnen, welches die Inangriffnahme einer kolonialen Irrenanstalt und einer gleichzeitig als Beobachtungsstation dienenden psychiatrischen Klinik als Teil des zu erbauenden Budapester Universitäts-Krankenhaus verfügt. — Auch wurde die Konzession zur Errichtung zweier Privatanstalten erteilt, von denen die eine bereits fertiggestellt ist und eine dritte, zum Teile auch vom Staate in Anspruch genommen, wurde zur Aufnahme Epileptischer ermächtigt. — Auf Grund statistischer Daten konstatiert Redner eine Zunahme der Geistesranke; die letzte Volkszählung (1901) ergab 15 586 Geistesranke und 26 659 Idioten. — Redner gibt noch der Hoffnung Ausdruck, dass das neue Irrengesetz baldigst zustande kommen werde und schliesst mit einem Appell an die Abteilungsleiter der staatlichen Anstalten, dass sie bei den Diätverordnungen auf die ohnehin grossen Lasten des Staates Rücksicht nehmen und dieselben nicht überflüssigerweise vermehren mögen.

Nach der mit Beifall aufgenommenen Eröffnungsrede wurde zum Stellvertreter des Vorsitzenden Sektionsrat Dr. Gedeon Raisz gewählt, dann folgte die Wahl der übrigen Ausschussmitglieder, worauf

Sekretär L. Epstein den Bericht erstattet, in welchem er u. a. des tragischen Endes Vorster's und des Attentats auf Vallon gedenkt.

Nun folgt als erster Punkt der Tagesordnung das Referat:

92) **E. v. Balogh** (Prof. des Strafrechts): Geisteskrankheit und Schwachsinn vom juridischen und ärztlichen Standpunkte.

v. Balogh behandelt das Thema vom juridischen Gesichtspunkte. Er deutet auf die bedeutungsvollen Konsequenzen hin, mit denen die Tatsachen der Geisteskrankheit und Geistesschwäche in jedem Zweige des Rechtslebens, in jedem Detail des Rechtssystems einhergehen und erwähnt, dass das neue B. G. B. unser Privatrecht in dieser Frage nach vielen Richtungen hin sehr wesentlich modifizieren wird. Mit Rücksicht auf die Kürze der Zeit jedoch erstreckt er sich hier ausführlich bloss auf den das Strafrecht betreffenden Teil. Nach Erörterung des Standpunktes, den die ausländische Gesetzgebung bezüglich des Begriffs der Zurechnungsfähigkeit einnimmt, kommt er auf das ungarische St.-G.-B. zu sprechen. Dieses steht auf der Grundlage des Indeterminismus und stellt in § 76 als die Zurechnungsfähigkeit ausschliessenden Grund eine solche Störung der geistigen Fähigkeiten auf, infolge welcher der Täter oder Teilnehmer nicht im Besitze der freien Entschliessungsfähigkeit war. Den juristischen Inhalt des § 76 erörternd, führt Votr. aus, dass die in demselben enthaltene Definition sämtliche Fälle von Geisteskrankheit, ferner die pathologische Geistesschwäche resp. die einzelnen Formen der psychischen Degeneration und solche körperliche, z. B. Nervenkrankheiten umfasst, die die psychische Lebens-

funktion stören. Gegenwärtig unterscheidet das St.-G.-B. nur zwischen absolut normalen und vollständig unzurechnungsfähigen Individuen. Da aber unsere Gesetzgebung in § 246 der St.-P.-O. den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit akzeptierte, muss dieser Begriff auch in der Novelle zum St.-G.-B. Aufnahme finden. — Da das Gericht an das Gutachten der Sachverständigen nicht gebunden ist, obliegt es dem Richter bezw. bei Schwurgerichtsverhandlungen den Geschworenen, zu entscheiden, ob in einem gegebenen Falle die Zurechnungsfähigkeit gestört war oder nicht. Und da weist Votr. auf die Gefahren hin, die sich ergeben, wenn die Entscheidung solcher sachlicher Fragen in die Hände von Geschworenen gelegt wird, die selbst in den Elementen der gerichtlichen Psychiatrie vollständig unorientiert sind.

Korreferent Moravcsik (Budapest) bespricht die Frage vom ärztlichen Standpunkte. Nach Vorausschickung dessen, dass es sehr schwer sei, den Begriff der Geisteskrankheit bündig und doch so präzise zu definieren, dass eine genaue Unterscheidung des abnormen vom normalen Geisteszustande möglich sei, betont er, dass die Geisteskrankheit ein pathologischer Zustand des Gehirns ist, der sich hauptsächlich in der geistigen Sphäre kundgibt und wie jede andere Krankheit eine pathologische Störung des normalen Zustandes darstelle. Die Scheidung des Schwachsinn von der Geisteskrankheit hält er vom psychiatrischen Standpunkt nicht für berechtigt. Die Geisteskranken können wegen ihres krankhaften Geisteszustandes nicht zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen werden; dieser aber manifestiert sich nicht isoliert in einzelnen Symptomen, sondern in der Veränderung der gesamten geistigen Persönlichkeit, und die Geisteskrankheit ist schon für sich ein die Zurechnungsfähigkeit ausschliessender Grund, es ist daher überflüssig, die Unzurechnungsfähigkeit noch an besondere Bedingungen zu knüpfen. Der Unterschied zwischen der ärztlichen und der juristischen Auffassung liegt darin, dass der Irrenarzt unter Geisteskrankheit den krankhaften Zustand der ganzen geistigen Persönlichkeit versteht, während der juristische Standpunkt nicht auf die geistige Abnormität, auf die Krankheit Gewicht legt, sondern auf bestimmte Kriterien der straf- und bürgerrechtlichen Handlungsfähigkeit, die aber zur Unterscheidung des normalen und pathologischen Zustandes nicht geeignet sind. Weiterhin glaubt die juristische Auffassung in der Geisteskrankheit Abstufungen unterscheiden zu können, während die Psychiatrie im Begriffe der Geisteskrankheit qualitative oder quantitative Abstufungen nicht anerkennen kann; sie kann nicht sagen, dieser ist ein wenig, jener ist sehr geisteskrank, sie kann sich höchstens in prognostischer Beziehung bezüglich der Schwere der Erkrankung aussprechen.

Diskussion:

Salgó meint, dass in zweifelhaften Fällen nicht das die Hauptfrage sei, in welchem Masse die Freiheit des Willens beeinflusst gewesen sei, sondern was mit jenen abnormen Individuen anzufangen sei. Er schliesst sich dem Ref. Balogh an, dass nicht das Delikt, sondern der Zustand des Täters in Betracht zu ziehen sei und für solche Individuen eigene Anstalten errichtet werden.

Szigeti wünscht in allen kriminellen Fällen die psychiatrische Untersuchung des Angeklagten.

Fischer äussert Bedenken bezüglich der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“.

Konrád hält es für wünschenswert, dass in dem Verfahren gegenüber den in Rede stehenden Individuen ein therapeutischer und erzieherischer Einfluss zur Geltung komme.

Niedermann glaubt, dass vor allem eine psychiatrische Vorbildung der Richter am Platze wäre; im übrigen befürwortet auch er bei imbezillen Tätern die pädagogisch-ärztliche Einflussnahme.

Pándy sieht für viele der abnormen Verbrecher den Kerker als den geeignetsten Ort an, nur soll die Zeit der Festhaltung nicht vorher fixiert, sondern vom Arzte bestimmt werden.

Es folgt das Referat

93) **Márkus** (Richter an der kgl. Tafel): Das Verfahren der Entmündigung und der Aufhebung der Vormundschaft bei Geisteskranken.

Das Gesetz sollte in bezug auf die Entmündigung zwischen Geisteskranken und Schwachsinnigen keinen Unterschied machen, da es keine partielle Geisteskrankheit, sondern bloss eine allgemeine Erkrankung der Psyche gebe und der Sachverständige den Grad der Geisteskrankheit nur von Fall zu Fall zu bestimmen vermag. Deshalb wäre es angezeigt, dass das Gesetz nur das Wort „geisteskrank“ anwende. Bei Feststellung der Beschränktheit oder des gänzlichen Mangels der Entschliessungsfähigkeit soll für den Richter nur der Umstand massgebend sein, ob der Geisteskranke trotz seiner Krankheit imstande ist oder nicht, inmitten seiner eigentümlichen Lebensverhältnisse oder im Kreise seiner alltäglichen Tätigkeit seine unter gewöhnlichen Umständen zu erledigenden Agenden (mögen diese sich auf Vermögens- oder andere Verhältnisse beziehen) in der Weise zu erledigen, wie dies unter ähnlichen Verhältnissen lebende Menschen gesunder Auffassung gemäss zu tun pflegen.

Weder die Konstatierung der Geisteskrankheit, noch die Internierung in der Anstalt begründen für sich allein die Entmündigung der Geisteskranken; Grund hierzu ist nur die Wahrung der Interessen des Kranken und des Rechtsbegriffs. Sieht nun das Waisenamt die Notwendigkeit der Entmündigung vorliegen, so sind die berechtigten Angehörigen des Kranken zur Einleitung des bezüglichen Verfahrens mit dem Bemerken aufzufordern, dass im Falle ihres Versäumnisses das Waisenamt selbst das Verfahren einleiten werde. Von Amtswegen ist das Verfahren einzuleiten, wenn der Kranke selbst es verlangt oder berechtigte Angehörige nicht vorhanden sind. — Das gleiche Verfahren ist zu befolgen, wenn es sich um die Aufhebung der Kuratel handelt.

Für Geisteskranken, die trotz gesetzlicher Vorbedingungen nicht unter Vormundschaft gestellt wurden oder deren Handlungsfähigkeit beschränkt ist, ernennt das Waisenamt einen Pfleger, dessen Mitwirkung bei allen jenen Handlungen notwendig ist, welche über den Kreis des alltäglichen Lebens hinausgehen und zu welchen bei unter Vormundschaft stehenden Personen die spezielle Genehmigung der Vormundschaftsbehörde einzuholen ist.

Der Umstand, dass jemand wegen Geisteskrankheit entmündigt wurde oder dass für ihn ein Pfleger bestellt worden ist, sollte von Amtswegen in die Geburtsmatrikel eingetragen werden. Bei Aufhören der Kuratel oder der Pflegerschaft müsste diese Anmerkung gestrichen werden und es dürfte in dem Matrikelauszuge, der eventuell nachher herausgegeben wird, weder die frühere Aufzeichnung, noch die spätere Streichung ersichtlich sein.

Ref. bespricht nun die Kautelen, die er bei der Aufnahme und bei der Festhaltung von Geisteskranken in der Anstalt für nötig hält und fordert bezüglich der letztern eine viel regere Beteiligung des Gerichts, als das gegenwärtig der Fall ist. Ferner hält er es für nötig, dass das St.-G.-B. den Begriff „öffentlicher Beamte“ auch auf die Besitzer, Leiter, Aerzte und sonstige Angestellte von Anstalten (Spitäler) ausdehne und die rechtswidrige Aufnahme oder Zurückhaltung einer Person in einer Irrenanstalt in diesem Sinne bestrafe. — Wer laut Aufzeichnung in der Geburtsmatrikel unter Vormundschaft oder Pflegerschaft steht, sollte nur auf Grund eines übereinstimmend günstigen Gutachtens zweier Sachverständigen eine Ehe schliessen können. Die Lösung der Ehe sollte von demjenigen gefordert werden können, dessen Enehälfte seit mindestens drei Jahren wegen Geisteskrankheit unter Vormundschaft steht. Ref. erstreckt sich schliesslich noch auf die Erörterung von Details, die sich auf die Beaufsichtigung von in Anstalts-, Gemeinde- oder Familienpflege befindlichen Geisteskranken beziehen.

Diskussion:

Konrád ist ebenfalls für das Fallenlassen der Unterscheidung zwischen Geisteskrankheit und Schwachsinn. Er freut sich, dass Vortr. mit Rücksicht auf die psychopathische Vererbung in Sachen der Ehe so tapfer Stellung genommen hat, was umsomehr zu begrüessen ist, als es ein Jurist tut, doch sei die Frage noch nicht spruchreif. Zur Frage der Vererbung könne er auf Grund von Untersuchungen, die er an den Nachkommen von 5—600 Geisteskranken angestellt habe, heute im allgemeinen schon so viel aussagen, dass in der dritten, selten in der vierten Generation eine Regeneration erfolge, d. h. keine Spur einer Geisteskrankheit mehr zu finden sei oder aber die Familie aussterbe. Doch lässt sich auch konstatieren, dass nicht jeder Deszendent psychopathisch sei.

Salgó ist erstaunt über den Vorschlag des Referenten, eine dreijährige Krankheitsdauer als Ehescheidungsgrund einzuführen. Das wäre, auch bei längerem Termine, eine gefährliche Waffe und eine schwere Beleidigung der Humanität.

Fischer stimmt mit der Auffassung des Referenten bezüglich der Ehescheidung und der Aufzeichnungen in den Matrikeln nicht überein; dann bespricht er die Mängel des Entmündigungsverfahrens.

Referent betont im Schlusswort, dass der Entwurf der neuen Prozessordnung eben die Abstellung der gegenwärtigen Anomalien bezweckt. Was seine Ausführungen bezüglich des Eherechts betrifft, so erheischen diese allerdings noch reifliche Ueberlegung. Konrád schützt die Nachkommen, er selbst möchte, dass es keine solchen gebe. Der Einzelne muss Unrecht erleiden, damit es viele nicht müssen; Justizmorde können auch bei der grössten Vorsicht vorkommen. Wo Liebe unter den Ehegatten herrscht, dort würde es auch im Falle von Geisteskrankheit nicht zur Scheidung kommen.

94) **Hajós** (Budapest): Die Begutachtungsfreiheit des Irrenarztes.

Die Grundlage des gegenseitigen Schutzes zwischen Geisteskranken und Gesellschaft bildet das Gutachten des Irrenarztes, dessen Freiheit nicht gefährdet werden darf. Die ersten Hindernisse dieser Freiheit sind subjektiver Natur und stammen aus dem Kampfe, der zwischen dem Mitleid und dem Pflichtgefühl des Irrenarztes besteht. Wichtiger sind die äusseren Hindernisse. Trotz-

dem die Interessen der Gesellschaft und des Geisteskranken parallel gehen, verfolgen beide das Gutachten mit Verdacht. Dieser Verdacht ist verständlich bei dem Geisteskranken, der keine Krankheitseinsicht besitzt und das ärztliche Gutachten als Attentat gegen seine Ehre und seine Freiheit ansieht. Die Gesellschaft, die in den meisten Fällen Geisteskrankheit von Geistesgesundheit nicht unterscheiden kann, lässt sich von der Auffassung der Geisteskranken beeinflussen und hegt ebenfalls Verdacht.

Es liegt ebenso im Interesse der persönlichen, wie der Freiheit der Meinungsäußerung, dass die Gutachten, auch wenn es der Kranke nicht wünscht, überprüft werden. Nun geschieht dies wohl, aber es ist wichtig, dass, namentlich im Falle einer gegen den Irrenarzt gemachten strafgerichtlichen Anzeige, die Untersuchung nicht zu einer Brandmarkung desselben werde, denn wenn er selbst auch freigesprochen wird, so hat doch das Recht der freien Begutachtung eine tödliche Wunde erhalten. Es ist also eine Revision des Verfahrens notwendig.

95) **Gerő** (Nagyvárad): Ueber die verminderte Zurechnungsfähigkeit.

Es gibt Formen von Geistesstörung, bei denen, wie Jolly sich äusserte, unser Gewissen sich sträubt, dem Täter die Strafflosigkeit zuzuerkennen. Für diese Kategorie von geisteskranken Verbrechern wurde die Aufnahme des Begriffs der beschränkten Zurechnungsfähigkeit notwendig, nicht zum Zwecke einer Milderung oder Herabsetzung der Strafe, sondern zum Zwecke von Massnahmen, die geeignet sind, auf jene Individuen heilsam einzuwirken. Zu diesem Behufe sollten eigene Anstalten errichtet werden. Spricht der Sachverständige unter den gegenwärtigen Verhältnissen dem Täter beschränkte Zurechnungsfähigkeit zu, so wird dieser Ausspruch vom Richter höchstens im Sinne des „mildernden Umstands“ verwertet, was aber nicht ausreicht, denn die bestehenden Strafformen haben bei aller Verbesserung doch immer einen retorsiven Charakter und das Kerker-system kann auf jene widerstandsfähigen Leute nur schädigend einwirken. Votr. fasst seine Erörterungen in folgenden Thesen zusammen:

1. Die beschränkte Zurechnungsfähigkeit ist ins St.-G.-B. aufzunehmen.
2. Ein eigener Paragraph handle über die beschränkte Zurechnungsfähigkeit und ein eigener über die Geisteskrankheit.
3. Individuen, deren Geistesfähigkeit nur eine beschränkte Handlungsfähigkeit zulässt, sind nur im beschränkten Masse strafbar und hat die Strafe in eigenen Anstalten vollstreckt zu werden.

Strobel meint, dass, so lange wir keine eigenen zweckentsprechenden Anstalten haben, die Bestrafung jener Individuen am Platze sei, bei denen nachzuweisen ist, dass das von ihnen verübte Delikt weniger mit ihrer geistigen Beschränktheit, als vielmehr mit ihrer Schlechtigkeit, Faulheit und dergleichen im Zusammenhange stehe.

II. Sitzung vom 23. Oktober 1904, nachmittags.

96) **v. Oláh** (Budapest): Die Einteilung der Geisteskranken vom Gesichtspunkte der Anstaltsstatistik.

Ref. findet, dass das Hineinzwängen des ganzen klinischen Materials in zehn offizielle Krankheitsformen, wie das in den ärztlichen Jahresberichten der ungarischen Anstalten zum Ausdruck kommt, unwahr, überlebt und für eine wissenschaftliche Ausbeute vollends zwecklos ist. Wohl ist das Permutieren

der zehn Krankheitsformen nach Beruf, Zuständigkeit etc. in dem Sinne, dass die Endsumme immer den Krankenstand bildet, nur in der Weise möglich, allein dieser Zweck entschuldigt nicht, dass man klinisch nicht Zusammengehöriges zusammenwirft. Ist es nicht lächerlich, dass z. B. in den ungarischen Jahresberichten in der Relation „angeborener Blödsinn — Berufsklasse“ das grösste Kontingent der Beamtenstand bildet? Ref. plaidiert dafür, dass die Anstalten ihr Material zwanglos und ohne Rücksicht auf Kollektivität ausweisen. Einzelne, besonders häufige Formen können ja auch nach den verschiedenen Beziehungen mit Religion, Nationalität usw. weiter permutiert werden, doch muss für die übrigen Erkrankungsformen der Spezifizierung möglichst freier Spielraum gelassen werden, denn es geht nicht an, dass bei Intoxikations-, Erschöpfungs- u. dergl. Psychosen die Intoxikation, Erschöpfung etc. im besten Falle als Krankheitsursache figuriert, die Psychose selbst aber unter Manie, Amentia oder sonstwo rubriziert wird. (Eigenbericht.)

Diskussion.

Salgó: Zu dem Begriffe „Krankheit“ gehört Kenntnis der Ursache, des Verlaufs und des Ausgangs eines krankhaften Vorganges. Das, was wir beobachten, sind daher nur Symptomenkomplexe, deren Verlaufsarten und Ausgang wir zusammenstellen können. So können wir die Manie und Melancholie nicht Krankheitsformen nennen, aber es wäre unrichtig, von variierenden Krankheitsbildern oder von typischen Krankheiten zu reden. Wiederholt sich ein solcher Vorgang nach 10—20 Jahren, so ist das deshalb noch kein periodischer, zusammengehöriger Prozess. Er stimmt mit dem Ref. bezüglich der Zerstückelung der Epilepsie nicht überein; eher sollten wir bestrebt sein, die Krankheitsformen zusammenzufassen.

Chyzer glaubt zu wissen, dass internationale Verhandlungen im Gange seien, um bezüglich der Krankheitsgruppen eine Einheitlichkeit der Jahresberichte zu erzielen. Ist das der Fall, dann wäre es nicht gut, hier vorzugreifen. Was die Benennung der einzelnen Formen betrifft, so ist er dafür, dass man statt der lateinischen Namen die volkstümlichen Ausdrücke beibehalte, wenn diese dem wissenschaftlichen Erfordernisse genügen.

Konrád: Vom wissenschaftlichen Standpunkte mag es angezeigt sein, die einzelnen Krankheitsgruppen mehr auseinander zu halten; hinsichtlich der Statistik aber ist es nötig, die aus dem gleichen Stamme entstehenden Krankheitsformen aneinander zu gliedern, damit man eine leichte Uebersicht gewinne, sonst entsteht ein Chaos. Das gegenwärtige Schema genügt allerdings nicht, da es uns zu falschen Diagnosen nötigt, doch lässt sich ja dasselbe ergänzen.

Epstein sagt, er habe vor vier Jahren gelegentlich der I. Konferenz durch einen seiner Sekundärärzte über das vorliegende Thema unter dem gleichen Titel einen Vortrag halten lassen, mit dessen Ausführungen er sich allerdings nicht ganz einverstanden erklären könne, durch den er aber Anregung dazu bieten wollte, dass die durch das vorgeschriebene Schema sich ergebenden Missstände behoben werden. Dieses Schema ist ein förmliches Prokrustesbett, in dem man die einzelnen Krankheitsformen gegen seine wissenschaftliche Ueberzeugung, ja oft gegen sein Gewissen hineinzwängen muss. Mit Recht betont der Ref., dass es für wissenschaftliche Zwecke unbrauchbar sei; bei der grossen Divergenz der wissenschaftlichen Anschauungen wäre es allerdings nicht leicht, ein in dieser Hinsicht brauchbares Schema zu konstruieren. Was aber die

Staatsverwaltung betrifft, so habe diese bloss an der Hauptfrage ein Interesse, wie viel Geistesranke untergebracht seien; von dem Detail der Krankheitsformen interessiert sie wohl nur noch der Umstand, wie gross das Kontingent an Idioten, Alkoholikern und Epileptikern ist. Von internationalen Verhandlungen sei ihm nichts bekannt; dieselben könnten auch gegenwärtig kaum zu einem Ergebnis führen.

Raisz gibt zu, dass die Wünsche des Ref. vom wissenschaftlichen Standpunkt gerechtfertigt seien, doch wäre es schwer, in ein administrativen Zwecken dienendes Schema all die verschiedenen Diagnosen aufzunehmen. Er ist dafür, dass das gegenwärtige Schema in Kraft bleibe, so lange nicht eine internationale Vereinbarung ein anderes an seine Stelle setzt.

Referent bemerkt im Schlussworte Salgó gegenüber, dass er sich in der Auffassung der Krankheitsbilder Kraepelin anschliesse. Bezüglich der volkstümlichen Ausdrücke meint er, dass wir solche nicht gebrauchen sollen, unter denen der Sprachgebrauch etwas anderes versteht, als der Fachmann.

97) **Schaffer** (Budapest): Die Neuronlehre vom histologischen und pathologischen Standpunkte.

Hinweisend auf die grosse Bedeutung des Golgi'schen Imprägnationsverfahrens führt er die grundlegenden Punkte der mit demselben erzielten Resultate an, die in ihrer Gesamtheit den Begriff des Neurons ergeben. Kurz die die Neuronlehre stützenden Momente skizzierend, erwähnt er die neuesten neurongegnerischen Strömungen und beschreibt die wesentlichsten Resultate der einschlägigen Arbeiten von Apáthy, Bethe und Joris. Er weist mit Nachdruck auf die Unvollkommenheit der hierher gehörigen Untersuchungen hin und betont insbesondere, dass es bisher nicht gelang, bei den Vertebraten die Kontinuitätsstruktur überzeugend nachzuweisen. Indem er des Näheren das Verhältnis erörtert, in dem die Neuronlehre zur sekundären Degeneration steht und auseinandersetzt, dass der anatomischen Unabhängigkeit die gegenseitige biologische Abhängigkeit der Neurone gegenübersteht, kommt er zu folgenden Konklusionen: Die Kontinuitätslehre (Apáthy) kann nicht als endgültig erwiesen betrachtet werden, denn die Ergebnisse der in dieser Richtung vorgenommenen Untersuchungen weichen so sehr von einander ab, stimmen so wenig überein, dass sie bei dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft nicht annehmbar erscheinen. Dagegen zeichnet sich die Neuronlehre, die durch zahlreiche Forscher übereinstimmend festgesetzt wurde, durch die Klarheit ihrer Angaben aus und verdient deshalb mit Recht allgemeine Anerkennung. (Eigenbericht.)

98) **v. Sarbó** (Budapest): Ueber die traumatischen Neurosen.

Votr. stellt zunächst einen Fall von traumatischer Neurose dar, bei dem der Oppenheim'sche Symptomenkomplex vorhanden ist und übergeht dann zur Abhaltung seines Vortrags. Die in nächster Zukunft zu gewärtigende Inkraftsetzung des Gesetzes über die obligatorische Arbeiterunfallsversicherung mache die Frage aktuell. Er gibt einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung der Lehre von den traumatischen Neurosen und kommt zur Folgerung, dass bezüglich der in Rede stehenden Symptome eine einheitliche Grundlage nötig sei. Er empfiehlt, dass unter dem Sammelnamen der traumatischen Neurosen all' jene Störungen des Nervensystems zusammengefasst werden, bei denen gegenwärtig eine anatomische Veränderung nicht voraussetzen sei. Er glaubt, das Unfallgesetz sei von Einfluss auf die Stabilisierung

dieser Störungen und es sei vor auszusehen, dass, wie in Deutschland, so auch bei uns mit dem Inkrafttreten des Gesetzes die Zahl der an diesen Störungen Leidenden zunehmen werde. Behufs Verminderung der durch das Gesetz verursachten unvermeidlichen Schäden hält er es für nötig, dass der Begriff der teilweisen Arbeitsfähigkeit im Gesetze Aufnahme finde. Er fasst die Grundprinzipien, welche im Kampfe gegen das zu erwartende Anwachsen der traumatischen Neurosen zur Geltung gelangen müssen, wie folgt zusammen: 1. Die durch äussere Gewalteinwirkung (physikalisches und psychisches Trauma) hervorgerufenen funktionellen Nervenstörungen sind unter dem Sammelnamen „traumatische Neurosen“ zusammenzufassen; es ist je weiteren Kreisen zum Bewusstsein zu bringen, dass hierunter keineswegs unheilbare Leiden zu verstehen seien, vielmehr seien diese Störungen heilbar, heilen auch und es sei das beste Heilmittel die Arbeit. 2. Ist es wünschenswert, dass die Arbeiterkrankenkassen im eigenen, sowie im Interesse der Arbeiter zur Gewöhnung an die Arbeit medico-mechanische Institute errichten. 3. Zur rascheren Genesung der Unfall-Nervenkranken ist die Errichtung von Arbeiter-Nervensanatorien zu urgieren. 4. Der Begriff der teilweisen Arbeitsfähigkeit ist dem allgemeinen Bewusstsein beizubringen und auch in dem zu schaffenden Gesetze sollte dies zum Ausdruck kommen.

Diskussion.

Ferenczi erwähnt, dass die allgemeine Arbeiter-Krankenunterstützungskasse in ihrem Lungenkranken-Sanatorium eine Abteilung für Nervenkranken schon besitzt.

Hajós bemerkt, dass ein physikalisches Trauma die Symptome einer latenten Paralyse auslösen kann.

Ranschburg lenkt die Aufmerksamkeit auf die Kraepelin'sche Untersuchungsmethode (Addieren von Zahlen $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunde hindurch), die es ermöglicht, Simulation von geistiger Arbeitsunfähigkeit nachzuweisen.

99) **Hudovernig** und **Guszman** (Budapest): Das Verhältnis der tertiären Lues zur Tabes und Paralyse.

Gegenüber den Untersuchungen, die sich auf den statistischen Nachweis der Syphilis bei Tabes- und Paralysekranken erstrecken, unternahmen es die Vortragenden, zu untersuchen, wie gross der Prozentsatz der Syphilitiker sei, der an Tabes oder Paralyse erkrankt. Sie gingen in der Weise vor, dass sie die tertiär Luetischen, die sich in der dermatologischen Universitätsklinik vorstellten, einer eingehenden und wiederholten neuropathologischen Untersuchung unterzogen. Da die Tabes und Paralyse erfahrungsgemäss im dritten bis zehnten Jahre nach stattgehabter Infektion aufzutreten pflegt, so untersuchten sie bloss jene tertiär luetischen Individuen, bei denen seit der Infektion mindestens drei Jahre verstrichen sind.

Die Zahl der untersuchten Kranken war 40 (24 M., 26 W.), von denen 38% im 35.—44. Lebensjahre stand. 23 machten überhaupt keine, 15 kaum, je 6 eine ausreichende resp. mässige spezifische Behandlung durch. In 42,3% wussten die weiblichen Kranken überhaupt nichts von ihrer Syphilis und leugneten dieselbe. Die tertiären Manifestationen bezogen sich in 41 Fällen auf die Haut, in 8 Fällen auf Mund, Rachen und Nase und in einem Falle auf die Muskulatur. — Die Untersuchung des Nervensystems ergab: gesund 44%; kombinierte Systemerkrankung 2%; verdächtig auf Tabes 8%; Tabes

24 %; Paralyse 14 %, Tabes-Paralyse 8 %. Bezüglich der erblichen Belastung von seiten des Nervensystems waren nur von 28 Individuen verlässliche Daten zu erlangen. Von den erblich Belasteten zeigten 64 %, von den nicht Belasteten nur 41 % Erkrankung des Nervensystems. Das Intervall zwischen Infektion und Nervenerkrankung betrug 1—27 Jahr, im Mittel $7\frac{1}{2}$ Jahr. Bezüglich dessen, ob die Art oder der Mangel einer spezifischen Behandlung auf die Erkrankung des Nervensystems, auf die Schnelligkeit ihrer Entwicklung einen Einfluss hatte, konnten die Votr. keinen Zusammenhang feststellen. Die nach der Untersuchung vorgenommene antiluetische Behandlung erzielte in einigen Fällen Besserung. Als häufigstes Primär-Symptom wurden lanzinierende Schmerzen und Blasenstörung bezeichnet; hingegen wurden schwere Pupillenstörungen (Lichtstarre) nur sporadisch gefunden. Da es nicht bekannt ist, was für ein Prozentsatz der Syphilitiker ins Tertiärstadium gelangt, konnten Votr. aus ihren Fällen nicht erweisen, welcher Prozentsatz von Syphilitikern das Auftreten von Tabes oder Paralyse zu befürchten hat. Auf Grund ihrer Untersuchungen jedoch betonen sie den unzweifelhaften Zusammenhang zwischen Lues einerseits und Tabes und Paralyse andererseits, und messen der erblichen Belastung des Nervensystems eine wichtige prädisponierende Rolle bei.

100) **Ferenczi** (Budapest): Ueber zwei Formen der Neurasthenie.

F. will nicht neue Krankheitsbilder konstruieren, vielmehr zwei Gruppen von Fällen der zu allgemeinen und gar nicht präzisen Bezeichnung entziehen. Er schliesst sich Möbius an, der bloss die durch Erschöpfung verursachte körperliche und geistige reizbare Schwäche Neurasthenie nennt. Demgemäss bemängelt es Votr., dass man solche Kranke, bei denen die nervösen Symptome andere sogenannte „organische“ körperliche Erkrankungen begleiten oder verdecken, neurasthenisch nennt. Bei genauer Untersuchung ergibt sich, dass ein grosser Teil der für nervös gehaltenen Kranken an Nasen-, Kehlkopf-, Ohren-, Zahnleiden u. dergl. laboriert. Eine andere Gruppe, auf die die Bezeichnung „Neurasthenie“ nicht passt, sind die mit dem Namen „degenerative Neurasthenie“, „zirkuläre Neurasthenie“ bezeichneten Krankheitszustände. Dies sind nicht Nervenkrankheiten, sondern auf angeborener Grundlage entstehende rudimentäre Psychosen.

Als Krankheitsursache der klassischen neurasthenischen Erschöpfung fand er sehr häufig Onanie selbst noch bei 30—45jährigen Individuen und unter den nervöse Symptome verursachenden allgemeinen Erkrankungen Arteriosklerose; auch die „klimakterische Nervosität“ hatte zumeist diese Provenienz. Auffallend gross sei die Zahl der neurasthenischen Schneider, was vielleicht mit der sitzenden Lebensweise zusammenhänge, die eine unvollständige Verbrennung der Nahrung und dadurch Autointoxikation zur Folge habe. (Eigenbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

Epstein.

III. Bibliographie.

XXV) **Leonardo Bianchi**: Trattato di Psichiatria ad uso dei medici e degli studenti. Napoli, V. Pasquale. 844 p.

Das vorliegende Buch des Neapeler Klinikers verdient auch im deutschen Sprachgebiet alle Aufmerksamkeit. Es fehlt uns freilich nicht an guten Lehr-

büchern aus den verschiedenen psychiatrischen Schulen. Das Werk Bianchi's nimmt aber eine eigenartige Stellung ein, es steht in vielen Beziehungen auf ganz originellem Boden und es berücksichtigt ausser der italienischen und französischen auch die deutsche Literatur fast vollständig.

In dem 170 Seiten umfassenden ersten Teil wird die Anatomie und Physiologie des Grosshirns abgehandelt. Wir möchten speziell auf die meisterhafte Darstellung der Grundprobleme des Nerven- und Seelenlebens vom evolutionistischen Standpunkte aus hinweisen, die uns in der Einleitung gegeben wird, und dann auf das schöne Kapitel über die Sprache, p. 123 u. ff. Im anatomischen Teil werden auch die noch in der Diskussion liegenden Fragen, Fibrillenlehre, Assoziationszentren etc. kurz besprochen.

Der zweite Teil enthält in schönen, abgerundeten Abhandlungen die Physiopathologie der Auffassung, der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Vorstellungen, der Gefühle und Affekte, des Willens und ein Kapitel über das Bewusstsein.

Von besonderem Interesse für die deutschen Leser muss die Klassifikation der Psychosen bei Bianchi sein. Er steht auf dem Standpunkte, dass die Einteilungen überhaupt noch verfrüht seien und legt seinem Werke nur aus didaktischen Rücksichten eine Klassifikation zugrunde, die sich ihm aus eigener Erfahrung ergeben hat. Die von den italienischen Psychiatern in Ancona für die offizielle Statistik akzeptierte Gruppierung lehnt er ab. Er verlangt vor allem klinische Gesichtspunkte als massgebend; Entstehung, Verlauf und Ausgang, nicht die einzelnen Zustände charakterisieren eine Krankheit, also dieselben Kriterien, die Kraepelin aufgestellt hat.

Bianchi unterscheidet drei grosse Gruppen: 1. Mangelhafte geistige Entwicklung. Hierher rechnet er auch die genuine Epilepsie, welche stets, auch in der Spätform, mit kongenitalen Intelligenz- oder wenigstens Charakterdefekten verknüpft sei, die Hysterie, deren Hauptsymptom, die Spaltbarkeit der Person, einen angeborenen, unheilbaren Mangel bedeute, die fixen Ideen und die Neurasthenie, welche auf angeborenen Abnormitäten der Emotivität beruhen, sowie aus ähnlichen Gründen die originäre Paranoia. Das moralische Irresein nimmt bei ihm unter den angeborenen Psychosen eine selbständige Stellung ein. In der zweiten Gruppe fasst er die Infektions-, Autointoxikations- und Intoxikationspsychosen zusammen. Zu den Autointoxikationen rechnet er u. a. auffallenderweise Manie, Melancholie, manisch-depressives und periodisches Irresein, Frenosia sensoria, Confusio mentale, akute und chronische Paranoia. Die reine Manie und die reine, nicht klimakterische Melancholie bezeichnet er als sehr seltene Krankheiten, bestreitet aber die Zusammengehörigkeit dieser Erkrankungen mit den periodischen und cyklischen Formen. Die von Ceni angenommene Herabsetzung der Phagocytose und die von Regis postulierten Autointoxikationen veranlassten Bianchi, alle akut entstehenden Geisteskrankheiten in die zweite Gruppe zu nehmen. Die Frenosia sensoria deckt sich ziemlich genau mit der Dementia praecox von Kraepelin. Wenn B. glaubte, sie sei umfassender, so irrt er sich, würde doch nach Kraepelin auch die Confusio mentale und ein Teil der akuten Paranoia — ein anderer Teil dürfte zum manisch-depressiven Irresein gehören — als Dementia praecox im weiteren Sinne gelten. Am besten abgegrenzt ist die dritte Gruppe, organische Psychosen. Bianchi gibt übrigens die Mängel seiner Klassifikation selbst zu.

Die Schilderung der Krankheitsbilder im Einzelnen ist ungemein anschaulich und plastisch; zahlreiche Krankengeschichten und Abbildungen Kranker illustrieren das Gesagte. Das pellagröse Irresein wird in einem besonderen Kapitel abgehandelt.

Das schön ausgestattete Werk sei also Kennern der italienischen Sprache angelegentlich empfohlen.

v. Muralt.

XXVI) Grasset: L'hypnotisme et la suggestion. Paris, Oct. Doin. 1903. 534 p.

Das Buch steht theoretisch auf einer unhaltbaren Basis. Grasset geht von seinem Polygon, einer dem Aphasieschema ähnlichen Konstruktion aus und lokalisiert das Unterbewusstsein anatomisch, indem er geradezu Analogien zwischen den verschiedenen Bewusstseinsstufen bei den hypnotischen und verwandten Phänomenen einerseits und den verschiedenen Zentren bei organischen Störungen, speziell der Aphasie andererseits aufstellt. Eine so grobe Schematisierung und Verallgemeinerung dürfte nicht einmal zu didaktischen Zwecken zulässig sein.

Im übrigen gibt das Buch einen guten Ueberblick über die hypnotischen Erscheinungen. Besonders ausführlich ist die soziale und juristische Seite des Hypnotismus behandelt.

v. Muralt.

XXVII) A. v. Poehl, Dr. Fürst J. v. Tarchanoff und Dr. P. Wachs: Rationelle Organotherapie mit Berücksichtigung der Urosemiologie. St. Petersburg 1905.

Grossartig angelegte Reklameschrift für das Spermin-Poehl ohne Interesse für die Leser des Centralblattes.

v. Muralt.

XXVIII) Leo Hirschlaff: Hypnotismus und Suggestivtherapie. Ein kurzes Lehrbuch für Aerzte und Studierende, nach der I. Auflage des † Dr. Max Hirsch vollständig neu bearbeitet. Leipzig, J. A. Barth. 1905.

Hirschlaff nimmt, wie schon aus seinen früheren literarischen Arbeiten aus diesem Gebiete bekannt ist, eine von den meisten modernen Hypnotherapeuten abweichende Stellung ein. Dieselbe lässt sich kurz etwa folgendermassen charakterisieren.

Hirschlaff unterscheidet nur zwei Stadien der Hypnose, die durchaus wesensverschieden sind: 1. die Somnambuloidhypnose oder Pseudohypnose, 2. die Somnambulhypnose.

„Die oberflächliche Hypnose ist nach meiner Meinung kein dem Wachen gegenüber wesentlich veränderter Seelenzustand, insofern die Qualität der seelischen Erscheinungen hier nicht spezifisch beeinflusst erscheint. Vielmehr ist die oberflächliche Hypnose lediglich charakterisiert durch die Ruhe der willkürlichen Organe und durch die Konzentration der Aufmerksamkeit, verbunden mit einem mehr oder weniger grossen Müdigkeitsgeföhl.“ Die Phänomene der oberflächlichen Hypnose . . . sind nach meiner Auffassung . . . keine spezifischen Suggestiverscheinungen. Die Wurzel der Realisation dieser Phänomene kann daher meines Erachtens nicht in dem hypnotischen bezw. pseudohypnotischen Zustande als solchem gefunden werden.“ In der Hauptsache kommen sie durch die Willkür der Versuchsperson zustande, „die durch eine geschickte Technik des Experimentators in die von diesem bestimmten Bahnen geleitet wird. Der Augenschluss, die Katalepsie, die Automatie und die darauf gegründeten Phänomene, sie alle sind meiner Ueberzeugung nach willkürliche Akte der

Versuchspersonen, ohne dass sich diese über den wahren Charakter der Vorgänge klar wurden.“ Gelegentlich ist die Entstehung der oberflächlichen hypnotischen Phänomene auf Simulation zurückzuführen. Eine qualitative Steigerung der Suggestibilität besteht in diesen Zuständen nicht. „Die tiefe Hypnose dagegen ist auch nach meiner Auffassung ein künstlich hervorgerufener, spezifisch veränderter Seelenzustand, der hauptsächlich durch eine erhöhte Beeinflussbarkeit gegenüber allerhand Eingebungen gekennzeichnet ist, während ich die Schlafvorstellung auch für diese Zustände für unwesentlich halte.“ Andernorts erklärt Hirschlaff die Somnambulhypnose direkt als eine pathologische Erscheinung, die nur bei Hysterischen, Alkoholikern, Morphinisten und anderen chronischen Intoxikationen des Nervensystems zu erzielen sei. Verschiedene Phänomene lassen sich auch bei Wundergläubigen und schwachsinnig-Kritiklosen hervorrufen. Bei den Hysterischen trifft man eine normale Somnambulhypnose nur in etwa 25% der Fälle, in etwa 50% tritt eine abnorme Somnambulhypnose auf, die H. in vier verschiedenen Formen kennt. Der Rest der Hysterischen wird überhaupt nicht somnambul.

In die Pseudohypnose kann H. alle Leute versetzen, welche wollen; doch legt er auf eine Statistik dieser Zustände keinen Wert, weil es keine ächten Hypnosen sind. — Man sieht, Hirschlaff steht der Charcot'schen Auffassung ziemlich nahe.

Ueber die Erscheinungen, welche sich experimentell im Somnambulismus erzeugen lassen, stimmt H. im ganzen mit dem Gros der Autoren überein. Doch gibt er die Möglichkeit hypermnestischer Phänomene nicht zu und erklärt die von anderer Seite beschriebenen Hypermnesien als eine Täuschung, beruhend auf dem Wegfall der Hemmungen und der Befangenheit in der Hypnose. Wie H. auf diese Weise die Aufklärung umschriebener Amnesien, wie z. B. in dem oft zitierten Falle von Naf oder die Ausfüllung epileptischer Erinnerungslücken deuten will, ist nicht verständlich. — Andererseits glaubt H., entgegen der herrschenden Ansicht, das verbrecherische Suggestionen sich auch bei moralisch veranlagten Menschen wohl realisieren liessen. „Oder ich gebe der Versuchsperson in der Hypnose einen geladenen und gespannten Revolver in die Hand, mit der Suggestion, es sei eine elektrische Klingel, auf deren Druckknopf alias Feder sie kräftig drücken müsse, um einen dienstbaren Geist herbeizurufen und dergleichen mehr.“ Da ist doch einzuwenden, dass in solchen Beispielen keine kriminelle Suggestion vorliegt, die Suggestion enthält kein unmoralisches Moment, gegen das sich die ethische Grundlage der Versuchsperson unbewusst auflehnen würde, die Suggestion soll vielmehr die Gefährlichkeit einer Handlung verschleiern, die nur beim Zusammentreffen vieler Zufälligkeiten den Charakter eines fahrlässigen Verbrechens annehmen könnte. Die Möglichkeit der Realisation solcher Suggestionen ist meines Wissens nicht bestritten worden. H. hat übrigens keine diesbezüglichen Versuche gemacht.

Therapeutisch verwendet H., wie zu erwarten ist, besonders die Pseudohypnose. Wie die meisten neueren Suggestivtherapeuten vermeidet er in den therapeutischen Fällen alle Experimente. Er gibt nach Einleitung des Zustandes nur Heilsuggestionen, und zwar in einer Form, die vor allem den Zwecken der Aufklärung, Beruhigung, Willenskräftigung, Ablenkung, und wo es nötig ist, der Gewöhnung an ein zweckmässiges Verhalten dient. Es sind also keine Suggestionen im engeren Sinne, vielmehr Massnahmen, wie sie jeder Nervenarzt auch ohne

hypnotische Zutaten täglich verwendet. Die Resultate sind bei vielen funktionellen Störungen, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, chronische Obstipation etc. sehr gut. Es kann aber nicht auffallen, dass H. mit seinem Verfahren in vielen Punkten zu anderen Resultaten kommt, als andere Forscher. Erwähnt sei nur z. B. das völlige Versagen bei der Epilepsie oder im Abstinenzstadium des Morphinismus. H. ist im Unrecht, wenn er bei solchen Gelegenheiten entweder einfach erklärt, er könne die Angaben anderer Forscher nicht bestätigen oder wenn er die Resultate derselben auf seine eigene Weise erklärt. So erklärt er z. B. die Heilung der chronischen Obstipation durch reine Dressur und bestreitet die Möglichkeit eines Einflusses auf die Darmperistaltik in der Hypnose; die Regelung der Menstruation beruht nach ihm auf einem zufälligen Zusammentreffen oder auf falschen Angaben seitens der Patienten und dergleichen mehr.

Es scheint uns, H. hätte die Ursache seiner abweichenden Resultate tiefer suchen dürfen. Ist es ihm doch wohl bekannt, dass Auftreten, Tiefe und spezielle Symptomatologie einer Hypnose zum guten Teil von der Person und der Technik des ausübenden Hypnotiseurs abhängig sind. Aus den Schilderungen H.'s ist zu entnehmen, dass er rein verbal suggeriert und alle kräftigeren Einwirkungen zur Erzeugung tieferer Hypnosen vermeidet, die Somnambulhypnosen da, wo sie sich ihm gewissermassen von selbst bieten, allerdings therapeutisch benützt. Ueber die Wirkung seines persönlichen Auftretens gibt das Buch natürlich keinen Aufschluss. Wir möchten aber doch mit Bestimmtheit annehmen, dass es die persönlichen Faktoren und die spezielle Technik sind, welche den Hypnosen H.'s das abweichende Gepräge geben. Damit ist auch ohne weiteres die besondere theoretische und praktische Stellung H.'s erklärt. Diese Erkenntnis berechtigt uns zu dem Wunsche, der Autor möchte den grossen Förderern der hypnotischen Wissenschaft etwas mehr Gerechtigkeit widerfahren lassen und ihre Resultate nicht nur vom Standpunkte seiner Erfahrungen aus messen.

Das Buch leidet mithin an einer gewissen Einseitigkeit; es ist nicht ein Lehrbuch des Hypnotismus im allgemeinen, sondern mehr ein Lehrbuch der von H.'s speziell geübten psychotherapeutischen Methode. Es sei nicht verkannt, dass es, mit dieser Einschränkung betrachtet, recht viel Gutes enthält. Aus der von H. gegebenen Behandlung der nervösen Dyspepsie und Anorexie, der Schlaflosigkeit, Phobien, Zwangsvorstellungen, nervösen Herzbeschwerden etc. wird jeder Leser Nutzen ziehen; die allgemeinen Ratschläge für die Vorbereitung psychotherapeutischer Massnahmen sind sehr hübsch und, um nur noch zwei Kapitel zu nennen, auch die geschichtliche Einleitung und die Uebersicht über die verschiedenen Theorien der Suggestion und der Suggestibilität bleiben wertvoll.

v. Muralt.

XXIX) Maurice de Fleury: Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. Avec 133 figures en noir et en couleurs. Paris, F. Alcan, 1904.

Das Buch ist für Studierende wie Aerzte geschrieben, die sich nicht speziell mit Nervenkrankheiten beschäftigen. Der Umfang von fast 1000 Seiten braucht nicht vom Studium abzuschrecken, denn das Buch ist ausserordentlich leicht lesbar. Die Darstellung ist von einer Leichtfässlichkeit und Gefälligkeit, wie man sie nur in französischen Lehrbüchern trifft, und wir möchten darin den Hauptvorzug des Werkes sehen. Seinem Zwecke entsprechend ist es ganz

elementar gehalten, Kontroversen sind fast überall vermieden und die Literatur ist nicht zitiert; der Autor beschränkt sich gegebenen Falls auf die Nennung der Namen der Forscher. Wenn etwas ausgesetzt werden sollte, wäre vielleicht zu bemerken, dass hie und da allzu schematisch verfahren wird, z. B. im anatomischen Teil oder bei der Symptomatologie verschiedener Krankheiten. Auch könnten viele der grob-schematischen Abbildungen durch ebenso klare, der Natur entsprechende ersetzt werden.

Die acht Abteilungen tragen folgende Titel: 1. Untersuchung Nervenkranker, 2. Anatomie des Nervensystems, 3. Krankheiten des Rückenmarkes, 4. Krankheiten des Mittel- und Nachhirnes, 5. Krankheiten des Grosshirns und der Hirnhäute, 6. Krankheiten der peripheren Nerven, 7. Trophische und vasomotorische Störungen, 8. Neurosen.
v. Muralt.

XXX) Friedrich Keller: Beurlaubung von Industriearbeitern zur Beschäftigung in landwirtschaftlichen Betrieben unter Mitwirkung der sozialen Versicherungsanstalten. Ein Vorbeugungs- und Volksheilmittel gegen Nervenkrankheiten. Leipzig 1905. J. A. Barth. 56 p.

Eine frisch geschriebene, populär gehaltene kleine Broschüre, in welcher die alte Forderung von Forel und Möbius, die funktionellen Nervenkrankheiten mit landwirtschaftlicher Arbeit zu behandeln, vorgetragen wird. Nervenheilstätten mit landwirtschaftlichem Betrieb sind zu teuer und tragen die Gefahr der psychischen Ansteckung in sich. Warum schicken wir die Nervenkranken nicht einfach ins Bauernhaus? Dem Bauern gebracht es fast überall an Arbeitskräften; er selbst müsste aus der zeitweiligen Beurlaubung von Fabrikarbeitern Nutzen ziehen. Der kurbedürftige Arbeiter seinerseits könnte dort alles finden, was ihm heilsam ist, nützliche Arbeit, frische Luft, Abhärtung, gute, einfache Kost, Umgang mit gesunden Menschen und wenn es ihm besser geht, sogar Lohn. Anfangs dürften die konservativen Bauern nicht so leicht zu haben sein. Da müssten Krankenkassen und Versicherungsanstalten vorangehen und die Mittel nicht scheuen. Bei vorsichtiger Auswahl der Kranken müsste sich die Idee bald einbürgern, wir bekämen überall kleine Kolonien „Friedau“.

In origineller Weise zeigt der Verf. im zweiten Kapitel die Ursachen der relativ seltenen Nervenkrankheiten bei Bauern, ungenügende Schonung der Frau zur Zeit der Geburt, zu unsorgfältige Kost, Ueberanstrengung in der Erntezeit, Sorgen etc. und lehrt, wie diese Schädlichkeiten für den Erholungsuchenden zu vermeiden sind. Die Anregung Keller's verdient alle Beachtung.

v. Muralt.

XXXI) E. Cuyer: La Mimique. Paris, Oct. Doin. 1902. 366 p.

Das Buch ist ebensowohl für den Neurologen, den Psychologen und den Physiologen, wie für den Künstler geschrieben. Im ersten Teil wird auf sorgfältiger anatomischer Grundlage mit zahlreichen, guten Illustrationen eine Analyse der Ausdrucksbewegungen gegeben. Dabei ist nicht vergessen, dass auch den alltäglichen Handlungen des Menschen ein emotioneller, den Charakter verräternder Anteil innewohnt. Dagegen sind die von der glatten Muskulatur und vom Gefäßsystem abhängigen Ausdrucksmittel nur gestreift. Der zweite Teil enthält in Form eines Lexikons die Synthese der Mimik einzelner psychischer Zustände.

Der Verfasser steht im ganzen auf dem Boden Darwin's und Duchenne's, gibt aber sehr viele hübsche eigene Beobachtungen und phylogenetische Erklärungsversuche.
v. Muralt.

XXXII) A. Hoche: Zur Frage der Zeugnisfähigkeit geistig abnormer Personen. Mit einigen Bemerkungen dazu von Prof. Dr. A. Finger. — Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, I. Band, Heft 8. Halle, Marhold. 1904.

An Hand eines klaren Falles — Mitteilung des Gutachtens — zeigt H., wie ungenügend § 56, 1 der Strafprozessordnung ist, nach welchem geistesgestörte Zeugen nur dann unbeeidigt zu vernehmen sind, wenn sie vom Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben. Ein Epileptiker mit Gedächtnislücken und Erinnerungsfälschungen wurde als Zeuge vereidigt. Hoche wünscht mit Aschaffenburg, dass die Beeidigung wegfalle bei Leuten, deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch Geisteskrankheit oder Geistesschwäche beeinflusst sind. Prof. Finger stimmt dieser Forderung prinzipiell bei.
v. Muralt.

XXXIII) H. Wilbrand und A. Saenger: Die Neurologie des Auges. Dritter Band, 1. Abteil. 474 S. Wiesbaden, J. Bergmann. 1904.

Es verdient auch dieser dritte Teil des gross angelegten Werkes, welcher die Anatomie und Physiologie der optischen Bahnen und Zentren enthält, die volle Beachtung der Fachgenossen und sei darum wärmstens empfohlen. Ausgedehnteste Berücksichtigung der Literatur kommt der ungewöhnlich grossen eigenen Erfahrung der Verf. zu Hilfe, hier ein Werk zu schaffen, das, soweit das beim heutigen Stande unseres Wissens möglich ist, auf alle den Neurologen interessierenden Fragen Antwort zu geben vermag.

Allerdings darf nicht verschwiegen werden, dass bei der Fülle des Guten, die hier geboten wird — ich verweise vor allem auf die Tatsachen, welche für die kortikale Projektion der Netzhaut beigebracht werden — auch manches mit unterläuft, was sich ohne ausreichende Begründung mit den landläufigen Anschauungen in Widerspruch setzt.

So lesen wir bei der theoretischen Entwicklung des Begriffes der Sehschärfe § 115: „Wir hatten vorhin erwähnt, dass, wenn von zwei dicht nebeneinander gezeichneten kleinen Punkten zwei Bildpunkte auf die Netzhaut fallen, diese dann isoliert wahrgenommen werden, wenn die beiden Bildpunkte noch zwei verschiedene Zapfen treffen.“

Wir haben bisher immer geglaubt, dass zwischen den beiden belichteten Zapfen ein nicht gereizter liegen müsse, das heisst, dass zur distinktiven Wahrnehmung zweier Punkte drei Netzhautelemente als Minimum gehören.

Es dürfte sodann mit den Tatsachen nicht im Einklang stehen, dass die Verf. bei Besprechung der räumlichen Wahrnehmung beim binokulären Sehakt die bewusste Bewertung der Konvergenz und Akkommodation für wesentlich halten.

Es lässt sich ja nachweisen, dass wir auch bei momentaner Belichtung stereoskopisch wahrnehmen, und dass uns Konvergenz und Akkommodationszustand der Augen durchaus keinen Anhalt für die Entfernungsschätzung der Objekte bieten. Wenn wir durch ein Loch in der Türe eines Dunkelzimmers die Entfernung eines schwach leuchtenden Objektes schätzen sollen, so zeigt es sich, dass wir bald das wirklich $\frac{1}{2}$ Meter nahe Objekt für 5—6 Meter entfernt halten und umgekehrt. Das ist bei ein- und zweiäugiger Betrachtung dasselbe.

Das ich die psycho-physiologischen Anschauungen der Verfasser über das optische Erinnerungsfeld und ihre Ausführungen über Agraphie und Alexie nicht unterschreiben kann, wird der Leser, der meine diesbezüglichen Arbeiten kennt, begreiflich finden. Immerhin ist auch dieser Abschnitt wohl geeignet, dem Leser einen Ueberblick über die zur Zeit herrschenden Anschauungen auf dem noch so wenig geklärten Gebiete zu geben. Storch (Breslau).

XXXIV) **Bosma**: Nervöse Kinder. Medizinische, pädagogische und allgemeine Bemerkungen; aus dem Holländischen übersetzt. J. Ricker's Verlag (Alfred Töpelmann). Giessen 1904.

Ohne über die Ursachen der Nervosität unserer Zeit etwas Bindendes auszusagen, nennt Verf. die Krankheitserscheinung doch eine solche, die die grösste Aufmerksamkeit verdient; zweifellos ist für die Nervosität der Kinder eine ganze Reihe von Ursachen verantwortlich zu machen, die ausserhalb und innerhalb der Schule liegen. Die Prophylaxe bezüglich der Nervosität der Kinder beginne schon bei den Erwachsenen, die einmal Eltern werden sollen. Tabak, Alkohol, Syphilis sind die bösen Feinde, die die Nachkommenschaft bedrohen, sie werden auch dem nervös veranlagten Kinde gefährlich; viel Verständiges wird über unvernünftige Abhärtung, über Selbstdoktern der Eltern gesagt, über die frühzeitig erwachende Sexualität der Kinder, über die Masturbation; die Kennzeichen nervöser Kinder werden ohne Uebertreibung geschildert, die Behandlung in den Grundzügen angedeutet.

Das Buch ist alles in allem Eltern und Erziehern zu empfehlen, auch die Aerzte werden noch viel Nützlichliches daraus erfahren. G. Flatau.

IV. Referate und Kritiken.

101) **P. Masoin**: Nouvelles recherches chimiques sur l'épilepsie. (Archives internation. de Pharm. et de Thér. 1904.)

In der Einleitung gibt Verfasser eine Uebersicht dessen, was bisher über Störungen des Stoffwechsels bei Epileptikern bekannt geworden ist. Die Ausscheidung der Mineralien (mit Ausnahme der P_2O_5 -Verbindungen) wird darnach durch die Anfälle nicht beeinflusst. Die Phosphate dagegen und die N.-haltigen Verbindungen zeigen vielfache Schwankungen, die mit den epileptischen Störungen oft gleichzeitig auftreten. Vermehrt sind die Phosphate, Harnsäure, Kreatinin usw. Die Ausscheidung des Gesamt-N. bleibt eine konstante (?), die Ausscheidung des N. in der Form von Harnstoff ist jedoch vermindert. Auch anomale Substanzen sind häufig im Urin Epileptischer: Eiweiss, Zucker, Aceton, Ptomaine (?). Das Blut zeigt gleichfalls mancherlei Veränderungen, z. B. in der Menge des Oxyhaemoglobins usw. Im grossen und ganzen ergebe sich, dass bei vielen Epileptikern die Anfälle mit einem abnormen Umsatz der Eiweisssubstanzen Hand in Hand gehen. Das Material, woraus Verf. seine Folgerungen zieht, ist durchaus nicht vollständig und wenig kritisch zusammengestellt. Die vielen Arbeiten nach Einführung des Toulouse-Richet'schen Verfahrens, das auf unsere Anschauungen über die Bedeutung des Salzstoffwechsels bei Epileptikern zum mindesten anregend wirkte, sind an keiner Stelle berücksichtigt. Auf die Störungen des Organs, das bei Vergiftungen in allererster Linie in Betracht

kommt, des Darms, wird so gut wie gar nicht eingegangen, Kraynski's Hypothesen dagegen sehr hoch, aber damit nicht richtig bewertet. Ebenso wie bei Kr. spielt in diesem Buch das Wort Autointoxikation die grösste Rolle, wodurch freilich die ganze Hypothese um nichts wahrscheinlicher wird. Irgend einen für die Behandlung verwendbaren Gesichtspunkt ergeben auch diese „neuen chemischen Untersuchungen über die Epilepsie“ nicht. Denn nur, wenn man daran fest hält, dass ein Gift, welches durch die Störung irgend eines Stoffwechselorgans (Darm, Leber usw.) entsteht oder durch verminderte Leistungsfähigkeit der Nieren, des Herzens oder der Haut, des Darms nicht rechtzeitig ausgeschieden wird, das ein normales Nervensystem noch lange nicht zu Krampfanfällen reizt, stets ein epileptisch verändertes Gehirn treffen muss, um Anfälle hervorzurufen, wird man vor Ueberschätzung der Intoxikations-Theorie geschützt sein, das praktisch Verwertbare der Hypothese aber sehr oft zum Heile der Kranken anwenden können.

Masoin's eigene chemische Untersuchungen erstrecken sich auf das Vorkommen der Diazokörper im Urin. Die vielgenannte Ehrlich'sche Diazoreaktion hat im Laufe der letzten 20 Jahre von ihrer ehemaligen Bedeutung sehr viel eingebüsst. Wertvoll erscheint sie jetzt noch für die prognostische Beurteilung eines Typhus, insofern als ihr Wiederauftreten nach der Entfieberung mit grosser Wahrscheinlichkeit für ein kommendes Recidiv spricht. Eine spezifische Bedeutung für irgend eine Krankheit wird ihr jetzt im allgemeinen völlig abgesprochen. Die Reaktion findet sich bei Tuberkulose, Typhus, Masern, Scharlach, Darmstörungen, nach stärkeren Dosen von Morphium, Opium, Naphthalin usw. Sie zeigt sich ferner auch, wenn die Urine starke Acetonreaktion geben und verschwindet, wenn die Kranken, in deren Urin sie sich zeigte, mit Gerbsäurepräparaten behandelt werden. Masoin glaubt nachweisen zu können, dass zwischen dem Vorkommen der Diazokörper im Urin und den epileptischen Störungen ein Zusammenhang bestehe. Er hat den Urin von elf Epileptikern längere Zeit hindurch regelmässig auf die Diazoreaktion untersucht. Das Resultat teilt er in drei Gruppen ein. Die erste (positive) Gruppe, bei der sich ein Zusammenhang der Diazoreaktion und den Anfällen deutlich zeigen soll, umfasst fünf Kranke. Die zweite Gruppe mit negativem Resultat zählt zwei Kranke, eine dritte Gruppe endlich, bei welcher das Resultat nicht deutlich, aber doch mehr positiv als negativ ist, besteht aus vier Kranken. Die Reaktion zeigt sich einmal vor, ein andermal während oder nach den Anfällen, bezw. Verwirrungszuständen. Sie tritt auch bei der ersten (positiven) Gruppe durchaus nicht regelmässig auf, aber eine derartige Uebereinstimmung könne man von seinen chemischen Untersuchungen auch nicht verlangen, denn die Biologie sei eben eine Wissenschaft, bei welcher man mathematische Resultate nicht erwarten dürfe. Auch die vielen negativen und zweifelhaften Resultate „beunruhigen“ den Verf. nicht, die Sache ist ziemlich einfach, der Körper beteiligt sich dann eben an den epileptischen Störungen nicht (*cet organisme ne participe aux troubles généraux de l'épilepsie*). — Die Arbeit Masoin's ist von der Académie royale de médecine de Belgique mit dem Preise gekrönt.

Hoppe (Uchtspringe).

V. Vermischtes.

In No. 5 der Münch. mediz. Wochenschr. 1905 bringt Prof. Bleuler (Zürich) einen Aufsatz: „Psychotherapie“, der eine ausführliche Besprechung des Buches von Dubois (Les psychonévroses et leur traitement moral, 1904) enthält. Die Einleitung dieser kritischen Besprechung erscheint mir die Stimmung des erfahrenen und ehrlichen Arztes bei der Behandlung der „Nervösen“ so treffend zu kennzeichnen, dass ich für wünschenswert hielt, diese Ausführungen auch den Lesern des Centralblatts zugänglich zu machen. Gaupp.

Bleuler schreibt: „Der von „Nervösen“ konsultierte Arzt, der nicht selbst behandeln kann, ist meist in einer recht schlimmen Lage. Der Mehrzahl dieser Kranken kann er sagen: Sie haben eine heilbare Krankheit. Wenn er aber nun seinen Rat geben sollte, so ist es aus mit seiner Sicherheit. Die Nervosität heilt nicht das Mittel, sondern der Arzt. Aber welcher Arzt? Ich kenne nur wenige Aerzte, denen ich in dieser Beziehung ein volles Vertrauen entgegenbringe, und sie sind nur wenigen Kranken zugänglich. Dem Kranken selber darf man von dieser Misere kaum je etwas sagen — vielleicht merkt er's in einzelnen Fällen unglücklicherweise am Ton meiner Verordnung —, ich darf ihm ja die einzige Möglichkeit nicht nehmen, sein Uebel los zu werden, ich muss ihm seinen Glauben an die Wirksamkeit der Prozeduren meines Nachfolgers lassen. Denn schliesslich wird auch bei ungenügender Methode doch mancher geheilt oder gebessert — durch die Erwartung der Heilung.

„Die folgenden Zeilen sollen deshalb nicht nur ein Notschrei sein im Namen der Kranken und der Wissenschaft, sondern sie entspringen zugleich einem persönlichen Bedürfnis. Sie wollen dazu auffordern, die Therapie der funktionellen Neurosen, die eigentlich Psychosen sind, mehr zu studieren, und zugleich wollen sie auf einen Weg zu diesem Studium aufmerksam machen. Der Fortschritt liegt in der ausschliesslichen Wertung des psychischen Faktors und in dem Verzicht auf alle andern Heilmittel, es sei denn als Adjuvantia.

„Offenbar müssen wir noch lange darauf warten, bis in den Kliniken die Technik einer wirksamen Psychotherapie methodisch gelernt werden kann. Dazu müsste wieder eine besondere Technik des Unterrichts und eine besondere Art der Psychotherapie ausgebildet werden. Denn bis jetzt bestand die Psychotherapie zum grossen Teil in einem intimen Aussprechen zwischen Patient und Arzt. In Gegenwart eines zahlreichen Auditoriums lassen sich anwenden die Hypnose und das Ueberrumpeln und Brüskieren, und sehr oft hat es auch gute Wirkung, wenn man die Suggestion irgendwelcher Art dadurch unterstützt, dass man sich an ein grösseres Publikum wendet; der Hinweis auf die Masse hat immer eine gewisse Suggestivkraft, und zugleich wird das Misstrauen der Patienten bekämpft, wenn man sich an Dritte wendet, die zu täuschen man keinen Grund hat. Aber in allem wesentlichen liegt der Psychotherapie die Einwirkung einer einzelnen Persönlichkeit zugrunde; durch die Anwesenheit Dritter wird die Beeinflussung in vielen wichtigen Beziehungen gestört; ist auch der Arzt unbefangen, so wird es der Kranke nie sein. Es ist also niemals möglich, vor einem Auditorium alles das zu demonstrieren, was die Lernenden sehen sollten. Schon deswegen bleibt die Psychotherapie eine Kunst, die allen denjenigen verschlossen ist, die nicht genug angeborenes Verständnis dafür haben.

„Doch ist es mit der Lernbarkeit dieser Kunst nicht gar so schlimm bestellt. Es handelt sich ja nur darum, Fähigkeiten zu entwickeln, die jeder normale Mensch in einem gewissen Grade besitzt — im Gegensatz zu anderen Künsten, deren psychologische Grundlagen einzelnen Menschen ganz, andern fast ganz fehlen. Jeder Mensch besitzt in erheblichem Masse alle diejenigen Gefühle und intellektuellen Fähigkeiten, die zur Ueberredung anderer nötig sind, jeder übt diese Kunst alltäglich. Was nicht jeder hat, das ist das Gefühl für die Leiden anderer, worunter ich verstehe 1. eine feine Sensibilität dafür, was dem andern wohl und was ihm wehe tut, und 2. das wirkliche Mitfühlen und Mitleiden, das allein den Trieb zu heilen so stark machen kann, dass alle Kräfte genügend angespannt werden, und namentlich, dass die Geduld des Arztes nicht verloren geht.

„Dann kommt die Erkenntnis und die felsenfeste Ueberzeugung, dass gewisse Leiden psychisch sind und nur auf psychischem Wege geheilt werden können — auf diesem aber sicher —, dass alle anderen Methoden entweder als larvierte Suggestion wirken oder dann schaden. Schädlich muss namentlich die Vergiftung des Organismus mit allen möglichen Nervengiften sein. Schädlich ist es, durch lokale Behandlung den Glauben an eine organische Krankheit dem Kranken gewaltsam beizubringen. Ein Kunstfehler erscheint es dem von weitem Zusehenden, verstümmelnde Operationen vorzunehmen, wo sie nichts nützen oder doch ohne jeden Nachteil durch ein unschädliches Suggestivmittel ersetzt werden könnten; ein Kunstfehler ist es, die nicht bemittelten Kranken teure Kuren machen zu lassen, bloss um nicht sagen zu müssen, man sei zu Ende mit seinem Alphabet. Schädlich ist es für das ärztliche Ansehen, wenn der Kurpfuscher so viele Leute heilt, die die Medizin nicht bloss aufgegeben, sondern unnütz und in falscher Richtung behandelt hat. Es gibt nur einen Weg, die Kurpfuscherei erfolgreich zu bekämpfen, und der ist, auf allen Gebieten mehr zu leisten als die Pfuscher. Auf dem ungeheuren Gebiete der funktionellen Nervenkrankheiten war man ihnen aber bis jetzt nicht überlegen; manche Pfuscher sind geborene Psychotherapeuten. Soll man sich verwundern, wenn das Laienpublikum, das den Unterschied zwischen einer chirurgischen oder infektiösen Krankheit und einer Neurose nicht kennt, das Zutrauen, das es dem unbewussten Psychotherapeuten entgegenbringen muss, auch auf dessen Leistungen in der allgemeinen Medizin und sogar der Chirurgie überträgt? Wenn einmal die Aerzte alles das auch können, was viele Pfuscher leisten, und dann dazu noch alles, was sie jetzt schon üben, namentlich das Diagnosenmachen, dann müsste es doch sehr sonderbar sein, wenn nicht das Pfuschartum rasch abgewirtschaftet hätte.“ . . .

Im Verlag von J. A. Barth erscheint demnächst ein neues wissenschaftliches Unternehmen: „Natur- und Kulturphilosophische Bibliothek“.

Diese Bibliothek wird Monographien zur Philosophie der Natur- und Geisteswissenschaften bringen. Angekündigt sind:

J. Reinke: Philosophie der Botanik.

M. von Manacéine: Die geistige Ueberbürdung in der modernen Kultur.

H. Driesch: Geschichte des Vitalismus, als Geschichte und als Lehre.

A. Götte: Die Grenzen des Lebens.

H. Haas: Philosophie der Erdgeschichte.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—8 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Krienbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. März 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Wahn und Persönlichkeit.

Eine Studie von Dr. Georg Lomer in Neustadt (Holstein).

Da das Pathologische lediglich eine Steigerung des Physiologischen ist und sich weniger qualitativ als vielmehr quantitativ von diesem unterscheidet, so müssen sich auch die Wurzeln krankhafter Vorgänge, als welche die Wahnvorstellungen zu gelten haben, bereits in physiologischen Betätigungen auffinden lassen.

Jedes Individuum hat die Neigung, sämtliche Vorgänge der Aussenwelt nach seiner Art aufzufassen, d. h. es ist von Natur subjektiv. Farben, Klänge, Geschmacks- und Gefühlsreize werden allbekanntermassen von verschiedenen Personen ganz verschieden empfunden. Jeder deutet die einlaufenden Reize in seinem Sinne, oder besser gesagt: bei jedem Individuum setzen dieselben eine verschiedenartige chemische Veränderung. Diese Veränderung schwankt bei den sogenannten „normalen“ Individuen in bestimmten physiologischen Grenzen, und soweit sie diese nicht überschreitet, hat man gewisse gemeinsame konventionelle Begriffe geprägt, ohne welche eine Verständigung der Menschen untereinander ebenso schwierig oder unmöglich wäre, wie mit Wesen von einem andern Stern.

Die Aehnlichkeit der chemischen Konstitution — mag man sie somatisch oder psychisch nennen —, ist es also im Grunde, welche gewisse gemeinsame Begriffe der Rassen, Völker und Familien hat entstehen lassen.

Ebenso ist auch die Sprache lediglich ein Kompromiss innerhalb bestimmter Menschengruppen, welche übereingekommen sind, gewisse von

allen ähnlich empfundene Dinge zwecks leichterer Verständigung mit einem gemeinsamen Namen zu bezeichnen. Wie zahlreich die Spielarten verschiedener Weltauffassung selbst in der physiologischen Breite sind, beweist schon die grosse Zahl der auf unserer Erdkugel gesprochenen Sprachen, ja die Zahl der Dialekte innerhalb eines einzelnen Volkes.*) Die Welt wird verschieden empfunden und daher auch verschieden ausgedrückt. So erklären sich auch die Wortneubildungen mancher Geisteskranker. Sie empfinden die Dinge anders als der Durchschnitt anderer Menschen und suchen für sie einen konformen Ausdruck.

Wie die Sprache eine motorische Aeusserung sui generis ist, so kann sich die Verschiedenheit des Empfindens auch in anderen motorischen Richtungen dokumentieren, entladen. „Verkehrte“ Handlungen aller Art, Seltsamkeiten, ja, gemeingefährliches Benehmen und Selbstmordversuche sind nur Ausflüsse einer von der Norm abweichenden Auffassung und Verarbeitung der Aussendinge. Auch bei diesen von den Menschen direkt als „krankhaft“ bezeichneten Lebensäusserungen ist die Kausalkette alles Geschehens nirgends unterbrochen. Sie werden nur als aussergewöhnlich empfunden, weil sie so viel seltener sind, und werden als pathologisch bezeichnet, weil sie die Fortdauer des Einzelnen oder — bei weiterem Umsichgreifen — der Gattung unter Umständen in Frage stellen können.

Wie wir sahen, ist die Verschiedenheit der Reizauffassung und Reizumsetzung die chemisch bedingte Ursache aller Empfindungs- und Handlungsunterschiede. Ein und derselbe Reiz von objektiv ganz bestimmter Art läuft ein und wird von dem Individuum A ganz anders aufgenommen und verwertet, wie von dem Individuum B. Das Objektive ist hier der Reiz, das subjektiv bedingte die auf ihn erfolgende Reaktion.

Jeder einlaufende Reiz — soweit er überhaupt auf spezifisch-empfindliche Aufnahmeorgane stösst —, wird von diesen, den sog. Sinnesorganen, transformiert, d. h. der Eigenart der nervösen Substanz und ihrer Leitungsfähigkeit angepasst. Was schliesslich weitere psychische Wirkungen erzielt, das ist gar nicht der Reiz selbst mehr, sondern der durch ihn lediglich in Bewegung gesetzte Mechanismus — mögen wir ihn als Chemismus oder Stoffwechselfvorgang bezeichnen —, welcher die Weiter-

*) Es ist daher richtig, wenn gesagt wird: „Wer eine fremde Sprache lernt, gewinnt eine zweite Seele.“ Seine Psyche lernt es, die Aussenweltreize anders aufzufassen und zu verarbeiten, als ihn die Muttersprache lehrte. Je anpassungsfähiger jemand also ist, um so leichter wird er die neue Sprache und damit die neue Art zu empfinden, zu reagieren, sich aneignen; um so lebensfähiger ist er. Wer sich nicht mehr Neureizen akklimatisieren, wer seine motorischen Aeusserungen nicht mehr in neue Bahnen zwingen kann, der kommt zur Erschöpfung, wird durch seine eigene Einseitigkeit zu Tode gehetzt. Das gilt für Völker wie Menschen.

leitung und Ueberführung der Erregungswelle in andere Bahnen besorgt bzw. selbst darstellt. —

Wie die Aussenwelt, so schickt auch der Körper selbst ins Zentralorgan ununterbrochen Reize verschiedener Qualität, welche gleichfalls, ursprünglich durch die chemischen Umsetzungen des Stoffwechsels bedingt sein müssen. Diese Reizwellen breiten sich ebenso wie die der Aussenwelt entstammenden im Gehirn über bestimmte Gebiete aus, setzen dort bei öfterer Wiederholung schliesslich dauernde Veränderungen und bilden, weil von der Person ausgehend, in ihrer Gesamtheit den Kern des Persönlichkeitsbewusstseins.

Es leuchtet ein, dass dieses Persönlichkeitsbewusstsein je nach der Qualität und Quantität der betreffenden Reize eine verschiedene Valenz besitzen muss. Ein energischer Stoffwechsel in der Muskulatur schafft z. B. ganz andere zentripetale Reize als ein geschwächter oder krankhaft veränderter; und man kann ganz allgemein sagen: Je energischer dieser Stoffwechsel abläuft, um so energischer ist auch das Bewusstsein der Persönlichkeit, das Selbst ausgeprägt. Das beweist schon — um nur ein Beispiel zu nennen —, seine starke Entwicklung bei Sportsleuten, Soldaten und Muskelarbeitern mannigfachster Art.

Bei der grossen Variabilität der nervösen Konstitutionen ist anzunehmen, dass einzelne Individuen, auch ohne entsprechend vermehrte Aussenreize, eo ipso einen stärker betonten Stoffumsatz haben als andere, dass ihr Eigen-Bewusstsein also an sich schärfer ausgeprägt ist, als dasjenige anderer. Hier ist nun folgendes zu bemerken: Von den eben erwähnten, durch erhöhtes Selbstgefühl ausgezeichneten Personen muss auch die Aussenwelt aus leicht ersichtlichen Gründen anders perzipiert werden als von anderen. Die Aussenwelt-Reize durchlaufen ja im Körper zum grössten Teil dieselben nervösen Bahnen wie die aus dem eigenen Körper stammenden, um schliesslich im Zentralorgan mit diesen in gewisse gewohnheitsmässige Dauerbeziehungen zu treten. Wir sagen nicht: „Der Muskel arbeitet!“, sondern: „Ich arbeite!“ — Nicht: „Das Ohr hört!“, sondern: „Ich höre!“ Nur wo dieser assoziative Verschmelzungsprozess von Aussen- und Innenreizen, oder besser gesagt: von körperlichen und ausserkörperlichen Reizen noch nicht stattgefunden hat, wo das Selbstbewusstsein noch unvollkommen gebildet ist, d. h. beim ganz jungen Kinde, hören wir charakteristisch in der dritten Person sprechen. Das Kind sagt beispielsweise: „Kind will nicht“, „Kind tut das und das.“

Wir sahen, dass die Auffassung der Aussenwelt von denselben Bedingungen abhängig ist, wie die im Selbstbewusstsein

sich ausdrückende Auffassung des Ichs, nämlich von Stoffwechselfvorgängen. Wenn das Ich verändert ist, so müssen demnach auch die Aussendinge verändert erscheinen.

Die stärkste Veränderung, ja geradezu eine fundamentale Umwandlung erfährt das „Ich“ aber bei jenen psychischen Vorgängen, die wir als „paranoisch“ bezeichnen. Gerade das veränderte Bewusstwerden des Ichs zeichnet als Grundsymptom die Paranoia aus, und zwar handelt es sich stets um eine stärkere Betonung der Eigen-Persönlichkeit, niemals um eine verminderte.

Entsprechend den in ihrer Qualität veränderten Innenreizen müssen auch die zentralen Aufnahmestellen der letzteren eine sekundär geschaffene andere Valenz, eine andere chemische Konstitution besitzen, als unter normalen Verhältnissen. Denn da einer jeden Funktion ein materielles Substrat zugrunde liegt und die intensivere „Ich“betonung vermutlich durch intensivere periphere Stoffwechselfvorgänge bedingt ist, so wird die Persönlichkeit der genannten Individuen auch im Zentralorgan vermöge ihrer höheren Wertigkeit eine andere Rolle spielen als unter gewöhnlichen Umständen und zu einer weit energischeren Beeinflussung aller geistigen Erwerbungen imstande sein.

Werden doch so ziemlich alle Sinnesreize zu dem „Ich“ bewusst oder unbewusst in Beziehung gesetzt. Weil eben sämtliche einlaufenden Reizwellen, ehe sie zur Psyche gelangen, schon durch die peripheren Stationen eine subjektive Färbung erhalten, kann es also gar nicht anders sein, als dass sie auch an einer pathologischen Auswechslung der Persönlichkeit den allerinnigsten Anteil nehmen. Sie sind ja absolut an die Persönlichkeit als solche gebunden und so lange es überhaupt ein individuelles Denken gibt, werden auch jene seltsamen Varietäten nicht fehlen, welche im Grunde nur ein weiteres Zeugnis sind für den unendlichen Formenreichtum der Natur und welche bei einigem Nachdenken die Möglichkeit der Perspektive eröffnen, durch zweckmässige Beeinflussung der elementaren Stoffwechselfunktionen in ferner Zukunft eine Umwandlung pathologischer Persönlichkeiten in physiologische und damit eine bessere Ausnutzung vieler an sich brauchbarer Individuen zu erzielen, zu deren Unterbringung in Gefängnissen, Irren- und „Besserungs“-Anstalten die menschliche Gesellschaft bis jetzt aus Selbsterhaltungsgründen gezwungen ist.

(Aus dem psychiatrischen Institut zu Reggio-Emilia.)

Ueber das Wesen und die Spezifität der im Blutserum der Epileptiker enthaltenen toxischen Stoffe.

Von Dr. Carlo Ceni, Direktor der wissenschaftlichen Laboratorien und Dozent an der Universität zu Modena.

Schon in einer früheren Arbeit gelang es mir nachzuweisen, dass die Verwendung von Blutserum Epileptischer zu subkutanen Einspritzungen bei Epileptikern, insbesondere wenn die Injektionen längere Zeit hindurch und in fortschreitend steigender Dosis ausgeführt werden, bei manchen Kranken eine heilbringende Wirkung ausübt, bei andern dagegen eine Verschlimmerung des Zustandes bedingt, indem das Serum die Wirkung eines spezifischen Giftes entfaltet.¹⁾

Diese grundverschiedene, ja geradezu entgegengesetzte Wirkungsweise des Epileptikerserums suchte ich mir damals nicht etwa dadurch zu erklären, dass ich eine Verschiedenheit in der Natur des Serums als solchen, eine bald vorwiegend heilbringende, bald vorwiegend giftige Art desselben annahm. Ich dachte vielmehr an spezifische, uns völlig unbekanntes Eigenschaften der Versuchspersonen, denen man das Serum einspritzte und nahm an, dass diese hypothetischen, dem Individuum innewohnenden Eigenschaften es seien, die im einzelnen Falle bald die eine, bald die andere entgegengesetzte Reaktionsweise ermöglichen.

Zum Beweise dieser unerklärlichen Selbständigkeit in der Reaktionsweise brauche ich hier nur nochmals an die in zitierter Arbeit erwähnten Fälle 6 und 9 zu erinnern, wo von zwei gleichaltrigen jungen Epileptischen, die mittelst ein und demselben Serum behandelt wurden und bei denen ich die Einspritzungen gleichzeitig ausführte, die eine vollständig genas, während die andere eine sehr ausgesprochene Verschlimmerung des Krankheitszustandes darbot.

Obwohl ich im Verlaufe zahlreicher nachher ausgeführter Beobachtungen obige Tatsache mehrmals zu bestätigen Gelegenheit hatte, wollte ich abermals eine Reihe von Versuchen anstellen, um auf experimentellem Wege darüber ins Klare zu kommen, ob die toxischen Eigenschaften des Serums, welche inzwischen auch von Catola²⁾, Wende³⁾ und Tiengo⁴⁾ bestätigt worden waren, nicht doch vielleicht auch zur Natur oder zur Herkunft des Serums in irgend einer Beziehung ständen. Ein solcher Versuch schien mir bei der wissenschaftlichen wie praktischen Wichtigkeit der Frage durchaus berechtigt zu sein. Ich wählte zu diesem Studium sieben solcher Epileptiker, welche sich in früheren darauf hinielenden Untersuchungen (worüber ich in einer grösseren Arbeit berichten werde) für die Antiseruminjektionen am meisten empfindlich gezeigt hatten. Einem jeden von diesen Kranken injizierte ich in Intervallen von 12—15 Tagen stets dieselbe Dosis von 10 ccm Blutserum, das von 12 verschiedenen Epileptikern herstammte, von denen einige sich in günstigen allgemeinen körperlichen Verhältnissen befanden und an einer leichten Form des Morbus socer litten, andre dagegen zu den schwersten Kranken der Anstalt gehörten und häufige motorische und psychische Anfälle zeigten.

Auf das Serum von 8 unter diesen letzten Epileptikern gaben alle 7 Versuchsepileptiker nicht die geringste lokale wie allgemeine toxische Reaktion. Das Serum des neunten Falles, eines 19jährigen Epileptikers, der nur selten

motorische Anfälle bekommt (1—2 monatlich), dafür aber an zahlreichen, zwei- bis viertägigen Schwindelanfällen leidet mit momentanem Bewusstseinsverlust, verursachte bei zwei meiner Kranken eine leichte lokale Reaktion in Form einer unbedeutenden örtlichen Schwellung und Rötung, die nach 24 Stunden verschwanden. Die wichtigsten Ergebnisse erhielt ich aber vom Serum der drei letzten Epileptiker (10., 11., 12. Falles), aus denen das Serum während einer ungewöhnlich schweren und plötzlich eingetretenen Verschlimmerung der Krankheit gewonnen worden war, während sonst dieselben Kranken, die seit Jahren Insassen der Anstalt sind, niemals besondere episodentartige Exacerbierungen der Anfälle und ihres Allgemeinzustandes dargeboten hatten.

Fall 10. C. A., 35 Jahre alt, seit der Geburt an Epilepsie leidend mit höchstens ein bis zwei Anfällen in der Woche seit über zwei Jahren, befand sich, als ich ihn zur Serumgewinnung verwendete, in der Phase einer schweren Verschlimmerung seiner Krankheit, welche ca. zwei Monate dauerte. Während dieser Zeit stieg die Zahl der Anfälle bis zu 1—2 täglich; Patient war in einen imposanten bei ihm ganz neuen Erregungs- und Verwirrungszustand getreten, wobei zahlreiche, besonders optische Sinnestäuschungen hervortraten. Sein Körpergewicht nahm gleichzeitig um mehr als 5 Kilo ab.

Die erste Blutentziehung fand statt 30 Tage nachdem diese Exacerbierung der Epilepsie angefangen hatte und das Serum ergab bei sämtlichen 7 Kranken, die 10 ccm davon injiziert bekamen, intensive Erscheinungen einer akuten lokalen wie allgemeinen toxischen Reaktion, welche in drei Fällen von Fieberzuständen (37—38°), die 24 Stunden dauerten, begleitet war. In vier Fällen sah man nach Einspritzung dieses Serums schwere epileptische Anfälle eintreten. Wir sehen also, dass das Serum dieses Kranken ungefähr dieselbe Wirkung entfaltete, wie die von uns beschriebenen Injektionen des eignen spezifischen Antiserums bei Epileptikern. Ausserdem waren in sämtlichen Fällen die lokalen Erscheinungen recht intensiv und dauerten 5—6 Tage. Als ich dann dieses hypertoxische Serum zu wiederholten Malen in der Menge von 10 ccm demselben Kranken injizierte, der mir das Serum geliefert hatte und zwar während er sich noch immer in der schweren Phase der Recrudenza befand, konnte ich nicht eine Spur irgend einer nennenswerten, sei es lokalen, sei es allgemeinen Reaktion, bemerken. Dagegen bekam ich von demselben vier Monate später, als er schon lange in die ihm gewöhnlichen Krankheitsverhältnisse eingetreten war, durch Einspritzung des eignen hypertoxischen Serums ungefähr dieselben Erscheinungen wie von andern Epileptikern.

Die letztgenannte von Intoxikationserscheinungen begleitete positive Reaktion, die bei einem Patienten auf die Injektion des eigenen hypertoxischen Serums während einer Remission seiner Krankheit erfolgte, betrachte ich als den unzweideutigsten Beweis dafür, dass bei diesem Patienten gleichzeitig mit dem Rücktreten in seine gewöhnlichen Krankheitsverhältnisse eine tiefgehende Veränderung des organischen Stoffwechsels vor sich gegangen war.

Ganz ähnliche Ergebnisse erhielt ich im Fall 11 (B. V.), einem 27jährigen Manne, dem das Serum während einer plötzlich eingetretenen, nur 24 Stunden anhaltenden Verschlimmerung der Epilepsie entnommen worden war; die Exacerbierung hatte die sonst spärliche Frequenz der Anfälle (es kamen davon früher etwa 2—3 im Monate vor) zur Häufigkeit von 20 kurz aufeinander folgenden Anfällen gebracht.

Das Serum dieses Kranken, welches, wenn in nicht abnormer Zeit gewonnen, öfters bei andern Epileptikern therapeutische Eigenschaften gezeigt hatte, verursachte nun bei sämtlichen Epileptikern, denen es in der Dosis von 10 ccm injiziert wurde, eine dem früheren Falle ganz analoge, wenn auch etwas mildere toxische Reaktion. Der Unterschied bestand nur darin, dass die lokalen Reaktionserscheinungen sich auf eine leichte diffuse schmerzliche Schwellung beschränkten, die ungefähr 48 Stunden anhielt und dass nur 2 unter 7 Kranken eine leichte Temperatursteigerung (37—38°) und eine Häufung der epileptischen Anfälle darboten.

Den 12. Fall (G. F.), einen 20jährigen Epileptiker, der ebenfalls gewöhnlich nicht mehr als einen bis zwei Anfälle im Monat hat, benutzte ich zur Serumgewinnung während eines psychischen Aequivalentes, das unter schwerer, vier Tage dauernder Erregung und Verwirrung und mit einer leichten Temperatursteigerung (38°) am Ende des zweiten Tages verlief. Die Einverleibung des unter solchen Umständen gelieferten Serums verursachte bei 5 unter 7 Versuchsepileptikern ebenfalls die Erscheinungen der toxischen Reaktion, aber in viel geringerem Masse, als sie auf das Serum des 10. und 11. Falles erfolgten, und zwar beschränkte sich hier die Reaktion fast ausschliesslich auf eine leichte lokale Schwellung, die wenig schmerzhaft war und bei sämtlichen Kranken nach 36—40 Stunden verschwand, ohne von nennenswerten Allgemeinerscheinungen begleitet zu sein.

Im 13. Falle (S. A.) handelt es sich um einen jungen 25jährigen Epileptiker von robuster Konstitution, welcher sich seit 3 Jahren in der Anstalt befand und während dieser Zeit gewöhnlich alle 30—40 Tage einen nächtlichen Anfall hatte. Der Patient besitzt einen guten Charakter und hatte niemals psychische Störungen, nur hatte er 3—4 wöchige Bewusstseinsverluste, welche von charakteristischen gestikulierenden Bewegungen begleitet waren.

Verschiedener Gründe wegen liess ich bei diesem Patienten vom Tage seines Eintritts in die Anstalt bis zum Juni 1904 neun Mal zur Ader. Sein Serum zeigte sich niemals hypertoxisch und wurde daher mehrmals als therapeutisches Serum bei andern Kranken angewandt und zeigte manchmal Erfolg.

Allein bei der Blutentziehung im Juni v. J. zeigte der Kranke einen ungewöhnlichen Grad von Intoxikation, welche den Charakter des hypertoxischen Serums der letzten obenerwähnten Epileptiker annahm. Die Blutentziehung geschah diesmal zufällig zur Zeit einer speziellen praeaccessualen Periode, da S. A. drei Tage später von vier kurz hintereinander folgenden heftigen Anfällen befallen wurde, welche ihn in einem besonderen Verwirrungszustand liessen.

Ich machte mit dem obengenannten Serum bei 4 Epileptikern Einspritzungen. Zwei von diesen zeigten Phänomene mittelmässiger, lokaler, toxischer Reaktion, aber keine von bemerkenswerter allgemeiner Reaktion. Die andern beiden Epileptiker, welche zur Gruppe der hypersensiblen Epileptiker gehörten, boten ernste Phänomene lokaler wie allgemeiner Reaktion.

Bei beiden hatte man in der Tat eine intensive, lokale, diffuse Reaktion, welche 5—10 Tage anhielt und während der ersten 24 Stunden von einem fieberhaften, mentalen Verwirrungszustand und Appetitlosigkeit begleitet war. Bei einem dieser Patienten bemerkte man ausserdem in der Nacht, welche nach der Injektion folgte, eine ungewöhnliche Angst und Unruhe, die noch niemals beobachtet worden war.

Aus diesen neuen Befunden erhellt es also in unzweideutiger Weise und im Gegensatze zu meinen bisherigen Beobachtungen, dass nicht nur bei den Epileptikern ganz spezifische individuelle Verhältnisse vorhanden sind, welche es bewirken, dass auf dieselben die Injektionen von Epileptiker Serum bald wie therapeutische, bald dagegen wie spezifische giftige Stoffe einwirken; es erhellt daraus vielmehr noch eine zweite Tatsache, dass es nämlich andere eigentümliche vorübergehende Verhältnisse gibt, welche, so lange sie anhalten, dem Serum der Epileptiker exquisit hypertoxische Eigenschaften verleihen, so dass dieses, bei jedem beliebigen Epileptiker eingespritzt, stets und nur einen schädlichen Einfluss ausüben muss.

Dieses hypertoxische Serum, das ich fast ausschliesslich während der Periode einer tiefgehenden Verschlimmerung des sonstigen Zustandes des Patienten, wie es bei den letzten vier Epileptikern der Fall war, beobachtete, verdient darum in ganz besonderem Masse unsere Aufmerksamkeit, weil seine Eigenschaften, nach dem bei unseren Patienten beobachteten Symptombilde einer akuten Intoxikation zu beurteilen, die vollkommenste Analogie mit den Eigenschaften des spezifischen Antiserums besitzen. In der Tat liefert uns das eine wie das andere lokale Reaktionserscheinungen in Gestalt einer mehr oder minder ausgesprochenen und schmerzhaften Schwellung und allgemeine Reaktionserscheinungen, welche in einer Verschlimmerung des Zustandes und in Vermehrung der Anfälle bestehen, die wiederum von leichter Temperaturerhöhung begleitet sein kann. Infolgedessen ist es naheliegend, anzunehmen, dass die aktiven Prinzipien der beiden Serumarten, wenn nicht identisch, so doch recht innig miteinander verwandt sein müssen. Die enge Verwandtschaft zwischen den aktiven Prinzipien des Antiserums und denjenigen des hypertoxischen Serums der Epileptiker ist noch aus der Wirkung der letzteren auf nicht epileptische Personen abzuleiten; so wie das Antiserum bei nicht epileptischen Individuen eine mildere toxische Reaktion hervorruft, als bei Epileptikern⁵⁾ und niemals zu Erscheinungen der Epilepsie führt; in ganz analoger Art verursachte das hypertoxische Epileptiker Serum bei nicht-Epileptikern allerdings lokale toxische Reaktionssymptome mit Schwellung der Injektionsstelle und bei einigen Idioten manchmal auch eine leichte Temperatursteigerung, nie aber konnte ich in der Folge den Ausbruch epileptischer Erscheinungen bemerken. Nach obigen Beobachtungen müssen wir also die von uns entdeckten epileptogenen Stoffe als für die Menschen im allgemeinen toxisch ansehen; ihre Toxizität wirkt aber absolut nur für die bereits früher an Epilepsie leidenden Personen. Dieselben toxischen Stoffe können sowohl in dem durch Immunisierung eines Tieres gegen Epilepsieserum dargestellten Antiserum als auch im Blutserum der Epileptiker selbst gefunden werden.

Da nun, wie ich früher bewies, die durch das Antiserum hervorgerufenen Intoxikationserscheinungen fast ausschliesslich mit einem organischen Produkt zusammenhängen, welches an Wesen und Charakter der sensibilisierenden (thermostabilen) Substanz der natürlichen epileptogenen Noxe entspricht, so müssen wir wohl auch für die vom Epileptiker Serum selbst angeregten akuten Vergiftungserscheinungen, auch im besonderen Falle eines hypertoxischen Serums, annehmen, dass denselben ein Ueberschuss an natürlicher sensibilisierender Substanz zugrunde liege, die im Serum enthalten ist. Dieses Serum ist darum nur für Epileptiker in absolutem Grade spezifisch, weil es nur bei ihnen

den, sozusagen, günstigen Nährboden findet, der ihm erlaubt, seine spezifischen, d. h. epileptogenen Eigenschaften zu entfalten. Bei nicht epileptischen Individuen können dagegen dieselben Serummengen diese spezifischen Eigenschaften nicht ausüben.

Man muss also die Spezifität dieses Serums für den Epileptiker dadurch erklären, dass man annimmt, bei diesem Kranken existiere ein aktiver spezifischer Stoff, sei es ein Alexin oder sonst ein Stoff, welcher sich — was ich für das Antiserum bereits behauptet habe —⁵⁾ mit dem entsprechenden sensibilisierenden Stoff verbindend, die echte epileptogene Substanz zusammensetzt. Ein solcher sensitiver Stoff fehlt bei allen nicht epileptischen Individuen und darum kann mein Serum bei diesen letzteren unmöglich als epileptogene Substanz wirken.

Meine Behauptung, welche auf der Analogie in den spezifischen Eigenschaften beider Serumarten, des natürlichen wie des künstlichen beruht, erwies sich mir als zutreffend, als ich zum Versuch das hypertoxische natürliche Serum des Epileptikers C. A. verwendete, nachdem ich dasselbe auf 56° resp. 65° erwärmt hatte. Man sah nun, wie die toxischen Eigenschaften des Serums durch die Wärme nicht im geringsten verändert wurden, sondern ganz und gar die gleichen blieben, ein Umstand, der sich auch beim Antiserum verwirklicht hatte. Das beweist uns, dass auch die Zunahme des toxischen Vermögens im Blutserum Epileptischer nicht etwa einer thermolabilen in den epileptogenen Toxinen vorhandenen Substanz, nicht einer Alexine zu verdanken ist, sondern grösstenteils der sensibilisierenden oder thermostabilen Substanz dieses spezifischen Serums.

Ist es einmal bestimmt, dass die Zunahme des spezifischen toxischen Vermögens des Blutserums eines Epileptikers in erster Linie mit einem Ueberschuss eines der beiden zusammensetzenden Elemente zusammenhängt, so ist es leicht einzusehen, dass die bis jetzt zum Studium der Toxizität des Blutserums sowohl bei Epilepsie wie bei andern Geisteskrankheiten angewandte Methode ein solches Serum verschiedenen Versuchstieren einzuverleiben, als keine rationelle Methode zu betrachten ist — sie kann es nicht sein, aus dem einfachen Grunde, weil ausser beim Menschen, genauer ausgesprochen ausser beim Epileptiker, die sensibilisierende Substanz recht schwer die ihr entsprechende Citase finden wird, aus deren Verbindung allein die epileptogene Toxine entsteht.

Tatsächlich zeigen die negativen Erfolge, zu denen ich im Jahre 1902 in einer mit Dr. Pini⁶⁾ angestellten Versuchsreihe über die Toxizität des Blutserums 81 Geisteskranker durch die Methode der Einspritzung bei Tieren gelangte, auf das direkteste die Richtigkeit meiner jetzigen Behauptung. Damals prüften wir auch das Blut von 16 Epileptikern, unter denen auch der Kranke C. A. (siehe Tafel VII, No. 11 zitiertes Arbeit) sich befand, aber keiner von ihnen lieferte uns ein Serum, dessen Giftigkeitsgrad den des gewöhnlichen menschlichen Serums überträfe. Unbeachtet dieser negativen Ergebnisse, welche nun meine gegenwärtigen Versuche so deutlich ergänzen, wollte ich der grösseren Sicherheit wegen den Versuch wiederholen, indem ich das Serum obengenannter Kranken, das bei den Epileptikern in der Menge von 10 ccm schwere Vergiftungserscheinungen hervorgerufen hatte, respektive Dosen zu 5,10 und 15 ccm 3 Meerschweinchen und 3 Kaninchen einspritzte. Die Ergebnisse dieser neuen Versuche deckten sich vollkommen mit den zwei Jahre vorher erhaltenen, indem alle Tiere überlebten, ohne jedwede nennenswerte Vergiftungserscheinung darzubieten.

Dank des hypertoxischen Serums des Patienten D. V. wiederholte ich die Versuche, ausser beim Kaninchen und beim Meerschweinchen und bei Hunden, bei Katzen, bei der weissen Maus und beim Huhn, und die Erfolge waren immer negative, denn alle diese Tiere verhielten sich gegenüber den peritonealen Einspritzungen des hypertoxischen Serums ohne jede krankhafte Erscheinung zu zeigen und erduldeten mit der grössten Reaktionslosigkeit sogar die Dosis von 10 ccm pro Kilo ihres Körpergewichts, was der höchsten Menge normalen menschlichen Serums entspricht, die Tiere überhaupt auszuhalten imstande sind.

Keines von diesen Tieren kann also zum Studium der Blutgiftigkeit in unserem Falle verwendet werden, denn weder der Hund noch die Katze, das Meerschweinchen, das Kaninchen, die weisse Maus, noch das Huhn und höchstwahrscheinlich jede andere Tiergattung reagieren auf das geringste auf die toxischen Prinzipien des menschlichen epileptogenen Blutserums. Der Mensch allein erweist sich bis jetzt mit einer spezifischen Sensibilität für diese von ihm selbst bereiteten giftigen Stoffe begabt, so wie der Mensch allein imstande ist, auf die toxischen Substanzen des menschlichen Antiserums zu reagieren.

Die spezifischen Vergiftungserscheinungen, welche beim Epileptiker zum Vorschein kommen, nach der Einverleibung des natürlichen, von an Epilepsie kranken Menschen herrührenden Blutserums und ebenso des Serums eines mit menschlichen Serum überhaupt und besonders mit Epileptikerserum geimpften Tieres verdanken also ihre Entstehung der Tätigkeit einander sehr verwandter aktiver Stoffe, die immer nach einem bestimmten biologischen Gesetze wirken. Da aber obengenannte spezifische Vergiftungserscheinungen nur und stets von der Gegenwart der thermostabilen Substanz im Serum — was sowohl für das natürliche epileptogene Serum wie auch für das Antiserum gilt — abhängen, so bleibt bewiesen, dass der zweite, das spezifische Gift zusammensetzende Stoff, d. h. die thermolabile Substanz (Alexin) ein Etwas sein muss, dass beim Epileptiker sich im stabilen Gleichgewicht erhält und mit den Zellenelementen, welche die anatomische Grundlage der Epilepsie ausmachen, auf das innigste und beständig verbunden ist. Die thermostabile (sensibilisierende) Substanz dieses spezifischen Giftes allein ist also nach meiner Meinung im lebenden Plasma löslich; sie ist ausserdem imstande, bemerkenswerte Schwankungen zu erfahren, bis zum Grade, dem Blutserum der Epileptiker die Eigenschaften der oben beschriebenen Hypertoxität zu verleihen.

Die drei letzten Fälle, deren Serum die Charaktere der Hypertoxität aufs deutlichste darboten, nämlich Fall 10, 11 und 13 benützte ich weiterhin zum Studium der Verhältnisse, welche zwischen dem Gift und den verschiedenen Krankheitsphasen obwalten, und ganz speziell zum Zwecke, bestimmen zu können, ob die Hypertoxität tatsächlich — wie ich aus allen andern Tatsachen schon anzunehmen geneigt war — einer Verschlimmerung der Krankheit selbst entspricht oder nicht etwa mit einem speziellen, dem Individuum eignen Zustand zusammenhängt. Dazu brauchte ich nur den Giftigkeitsgrad des von beiden Kranken zu verschiedenen Zeiten gewonnenen Serums experimentell festzustellen. Ich entzog aber dem Kranken C. A. (Fall 10) noch dreimal Blut in 15—20tägigen Zwischenräumen; die erste Blutentziehung fand statt in einer anfallsfreien Zeit von ungefähr 40 Stunden, die zweite eine halbe Stunde vor einem starken Krampfanfall, die dritte unmittelbar nach einem schweren Anfall.

Die Versuche mit diesen Serumarten werden wie gewöhnlich an hypersensiblen Epileptikern ausgeführt und nur das durch die erste Blutentziehung gewonnene Serum gab positive Ergebnisse, indem es mit den oben beschriebenen, durch das hypertoxische Serum erhaltenen recht analoge, wenn auch weniger eklatante Vergiftungserscheinungen hervorrief. Das von der zweiten und dritten Blutentziehung gelieferte Serum wurde dagegen von sämtlichen Epileptikern reaktionslos ertragen und keine krankhafte Erscheinung wurde in situ oder im allgemeinen Befinden des Kranken bemerkt. Es hatte also in diesem Falle in der Zeit von ungefähr einem Monat die Toxität des Serums eine langsam fortschreitende Verminderung erfahren, was auch für die Pathogenese der Epilepsie nicht ohne Wert ist, wenn man bedenkt, dass während derselben Zeit der serumliefernde Patient eine fortschreitende und beträchtliche Besserung seines allgemeinen Zustandes zeigte. Tatsächlich wurden die Anfälle, die zur Zeit der Exacerbation mit einer Häufigkeit von ein- bis zweimal täglich sich wiederholten, von nun an immer seltener, bis sie sich auf ein- oder zweimal in der Woche reduzierten, während die schwere Verwirrung, die früher von zahlreichen Aufregungszuständen und Sinnestäuschungen begleitet war, sich allmählich legte, um endlich vollkommen zu verschwinden, so dass zur Zeit, als die zwei letzten Blutentziehungen vorgenommen wurden, der psychische Zustand des Patienten wieder zu jenem Niveau gelangt war, wo er sich ständig befand, bevor die zwei Monate anhaltende Exacerbation der Epilepsie eingetreten war.

Die mit dem Serum des zweiten Patienten (D. V.) vorgenommenen Versuche hatten viel weniger wichtige Ergebnisse; er wurde nur zweimal zur Ader gelassen, das eine Mal sechs Tage nach Beendigung der schweren kritischen Periode, das zweite Mal 26 Tage nach derselben. Nicht ohne Interesse ist hierbei die Anmerkung, dass die zweite Blutentziehung wenige Stunden nach einer neuen nicht minder schweren Krise stattfand, während welcher der Kranke in der Zeit von 5 Stunden 12 schwere Anfälle erlitten hatte, welche einen Zustand tiefgehender Verwirrung hinterliessen, die einen ganzen Tag dauerte. Die dritte Blutentziehung fällt dagegen in einen Zeitraum, wo der Patient in den ihm eignen habituellen Zustand zurückgekehrt war, ohne besondere abnorme Erscheinungen darzubieten, weder in somatischer noch in geistiger Beziehung, während er früher in der Zeit zwischen den zwei schweren kritischen Perioden stets niedergeschlagen erschien, den Appetit verloren hatte und über ein ungewöhnliches Unwohlsein klagte, das hauptsächlich in Unklarheit der Gedanken und Kopfschwere bestand.

Das vom zweiten Aderlass stammende Serum zeigte sich nun bei allen 7 Epileptikern, denen es injiziert wurde, im hohen Grade giftig und rief ungefähr dieselben schweren Reaktionserscheinungen hervor, wie das vom ersten Aderlass herrührende. Das Serum der dritten Blutentziehung zeigte sich dagegen bei sämtlichen Epileptikern als hypotoxisch, wie es übrigens stets gewesen war, bevor der Kranke die zwei obengenannten schweren kritischen Perioden erlitten hatte, die durch eine Reihe aufeinanderfolgender, ungewöhnlich intensiver, zweimal in der Zeit von sechs Tagen sich wiederholender Anfälle ihren Ausdruck fanden.

So sehen wir, dass auch aus den vom Serum dieses zweiten Falles erhaltenen Ergebnissen die vollkommenste Uebereinstimmung einer Exacerbations-

periode der Epilepsie und spezifischen Hypertoxität des Bluts erhalt. Die im Serum der zweiten, während einer vorkritischen Periode vorgenommene Blutentziehung nachgewiesene Hypertoxität beweist in diesem Falle, dass die toxische Substanz selbst als die Ursache und nicht etwa als eine Folge der Krisen betrachtet werden muss.

Was nun den Patienten S. A. (Fall 13) anbetrifft, so will ich vor allem bemerken, dass er nach den schweren Krisen im Juli bald in seinen gewöhnlichen Zustand zurückkam und die Krankheit immer ihren regulären Verlauf nahm wie früher, wo er alle 30—40 Tage einen Anfall und wöchentlich 2—3 Bewusstlosigkeiten hatte. Diesem Patienten wurde hierauf zweimal Blut entzogen, einmal im September, ein andermal im November 1904.

Das Serum, das ich von diesem Aderlasse erhielt, fand ich immer ohne spezielle toxische Eigenschaft, wie es immer vor den obenbeschriebenen Krisen gewesen war. Deshalb muss man ohne weiteres auch in diesem Falle zugeben, dass die Hypertoxität, welche wir im Serum vom zehnten Aderlasse (im Juli) gefunden haben, wirklich in Beziehung zu den schweren Krankheitskrisen, welche 3 Tage danach erschienen, steht.

Wenden wir unsre Aufmerksamkeit im besonderen auf den dreitägigen Zwischenraum, d. h. als wir die Hypertoxität des Blutes konstatierten und als die ersten krankhaften Phänomene zum Ausbruch kamen. Dies beweist noch einmal, dass die toxischen Prinzipien des Blutes nur als Ursache der Krankheitsäusserungen anzusehen sind, wie ich schon beim 11. Falle D. B. gesagt habe.

Ich wollte nun im November 1904 den Effekt des eignen hypertoxischen Serums bei dem Epileptiker S. A., welches vor ungefähr 5 Monaten hergestellt wurde, experimentell untersuchen, als die Krankheit schon seit längerer Zeit ihren regulären Verlauf angenommen hatte. Nach einer Seruminjektion von einer Dosis zu 10 ccm zeigten sich bei dem Patienten ernste Phänomene toxischer Wirkung, lokale wie allgemeine, gleich jenen, welche sich bei den andern obenbeschriebenen hypersensiblen Epileptikern gezeigt hatten.

Diese Tatsache bestätigt daher vollkommen, was wir weiter oben beim Patienten C. A. (Fall 10) beobachten; wenn er mit eignem hypertoxischen Serum injiziert wurde, zeigte sich während des Krankheitsverschlimmerungszustandes keine bemerkenswerte Reaktion, während 4 Monate später, d. h. als er in seinen gewöhnlichen Krankheitszustand zurückgekehrt war, die Injektionen des hypertoxischen Serums, das von ihm selbst stammte, ernste Phänomene von Vergiftung hervorriefen. Das zeigt deutlich, dass mit der Rückkehr des gewöhnlichen Krankheitszustandes bei diesem Patienten eine starke Veränderung seines Urstoffes geschah, sodass das eigne Serum bei ihm wirkte, als wenn es heterogenes Serum sei, welches mit der höchstgradigen Toxität ausgestattet ist.

Wenn wir also die hier angegebenen Tatsachen zusammenfassen wollen, so sehen wir, dass das Blutsrum, welches einem Epileptiker, welcher sich im gewöhnlichen Krankheitszustande befand, entzogen wurde, keine spezielle Toxität zeigte, sodass es auch von andern Epileptikern, auch in erhöhten Dosen injiziert, getragen werden kann, ohne unmittelbare Phänomene akuter Vergiftung hervorzubringen. Statt dessen kann das Serum, welches im Verschlimmerungszustande der Krankheit (z. B. status epilepticus) entzogen wird, eine hochgradige Toxität annehmen, und wenn dieses hypertoxische Serum anderen Epileptikern

injiziert wird, wirkt es wie ein starkes spezifisches Gift gleich Antiserum von Epileptikern.

Auch bei nicht epileptischen Individuen erhält man gleiche Phänomene spezifischer Vergiftung mit diesem hypertoxischen Serum, nur mit dem Unterschiede, dass bei diesen bis jetzt niemals das Verschwinden der epileptischen Krisen bemerkt worden ist. Dies schliesst nicht aus, dass, wenn man die Dosis des Serums vergrössert, man auch bei andern nicht epileptischen Individuen diese Krisen erhalten kann.

Ich habe dann der Kontrolle wegen die Wirkung des Blutserums verschiedener Geisteskranker (Manie, depressiver Wahnsinn, Delirium acutum, Pellagra, Dementia praecox, besonders katatonische Formen, schwere Hysterie etc.) bei Epileptikern und nicht epileptischen Individuen geprüft; aber die Ergebnisse waren immer negative, da das Serum dieser Kranken niemals irgendwelche toxische Wirkung zeigte. Dies beweist, dass der hypertoxische Zustand des oben erwähnten Serums sehr wahrscheinlich ein besonderes Phänomen der Epileptiker ist.

Man sieht hieraus, dass diese Resultate von grosser Wichtigkeit in der autotoxischen Aetiologie der Epilepsie sind. Ich will daher nicht weiter darauf eingehen.

Ich will hier nur noch an die Versuche erinnern, welche Fano und Zanda⁷⁾ gemacht haben mit Blut von Tieren, die an der Schilddrüse operiert worden waren. Diese Resultate haben viel Aehnlichkeit mit den meinen und helfen die Tatsachen erklären, welche ich beobachtet habe. Diese Verfasser machten wiederholte Versuche an gesunden Hunden, welchen sie Serum von Hunden, die im aktiven Stadium von Tetanie thyreopriva waren, injizierten; in einem Falle zeigten sich nach Injektionen in der Dosis zu 150—350 ccm des obengenannten Serums Phänomene spezifischer akuter Vergiftung.

Fast gleiche Resultate erhielt Rogowitsch⁸⁾ als er vorher einem Tiere die Schilddrüse entfernte.

Lenken wir unsre Aufmerksamkeit im besonderen auf die enormen Dosen Serum von an Schilddrüsen operierten Tieren, welche die Verfasser anwenden mussten, um Phänomene spezifischer Vergiftung zu erhalten; bei Epileptikern war das Gegenteil der Fall.

Man muss daher annehmen, dass in diesen beiden Fällen der Autointoxikation nicht allein die Natur verschieden ist, sondern auch dessen Ursprung und dessen Beziehung zu der Blutmasse.

Bei an Schilddrüsen operierten Tieren, wo das Serum wenig toxisch wirkt, müssen wir zugeben, dass das spezifische Gift, ebenso wie im lebenden Plasma, so auch im Serum sich in denselben Proportionen befindet. Dies scheint mir nicht möglich bei Epileptikern, da ich mir nicht erklären kann, wie dieselben nach einer so grossen Quantität von starkem Gift noch weiter fortleben können.

Es gibt zwei Hypothesen, um diesen wirkungslosen Zustand des epileptogenen Giftes zu erklären: entweder hat sich im Organismus des Epileptikers zu gleicher Zeit mit dem Toxin ein spezifisches Antitoxin gebildet, welches die Wirkung des ersteren paralyisiert, oder es handelt sich um ein Toxin, welches mit den zelligen Elementen des Blutes eng verbunden ist, von denen es durch einen phagolytischen Prozess losgelöst wird. Welche von den beiden Hypothesen

die richtige ist, können nur die weiteren Untersuchungen ergeben. Unsrer Ergebnisse beweisen jedoch nochmals die enge Beziehung des epileptogenen Giftes zu der Blutbeschaffenheit, und das erklärt, wie die Ursache der Zirkulationsstörung der Blutkonstitution auch sogleich eine Krankheitsverschlimmerung hervorruft (Alkoholismus, Verdauungsstörungen, Erregungen usw.) und dass bei Frauen die Krankheit oft in Verbindung ist mit der Menstruation.

Die negativen Resultate meiner Versuche, welche ich mit Dr. Pastrovich⁹⁾ machte, indem ich künstliche Epilepsie bei Hunden hervorzubringen suchte und denen ich zu gleicher Zeit eine Verletzung der motorischen Zentren und der Organe der inneren Sekretion (Schilddrüsen, Nebennieren usw.) beibrachte, finden ihre Erklärung ebenfalls in dieser intimen Beziehung des epileptogenen Giftes zur Blutbeschaffenheit.

Wenn man auch bei den 4 letzten schweren Kranken immer eine bestimmte und bedeutende Hypertoxität des Blutserums fand, so fehlte sie doch fast gänzlich in dem Blutserum einer neuen, 14jährigen Patientin, welche seit einigen Wochen 10—15 Anfälle pro Tag hatte.

Dies ist also ein klarer Beweis, dass die Toxität des Blutserums nicht zur Krankheitschwere in direkter Beziehung steht; sondern dass diese, sehr wahrscheinlich, von der Quantität des Giftes, welches sich im aktiven Zustande im lebenden Plasma befindet, abhängt.

Der hypertoxische Zustand im Serum eines Epileptikers, wenn er auch ein transitorisches Phänomen ist, wenigstens in den Fällen, wo der Ausgang nicht tödlich ist, kann für mehrere Tage unverändert andauern, wie wir bei unsern Epileptikern, besonders im Falle 10 und 11 gesehen haben, wenn auch noch keine Krankheitsäusserungen (Anfälle, psychische Störungen) sich zeigen. Eine besondere Betrachtung verdient diese Tatsache, da sie den Mechanismus des accessualen Charakters der Krankheit betrifft, welcher nur gedeutet werden kann als eine dynamische Entladung der Nervenzentren, wie ich schon anderswo behauptete.

Ausser den äusseren Symptomen, welche ich in Betrachtung zu ziehen suchte, geschehen in dem Organismus, infolge der Injektionen mit hypertoxischem Serum der Epileptiker, andre nicht weniger interessante Tatsachen, welche unbemerkt vor sich gehen können, weil es sich um Vorgänge handelt, die sich vollständig unsrer direkten Beobachtung entziehen.

Ich möchte von den Modifikationen sprechen, welche in der organischen Flüssigkeit und hauptsächlich im Blute stattfinden, auf welche Gehartz jr.¹⁰⁾ kürzlich in seiner Arbeit die Aufmerksamkeit gelenkt hat. Er konstatiert, dass, wenn man das eigne Serum einem Epileptiker einspritzt, mit der Verbesserung des Krankheitszustandes zu gleicher Zeit eine schnelle, bemerkbare Vermehrung der polynukleären Leukocyten und der Uebergangsformen entsteht, auf Kosten der kleinen und grossen monukleären und eosinophilen Zellen, wie dies nach Injektionen mit therapeutischem heterogenem Serum geschieht. Aber von dieser Leukocytose und von andern biochemischen Reaktionen behalte ich mir vor, in einer andern Arbeit zu sprechen, wo ich die Resultate meiner persönlichen²⁾ Nachforschungen publiziere.

Folgende Schlüsse ziehe ich aus dem Komplex der hier angegebenen Tatsachen über die toxische Eigenschaft des Serums.

1. Das Serum der Epileptiker, das, während des regulären Verlaufs der Krankheit in accessualen oder in interaccessualen Phasen entzogen, in einer Dosis von 10 ccm anderen Epileptikern injiziert wird, wird von diesen gewöhnlich vertragen, da es kein unmittelbar akutes Phänomen erzeugt.

2. In den schweren Fällen und mehr noch in den Perioden der Verschlimmerung (status epilepticus), welche nicht selten ohne jede Ursache entstehen und den regulären Verlauf der Krankheit stören, wird das Blutserum der Epileptiker sehr oft ganz bedeutend hypertoxisch, da es charakteristische toxische Eigenschaften, gleich jenen, welche das menschliche Antiserum zeigt und besonders das, das präpariert worden ist, indem man einem Tiere Epileptiker-serum injiziert, annimmt. Das hypertoxische Serum eines Epileptikers, auch in kleinen Dosen angewandt, ist daher fähig, bei jeglichem Epileptiker sofort Phänomene akuter Vergiftung mit lokaler und allgemeiner Reaktion zu erzeugen. Letztere zeichnen sich aus besonders durch Kopfschwere, geistige Verwirrung etc. und einen fieberhaften Zustand und Verschlimmerung der epileptischen Symptome.

3. Der Toxitätsgrad im Blutserum eines Epileptikers steht nicht in direkter Beziehung zur Krankheitsschwere. Nicht alle Epileptiker reagieren in demselben Intensitätsgrade auf die Wirkung des obengenannten hypertoxischen Serums, sondern bieten bemerkenswerte individuelle Verschiedenheiten dar. Die Epileptiker, welche grosse Dosen von hypertoxischem Serum vertragen, sind auch weniger sensibel auf die Injektionen mit spezifischem Antiserum und umgekehrt.

4. Wenn man einem Epileptiker während der Verschlimmerungsphase der Krankheit eine bestimmte Dosis (10 ccm) des eignen hypertoxischen Serums einverleibt, so erhält man keine Phänomene akuter Vergiftung; wenn man statt dessen diesem Epileptiker das eigne hypertoxische Serum injiziert, einige Tage nachdem die Phänomene verschwunden sind, d. h. wenn Patient wieder in seinen normalen Zustand zurückgekehrt ist, so hat man sofort Phänomene akuter Vergiftung, wie jene, welche man bei andern Epileptikern hat.

5. Die Hypertoxität des Serums eines Epileptikers kann auch einige Tage dem Ausbruch der Verschlimmerungsphasen der Krankheit vorangehen und darum muss diese in Beziehung gebracht werden zur Ursache der Verschlimmerung.

6. Bei Menschen, welche nicht epileptisch sind, kann die Injektion mit diesem hypertoxischen Serum eine akute toxische Wirkung hervorbringen, aber gewöhnlich wenig heftig und ohne spezifische Symptome von Epilepsie.

7. Von den verschiedenen Tierspezies (Hund, Katze, Kaninchen, Meerschweinchen, weisse Maus und Huhn) wird dieses hypertoxische Serum, in sehr starken Dosen injiziert, wie das normale menschliche Serum vertragen, da diese keine Phänomene spezifischer unmittelbar toxischer Wirkung zeigen. Daher müssen die epileptogenen toxischen Prinzipien, welche im Blute der Epileptiker sind, als spezifisch für den Menschen angesehen werden.

8. Die Hypertoxität des Serums Epileptiker wird man dem übermässigen Vorhandensein der beiden Elemente, die das epileptogene Gift bilden, und zwar namentlich der sensiblen Substanz zuschreiben müssen.

Literatur.

1. Ceni: Neue toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums Epileptiker. „Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psych.“ März 1902.

- Ceni: „Rivista sperimentale di Freniatria“. Vol. XXVII; 1901.
— — „The Medical News“. Vol. 8, No. 10—11; 1902.
2. Catòla: Epilessia e sieroterapia. „Rivista di Patologia nervosa e mentale“. Vol. VIII, fasc. 9; 1903.
 3. Wende: Beiträge zur Blutserumbehandlung der genuinen Epilepsie nach Ceni: „Psychiatrisch-Neurol. Wochenschr.“ No. 35—36; 1903.
 4. Tiengo: Contributo alla cura dell'epilessia col metodo Ceni. „Rivista sper. di Freniatria“. Vol. XXX; 1904.
 5. Ceni: Spezifische Autocytotoxine und Antiautocytotoxine im Blute der Epileptiker. „Neurol. Centralblatt“ No. 8; 1903.
— — „Rivista sper. di Freniatria“. Vol. XXIX; 1903.
 6. Ceni e Pini: Sulla tossicità del sangue negli alienati. „Rivista sper. di Freniatria“. Vol. XXVIII; 1902.
 7. Fano e Zanda: Contributo alla fisiologia del corpo tiroide. „Archivio per le Scienze mediche“ 1889, t. XIII.
 8. Rogowitch: Sur les effects de l'ablation du corps thyroide chez les animaux. „Arch. de physiol.“ 1888.
 9. Ceni e Pastrovich: Richerche sperimentali sull'etiologia autotossica dell'epilessia. „Rivista sper. di Freniatria“. Vol. XXVII; 1901.
 10. Gehartz jr.: Zur Blutserumbehandlung der Epilepsie. „Neurol. Centralblatt“ 1904, No. 18.

II. Vereinsberichte.

III. Landeskonferenz der ungarischen Irrenärzte in Budapest.

(Fortsetzung und Schluss.)

III. Sitzung am 24. Oktober 1904, vormittags.

102) **Salgó** (Budapest): Referat über: Die anstaltliche Behandlung mittelloser Nervenkranker.

Die Entwicklung des Irrenwesens hat den Fachkreisen die Ueberzeugung beigebracht, dass die schwere Frage der Geisteskrankheiten in der bisher befolgten Art und Weise nicht zu lösen sei. Zuzufolge der bestehenden Aufnahmeschwierigkeiten und des obligatorischen Entmündigungsverfahrens führt die irrenanstaltliche Behandlung nur zu einer Anhäufung der unheilbaren Elemente, während ein eigentliches Heilverfahren und damit die Heilung nur in sehr geringem Masse zur Geltung kommen kann. Das Heilverfahren kann nur dann von Erfolg begleitet sein, wenn es im frühesten Stadium der Krankheit einsetzt. Deshalb ist es notwendig, dass die sogenannten Nervenkranken früher einer entsprechenden Behandlung teilhaftig werden, was wieder nur dann möglich ist, wenn die Aufnahme in der liberalsten Form gehandhabt und das Entmündigungsverfahren nur dem Bedürfnisse entsprechend eingeleitet wird. Ref. würde es für viel zweckmässiger halten, wenn durch ein modifiziertes Irrengesetz die schon bestehenden und noch zu errichtenden Irrenanstalten in der Weise reformiert würden, dass sie in die Lage kämen, jeden sich meldenden

Nervenkranken ohne weiteres aufzunehmen und seinem Zustande entsprechend zu versorgen.

Diskussion.

Pándy schliesst sich den Ausführungen des Ref. an und weist darauf hin, dass wir bei einzelnen heimatlichen Instituten bereits Vorbilder für das angeregte Projekt besitzen.

Fischer (Pozsony) erklärt sich auch einverstanden mit den Vorschlägen des Ref., da dieselben mit der Anschauung harmonieren, die er selbst vertritt, dass man mit Geisteskranken ebenso zu verfahren habe, wie mit körperlich Kranken. Wie aber in ein Augenspital unheilbare Blinde nicht aufgenommen werden, so sollten auch in einem Spital für Geisteskranke Unheilbare nicht untergebracht werden; diese gehören in die Irrenanstalt. Die Nervenabteilungen seien am besten im Anschlusse an Spitäler zu errichten.

v. Oláh ist wie Ref. der Ansicht, dass die Irrenanstalten in ihrer gegenwärtigen Gestalt nicht aufrecht erhalten werden können; man muss ihre Pforten öffnen und sie für die Uebergangs- und Frühformen zugänglich machen. Eigene Anstalten für diesen Zweck möchte er nicht befürworten; jedenfalls aber müssten sie im Anschlusse an Irrenanstalten errichtet werden.

Epstein sieht in dem Wunsche Fischer's ein ideales Begehren, von dessen Verwirklichung angesichts unserer traurigen Verhältnisse auch nicht einmal die Rede sein könne. Diese Verhältnisse zu verbessern, sei immerhin wünschenswert; doch müssen wir uns vor allem auf dem Gebiete der Prophylaxe betätigen. Und hier kommt jene grosse Menge in Frage, die nicht in der Lage ist, teure Privatsanatorien aufzusuchen, und so unrettbar verloren gehe. Daher regte er schon 1897 die Idee an, ein Volkssanatorium für Nervenkranke zu errichten. Eine Detailfrage sei es, ob ein solches Sanatorium an eine Irrenanstalt angegliedert werde oder nicht.

Raisz bemerkt, dass die vom Ref. erörterte Frage zum Teil mit der Familienpflege im Zusammenhange stehe, diese aber hänge, wie manche andere Frage der Irrenfürsorge, mit dem Armenwesen zusammen, so dass vor der Regelung des letzteren vieles nur ein frommer Wunsch sei. Im weiteren tritt er für die Idee einer kolonialen Irrenanstalt ein.

Telegdi erwähnt, dass er neben der Irrenabteilung, die er leitet, auch eine kleine Abteilung für Nervenkranke zu errichten beabsichtigt.

Nach dem Schlussworte des Referenten folgt der Vortrag von

103) **Konrád (Nagyszeben):** Die Einführung der familiären Irrenpflege in unserem Vaterlande.

Die ungenügende Zahl der Irrenanstalten einerseits, die finanziellen Schwierigkeiten der Abhilfe andererseits machen eine Art der Versorgung der Geisteskranken notwendig, die weniger kostspielig und doch zweckentsprechend ist. Als solche empfiehlt sich die familiäre Pflege, bei deren Einführung allmählich 30—50% der untergebrachten Kranken nach aussen versetzt werden könnten, wodurch für die die Anstaltspflege dringender erheischenden Kranken Platz gewonnen würde. Vortragender skizziert die Vorzüge dieses Systems vom therapeutischen und wirtschaftlichen Standpunkt und meint, dass der Staat bei Anwendung desselben jährlich $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Million Kronen ersparen würde. Bei den heimischen Verhältnissen hält er das mit der Alt'schen Schule und

dem Dalldorfer kombinierte schottische System für das zweckmässigste. Er ist ein Anhänger der stufenweisen Entwicklung und findet es für nötig, dass das Publikum an diese neue Art der Krankenversorgung gewöhnt werde. — Seiner Ansicht nach könnte man die familiäre Pflege im Rahmen der bestehenden Einrichtungen einbürgern, und er skizziert die bezüglichlichen Methoden. Doch müsste gleichzeitig für die in sog. häuslicher Pflege befindlichen Kranken Vorsorge getroffen werden. Es liegt dies im eigensten Interesse des Staates, denn in den meisten Fällen ist es nur die Mangelhaftigkeit der Pflege, die diese Kranken gemeingefährlich und anstaltsbedürftig macht, während sie bei gehöriger Pflege auch ausserhalb der Anstalt sein könnten. Die Kosten der Versorgung dieser Kranken kann der Staat nicht übernehmen, hier muss die Gesellschaft Beihilfe leisten. Deshalb glaubt Votr., dass die Frage am besten durch einen über das ganze Land sich erstreckenden und unter hohem Protektorate stehenden philanthropischen Verein, der staatliche Unterstützung fände, zu lösen wäre.

Diskussion:

v. Oláh: Viele glauben, die familiäre Pflege sei nur auf dem flachen Lande durchführbar, doch sehen wir im Gegenteil, dass die grossen Kulturzentren ihre Kranken nicht weit weg von sich geben, sondern in der Nähe halten, denn der Kranke hat nicht nach dem Felde, sondern nach der Werkstatt Verlangen. Er selbst knüpfte bereits Verhandlungen an, um in unmittelbarer Nachbarschaft der Hauptstadt Kranke unterzubringen und hofft, dass dieselben zu einem befriedigenden Resultate führen werden. Mit einigen Privatkranken machte er auch schon Versuche und fand, dass das Volk Verständnis zeigt, so dass nicht zu zweifeln ist, dass die Sache rascher gehen werde, als wir dachten. Von der Opferwilligkeit der Gesellschaft verspricht er sich nicht viel; successive neben den Anstalten muss das Projekt verwirklicht werden.

Moravcsik ist auch dafür, dass die ersten Versuche in nächster Nähe der Anstalten zu machen wären; dann könnte das System allgemeiner und in grösserem Massstabe durchgeführt werden, wobei die öffentliche Meinung sich allmählich an die neue Idee gewöhnen würde.

Niedermann meint, dass die Verhältnisse im Auslande günstiger seien, als bei uns; das Krankenmaterial sei weniger gut geeignet. Er ist mehr Anhänger des Gheeler kolonialen Systems.

Salgó, Fischer und Pándy erhoffen Gutes von der familiären Pflege, nur mahnen sie zur Vorsicht in der Durchführung derselben, damit die Sache nicht kompromittiert werde. Von der öffentlichen Wohltätigkeit versprechen sie sich nichts.

Chyzer versichert, dass die Sanitätsleitung stets für die freie Behandlung der Geisteskranken eingenommen war und es sei nicht ihr Verschulden, wenn in dieser Hinsicht noch nichts geschehen sei. Er schildert die Art und Weise, wie man in Frankreich vorging, um die Familienpflege einzuführen und bespricht auch die Gheeler Verhältnisse. Bei uns aber gebe es nur wenige Provinzen, wo das geschilderte System eingebürgert werden könnte; in den nördlichen Gebieten gibt es keine entsprechenden Wohnungen, der Ungar des Tieflands (Alföld) wieder sei zu stolz, um einen Geisteskranken bei sich aufzunehmen; vielleicht ginge es im Szepeser Komitat (Zips), dann bei den Székeln und Sachsen in Siebenbürgen. Von der öffentlichen Wohltätigkeit

sei nichts zu erwarten und das Durchführungsprojekt des Votr. hält er für zu bürokratisch.

Vortragender klärt seinen Vorschlag bezüglich der öffentlichen Wohltätigkeit dahin auf, dass er darunter nur die Heranziehung von Vereinen und Gemeinden verstanden habe, und erwidert dann auf die Bemerkungen der Vorredner.

104) **Ranschburg** (Budapest): Leicht Schwachsinnige als Zeugen.

Votr. erläutert zunächst die Aussageforschung und berichtet dann über die Versuche, die er an 30 jungen, debilen Individuen anstellte. Es zeigte sich bei denselben auf Grund erblicher oder erworbener Belastung eine Langsamkeit, Mangelhaftigkeit der geistigen Entwicklung, doch nicht in einem solchen Grade, dass der Schwachsinn überaus eklatant und z. B. gelegentlich einer Funktion als Zeugen vor Gericht auffallend und leicht zu beweisen gewesen wäre. Aus den nach der Methode von W. Stern angestellten Versuchen ergab sich, dass bei solchen leicht Schwachsinnigen die spontane Erinnerung an soeben Wahrgenommenes im Verhältnis zur Zeugenaussage normaler Kinder und junger Leute an Umfang nur halb so gross und um mehr als das Doppelte unzuverlässig sei. Beim Ausfragen, welches der Zeugenvernehmung entspricht, geben die leicht Schwachsinnigen beinahe auf jede Frage eine bestimmte Antwort, hingegen sind ihre Angaben in mehr als 40% fehlerhaft. Die Fragen waren zum Teil suggestiv, d. h. bezogen sich auf die Einzelheiten nicht wahrgenommener Sachen. Solchen Fragen können auch normal veranlagte junge Individuen schwer widerstehen, ihr Verstand ist in dieser Beziehung gewissermassen physiologisch schwach. So erhielt Stern in 16% zweifelhafte, in 25% fehlerhafte Antworten. Die leicht Schwachsinnigen gaben nur in 34% richtige, in 8,4% unbestimmte und in 57,4% fehlerhafte Antworten. Im ganzen gaben sie auf 324 solche Fragen, die sich auf nicht bestehende Sachen bezogen, 186 mal eine positiv falsche Auskunft.

Diese Untersuchungen lenken unsere Aufmerksamkeit auf die Funktion der Kinder als Zeugen. Selbst die Vernunft des normalen intelligenten Kindes erweist sich, hauptsächlich bei suggestiven Fragen, zu schwach, um wirkliche und fiktive, assoziativ hinzugegebene Einzelheiten von einander zu unterscheiden. Die Widerstandsfähigkeit Suggestionen gegenüber wächst vom 7. bis zum 14. Lebensjahre um 50%. Doch ist ein leicht schwachsinniges Kind, selbst wenn der geistige Defekt in seinem äussern Benehmen nicht auffällt, als Zeuge für hochgradig schwachsinnig zu nehmen und bis zu seinem 16. bis 17. Lebensjahre überhaupt nicht zuverlässig. Auf diesen Umstand hat der Richter, wie der ärztliche Sachverständige Rücksicht zu nehmen. (Eigenbericht.)

105) **Fischer** (Budapest): Die anstaltliche Unterbringung und Behandlung Imbeziller.

Die Imbezillen sind aus den Irrenanstalten, wo sie auf die Behandlung der übrigen Kranken störend und hindernd einwirken, zu eliminieren; gleichzeitig aber ist für sie anderweitig Sorge zu tragen, indem sie in eigenen Anstalten untergebracht werden, die die Mitte halten zwischen Irrenanstalt und Gefängnis, wo sie einerseits unter strenger Aufsicht gehalten, andererseits einer entsprechenden Behandlung teilhaftig werden können. Votr. schildert die Anschauungen und Vorschläge Colin's und Nücke's und empfiehlt seinerseits mit

Bezug auf die heimischen Verhältnisse, dass die unruhigen, zügellosen Elemente in der dem Zentral-Gefängnisse angeschlossenen Irrenabteilung interniert werden. Eine bessere Lösung aber wäre es, wenn im Anschlusse an die neu zu errichtende koloniale Irrenanstalt ein eigener Pavillon für Imbezille bestimmt werden würde. Die aktiven Elemente müssten von den passiven getrennt sein und einer strengeren Aufsicht unterstehen. Alle sollten in der Landwirtschaft und in den Werkstätten zur Arbeit angehalten werden, namentlich die etwas besseren Elemente müssten pädagogische Anleitung finden, wobei aber eventuell auch Strafen am Platze wären. Die Entlassung dürfte vorerst immer nur probeweise geschehen und sie müssten auch weiterhin im Augenmerk behalten, wenn nötig, auch unterstützt werden.

Moravcsik schliesst sich den Ausführungen des Votr. an.

IV. Sitzung vom 24. Oktober 1904, nachmittags.

106) **Fischer (Pozsony):** Ueber die Neurasthenie und das Eingangsstadium der progressiven Paralyse.

Die Neurasthenie ist eine überwiegend psychisch entstehende und chronisch verlaufende Erkrankung des Nervensystems, deren Hauptcharakterzug es ist, dass die geistige Arbeitsfähigkeit sinkt, ohne dass die geistigen Fähigkeiten selbst einen wesentlichen Defekt zeigen würden. Die Neurasthenie mit ihren sicher und genau umschreibbaren Erscheinungen bildet ein einheitliches Krankheitsbild, das mit andersartigen Zuständen und Krankheiten des Nervensystems nicht zu verwechseln ist. Das Anfangsstadium der progressiven Paralyse kann in seinen Symptomen der Neurasthenie ähnlich sein, aber die bei derselben früh wahrnehmbaren Ausfallserscheinungen und Lähmungen, deren Entwicklung man deutlich verfolgen kann, sprechen gegen die Neurasthenie, während das Fehlen derselben und die Anwesenheit von Sinnestäuschungen, Phobien, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen für dieselbe sprechen. In der überwiegenden Zahl der Fälle endet die Neurasthenie mit Heilung und geht nicht in Paralyse über. Wenn ein Neurastheniker paralytisch wird, so ist das nicht der Neurasthenie, sondern jenen ätiologischen Momenten zuzuschreiben, die für gewöhnlich die Paralyse hervorzurufen pflegen. (Eigenbericht.)

Diskussion:

Salgó behauptet dem Vortragenden gegenüber aufs entschiedenste, dass Neurasthenie in Paralyse übergehen kann.

Ferenczi hält die sog. Phobien nicht für neurasthenische, sondern für degenerative Erscheinungen, für rudimentäre Psychosen. Er akzeptiert es auch nicht, dass die Neurasthenie eine psychogene Erkrankung sei; vielmehr werde sie durch eine körperliche Veränderung, und zwar durch irgend eine krankhafte Veränderung des Gehirns verursacht.

Ranschburg meint, die Differenzialdiagnose sei schwer, der Uebergang von Neurasthenie in Paralyse sei möglich, finde aber selten statt.

107) **Alexander, Prof. d. Philos. (Budapest):** Apperzeptions- und Assoziationsrichtung in der Psychologie.

Votr. erörtert zunächst den Begriff der Assoziation und skizziert die Geschichte der Assoziationsrichtung. Er weist nach, dass der Begründer dieser

Richtung Hume sei und bespricht die Wandlungen, welche diese Richtung bis auf unsere Zeit durchgemacht hat. Er verfolgt auch den Begriff der Apperzeption in seiner geschichtlichen Entwicklung von Leibniz bis Wundt. Dann erörtert er einige methodologische Grundsätze, deren er bei der Beantwortung der gestellten Frage bedarf. Die psychologischen Grundbegriffe, sogar die Beschreibung der psychologischen Erscheinungen werden hauptsächlich durch den Umstand verwirrt, dass wir die zur Aufarbeitung unserer Erfahrungen dienenden Kategorien sämtlich aus den Tatsachen der äussern Erfahrung schöpfen und diesen anpassen und sie dann kritiklos auf die seelischen Erscheinungen in Anwendung bringen. So entstand jene atomistische Psychologie, die sich vornehmlich auf die Theorie der Assoziation stützt.

Im dritten Teile seines Vortrages analysiert er die charakteristischen Eigenschaften des Bewusstseins, prüft den Begriff der Apperzeption, die Einheit des seelischen Lebens und gelangt zu dem Resultate, dass das Denken kein passiver, sondern ein aktiver Vorgang sei, den man mit der Assoziation allein nicht erklären kann. Aber zu demselben Resultate gelangen wir, wenn wir uns von jener Einseitigkeit frei machen, die in dem Seelenleben hauptsächlich das Denken in Betracht zieht und so das ganze psychische Leben intellektualisiert. Indem Votr. die Tatsachen des Gefühls und des Willens untersucht, kömmt er zu dem Ergebnisse, dass Gefühl und Wille aus dem Denken nicht ableitbar seien, dass dieselben besondere Kundgebungen des einheitlichen seelischen Lebens sind. Die Assoziationsrichtung begeht zwei Fehler: sie intellektualisiert und mechanisiert das psychische Leben; Apperzeption aber ist kein glücklich gewählter Name für jene richtige Auffassung, deren leitendes Prinzip lautet: Einheit des psychischen Lebens und Aktivität des psychischen Lebens.

(Eigenbericht.)

An der Diskussion beteiligen sich Ranschburg und Donath.

108) **Pattantyús (Ilava)**: Der Einfluss des psychischen Lebens auf die tuberkulöse Erkrankung.

Auf Grund fünfzehnjähriger Erfahrung, die er als Arzt einer Detentionsanstalt gemacht hat, führt Votr. aus, in welcher Weise die Erscheinungen des psychischen Lebens: gedrückte Stimmung, wechselnde seelische Erregung zur Gelegenheitsursache tuberkulöser Erkrankung werden. Unter sonst unveränderten hygienischen Verhältnissen war die Mortalität an Tuberkulose bei dem Isoliersystem 22,7%, bei gemeinsamem Kerkersystem 12,8%.

Schamgefühl, Hoffnungslosigkeit, Schmerz über den Verlust der Freiheit etc. treten infolge der Einzelhaft, insbesondere bei den moralisch weniger Verkommenen, erstmalig Verurteilten intensiver auf, rufen bei dem einen Erregung und Erregbarkeit, bei dem andern Apathie hervor, üben eine nachteilige Wirkung auf die vegetativen Funktionen, vermindern die Widerstandsfähigkeit und erzeugen tuberkulöse Disposition. Durch günstige psychische Einwirkung erreichte Verf. es, dass in seiner Anstalt die Sterblichkeit an Tuberkulose von 5,2% auf 1,4% fiel.

Zur weiteren Bekräftigung seiner Behauptung über die deletäre Wirkung der erwähnten psychischen Momente führt Verf. statistische Angaben an, wonach die Mortalität im allgemeinen in den fünf ersten Jahren sich folgendermassen gestaltet: bei den von 5—10 Jahren Verurteilten: 19,6%, bei den von

10—15 Jahren Verurteilten: 31,5% und bei den über 15 Jahre Verurteilten sogar 40%.

Diskussion.

Niedermann bezweifelt, dass die vom Votr. wahrgenommene Besserung der Sterblichkeitsverhältnisse der günstigen psychischen Einwirkung zu danken sei, glaubt vielmehr, dass die hygienischen Bedingungen bessere geworden sein dürften. Er erinnert diesbezüglich an die unter seiner Leitung gestandene Irrenanstalt in Lipótmező, wo die Sterblichkeit an Tuberkulose innerhalb eines Jahres von 12% auf 7% herabgefallen war, als 1. an Stelle der weichen Fussböden, die mit Steinsand gescheuert worden waren, mit einem Kostenaufwand von 120 000 Kr. in der ganzen Anstalt Hartholzparketten gelegt wurden; 2. mit der Einführung der Wasserleitung die offenen Aborte durch Wasser-klosetts ersetzt wurden; 3. die Verköstigung der Kranken in eigene Regie übernommen wurde und 4. mit dem Zellen-systeme gebrochen und die Bettbehandlung eingeführt wurde.

Pándy tritt für die Behandlung im Freien ein.

Pattantyús wiederholt, dass die hygienischen Verhältnisse ungeändert blieben und doch mit dem Aufhören der Einzelhaft die Sterblichkeit an Tuberkulose herabging.

109) **Donáth** (Budapest): Zur Psychopathologie der sexuellen Per-versionen.

An der Hand eines Falles von Masochismus, bei dem auch sadistische Triebe zutage traten, sowie auf Grund der sich stets mehrenden Beobachtungen, die sich auf verschiedene gemischte bzw. Uebergangsformen von Sadismus und Masochismus beziehen, erörtert Votr., dass diese Bezeichnungen nur für die extremen, nicht aber für die gemischten Fälle passen. Für die letzteren eignet sich besser der von v. Schrenk-Notzing vorgeschlagene Name „Algolagnie“ („Schmerzgeilheit“). Um diese sexuellen Anomalien einheitlich erklären zu können, müssen wir auf die Erscheinungen der tierischen Paarung zurückgreifen. Von Seite des Männchens aggressives Auftreten, Kampflust und oft ein förmlicher Kampf auf Leben und Tod mit den Rivalen um das Weibchen, die Verfolgung des letztern: all das geht mit Erregung, Schmerzerzeugung, sogar Blutvergiessen einher; von Seite des Weibchens Furcht, wirkliche oder scheinbare Flucht und Unterwerfung. Diese heftigen Bewegungen, wie auch der Zorn und der Schmerz reizen die Vasomotoren, die psychomotorischen Zentren und mit diesen die Geschlechtsorgane und bewirken die zum Geschlechtsakte nötige Blutfülle. Der Sadismus erscheint daher als Uebertreibung der männlichen Charakterzüge, ohne dass er auf das männliche Geschlecht beschränkt bliebe, ebenso wie der Masochismus, ursprünglich eine Eigenschaft des Weibes, in seiner krankhaften Entartung fast ausschliesslich beim Manne vorkommt, da beim Weibe diese Auswüchse durch Anstand und Sitte zurückgedrängt werden. Angefangen von den leichten Prügeln und Schlägen, von den kosenden Beleidigungen und wonnigen Bissen, bei denen schon Blut fliesst, die aber noch sämtlich innerhalb physiologischer Grenzen liegen, bis zu den schreckhaften Lustmorden kennen wir alle möglichen Uebergänge. So auch können Schläge — mögen sie aktiv oder passiv erfolgen — bei Knaben oder Mädchen die ersten dunklen geschlechtlichen Erregungen hervorrufen und bei neuropathischen Individuen einen endgültigen und entscheidenden Einfluss auf

das Geschlechtsleben ausüben. (In dem vom Votr. mitgeteilten Falle handelte es sich um einen ähnlichen Vorgang: mitangesehene Schläge lösten die erste Geschlechtsregung aus und an dieses Erlebnis knüpften sich späterhin masochistisch-sadistische Vorstellungen. Der gesunde Organismus reagiert nicht auf solche Reizmittel, hingegen nehmen psychisch degenerierte oder abnorme Individuen (event. Kinder und alte Leute) derlei Reize in Anspruch, um ihre schwache geschlechtliche Potenz zu erhöhen.

110) **Novák** (Ungvár): Beiträge zur Verpflegung Geisteskranker in kleineren Spitälern.

Votr. wünscht im weiteren Umfange die Errichtung von Irrenabteilungen. Fernerhin empfiehlt er wärmstens ein von ihm erfundenes und in seinem Spitale seit 15 Jahren erprobtes Zellsystem. Diese Zellen scheinen eine Art von grossen (2 m breiten und 3 m langen) Käfigen zu sein, die nach einem gemeinsamen Raume münden, nach oben offen, nach vorne durch ein Drahtgitter verschliessbar sind.

Trotz der warmen Empfehlung fand die Erfindung keinen Anklang und in der Diskussion nahm

Fischer (Pozsony) nur deshalb das Wort, um als Psychiater gegen das unpsychiatrische Ansinnen Stellung zu nehmen.

Niedermann und Chyzer äusserten sich bezüglich der Irrenabteilungen.

Hiermit fand die Vortragsreihe ihr Ende und nach Erledigung einiger Anträge wurde die Konferenz geschlossen. Epstein (Budapest).

III. Referate und Kritiken.

111) **Diagnostische Assoziationsstudien.** Arbeiten aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich unter Leitung von Dr. C. G. Jung. — Bleuler, Vorwort: Ueber die Bedeutung von Assoziationsversuchen.

(Journal f. Psych. u. Neurol., Bd. III, p. 49—54.)

Dr. C. G. Jung und Dr. Fr. Riklin. I. Beitrag: Experimentelle Untersuchungen über die Assoziationen Gesunder.

(Journal f. Psych. u. Neurol., Bd. III, 1904, p. 55—83, 145—164, 193—215, 283—308, u. Bd. IV, 1904, p. 24—67.)

Seit den grundlegenden Arbeiten aus der Heidelberger Klinik sind keine zusammenhängenderen Assoziationsstudien an Geisteskranken mehr erschienen. Und doch war eigentlich erst der Weg eröffnet zu einem enorm grossen und fruchtbaren Gebiet. Wie Bleuler in seinem geistreichen, knapp gehaltenen Vorworte zeigt, ist die Erforschung der Assoziationsstätigkeit für die Psychologie überhaupt und für die Psychopathologie von fundamentaler Bedeutung. „Wahrnehmen, Denken, Handeln hört auf, sobald das Assoziieren gehindert ist. Dieser Vorgang ist denn auch derjenige, welcher physiologisch ebenso fassbar ist wie psychologisch, und welcher, beiden gemeinsam, die psychischen Funktionen eng mit den nervenphysiologischen verbindet.“ Bei der Beobachtung der Psyche stossen wir immer wieder auf den Assoziationsvorgang; alles andere weicht unserer Untersuchung zurzeit noch aus.

Jung und Riklin haben sich bei ihren gross angelegten Assoziationsstudien von vorneherein von neuen Ideen leiten lassen und ihre Versuche weisen eine dem Zwecke geschickt angepasste Technik auf. Um der experimentellen Erforschung pathologischer Assoziationen den Weg zu ebnen, haben sie zunächst ein grösseres Material über Assoziationen Gesunder gesammelt und studiert. Es sollte erforscht werden:

1. Welches sind die Gesetze der Assoziationsschwankungen in der Breite des Normalen?

2. Welches sind die direkten Wirkungen der Aufmerksamkeit auf den Assoziationsvorgang?

Die allgemeine Methodik war die von Wundt eingeführte, von der Kraepelin'schen Schule zuerst in der Psychopathologie benutzte: Der Versuchsperson wird ein Reizwort zugerufen, auf welches sie möglichst rasch mit dem ihr zuerst einfallenden Reaktionswort antwortet. Zuerst wurden bei jeder Versuchsperson 200 Reaktionen ohne weitere Bedingungen aufgenommen. Es folgte eine zweite Versuchsreihe von 100 Reaktionen unter der Bedingung der inneren Ablenkung. „Die Versuchsperson wurde aufgefordert, ihre Aufmerksamkeit möglichst konzentriert dem sogenannten A-Phänomen (nach Cordes die Summe derjenigen psychologischen Phänomene, welche unmittelbar durch die Perzeption des akustischen Reizes hervorgerufen werden), zuzuwenden und daneben doch möglichst rasch, d. h. mit der gleichen Promptheit wie beim ersten Versuche, zu reagieren.“ Eine dritte, aus weiteren 100 Reaktionen bestehende Versuchsreihe erfolgte unter der Bedingung der äusseren Ablenkung. Die Versuchsperson musste während der Reaktionen gleichzeitig mit Metronomschlägen Bleistiftstriche ausführen. Ausserdem fanden bei einzelnen Personen Versuche im Zustande der Ermüdung, der Morgenschläfrigkeit und der Gereiztheit statt. Als Versuchspersonen dienten 14 gebildete Frauen, 9 gebildete Männer, 8 ungebildete Frauen und 7 ungebildete Männer mit zusammen über 12000 Reaktionen.

Die Klassifikation der Assoziationen geschah nach logischen und sprachlichen Gesichtspunkten in Anlehnung an das von Kraepelin-Asch affenburg aufgestellte Schema. Die Abweichungen finden in den sorgfältigen Ausführungen über die Einteilung ihre psychologische und praktische Begründung. Theoretisch geht die Einteilung bis zu einer minutiösen Gliederung; bei der Berechnung der Versuchsergebnisse, welche für jede Person in Form von Tabellen zusammengestellt sind, werden folgende Hauptgruppen berücksichtigt:

I. Innere Assoziation.

1. Koordination.
2. Prädikative Beziehung.
3. Kausalabhängigkeit.

II. Aeussere Assoziation.

1. Koexistenz.
2. Identität.
3. Sprachlich-motorische Form.

III. Klangreaktion.

1. Wortergänzung.
2. Klang.
3. Reim.

IV. Restgruppe.

1. Mittelbare Reaktion.
2. Sinnlose Reaktion.
3. Fehler.
4. Wiederholtes Reizwort.
 - A. Perseveration.
 - B. Egozentrische Reaktion.
 - C. Wiederholung.
 - D. Sprachliche Bindung.
 1. Gleiche grammatikalische Form.
 2. Gleiche Silbenzahl.
 3. Alliteration.
 4. Konsonanz.
 5. Gleiche Endung.

Die Autoren sind sich wohl bewusst, dass ihre Versuche nicht Assoziationen im engeren Sinne des Wortes darstellen, dass sie vielmehr nur eine sprachliche Reaktion, ein Symptom des psychischen Vorgangs geben, welches je nach dem Bildungsgrad der Versuchsperson anders zu bewerten ist. Dieser und ähnliche allgemeine Gesichtspunkte finden eine sorgfältige Abwägung und Berücksichtigung.

Mit diesem Rüstzeug haben nun die Autoren eine reichliche Fülle allgemein psychologischer und individualpsychologischer Tatsachen zu Tage gefördert, die hier nun zum Teil skizziert werden können. Das Referat kann das eingehende Studium dieser gehaltreichen Arbeiten nicht ersetzen, es will auf dieselben nur in entsprechender Weise aufmerksam machen.

Die Ablenkungsversuche zeitigten ein durchgehendes und eindeutiges Resultat. Ueberall, wo sie gelangen, trat eine Verflachung des Reaktionstypus ein. Unter Verflachung verstehen die Autoren eine Zunahme der äusseren Assoziationen und der Klangreaktionen auf Kosten der inneren Assoziationen. Die Ablenkung wirkt einmal hemmend auf die Entwicklung der inneren Assoziationen und begünstigt andererseits das Zustandekommen der mehr mechanischen Assoziationsformen und der Klangreaktionen. Letztere werden als die primitivsten Aehnlichkeitsassoziationen aufgefasst, die nur wenig über dem blossen Nachsprechen stehen. „Bei schlechter Aufmerksamkeit erhebt sich die Reizvorstellung nicht bis zur völligen Klarheitshöhe, oder mit anderen Worten, sie bleibt in einem peripheren Gebiete des Bewusstseinsfeldes stehen und wird bloss vermöge ihrer äusseren, klanglichen Erscheinung aufgefasst. Die Ursache dieser mangelhaften Auffassung liegt in der Schwäche ihres affektiven Tones, der seinerseits wieder von der Aufmerksamkeitsstörung abhängig ist.“

Die gleiche Verflachung, wie bei den Ablenkungsversuchen, findet sich in Assoziationsreihen, die im Zustande der Ermüdung aufgenommen werden. Aschaffenburg hatte angenommen, dass die Zunahme der sprachlich-motorischen Assoziationen in der Manie und in der Alkoholintoxikation mit der diesen Zuständen eigenen motorischen Erregung zusammenhänge. Die Autoren machen es wahrscheinlich, dass hier die motorische Erregung nur indirekt wirkt, insofern durch sie eine Störung der Aufmerksamkeit eintritt. Versuche im Zustande der Morgenschläfrigkeit und der Ablenkung durch ungewöhnlich starken, anhaltenden Affekt, Zustände, in denen die äussere Aufmerksamkeit maximal

herabgesetzt ist, zeigten eine enorme Verflachung des Assoziationstypus. Andererseits nehmen die inneren Assoziationen um so mehr an Zahl zu, je stärkere Affektbetonung die Reizworte für das Individuum haben, mit je mehr Aufmerksamkeit die Reizworte besetzt sind. Diese Erfahrungen bestätigen die Annahme, dass es überall eine Störung der Aufmerksamkeit ist, die zur Verflachung führt; Ermüdung, motorische Erregung, Affekt etc. kommen nur indirekt zur Wirkung. Für die Pathologie ist diese Feststellung von grundlegender Bedeutung.

Die Beziehungen zwischen Aufmerksamkeit und Auftreten eines flachen Typus sind ganz gesetzmässig. Wo Klangreaktionen vorkommen, ist eine Störung der Aufmerksamkeit zu vermuten und umgekehrt.

Die erwähnten Erscheinungen sind in der Individualpsychologie bedeutungsvoll. Ganz allgemein zeigen die gebildeten Personen im Normalversuch gegenüber den Ungebildeten einen flacheren Reaktionstypus, sie weisen also ein Ablenkungsphänomen gegenüber den Ungebildeten auf. „Woher rührt dieser Unterschied? Man kann nicht annehmen, dass die Gebildeten tatsächlich flacher dächten, als die Ungebildeten, das wäre ein Unsinn; man kann bloss annehmen, dass sie dem Experiment gegenüber flacher dächten, als die Ungebildeten.“ Der Ungebildete reagiert dem ihm fremden Experiment gegenüber mit grösserer Anstrengung. Das isolierte Reizwort ist für ihn etwas so ungewöhnliches, dass er es wie eine Frage auffasst und antwortmässig darauf reagiert. Beim Gebildeten dagegen kann das Reizwort blosses Wort, ohne besonderen Bedeutungswert bleiben. „Der Ungebildete verwendet hauptsächlich darum eine grössere Aufmerksamkeit, weil ihn die Bedeutung des Reizwortes mehr beeinflusst, als den Gebildeten.“

Individuell besitzen namentlich die Gebildeten einen sehr verschieden flachen Reaktionstypus. Die Versuchsperson 4 der gebildeten Frauen, eine 20 jährige Dame von ausgesprochenem motorischen Typus, reagiert im Normalversuch ganz oberflächlich, wohl eine Folge des Ueberwiegens der motorischen Sinnesanteile. Bei der Versuchsperson 2 der gebildeten Männer hatte der sehr flache Typus seinen Grund in einem Einstellungsphänomen. Die psychologisch gut gebildete und ausserordentlich konzentrationsfähige V.-P. hat von vornherein die Aufmerksamkeit ganz der Klangerscheinung des Reizwortes zugewendet und infolgedessen immer die zuerst auftretenden Assoziationen, sprachliche Verbindungen und Klänge, reproduziert. Bei der äusseren Ablenkung wurde bei dieser V.-P. die Einstellung gestört, die ausschliessliche Beobachtung der Klangerscheinung wurde abgeschwächt, die Zahl der inneren Assoziationen nahm zu.

„Jeder sprachbegabte Mensch verfügt über alle verschiedenen Assoziationsqualitäten; es hängt in der Hauptsache bloss vom Grade der dem Reizwort entgegengebrachten Aufmerksamkeit ab, welche Assoziationsqualitäten er entäussert.“ Die verschiedene Reaktionsweise der verschiedenen Individuen ist also ein Aufmerksamkeitsphänomen.

Einen starken Einfluss auf die Assoziationsreaktion übt die individuelle, charakterologische Disposition aus. Die Versuche erlauben die Unterscheidung zweier gut charakterisierter Typen:

1. „Ein Typus, bei dem in der Reaktion subjektive, oft gefühlsbetonte Erfahrungen verwendet werden.“ Derselbe lässt sich in drei Gruppen scheiden.

a) „Die vom Reizwort ausgehende Reizvorstellung wirkt namentlich durch ihren Gefühlston. Gewöhnlich ist es so, dass durch den Gefühlston, den die Reizvorstellung hat, sofort ein ganzer, dazu gehöriger Erinnerungskomplex angeregt wird. Die Reaktion erfolgt dann unter der Konstellation dieses Komplexes. Praktisch lässt sich die V.-P. dieses Typus wenigstens in ihren Extremen von anderen abtrennen. Wir bezeichnen diesen Typus als den **Komplexkonstellationstypus**.

b) Die vom Reizwort angeregte Vorstellung ist eine individuelle, meist dem täglichen Leben entnommene Erinnerung. Die Reaktion enthält diese Vorstellung oder ist doch wenigstens stark von derselben konstellierte.“ **Einfacher Konstellationstypus**.

c) „Die vom Reizwort angeregte Vorstellung wirkt durch das eine oder andere der ihr assoziierten Attribute (teils Sinnesanteile der Vorstellung, teils Gefühlstöne). Vermutlich tritt bei diesem Typus die Reizvorstellung primär sehr plastisch auf, wobei bald diese, bald jene Eigenschaft sich stark in den Vordergrund drängt, wodurch die Reaktion mitbedingt wird; sie enthält dadurch meist ein Prädikat des vom Reizwort bezeichneten Gegenstandes.“ **Prädikatstypus**.

2. „Ein Typus, bei dem die Reaktionen einen objektiven, unpersönlichen Habitus zeigen“. Beim ersten Typus ist die Einstellung eine egozentrische.

Beim ersten Typus ist die Reaktion durchaus nicht immer ein deutliches Symbol der inneren Vorgänge. Die egozentrische Einstellung kann zur Hebung von gefühlbetonten Komplexen führen, welche die V.-P. bewusst oder unbewusst nicht verraten will. Dieser Fall tritt namentlich ein beim **Komplexkonstellationstypus**. Der Komplex wird verdrängt und es wird eine andere, dem momentanen Richtungsgefühl entsprechende Assoziation vorgeschoben. Die Verdrängung verrät sich durch Verlängerung der Reaktionszeit, durch ungewöhnliche und verdächtige Fassung der Reaktion, durch eine Fehlreaktion, durch eine Perseveration, durch Assimilierung des Reizwortes, indem dasselbe in einem besonders seltenen Sinne aufgefasst wird oder durch das **Aufmerksamkeitsphänomen**. Im letzteren Falle reagiert eine V.-P., die sonst eine Reihe hochwertiger Assoziationen produziert, plötzlich mit einem Klang oder einer sonstwie auffallend oberflächlichen Assoziation. „Ein Komplex ist plötzlich aufgetaucht, hat eine gewisse Aufmerksamkeitsintensität auf sich gezogen, unterdessen wird reagiert, und vermöge der **Aufmerksamkeitsstörung** kann die Reaktion bloss eine oberflächliche sein.“

Einige Versuchspersonen reagieren ganz objektiv; andere sind zwar auch objektiv, man kann aber aus einzelnen Reaktionen einen Schluss auf die Beschäftigung der Person ziehen, z. B. bei einem Arzte treten verschiedene Termini technici auf. „Derartige Reaktionen sind aber nicht subjektiv, dem Individuum allein gehörig, sondern mehr oder weniger einem ganzen Stande.“ — Ein sehr schönes Beispiel des einfachen Konstellationstypus ist V.-P. 4 der gebildeten Männer. Einige Beispiele mögen die Eigenart dieser Reaktionsweise illustrieren:

Vater: Angstlich (V.-P. ist Vater eines Neugeborenen).

Traum: R. (Name eines Kollegen, der sich zu dieser Zeit mit Traumanalysen beschäftigte).

Weiss: Malaria (ein Patient, namens Weiss, litt an Malaria).

Aufpassen: Assoziationsversuch (momentane Konstellation).

Eine ganz besondere Sorgfalt und Aufmerksamkeit ist den höchst interessanten Symptomen des Komplexkonstellationstypus gewidmet, dessen Verständnis den Schlüssel zu vielen, später mitzuteilenden, pathologischen Erscheinungen gibt. Der Komplex ist meistens sexuell-erotischen Inhaltes. Sehr schöne Beispiele gibt V.-P. 5 und 7 der gebildeten Männer und V.-P. 3 und 5 der ungebildeten Frauen. Die erste hatte z. B. während der Zeit starker Zweifel wegen einer ernsthaften Liebschaft folgende Komplexkonstellationen:

Hochzeit — Unglück; leiden — ach Gott, ja!

Kummer — wer nie die kummervollen Nächte.

Küssen — nie; spielen — ist unnütz etc.

In späteren Versuchen wurde der Komplex durch Zitate und Wiederholungen mehr verdeckt. Welcher komplizierten Mittel ein affektbetonter Komplex sich oft bedient, möge ein Beispiel einer anderen Versuchsperson illustrieren.

Eine 21 Jahre alte Pflegerin reagiert auf träge — warum. Zugrunde liegt das Zitat:

„Zu der Spinne kam das Mädchen,

Und sie sprach: Warum so spät?

Schon drei Stunden spinn ich Fädchen,

Sieh, wie fein und zart gedreht!“

Im Reizwort „träge“ ist der Inhalt dieser Verse zusammengefasst. Ausserdem ist die Reaktion klanglich determiniert durch die Reizwörter spät und gedreht. Es ist zu einer deutlichen Verdichtung (Freud) der Faktoren: Situation und augenfällige Form zu einem Wort: „träge“ gekommen und zwar im Unterbewussten; dies wird schon durch den Umstand bewiesen, dass die Reaktionszeit ganz kurz (1,8 Sekunden) und daher von bewusstem Zitatsuchen keine Rede ist.

Die Pflegerin hatte sich in den letzten Tagen mehrfach darüber geärgert, dass eine andere Pflegerin sie am Morgen nach dem Nachtdienst im Wachsaal zu spät ablöste. Den Ausdruck für diese gefühlsbetonte Situation finden wir in der Reaktion.

Diese wenigen, aus dem Zusammenhang herausgerissenen Beispiele könnten den Verdacht erwecken, dass es sich um spitzfindige Deutungen handle. Nur das sorgfältige Studium der mannigfaltigen und durch überreiche Beispiele belegten Gesetzmässigkeiten kann davon überzeugen, dass die Assoziationen wirklich ein ausserordentlich feines Reagens für die affektiven Vorgänge sind.

Es sei hier nur noch kurz angedeutet, dass auch bei den Geschlechtern gewisse Unterschiede im Normal- und im Ablenkungsversuch bestehen, dass sich ferner Gesetzmässigkeiten des Reaktionstypus innerhalb einer Familie, bei Eltern und Geschwistern vermuten lassen, dass Sekundärempfindungen von Einfluss auf die Reaktionen sein können, dass die Ablenkbarkeit nicht bei allen Reaktionstypen dieselbe ist usw.

Der Assoziationsversuch stellt also eine psycho-analytische Methode ersten Ranges dar und man kann mit Bleuler sagen:

„Es spiegelt sich in der Assoziationstätigkeit das ganze psychische Sein der Vergangenheit und der Gegenwart mit allen seinen Erfahrungen und Strebungen. Sie wird dadurch zu einem Index für alle psychischen Vorgänge, den wir nur zu entziffern brauchen, um den ganzen Menschen zu kennen.“ v. Muralt.

112) **A. Bielschowsky**: Ein Beitrag zur Kenntnis der Pupillenphänomene.

(Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde XLI. Beilageheft 1903, S. 308—327.)

1. Ueber eine besondere Art springender Pupillen. Von springenden Pupillen oder springender Mydriasis spricht man, wenn bei verschiedenen grossen Pupillen innerhalb mehr oder weniger gleichmässiger Zeiträume eine Umkehr des Grössenverhältnisses zu beobachten ist. Das Symptom hat nicht die übliche Vorbedeutung, welche man ihm zusprach. In diesen Fällen erfolgt die Umkehr des Grössenverhältnisses durch abwechselndes Enger- und Weiterwerden beider Pupillen. Zeigt dagegen nur eine Pupille einen Wechsel ihres Durchmessers — meist liegt einseitige Lähmung des Sphincter pupillae vor —, so bewirkt dies auch eine alternierende Anisokorie, die indessen von dem zuerst geschilderten Typus wohl unterschieden werden muss. Verf. beschreibt einen Fall der zweiten Art. Ein 20jähriges Mädchen mit in frühester Kindheit erworbener rechtseitiger Okulomotoriuslähmung und doppelseitigem Nystagmus zeigte einen Wechsel in der Weite der rechten Pupille, deren Durchmesser von 3—9 mm variierte und zwar regelmässig innerhalb etwa einer Minute unabhängig von der Beleuchtung und Fixation. Mit dem Beginn der Miosis machte das rechte Auge automatisch eine leichte Adduktionsbewegung, mit Beginn der Mydriasis kehrte es in seine ursprüngliche Divergenzstellung zurück. Das linke Auge wird durch dieses Phänomen nicht beeinflusst. Bei starker Rechtswendung beider Augen erweitert sich die rechte Pupille und bleibt es, bis der Rechtswendungsimpuls nachlässt, bei starker Linkswendung verengt sie sich. In den vier ähnlichen bisher beschriebenen Fällen zeigte sich noch eine der Willkür entzogene Hebung und Senkung des gelähmten oberen Lides synchron mit dem Wechsel in der Pupillenweite. Als wahrscheinliche Ursache für die Erscheinung nimmt Verf. nach Prüfung der verschiedenen Erklärungsversuche einen schwachen, kontinuierlichen auf das Kerngebiet des Okulomotorius wirkenden Reiz an. Erst nach Aufhäufung einer gewissen Reizmenge werde der Krampf der Muskel aufgelöst, nach Erschöpfung des Energievorrates kehre das Auge wieder passiv in seine Ruhelage zurück. Auf diese Weise erkläre sich das periodische Auftreten der Erscheinung.

2. Ueber periodische einseitige Miosis. Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen die Miosis des einen Auges wahrscheinlich die Folge einer Okulomotoriuslähmung des zweiten Auges war. Die binokulare Fixation war nämlich nur mit Hilfe einer abnorm starken Konvergenzinnervation zu erreichen, welche mit einer abnorm hochgradigen Verengung der Pupillen einhergehen musste, so lange der Sphinkter pupillae in normaler Weise innerviert wurde, was zwar auf dem gesunden, nicht aber auf dem von der Okulomotoriuslähmung befallenen Auge der Fall war. So erklärt sich die abnorm starke Miosis des einen Auges.

Groenouw.

113) **von Schrenk-Notzing**: Ein kasuistischer Beitrag zur forensischen Würdigung des Schwachsinn.

(Archiv für Kriminalanthropologie. Bd. XIV, S. 264.)

Ein wegen Schwachsinn Entmündigter, dessen Entmündigung später wieder aufgehoben worden war, geriet zufällig an einen anderen Schwachsinnigen, dem er im Laufe von zwei Jahren über 10 000 Mark abschwindelte. Auf Grund des Gutachtens Schrenk-Notzing's wurde das Verfahren eingestellt.

Aschaffenburg.

- 114) **Kraepelin**: Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit.
(Monatsschrift für Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform 1904.)

Auf dem deutschen Juristentage in Innsbruck erörtert Kraepelin in diesem Referate, welche Gesichtspunkte richtunggebend sein müssen, eine gesonderte Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen anzustreben. Um den Fällen, die auf der breiten Grenze zwischen Geisteskrankheit und Gesundheit stehen, in ihrer Eigenart gerecht zu werden, sind die Irrenärzte und neuerdings auch ein Teil der Juristen für die Wiedereinführung des alten Begriffes der geminderten Zurechnungsfähigkeit eingetreten. Massgebend für die erstrebte Aenderung in der Art des Strafvollzuges bei solchen Individuen sind dabei „die Anerkennung ihrer geringeren Verschuldung, die Unzweckmässigkeit strenger, rücksichtsloser Zucht, die Möglichkeit, ihre verbrecherischen Neigungen durch Massregeln zu bekämpfen, die von der Strafe grundsätzlich verschieden sind, endlich die gelegentliche Notwendigkeit einer Verwahrung über die richterlich erkannte Strafzeit hinaus.“
Spielmeyer.

Pathologie und pathologische Anatomie des Zentralnervensystems.

- 115) **Adolf Wallenberg**: Anatomischer Befund in einem als „Blutung in die rechte Brückenhälfte etc. aus dem Ramus centralis arter. radicular. n. facialis dextri“ geschilderten Falle.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27, Heft 5 u. 6.)

Es handelt sich um die Untersuchung eines, wie die Sektion ergab, ausserordentlich genau diagnostizierten Falles von Blutung in den Hirnstamm, dessen Krankheitsbild Verf. im 19. Bande der gleichen Zeitschrift näher geschildert hatte. Die ausführlich wiedergegebenen anatomischen Untersuchungen eignen sich nicht für ein kurzes Referat.
Kalberlah.

- 116) **Petrén und Carlström**: Untersuchungen über die Art der bei Organerkrankungen vorkommenden Reflexhyperästhesien.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27, Heft 5 u. 6.)

Die Verfasser untersuchten mit Hilfe des von Thunberg angegebenen Algesimeters die bei Organerkrankungen vorkommenden Hyperästhesien (Head-sche Zonen), um die Reizschwelle des Schmerzsinnes objektiv festzustellen, und fanden dabei die interessante Tatsache, dass die Reizschwelle innerhalb der Zonen genau dieselbe war, wie in den normalen Hautgebieten. Es kann also keine gesteigerte Leistungsfähigkeit der Schmerzfasern die Ursache der Hyperästhesie sein, sondern eine funktionelle Veränderung derselben, die dadurch zustande kommt, dass die betreffenden Schmerzbahnen aus der Haut beim Zusammentreffen mit zentripetal, vom erkrankten Organ kommenden, sympathischen Fasern durch deren Einwirkung (Irradiation) in einen Zustand gesteigerter Erregbarkeit versetzt werden, so dass die von der Haut stammenden (normalen) Erregungen an dem Orte des Zusammentreffens der sympathischen und Schmerzfasern — es bleibt dahingestellt, ob im betreffenden Niveaugrau des Rückenmarks oder im Spinalganglion — verstärkt werden.

Zum Schluss folgen einige Bemerkungen über die klinische Verwendbarkeit von Thunberg's Algesimeter.
Kalberlah.

117) **Wilh. Fürnrohr:** Studien über den Oppenheim'schen „Fressreflex“ und einige andere Reflexe.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27, Heft 5 u. 6.)

Der Oppenheim'sche Fressreflex besteht aus rhythmischen, in kurzen Intervallen auftretenden Schmeck-, Saug-, Kau- und Schluckbewegungen. Derselbe kommt normalerweise nur bei Kindern in den ersten Lebensmonaten vor, unter pathologischen Verhältnissen dagegen auch im höheren Lebensalter und zwar konnte er nachgewiesen werden bei Pseudobulbärparalyse, im Coma epilepticum, Coma paralyticum und Hydrocephalus, also überall dann, wenn die Grosshirnrinde dauernd oder vorübergehend mehr oder minder als ausgeschaltet gelten kann, so dass deren regulierender resp. hemmender Einfluss auf ein subkortikales (im Thalamus opticus oder in der Medulla oblongata liegendes) Zentrum wegfällt oder herabgesetzt ist.

Praktisch kann der Reflex vielleicht in der Differentialdiagnose zwischen zentralen und bulbären Krankheitsherden in Betracht kommen, event. auch zur Unterscheidung eines epileptischen und hysterischen Coma's.

Der Henneberg'sche harte Gaumenreflex besteht darin, dass beim Streichen des harten Gaumens mittels eines Stabes oder dergl. eine kräftige Kontraktion des Orbicularis oris eintritt, durch welche die Oberlippe herabgezogen, bisweilen auch der geöffnete Mund mehr oder weniger geschlossen wird. Derselbe kann einseitig sein, sowohl gleichseitig wie gekreuzt. Er fand sich sehr selten beim Kinde, häufig bei Hemiplegien verschiedener Art, einige Mal bei multipler Sklerose, selten bei progressiver Paralyse, mehrmals bei Neurosen. Nach dem Verfasser handelt es sich dabei um einen einfachen Schleimhautreflex, der auf der Bahn Trigeminus-facialis event. sensibler Trigeminus — motorischer Trigeminus verläuft. Ausschlaggebend für das Zustandekommen desselben ist nicht wie beim Fressreflex und wie das Henneberg auch für seinen Reflex annimmt, die Unterbrechung der cortico-muskulären Bahn, sondern eine abnorme Reizbarkeit der betreffenden in diesen Reflexbogen eingeschalteten Zentren. Daher kann er sowohl bei Grosshirnherden wie bei Neurosen, wo sich auch sonst allenthalben eine gesteigerte Erregbarkeit nachweisen lässt, vorkommen.

Der „réflexe buccal“ von Toulouse und Vurpas besteht in einer schnäuzchenförmigen oder rüsselartigen Vorwölbung der Lippen beim Beklopfen der Oberlippe mit dem Perkussionshammer. Er wurde fast konstant gefunden bei progressiver Paralyse, dann auch bei verschiedenartigen Demenzzuständen, bei Hemiplegien verschiedenen Ursprungs, bei Pseudobulbärparalysen im Kindesalter und bei Erwachsenen, bei Little'scher Krankheit, Hydrocephalus acquisitus, multipler Sklerose, Lues cerebri und Neurasthenie, normalerweise auch bei Kindern in den ersten Lebensjahren. Verfasser sieht darin keinen echten Reflex, sondern nur den Ausdruck einer abnormen mechanischen Muskeleerregbarkeit, was allerdings ungenügend begründet wird. Praktisches Interesse hat der „Reflex“ vielleicht für die Diagnose der progressiven Paralyse, wo er fast konstant vorhanden zu sein scheint.

Kalberlah.

118) **Karl Heilbronner:** Ueber Mikropsie und verwandte Zustände.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27, Heft 5 u. 6.)

Heilbronner kommt unter Zugrundelegung eines einschlägigen Falles zu folgenden Ergebnissen: Ausser der Mikropsie (Kleinerwerden mit Ferner-

rücken der Gegenstände) kommen noch Zustände vor, in denen nur ein Fernerrücken der Gegenstände ohne Aenderung ihrer scheinbaren Grösse zu erfolgen scheint („Porropsie“). Beide Zustände können sich kombinieren mit Störungen der Vorstellungen von Lage und Bewegungen des Gesamtkörpers (allgemeiner Schwindel) oder einzelner Teile des Körpers (partieller Schwindel).

Alle die oben genannten Erscheinungen stehen unter sich im engen Zusammenhang und lassen sich gemeinsam erklären als Folge einer krankhaften Störung in den Rindengebieten, welche die Wahrnehmung von Zuständen der Körpermuskulatur inklusive der Augenmuskeln vermitteln.

Die so entstehenden Formen der Mikropsie usw. sind von den bei Akkomodationsstörungen auftretenden zu trennen.

Die bei Epileptikern zuweilen zu beobachtende Mikropsie ist eine dem echten epileptischen Schwindel verwandte Erscheinung und gleich diesem erklärbar durch das Ergriffenwerden der oben genannten Rindengebiete durch den epileptischen Prozess. Kalberlah.

119) **Leo Müller:** Ueber Status hemiepilepticus idiopathicus.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 28, Heft 1.)

Verfasser weist an der Hand mehrerer auf der Nonne'schen Abteilung zur Beobachtung gekommener Fälle auf das offenbar gar nicht so seltene Vorkommen von schwerem Status hemiepilepticus hin, bei denen die anatomische Untersuchung keine oder keine ausreichende Erklärung ergab. Wir müssen diese Fälle, die in der Epilepsieliteratur noch keine ausreichende Berücksichtigung gefunden haben, wohl als echte idiopathische Hemiepilepsie auffassen. Eventuelle Allgemeinerkrankungen (Tuberkulose, Anämie, Lues etc.) oder Traumen kommen auch hier nur als auslösendes Moment neben der schon präexistenten epileptischen Veränderung des Nervensystems in Betracht. Kalberlah.

120) **Kölpin:** Eigenartiger Symptomenkomplex nach Schläfenschuss.

(Berliner klin. Wochenschrift 1904, No. 35.)

Bei einem Patienten, der sich aus psychotischen Gründen eine Kugel in die rechte Schläfe geschossen hatte, fand sich nach ca. zwei Jahren folgender Symptomenkomplex: beiderseitige Blindheit (Optikusatrophie) mit Netzhautatrophie, rechtsseitiger Exophthalmus (Sympathicusläsion?), beiderseitige Anosmie und als recht seltener Befund hyperästhetische und hypästhetische Zonen nebeneinander innerhalb desselben Nervengebietes. (Trigeminus.) Ausserdem fand sich eine als funktionell aufgefasste mässige Hyperästhesie der oberen Körperhälfte. Kalberlah (Frankfurt).

121) **Moritz Infeld:** Klinischer Beitrag zur Hemisphärenatrophie.

(Wiener klinische Rundschau 1904, No. 32, 33, 34.)

Es handelt sich um einen Fall von Hemisphärenatrophie nach einer in früher Kindheit überstandenen Hirnerkrankung, als deren Folge sich bei dem 39jährigen Manne eine kontralaterale Wachstumshemmung des Schädels und einzelner Körperpartien, ein erheblicher unter dem Einfluss gehäufte epileptischer Anfälle progredienter Schwachsinn und gewisse zentrale Bewegungsstörungen (Intentionstremor, Linkshändigkeit) nach Art der cerebralen Kinderlähmung ausgebildet haben. Kalberlah.

122) **M. Reichardt** (Würzburg): Das Verhalten des Rückenmarks bei reflektorischer Pupillenstarre.

(Arch. f. Psych. XXXIX., H. 1. 1904.)

Bekanntlich haben Gaupp und Wolff als die ersten das Halsmark von Paralytikern in der Absicht untersucht, die Beziehungen zwischen reflektorischer Pupillenstarre und tabischer Hinterstrangserkrankung klarzustellen. Sie wollten die gelegentlich geäußerte Ansicht auf ihre Richtigkeit prüfen, dass die Lichtstarre nicht der Paralyse an sich, sondern der Hinterstrangsklerose eigentümlich, also ein spezifisch tabisches Symptom sei. Beide Autoren kamen, unabhängig von einander, zu dem Ergebnis: nur in den Fällen von progressiver Paralyse kommt das Robertson'sche Zeichen vor, in denen auch die Hinterstränge des Rückenmarks an dem Degenerationsprozess teilnehmen. Unter dem Einfluss der Theorien von Bach sind aus diesen wertvollen Untersuchungen hier und da Schlüsse gezogen worden, die durch das bisher vorliegende Tatsachenmaterial gewiss nicht gerechtfertigt waren. Man wollte in den Befunden von Wolff und Gaupp einen Beweis für die Lage eines Pupillenzentrums im Halsmark erblicken, einen Beweis, der durch die Präparate beider Forscher sicher nicht erbracht war und zunächst auch garnicht hatte erbracht werden sollen.

Der Verfasser der vorliegenden Arbeit geht nun sehr viel weiter als seine Vorgänger, er begnügt sich nicht, die Beziehungen zwischen Lichtstarre und Hinterstrangserkrankung schärfer als bisher zu betonen, sondern er glaubt die Ursache der reflektorischen Lichtstarre gefunden zu haben. Und zwar in einer „endogenen Degeneration im obersten Halsmark“, einem Faserausfall im ventralen Teile der Bechterew'schen Zwischenzone in der Höhe des 6. bis 2. Cervicalsegments, am deutlichsten sichtbar im 3. Cervicalsegment. Daraus, dass dieser mit der Weigert-Methode nachgewiesene Ausfall auf Hinterwurzeldegenerationen nicht zurückgeführt werden konnte, schliesst R. auf die endogene Natur der zu Grunde gegangenen Fasern. Etwas Näheres über ihren Ursprung und Verlauf vermag er nicht anzugeben. Gleichwohl sieht er in ihnen die oder wenigstens eine Pupillarreflexbahn.

Reichardt hat 35 Fälle von Paralyse, die klinisch das Robertson'sche Zeichen geboten hatten, untersucht und in keinem dieser Fälle diese Veränderung im Halsmark, in der er die pathologisch-anatomische Voraussetzung der Pupillenstarre sieht, vermisst.

Leider enthält die Arbeit keine Abbildungen, der Referent hat aber durch die Liebenswürdigkeit des Verfassers Gelegenheit gehabt, einen Teil seiner Präparate zu studieren. Diese haben ihn von der Beweiskraft der vom Verf. erhobenen Befunde nicht überzeugt. Es ist im Rahmen eines Referates unmöglich, auszuführen, weshalb; Referent hofft aber an anderer Stelle, wenn er an geeigneten Fällen eigene Untersuchungen angestellt hat, gelegentlich seine Ansicht begründen zu können. Hier sei nur festgestellt, dass — die Richtigkeit der von R. erhobenen Befunde vorausgesetzt — diese nur dann im Sinne des Verfassers gedeutet werden dürften, wenn er die Fasern, die R. als Pupillarreflexbahn ansieht, vom Ursprung bis zum Ende verfolgt und ihre Beziehung zu einem anerkannten Zentrum der Pupillenbewegung festgestellt hätte. Einstweilen ist nicht einmal die viel allgemeinere Frage, ob Pupillenstarre in jedem Falle eine Erkrankung der Hinterstränge im Halsmark erwarten lässt, entschieden; den Resultaten von Gaupp, Wolff und Reichardt steht die

bestimmte Angabe von Fürstner gegenüber, der trotz klinisch nachgewiesener Lichtstarre die Hinterstränge gelegentlich völlig intakt fand. Diese Frage, die, wie mir Herr Kollege Reichardt mitzuteilen die Güte hatte, auch für ihn die wesentlichste war, ist in keiner Weise identisch mit der anderen; ob nun die anatomische Voraussetzung des Robertson'schen Zeichens auch im Halsmark zu suchen ist. Es wäre vielleicht vorsichtiger gewesen, beide Probleme scharf zu trennen; denn einen Faserzug, von dem wir nicht wissen, von wo^rer ausgeht und wo er endet, als eine Pupillarreflexbahn zu bezeichnen, das ist wohl in keinem Falle gerechtfertigt, und angesichts der Verwirrung, die in bezug auf unsere Kenntnisse über die Zentren des Lichtreflexes augenblicklich herrscht, besonders bedenklich.

Bunke.

123) **L. Roemheld** (Schloss Hornegg a. N.): Ueber die toxische Reaktion lichtstarrer Pupillen.

(Münch. med. Wochenschr. 1904. No. 46.)

In einem Fall von Basedow'scher Krankheit waren beide Pupillen weit, different, für Lichtreize unempfindlich; bei der Konvergenz und bei angestrengtem Lidschluss verengten sie sich rasch maximal, blieben dann längere Zeit in diesem Zustande, um sich schliesslich sehr langsam wieder zu erweitern. Also myotonische, oder, wie Verf. will, „tonische“ Reaktion.

Bunke.

124) **Pierre Marie** und **Georges Guillaud**: Dégénération secondaires du cordon antérieur de la moelle.

(Revue neurologique. No. 14, 1904.)

Die Verfasser hatten 1903 schon darauf hingewiesen, dass bei Läsionen der Pyramidenbahnen nur eine geringe Degeneration in den Pyramidenvordersträngen auftrate, waren aber von Herrn und Frau Déjérine deshalb angegriffen worden. Auf Grund von neueren Untersuchungen bestehen sie jedoch auf ihrer Ansicht, dass nämlich die Degeneration der Pyramidenvorderstränge nicht nur nicht die innere Hälfte der Vorderstränge einnehme, sondern dass sie oft ganz fehle oder sehr minimal sei. Letzteres sei die Regel. Wenn die Degeneration sehr ausgedehnt ist, so handelt es sich nicht um Läsion der Pyramidenstränge im Gehirn, sondern um Läsionen, die im Mesencephalon, Metencephalon, Myelencephalon oder Isthmus des Rhombencephalon ihren Sitz haben. In diesen Fällen hat die Degeneration gewöhnlich halbmondförmige Gestalt. Verfasser nennen diese Fasern parapyramidale Fasern, die mit den eigentlichen Pyramidenfasern nichts zu tun haben und kommen zum Schluss, dass die Pyramidenkreuzung doch viel vollständiger ist, als man gewöhnlich annimmt. Das Gegenteil ist die Ausnahme. Während die Pyramidenfasern von der Rinde kommen, scheinen die parapyramidalen Fasern von Zellen zu kommen, die in der Regio subthalamica, Pedunculus oder Pons in der Nähe der Pyramidenbahn liegen. Zum Schluss wird eine Arbeit Obersteiner's angeführt, die diese Anschauungen bestätigt.

125) **Souques**: Troubles auditifs dans les tumeurs cérébrales.

(Revue neurologique. No. 14, 1904.)

Bei einem Mann, der an beiderseitiger Taubheit, Hyperästhesie des linken Trigeminus und Tic facial links litt, war auf Grund des Befundes ein Tumor cerebri in der fronto-cerebellaren Gegend diagnostiziert worden. Die Autopsie ergab Tumor des linken Stirnlappens. Mittelohr intakt. Inneres Ohr nicht untersucht, deshalb ist die Möglichkeit einer Coïnzidenz nicht ganz ausgeschlossen.

Merkwürdig wäre nur, dass die Taubheit sich beiderseits gleichzeitig mit den übrigen Symptomen eingestellt hätte. Verf. nimmt deshalb als Grund der Erscheinungen den gesteigerten intracraniellen Druck an, der sich durch die Lymphräume nach dem Labyrinth fortgepflanzt habe. Für diese Hypothese sprächen auch die Erfolge, die Babinski bei gewissen Gehörstörungen durch die Lumbalpunktion erreicht hat.

Dreyfus.

126) **Wolfrum**: Beiträge zur Pathogenese der Hirnapoplexie.

(Arbeiten aus dem pathol. Institut in München. 75. Heft, 1904.)

Die Grundbedingung für das Zustandekommen einer Hirnblutung sind Gefäßveränderungen, die oft gleichzeitig mit Nieren- und Herzerkrankungen kombiniert sind. Herzerkrankungen sind auch allein ein wichtiger Faktor in der Pathogenese der Hirnapoplexie. Traumen spielen die Rolle auslösender Momente. Männliche Individuen, die stärker als weibliche Individuen zu Hirnblutungen inklinieren, erleiden apoplektische Insulte in der Regel nach dem 50., weibliche nach dem 60. Lebensjahre.

Spielmeier.

127) **Gross**: Zur Biologie des Sprachapparates.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXI, 6.)

Ausfälle in den zentralen Sinneszentren setzen nach Anton als psychisches Begleitsymptom eine Störung der Selbstwahrnehmung des Defektes; es fehlt die Erinnerung an die frühere Tätigkeit, die Aufmerksamkeit ist nicht mehr auf das betreffende Sinnesgebiet gerichtet, die diesbezüglichen Gedankenbildungen fehlen. Solche Ausfälle bezeichnet Hartmann als Störungen der Gesamtorientierung, indem sie die Stellungnahme des Individuums den Anreizen der Aussenwelt gegenüber ändern. Diese Auffassungen lassen sich nach Verf. auch auf die Sprachstörungen übertragen, wenn man nur beachtet, dass hier, da der Sprachapparat ja kein einfaches Sinnesfeld, sondern ein Assoziationsfeld ist, der Defekt der Selbstwahrnehmung in einem Vergessen nicht einer perzipierenden wie dort, sondern einer zusammenfassenden Tätigkeit gesucht werden muss. Mit der Selbstwahrnehmung leidet natürlich auch das Bestreben nach Selbstkorrektur. Der Ausdruck für dieses Bestreben ist bei den kortikalen Sprachstörungen, wo Schreiben und Lesen gestört sind, die Geberdensprache. Nun sind von Mazukiewicz schon Fälle von Störungen der Geberdensprache bei Aphasien mitgeteilt worden. Verf. fügt ihnen neue hinzu von sensorischen, motorischen und totalen Aphasien, in denen das Verständnis für Geberden, oder wie bei motorischen, nur die Fähigkeit gelitten hatte, sich durch solche verständlich zu machen, obwohl keine Apraxie bestand; auf Befehl wurden manchmal Geberden ausgeführt, deren sich der Kranke spontan nie bediente. Dass die Geberdensprache von der inneren Lautsprache abhängig sei, wie M. annimmt, weist Verf. zurück, sie seien beide als koordiniert zu betrachten und ihre Störung durch einen Herd weise auf Schädigung einer psychischen Funktion, von der beide abhängig seien, wodurch die Möglichkeit eines Vergleiches zwischen früher und jetzt, also die Selbstwahrnehmung aufgehoben werde. Die Natur dieser psychischen Funktion erschliesst sich für Gross aus der Beobachtung der Sensorisch-Aphasischen, die im Gegensatz zu Gesunden, die in einer fremden Sprache angesprochen werden, oder auch zu zentral Tauben bei Anreden nie aus dem optischen Bilde den Schluss ziehen, dass es sich um eine Verständigung handle; denn sie machen nie den kleinsten Versuch dazu. Es ist also Zweck und Sinn der Verständigung für den Kranken

unvorstellbar geworden, bei den motorisch-Aphasischen nicht spontan, wohl aber auf Anrede vorstellbar. Dieser Begriff ist es also, an dessen Vorstellbarkeit die Selbstwahrnehmung eines Sprachdefektes und die Tendenz zur biologischen Selbstkorrektur geknüpft sind. Je nach der Grösse der Läsion ist nun eine Schädigung mehr oder weniger ausgeprägt; aber umfassende Läsionen im Sprachfeld stören auch die Verbindungen des Individuums mit der Aussenwelt, die in der Verständigung mit ihr liegen, oder wie es Verf. nennt, die „signale Orientierung“. Die Tätigkeit des Sprachfeldes, das ja einen Komplex von Sinneszentren darstellt, als Ganzes ist also die Zusammenfassung aller perzeptiven und reaktiven Fähigkeiten aller Sinneszentren zu dieser einheitlichen biologischen Leistung der Verständigung. In ihr werden die wahrscheinlich in subkortikalen Zentren geschehenden automatischen Tätigkeiten der Nachahmung von Geberden und Sprachen umgewandelt in die Fähigkeit, Verständigungsaktionen zu verstehen, vorzustellen und zu produzieren. Diese Gesamtleistung muss bei ausgedehnten Störungen in diesem Felde leiden, also die Geberdensprache mit der Lautsprache. Chotzen.

128) **Henderson**: Some notes on artificial neurotoxic serum.

(Univ. of Tenner. Med. Bulletin. Bd. 16, No. 7.)

Verf. stellte sich eine Emulsion von Hundehirn her, von der 1 ccm annähernd 1 gr Hirnsubstanz enthielt. Diese Emulsion wurde dann in steigenden Dosen mit mehrtägigen Pausen Kaninchen und Enten einverleibt. Bei Kaninchen, die sich bei der ganzen Prozedur recht empfindlich zeigten, begann Verf. mit 3 ccm und stieg schliesslich nach mehreren Monaten auf 10—12 ccm. Bei Enten begann er mit 5 ccm und konnte bis auf 20 ccm steigen. Das von so behandelten Tieren gewonnene Serum zeigte sich für Hunde ausserordentlich toxisch: 4—8 ccm, mittelst einer feinen Spritze intracerebral in den Ventrikel eingeführt, bewirkten innerhalb weniger Stunden den Tod des Tieres. Die Sektion wurde unmittelbar nachher gemacht und von der Oberfläche der Dura, der Pia sowie aus der Ventrikelflüssigkeit Kulturen angelegt. Fälle, bei denen so ein positiver Nachweis von Mikroorganismen gelang, wurden als nicht beweiskräftig ausgeschieden. Deutliche Veränderungen der Ganglienzellen konnte Verf. erst dann nachweisen, wenn zwischen Injektion des Serums und dem Tode des Tieres mehr als 6 Stunden lagen. Kölpin (Greifswald).

129) **Varlot**: Paralyse partielle de la langue et des lèvres probablement liée à une malformation bulbaire chez une fille de 13 ans.

(Bulet. de la Société de Pédiatrie de Paris 1903. No. 5.)

Angeborene, sich in den letzten vier Jahren langsam bessernde Störung beim Kauen und Sprechen, welche auf einer Parese der Zunge und des m. orbicularis oris beruht. Sonst nichts Abnormes, Intelligenz gut entwickelt. Verf. rechnet den Fall wegen des isolierten Funktionsausfalles im Bereiche des n. hypoglossus und teilweise auch des Facialis zum infantilen Kernmangel (Heubner, Charité-Annalen, XXV. Jahrgang). Thiemich (Breslau).

130) **Patel et Cavillon**: Arthropathie nerveuse traitée par la résection.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1903, p. 257.)

Eine wahrscheinlich auf dem Boden der Tabes — reflektorische Pupillenstarre, Blasenbeschwerden, Mal perforant — entstandene Arthropathie des Fussgelenks, die sekundär infiziert und vereitert war, wurde durch Gelenkresektion

behandelt und durch Konsolidierung der resezierten Gelenkflächen ein sehr günstiges Resultat erzielt. Cassirer.

131) **Robert Henneberg**: Ueber chronische, progressive Encephalomalacie und Bemerkungen über den „harten Gaumenreflex“.

(Archiv f. Psychiatr. XXXVIII. Heft 2.)

Der Inhalt dieses Aufsatzes ist in dieser Zeitschrift bereits referiert. Vergl. Januarheft 1904, S. 36. Gaupp.

132) **Tschirler**: Un cas de guérison complète de cécité (hémianopsie).

(Arch. de Neurol. November 1903.)

Ein junger Mann ohne syphilitische Antecedentien erlitt durch Sturz eine Gehirnerschütterung und zeigte allmählich — nach sieben Jahren — neben leichten psychischen Ausfallserscheinungen Schwäche der Extremitäten, herabgesetzte Sehnenphänomene, Parese des rechten Facialis und eine linksseitige Hemianopsie ohne Veränderung des Augenhintergrundes. Verf. stellte aus besonderen, etwas gesuchten Erwägungen die Diagnose auf einen Tumor im rechten Occipitallappen, der aber vorwiegend einen Druck auf den linken ausübte. Mit einer energischen Schmierkur erzielte er nach etwa drei Monaten völliges Schwinden der Symptome. — Als Kuriosum sei erwähnt, dass die ungewöhnliche Grösse des Patienten (192 cm) frühere Aerzte zu der Diagnose Akromegalie und zu therapeutischen Versuchen mit Hypophysisextrakt verführt hatten. Bennecke (Dresden).

133) **Ernst Oppikofer** (Basel): Drei Taubstummen-Labyrinth: „Ein Beitrag zu der Lehre von den Entwicklungsstörungen des häutigen Labyrinthes“.

(Zeitschr. f. Ohrenheilkunde. XLIII., 1903.)

Oppikofer fand bei einem Taubgeborenen eine Hypoplasie des Ganglion spinale im rechten Labyrinth und der aus ihm abgehenden Fasern bei wenig atrophischem Akusticusstamme, ferner mangelhafte Entwicklung und stellenweises Fehlen des Corti'schen Organes, embryonales Stadium der membrana tectoria in der Spitzenwindung und der stria vascularis in allen Windungen. In einem 2. Fall wurden beide Felsenbeine untersucht; in denselben fanden sich Veränderungen an der stria vascularis (Faltenbildung), membrana Reissneri (abnorm hohler Ansatz), Corti'scher Membran, Atrophie des Corti'schen Organes und des Hörnerven. Brühl.

134) **Thiemich**: Ueber das Facialisphaenomen bei älteren Kindern.

(Monatsschr. f. Kinderheilk. 1902, I, No. 3.)

Thiemich nimmt an, dass das Facialisphaenomen nicht ein Stigma nervosum ist, sondern dass es auch im späteren Kindesalter als pathognomonisches Latenzsymptom der Tetanie anzusehen ist, wenn auch diese oft eine dauernd symptomlos bleibende Anomalie des Nervensystems darstellt. Cassirer.

135) **Knapp** und **Thomas**: The reflexes in long distance runners. A study of the influence of fatigue upon certain reflexes.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease, Febr. 1904.)

Die Verf. untersuchten an 41 dem Bostoner Athletenklub angehörenden Männern nach einem Wetlauf über eine Strecke von 40 km die Reflexe an den unteren Extremitäten. Es fand sich, dass die Patellarreflexe — kurz vor dem Wetlauf hatte ebenfalls eine Untersuchung stattgefunden — in 26 Fällen schwächer waren wie vorher. Die Herabsetzung war oft beträchtlich; in drei

Fällen war der Reflex überhaupt nicht auszulösen; in drei anderen Fällen fehlte er einseitig und war auf der andern Seite nur mit dem Jendrassik'schen Handgriff auszulösen; in fünf andern Fällen beiderseits nur mit Jendrassik. In vier Fällen war der Patellarreflex gesteigert. — Der Achillessehnenreflex fehlte in fünf Fällen ganz, in zwei Fällen einseitig, und war in noch zwei andern Fällen schwächer wie vorher. Niemals Fussklonus. Die Veränderungen dieses Reflexes gingen übrigens nicht parallel mit denen des Patellarreflexes. — Der Plantarreflex — soweit derselbe überhaupt eine quantitative Schätzung zuließ, war gesteigert in 20 Fällen, herabgesetzt in fünf Fällen.

Kölpin (Greifswald).

136) **Aldrich**: The nervous complications and sequelar of smallpox. (Amer. Journ. of Med. Sciences. Febr. 1904.)

1. Fall: 13jähriger Knabe. In der Rekonvaleszenz nach Pocken plötzlich Auftreten eines stuporösen Zustandes mit Temperaturerhöhung und Pulsverlangsamung. Sprache anfangs hesitierend, dann nach fünf Tagen vollkommene motorische Aphasie. Zunächst Unmöglichkeit zu gehen, dann schwer ataktischer Gang. In der rechten Hand athetotische Bewegungen. Nach mehreren Monaten langsame Besserung, doch blieb Pat. eigensinnig und reizbar.

2. Fall: Junges Mädchen. Drei Tage nach der Eruption deliranter Zustand mit den Symptomen einer „religiösen Manie“. Bald darauf Verlust der Sprache, Schwierigkeit beim Kauen, vollkommene Lähmung aller Extremitäten. Nach drei Wochen allmähliche Wiederkehr der Sprache. Noch für längere Zeit schwere Ataxie der unteren Extremitäten. In den folgenden drei Monaten benahm sich die Kranke wie eine hochgradig Demente. — Bis auf eine geringe Ataxie schliesslich vollkommenes Zurücktreten aller Symptome.

3. Fall: Schwere Neurasthenie nach Pocken.

4. Fall: Vollkommener Mutismus von sechsmonatlicher Dauer in unmittelbarem Anschluss an die Eruption. Keine Lähmungserscheinungen.

Der Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben.

Kölpin (Greifswald).

137) **G. L. Walton and W. E. Paul** (Boston): Contribution to the study of the Achilles-jerk and the front tap.

(Journal of nervous and mental disease, June 1903.)

Dem Achillessehnenreflex sprechen die Verf. dieselbe diagnostische Bedeutung zu wie dem Patellarreflex. Er bietet bei Gesunden weniger quantitative Schwankungen dar und verschwindet bei der Tabes früher als der Patellarreflex.

Den Tibialisreflex (front-tap) fanden die Verf. bei etwa einem Drittel der Gesunden. Häufiger (ca. 80 %) ist er bei den verschiedenen Neurosen. Bei Tabes fand er sich niemals. Für sich allein ohne besonderen diagnostischen Wert kann er im Verein mit anderen Symptomen für die Frühdiagnose der Tabes von Bedeutung sein.

K. Abraham (Dalldorf).

138) **Dopter**: Étude pathogénique des paralysies centrales de nature autotoxique.

(Archiv expérim. d. médec. 1903. p. 169.)

Die Pathogenese der im Verlaufe gewisser Dyskrasien (Carcinomatose, Diabetes, Nephritis, Morb. Addison.) vorkommenden zentralen transitorischen Lähmungen war bisher nicht genügend aufgeklärt. Verf. hat zur Klärung dieser Fragen Serum von an solchen Affektionen leidenden Kranken, dessen

Toxizität vorher festgestellt war, Meerschweinchen intraarachnoidal injiziert; er erhielt neben rasch vorübergehenden sofortigen Erscheinungen gewisse nach 7—8 Tagen auftretende Krankheitssymptome, besonders epileptiforme Konvulsionen und gelegentlich auch passagere Lähmungen; deren Ursache glaubt er in leichteren, wieder restituierbaren Alterationen der Ganglienzellen (Chromatolyse etc.) zu finden. Danach beruhen diese nervösen Symptome bei Auto-intoxikation in der Tat auf der direkten Läsion der Ganglienzellen durch das vom Organismus gelieferte Gift.

Cassirer.

139) **Spielmeyer**: Ein hydranencephales Zwillingpaar.

(Archiv f. Psych. Bd. 39, Heft 2. p. 13.)

Zweieiige, einige Wochen zu früh geborene weibliche Zwillinge einer ledigen Primipara. Schädel äusserlich ohne Anomalien. Die Kinder saugten mangelhaft und starben am 2. resp. 7. Tage an Atemnot. Bei beiden ist das Rückenmark und das Mittelhirn bis zu den Vierhügeln vorhanden, auch das Kleinhirn ist makroskopisch intakt. Beim zweiten sind überdies Rudimente von Thalamus, Hippocampus und Plexus chorioideus da. Der Hirndefekt ist durch Flüssigkeit ersetzt, bei 1. fehlen auch die zarten Hirnhäute, bei 2. bilden sie einen stark vascularisierten Sack. Von den Optici ist nur ein markloser, intraorbitaler Stumpf vorhanden. Blutungen, cavernöse Erweiterungen und starke Füllung der oft sehr dünnwandigen Meningealgefässe bis über die Defektgrenze hinaus. An letzterer starke Wucherung des Ependyms.

Verfasser hält die Gefässveränderung für das Primäre und führt den Defekt auf einen haemorrhagischen Zerstörungsprozess zurück. Wir möchten diese Deutung mit einem Fragezeichen versehen angesichts der Ependymwucherungen und der bei Anencephalen regelmässig gefundenen analogen Gefässveränderungen. Das Kleinhirn, auf welches sich der Autor besonders stützt, scheint nach seiner eigenen Beschreibung (Purkinje'sche Zellen klein) mangelhaft angelegt, nicht erst sekundär zerstört. Die Konservierung war nicht ganz genügend.

v. Muralt.

140) **Balogh**: Beiträge zum cytodagnostischen Wert des liquor cerebrospinalis.

(Orvosi Hetilap 1905, No. 8.)

Auf der Abteilung Donath's machte Verf. Untersuchungen behufs Ermittlung des Zusammenhanges zwischen vorausgegangener Lues und lymphocythärer Reaktion. Zunächst fand er die Angabe sämtlicher Autoren bestätigt, dass mit dem Fortschreiten des krankhaften Prozesses die Zahl der Lymphocyten zunimmt, während er mit der Heilung zur Norm zurückkehrt. Er beobachtete nur die von den deutschen Autoren beschriebenen drei Formen von zelligen Elementen und kann nur den polynukleären Formen diagnostischen Wert zuerkennen, indem deren Anwesenheit in der Regel auf einen akuten Prozess hinweist. Als normale Zahl fand er in Uebereinstimmung mit Merzbacher bei 400—500facher Vergrösserung 5—7 Lymphocyten im ganzen Präparate. Von 30 Tabesfällen fand er in 21 (70%) ein positives Ergebnis; in 12 von diesen ging Lues voraus; in den negativen Fällen war dreimal Lues vorausgegangen. Von 17 Fällen genuiner Epilepsie geben 12 (75%) einen positiven Befund; wie Merzbacher fand auch er bei Epileptikern häufig (in 40%) dem liqu. cerebrosp. Blut beigemischt, was er ebenfalls auf eine starke Vascularisation der Arachnoidea zurückzuführen geneigt ist. Bezüglich des Zusammenhanges mit Lues kein positives Ergebnis.

Bei Paralyse und Tabes-Paralyse war der Befund jedesmal positiv. Ebenso in drei Fällen von Tumor cerebri, wo Lues nicht vorausging, und in den meisten Fällen von Melancholie, dem. senil., dem. praecox und encephalomalacia, trotzdem in der Hälfte der Fälle auch hier keine Lues bestanden hat. Bezüglich der Melancholie schliesst er sich der Auffassung an, dass dieselbe durch Toxine verursacht sei; diese reizen die Meningen und bewirken dadurch die starke Lymphocytose. Bei Verabreichung von Abführmitteln trat in vier Fällen Besserung, in zwei Fällen Heilung ein (Ob dieselben nicht auch ohne Abführmittel erfolgt wäre? Ref.) und damit verminderte sich, resp. schwand die lymphocytäre Reaktion. Negativ war der lymphocytäre Befund in allen Fällen von Hysterie, Neurasthenie, Myelitis acuta und chron., Alkoholismus chron. und Apoplexie. — Aus seinen Untersuchungen ergibt sich ihm also, dass der reiche Lymphocytengehalt des liq. cerebrosp. nicht von vorausgegangener Lues abhängt.
Epstein (Budapest).

141) E. Neisser: Ueber Probepunktion und Punktion des Schädels.
(Die Therapie der Gegenwart. Mai 1904. S. 193.)

N. durchbohrt mit einer elektrischen Bohrmaschine, die einen feinen Bohrer von 2 mm in schnelle Rotation versetzt, in einem Akt Weichteile und Knochen, dann führt er die Probepunktionsnadel ein, die mit einer Zentimereinteilung versehen ist. Nur bei 2 von 30 Patienten sah er das Befinden nach der Punktion schlechter werden, während er bei manchen anderen (Meningealblutungen, Cysten, Hydrocephalus) gute Erfolge erzielt hat.
Bumke.

IV. Vermischtes.

Im Verlag von Wilhelm Engelmann in Leipzig erscheint eine neue Zeitschrift: „Internationales Archiv für Schulhygiene“, herausgegeben von A. Mathieu, L. Brunton, Axel Johannsen und H. Griesbach. Das erste Heft des ersten Bandes, das am 13. I. 05 ausgegeben wurde, beginnt mit einem einleitenden Aufsatz von Griesbach: Einführung und Ausblicke. Dann kommt eine Abhandlung von Mathieu: Pédagogie physiologique. Julius Moses schildert das von Sickinger (Mannheim) ausgearbeitete Mannheimer Sonderklassen-System (Gliederung der Schuljugend nach ihrer Veranlagung); der Tübinger Ophthalmologe Schleich und einer seiner Schüler, K. Speidel, berichten über die Augen der Tübinger Schulkinder und Theologiestudierenden; Sakaki teilt die Ergebnisse von Ermüdungsmessungen in vier japanischen Schulen mit, Borobio y Diaz beschreibt die Schülerferienkolonien in Saragossa, der Däne Ingerslev gibt eine Darlegung des dänischen Schulwesens, Grancher teilt seine Ansichten über die Verhütung der Tuberkulose in der Schule mit und Bocquillon stellt in seinem Aufsatz („Hygiène de l'éducation et de la pédagogie“) ein schulhygienisches Programm auf. Auf manche der erwähnten Arbeiten werden wir noch zurückzukommen haben.

Das Archiv erscheint in Heften von je etwa 10 Bogen Umfang, deren vier einen Band bilden.
Gaupp.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent **Dr. Robert Gaupp** in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink**, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 1. April 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Ueber die Auffassung und Bedeutung aphasischer Störungen bei Epileptikern.

Von **Karl Hellbronner**, Utrecht.

Die bei Epileptikern zuweilen festzustellenden aphasischen Störungen haben in der allerletzten Zeit vielseitiges Interesse erregt. Raecke, der sich schon vorher¹⁾ mit diesen Erscheinungen gelegentlich beschäftigt hatte, hat dieselben vor Kurzem zum Gegenstand einer besonderen Erörterung²⁾ gemacht, die auch die einschlägigen literarischen Mitteilungen berücksichtigt. Sehr wertvolle Beiträge zu der Frage hat weiterhin Bernstein³⁾ geliefert, der neben der diagnostischen Bedeutung vor allem die pathogenetische Auffassung der Erscheinungen diskutiert. Ganz kürzlich hat dann van Vleuten⁴⁾ drei jedenfalls mit den hier zu besprechenden sehr nahe verwandte und eine unmittelbar hierhergehörige Beobachtung mitgeteilt. Die drei ersteren betrafen Alkoholepileptiker, die vor, während und nach Delirien aphasische Störungen zeigten. Endlich hat Pick, der schon 1891⁵⁾ auf die Bedeutung der Erscheinungen hingewiesen hatte,

¹⁾ Raecke. Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker. Halle 1903.

²⁾ Ders. Das Verhalten der Sprache in epileptischen Verwirrheitszuständen. Münch. med. Wochenschr. 1904, No. 6.

³⁾ Bernstein. Ueber delirante Asymbolie und epileptische Oligophasie. Monatschrift f. Psych. u. Neur. November 1904.

⁴⁾ van Vleuten. Ueber transitorische Aphasie bei Delirium. Ref. eines Vortrages. Neur. Centralbl. 1905, No. 1, S. 43.

⁵⁾ Pick. Ueber die sogen. Reevolution nach epil. Anfällen. Arch. f. Psych. XXII. Seite 756.

neuerdings¹⁾ die ausführlichen Protokolle über die Untersuchung zweier Epileptiker mitgeteilt, die, neben asymbolischen auch noch aphasische Störungen deutlich erkennen liessen.²⁾

Was Pick hier bezüglich des Studiums der asymbolischen Erscheinungen ausführt, gilt natürlich auch für die aphasischen: nur eine verhältnismässig seltene, günstige Konstellation von Umständen wird es möglich machen, Untersuchungen an einem Kranken anzustellen, die ein Urteil über die pathogenetische Bedeutung der gefundenen Störungen erlauben. Neben den anderweitigen Schwierigkeiten, die sich in den meisten epileptischen „Verwirrtheitszuständen“ schon einer eingehenden Untersuchung der sprachlichen Funktionen (im weitesten Sinne) entgegenstellen, kommt für die Beurteilung ganz besonders das Haftenbleiben in Betracht. Es ist natürlich von grundsätzlicher Bedeutung für die Auffassung eventuell eruieter aphasischer Erscheinungen, ob man das Haftenbleiben als bedingt durch einen primären aphasischen Ausfall auffasst oder ihm selbständige Bedeutung zuerkennt in dem Sinne, dass Fehlreaktionen im Sinne des Haftenbleibens als pseudo-aphasische von den echten aphasischen zu trennen wären. Bernstein³⁾ hat die Frage eingehender diskutiert; im Interesse einer Verständigung über das Wesen der hier zunächst interessierenden aphasischen Erscheinungen erscheint es jedenfalls geboten, nach Fällen Umschau zu halten, die Haftenbleiben überhaupt nicht oder jedenfalls nur in so geringem Masse zeigen, dass es auf die Gestaltung der sprachlichen Leistungen ohne erheblichen Einfluss ist.

Ich habe zufällig in jüngster Zeit einen Fall beobachten können, der, ausser allen anderen, auch dieser Bedingung genügt und der mir deshalb einer eingehenderen Beschreibung wert erscheint, die gleichzeitig auch als Grundlage für die kurze Erörterung einiger anderer einschlägiger Fragen dienen mag.

N. N., 36jähriger Schriftsetzer. Bis zum 15. Lebensjahre angeblich gesund, seitdem in 14 tägigen Zwischenräumen Krampfanfälle mit Empfindungen im Kopfe beginnend, Zungenbiss. Seit ca. zwei Jahren die Anfälle seltener, in drei- bis vierwöchentlichen Intervallen, aber gefolgt von kurzdauernden Erregungszuständen, in denen er zuletzt aggressiv wurde, so dass am 16. XI. 1904 seine Aufnahme erfolgt.

Somatisch bei der Aufnahme keine bemerkenswerten Anomalien.

¹⁾ Ders. Studien über motorische Apraxie. Leipzig und Wien.

²⁾ Einen weiteren hierhergehörigen Fall finde ich nachträglich noch in einer auch sonst bemerkenswerten Mitteilung von Rosenfeld: Ueber Herdsymptome bei den zur Verblödung führenden Psychosen. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 56. S. 49. Beob. III.

³⁾ l. c. S. 482.

Psychisch bald nach der Aufnahme und in den nächstfolgenden Tagen keine Auffälligkeiten, gibt selbst ausreichende Anamnese, weiss aber von gewalttätigem Verhalten nach den Anfällen nichts, will nicht recht daran glauben. Keine grob nachweisliche Demenz; keine aphasischen Störungen.

27. XI. Ohne vorausgegangenen Anfall psychisch verändert, misstrauisch, widerstrebend beim Waschen usw., betet Rosenkränze. Bei der wiederholten körperlichen Untersuchung gereizt, Neigung zu Zornausbrüchen. Es entwickelt sich rasch eine schwere epileptische Psychose: fast völliger Mutacismus, dabei dauernd gereizt und „geladen“ dasitzend, beobachtet die Aerzte misstrauisch, auch bei der Untersuchung anderer Patienten, einmal (29. XI.) plötzliche Attacke gegen den Wärter, den er zu beißen versucht; für genauere Exploration nicht zugänglich.

2. XII. Die akute Attacke mit sehr summarischer Erinnerung abgelaufen. Wieder ganz zugänglich.

Untersuchung mit Bildchen¹⁾ ergibt folgendes:

Lampe: I. Kandelaber. II. dito. III. Lampe, Petroleumlampe. IV. dito.

Kirche: I. Eine Art Kirche. II. dito. (Was verändert!) Das unterste ist darangekommen. III. Der Turm schmaler. IV. dito. (Unterschied? richtig gezeigt.) V. Da sind 3, wie heisst das, da sind 3 Dinger darangekommen (besinnt sich, reibt die Hände, kann nicht auf „Fenster“ kommen). VI. Das sind farbige, wie heisst das . . . mit einem schönen Boden und allem, mit so farbigen Fenstern, das andere waren gewöhnliche Fenster, die farbigen sind dazu gekommen. VII. Turm mit Uhr und zwei Zeigern. VIII. Ein Kreuz hinten daran.

Baum: I. Das oberste Stück ist abgefallen. (Was ist es?) Das ist lila, das ist jüdisch, es sieht aus wie ein Mast. II. Eine Blume, eine Erscheinung, die am Sterben ist. III. Das sieht aus wie ein Kirschenbaum.

Kanone: I. Weiss nicht. II. Ein Stern im Rade, das könnte eine Kanone sein. III. Das Rad ist anders.

Schiebekarre: I. Scheint ein Dreher zu sein, mit einem Rad daran, ein Fahrrad. II. dito. (Was verändert?) +.²⁾ III. Eine Art Wagen darauf (zeigt richtig). IV. Gummibänder daran. V. Das ist (zeigt die hinzugekommenen Radspeichen, kann sie nicht nennen).

Schiff: I. Scheint ein Teller zu sein. II. Ein Griff daran, es ist lila. III. Ein Ding, daran ein Mast, es scheint wohl ein Schiff zu sein, woran noch so Dinger fehlen, der Mast steht innen, das Steuer ist hinten, das Wasser unten. (Was fehlt?) Der unterste Wasserteil (?). IV. Sehen Sie, da ist das hintere Ruder (zeigt den Vormast), da gehört eine Fahne daran, rot und blau, eine deutsche (!) Fahne, das sahen wir immer früher, wenn wir am Fenster standen. V. Eine Fahne oben, ein Stück Schiff.

Windmühle: I. Das weiss ich nicht, vielleicht ein Stück Haus, von vorne, von Marmor und Sandstein. II. Auch so. (Was verändert?) Die zwei Ecken und das Sternchen darin. III. (Was verändert?) Zeigt richtig. IV. Wenn das vielleicht weg muss? (Zeigt richtig.) V. Der Eingang unten, nicht? VI. Ein wenig . . . (Zeigt das Gitter.) VII. Scheint die Mühle am s'Gravelanderweg aus meiner Kinderzeit, wir liefen da früher

¹⁾ Ueber die Methode vergl. Monatsschr. f. Psych. XVII, S. 115.

²⁾ + bezeichnet: richtig.

als Kinder; das scheint Türme vorzustellen, die mit den vorigen zusammenhängen, woran die Flügel fehlen; wir liefen von de Bos nach Hees, kamen dann auf den s'Gravelanderweg, hie und da tranken wir dann ein Glas Bier (beginnt ein Liedchen zu pfeifen). VIII. Jetzt hat es doppelte Flügel; da oben auf dem Berg steht auch eine Mühle.

Fisch: I. Scheint ein Fisch. II. Der Strich ist ein wenig grösser. III.—IV. Das sind, wie heissen die kleinen Dinger; der Schwanz ist so . . . V. Unten und oben und am Schwanz doppelt.

Einige Stunden später: weiss zunächst scheinbar nicht, dass er Bilder gesehen; erinnert sich dann, gefragt, ob er nicht ein Haus gesehen, eine „ganze Menge“ gesehen zu haben, ebenso zwei Mühlen „am s'Gravelanderweg, wenn er Sonntags spazieren ging“, desgleichen einen Fisch. Einen Hund gibt er erst zu, korrigiert aber dann spontan, das wisse er doch nicht sicher; dagegen will er auf Befragen nicht nur ein, sondern sogar zwei Pferde „ganz deutlich“ gesehen haben.

Mit Rücksicht auf die schon bei den Bilderprüfungen angedeuteten Schwierigkeiten der Wortfindung soll er Gegenstände im Bilderbuche benennen. Er schlägt selbst das Buch auf: „Das ist noch hübscher, da steht allerlei darin.“

(Gezeigt: Antwort.) — Anker: +. — Globus: Luftballon. — Eisernes Kreuz: Das ist ein (schlägt an die Brust), das ist für die Brust, wie heisst das nur, man trägt es links auf der Brust; so ein Zeichen, ich kann jetzt nicht darauf kommen. — Gewehr: +. — Schaukel: +. — Ranzen: Ist das nicht so ein Ding zum Einpacken, man macht Gepäck damit mit den Lederriemen. — Barometer: Eine Art Musikinstrument. — Epaulette: Das haben die Soldaten so auf dem Dings¹⁾, die gelben Dinger (schlägt auf die Schulter). — Helm: Ein (fährt an den Kopf) Dings. — Pantoffel: Das ist die neueste Mode, ach, je, wie heisst das, so ein Damen-Dings. — Hut: Ein grosser Hut, darunter eine Mütze (+). — Schere: +. — Pfeife: +. — Bürste: Das ist so ein — wie soll ich es nennen. — Luftballon: Das wird einen Luftballon vorstellen. — Aehre: + oder so was. — Schwein: +. — Messer: So ein Messer. — Geldbörse: Eine Art Korb, nicht. — Schraube: + oder so etwas, zum Eindrehen. — Mond: Vollmond. — Blumenstrauss: So ein, wie soll ich es nennen, eine Portion Blumen. — Stiefmütterchen; So eine Blume, eine abgefallene Blume, so eine gelbe, so eine Butterblume. — Trauben: +. — Eisenbahnzug: Farbige — auf Schienen und das alles, eine Lokomotive, ein Tender. — Tisch: +. — Libelle: Die sitzen im Heu. — Eisbär: Hund. — Bretzel: Eine Art Dings, die man auf den Kleidern trägt (meint Brosche s. u.). — Gänse: Das sind zwei, sind das nicht Enten. — Elefant: +. — Schneemann: Totenkopf oder Tote. — Esel: + von 1878; 1878 Jahr alt (lacht). (NB. Die Zahl 1878 ist auf die Decke gezeichnet, die der Esel trägt.) — Krebs: Was das vorstellt, weiss ich nicht. — Flöte: Das scheint eine Art . . . bläst auf den Fingern. — Ei: +. — Ziegenbock: Das ist ein, ach — wie heisst der mit den grossen Dingern, wie heisst doch der mit den grossen Hörnern. (Pfeift die Melodie des eben anhebenden Glockenspiels der Turmuhr mit.) — Hackmesser: +. — Blasebalg: Die haben wir im Geschäft gehabt, um die Kästen zu reinigen (macht entsprechende Be-

¹⁾ Dieser Ausdruck ist gleichlautend auch im Holländischen üblich.

wegungen). — Pfeil: Eine Art Harfe. — Fledermaus: Das scheinen wohl zwei Regenschirme nebeneinander. — Eisbär: Ist das wieder ein Elefant? — Zwei Mäuse: Maus oder Ratte. — Ein Päckchen Zigarren (+) und ein Cylinderhut (+). — Mäusefalle: Ist das nicht eine Art Dings . . ., um zu fangen, ein Mäusekorb oder so etwas. — Schlange: Das ist auch wieder so eine Art, wie soll ich sie nennen — eine Art Seefisch.

Unmittelbar darauf wird die Aufgabe gestellt, die gleichen Gegenstände auf Verlangen zu zeigen. Er zeigt mit Ausnahme von Barometer und Stiefmütterchen alle, auch die vorher scheinbar nicht erkannten; Libelle findet er auch als „das, was im Heu“ sitzt, nicht wieder, Ranzen erst als Soldatenranzen, Bretzel nicht als solche, aber als Brosche.

An einem darauf noch vorgelegten tatsächlich besser ausgestatteten Bilderbuche bewundert Pat. (NB. Buchdrucker!) vor allem den schönen Druck, wiederholt bei jeder neuen Seite enthusiastisch: „Schöner Druck, guter Druck, feiner Druck.“

Der Zustand bleibt zunächst ganz unverändert; Pat. bleibt widerspruchslos zu Bett, ohne rechte Initiative, angesprochen ist er stets ganz attent; eine Erschwerung der Ausdrucksweise ist im Gespräch kaum bemerkbar; Untersuchung mit dem Bilderbuche ergibt aber noch am 7. XII. das folgende:

(Gezeigt: Gesagt.) — Schwein: +. — Zither: Akkordzither. — Barometer: +. — Globus: Eine Art Luftballon. — Storch: Ente, nicht? — Korkzieher: Ist ein — wie heissen die Dinger doch nur (macht Drehbewegungen), mit denen man von den Weinflaschen — wegmacht. — Operngucker: Das ist so ein (hält die Hände entsprechend an die Augen), das sind die Dinger, die man zum Vergrössern hat. — Hobel: Das ist so etwas, um zu hobeln,¹⁾ um, ach, um das Holz schön zu machen. — Schiefertafel: Eine Art Schiefertafel. — Schlittschuh: So eine Art — was man auf dem Eis hat. — Eule: Die kenne ich nicht. — Schaukelpferd: Ist das nicht ein Pferd? (Ein gewöhnliches?) Nein, mit so einem . . .? — Elefant: +. — Trompete: Das ist so ein (hält die Hand an den Mund). — Bügel-eisen: +. — Bienenkorb: Das ist für so eine Biene, wie heisst es nur (schlägt an den Kopf, schnalzt mit den Fingern), so Honig, ein Honigkorb, ein Bienenkorb. — Waldhorn: Auch ein Horn (bläst wieder durch die Hand). — Blasebalg: Da habe ich mit gearbeitet, um die Kästchen zu reinigen im Geschäft (entsprechende Bewegungen), wie heisst es doch? — Flöte: Ich weiss nicht, ich kenne sie wohl, aber ich kann nicht auf den Namen kommen. — Spinnrad: So was zum Aufwickeln, Wolle oder so etwas. — Krebs: Den Vogel kenne ich nicht. (Ist es ein Vogel?) Es scheint wohl, es sitzen doch Hörner daran. — Schildkröte: (Zeigt auf den Schwanz.) Ist das der Schwanz davon? (Was ist es?) Eine Art Biene. — Ziegenbock: Das ist eine Art Dings, wie heisst es, ach, ich kenne sie wohl. (Eine Kuh?) Kann sein. (Wirklich?) Nein, noch kleiner als ein Kalb, mit so Hörnern.

Die Bezeichnungen werden ihm in umgekehrter Reihenfolge genannt; er soll die entsprechenden Bilder zeigen. Bei „Bock“ sagt er: richtig, ich konnte nicht darauf kommen. Alle anderen (NB. auch die vorher scheinbar nicht er-

¹⁾ NB. „Hobel“ und „hobeln“ sind auch im Holländischen, abgesehen von der Endsilbe, gleichlautende Worte.

kannten) werden gut gezeigt; die Schnelligkeit, mit der er die einzelnen ohne Suchen findet, lässt darauf schliessen, dass er sich der Stellen auf den verschiedenen Seiten erinnert, wo sie gezeichnet sind (s. u.).

9. XII. (zwei Tage später!) weiss er eine Reihe der Dinge, die er gesehen hat, noch anzugeben und von den meisten auch, welche Stelle sie einnehmen. Der Versuch, ihm andere Dinge als gesehen zu suggerieren, misslingt; meist negiert er dann positiv, zuweilen gibt er an, das wisse er nicht mehr sicher. Dagegen behauptet er fest, zwei Zithern gesehen zu haben, zeichnet auch eine entsprechend dem Bilde, eine zweite ohne Saiten.

13. XII. Ein epileptischer Anfall. Fünf Stunden nach dem Anfall weiss er eine Reihe der Bilder anzugeben, die er früher im Bilderbuche gesehen.

In der Nacht vom 13./14. ein Anfall, nach dem er sofort wieder einschläft.

15./16. XII. Nachts plötzlich aus dem Bett gelaufen, lässt sich ruhig zurückführen; weiss am Morgen nichts mehr davon.

Erinnert unter vielen Höflichkeitsphrasen den Arzt daran, dass er ihm vor zwei Tagen (zutreffend!) versprochen habe, ihm das Bilderbuch nochmals zu geben.

20. XII. Wiederholung der Prüfung mit den Bildchen (mit Ausnahme von Mühle und Fisch) ergibt: Lampe, Kirche, Baum, Kanone, Schiebekarre werden bei I richtig erkannt, Schiff zunächst wieder als Schlüssel, erst bei III richtig; alle Unterschiede werden spontan sehr korrekt angegeben; dabei, ebenso wie in ausführlichen Erörterungen über die Details der Zeichnungen, die Pat. anzuschliessen liebt, zeigt sich keinerlei Behinderung des sprachlichen Ausdrucks mehr; nur die Dürtigkeit des Baumes I kommentiert er in etwas auffallender Weise: „Man sieht wohl, dass Winterdienst ist.“ Bei Schiff IV taucht ebenso wie am 2. XII. eine nicht vorhandene Flagge mit auf.

Am 21. XII. weiss er über das, was er am 20. gesehen, ziemlich genau Bescheid, weiss auch ungefähr die Zeit zu taxieren, die vergangen ist, seitdem er das Bilderbuch nicht mehr gesehen; auch bei dieser Exploration macht sich die Schwierigkeit der Wortfindung nur mehr andeutungsweise bemerklich, um in den folgenden Tagen fast ganz zu schwinden. Pat. bleibt zu Bett, ganz unauffällig, wie früher.

Vom 30. XII. abends bis zum 2. I. morgens hat Pat. vier epileptische Anfälle, einmal dabei Zungenbiss; er schläft jedesmal sofort ein; in der Zwischenzeit nicht anders als vorher.

Am 2. I. kommt er erst dem Abteilungsarzt, dann dem Professor, die er am Neujahrstage beide nicht gesehen, aus dem Bett entgegen, um eine längere, etwas salbungsvolle, sprachlich ganz einwandfreie Neujahrsgratulation auszusprechen.

Am Nachtage (3. I.) wird ihm das Bilderbuch geschlossen vorgelegt; er erinnert sich nicht, es schon gesehen zu haben, ebensowenig, nachdem er es in die Hand genommen, darin geblättert und aufmerksam die Seiten besehen hat.

(Gezeigt: Gesagt.) — Schwein: †. — Fächer (offen): Bogen, Fächer. Hut: †. — Stuhl: †. — Mütze: †. — Schere: †. — Schraube: Wie heissen die doch, ein . . ., wie heissen sie nur, die man so eindreht, ich kenne sie schon, aber ich kann nicht auf den Namen kommen. — Papagei: Das ist, ach, das ist ja, was ist das, wie heissen die Vögel doch, die man so in Bogen sitzen hat. — Messer und Gabel: Gabel und Schere (spontan), nein, Gabel

und Messer. — Luftballon: Das ist ein Himmelsbogen, ach, was sage ich, ein Himmelsbogen, warten Sie, ich kann nicht auf den Namen kommen, eben habe ich ihn doch für mich noch genannt. — Zigarrenspitze: Ich wollte, ich könnte das . . . eine Zigarre mit einer, wie heisst das, eine kleine Pfeife. — Schaf: Esel. — Zither: †. — Violine: Ein Bogen, ach, was sage ich, ein Bogen, warten Sie, wie heisst das nur, ich kenne es wohl (macht Spielbewegungen, schießt dabei nach dem Protokoll und liest das Wort), richtig, eine Violine. — Gewehr: †. — Anker: †. — Globus: Ich kenne es schon, ich kann nicht auf den Namen kommen. (Was darauf?) Die Plätze, hier aber nur Buchstaben. — Epaulette: Zither, ach was Zither, eine (zeigt nach der Schulter), die man hier sitzen hat. — Helm: Das ist ein (zeigt nach dem Kopf), ich habe den Namen vergessen. — Eisernes Kreuz: Das ist eine Marke, die man auf der Brust hat, es ist für die Soldaten, ein Kreuzzeichen oder . . . — Schiefertafel: † mit Schwamm daran. — Giesskanne: †. — Hobel: †. — Hirsch: Eine Kuh — nicht? — Krug: Ein — ja wie heisst es — ein Krug. — Maurerkelle: Hobel — ach was sage ich, Hobel — wie heisst das platte Ding (zeigt den Gebrauch). (Wer braucht es?) Die Maurer, um die Steine aufzulegen. (Eine Ahle?) Nein — ein — (Eine Kelle?) Ja. — Besen: †. — Schlittschuh: †. — Glocke: †. — Säbel: Ein . . . warten Sie . . . (Wer hat es?) Die Offiziere und Feldwebel — (wozu?) macht Geberde des Totstechens. — Laterne: Ein Gewehr, ach was sag ich Gewehr, sicher ein . . . Licht ist es nicht (eine Kerze?) nein, die so am Wege stehen, (eine Lampe?) nein, so nennt man sie auch nicht, eine Lat — Laterne. — Korkenzieher: Ein (macht entsprechende Bewegungen) Korkenzieher. — Operngucker: †. — Storch: Ente. — Erdbeere: †. — Schaukelpferd: Pferdeschaukel, wie heisst es doch . . . — Wasser mit Schiffen etc.: Ein Schiff, ein Boot und Anlegeplatz. — Leuchter: † — Schlüssel: Wie heisst das nur — (entsprechende Bewegungen) das geht ins Türloch, Kette, ach, was Kette. —

Am gleichen Tage Nachmittags ein Dämmerzustand (sehr reizbar, legt sich in ein fremdes Bett).

4. I. Meint auf die Frage, ob er wisse, dass er gestern wieder verwirrt gewesen sei „ja, er habe das so halb gedacht“; behauptet zu wissen, dass er herumgelaufen sei, will sich aber in sein, nicht ein fremdes Bett gelegt haben. Gibt über die gestrige Exploration sehr genau Bescheid, weiss, wie viele Seiten des Bilderbuches vorgelegt wurden; weiss, dass ihm zuletzt ein Schlüssel gezeigt wurde, auf dessen Namen er nicht kommen konnte, er habe dann nach dem Schlüsselloch (jetzt richtig bezeichnet) gesehen, da sei ihm der Name wieder eingefallen. Weiss, dass ihm (NB. Zuletzt vor zirka 14 Tagen) die kleinen Bilder vorgelegt wurden, fügt spontan (zutreffend) bei, damals habe er noch in einem anderen Bett gelegen.

Die Bildchen werden von I an (auch Schiff) richtig erkannt und mit Ausnahme der Mühle auch richtig bezeichnet. Für die Mühle findet er nur das Wort Turm, zuletzt Mehlturm und im Anschluss daran: „vielleicht auch ein Pulverturm“; die Flügel bezeichnet er als Mast. Die Kiemspalte des Fisches bezeichnet er als „Flosse“; im Uebrigen werden alle Differenzen richtig erkannt, allerdings vielfach (im Gegensatze zur letzten Untersuchung) nicht beschrieben, sondern mit dem Finger gezeigt. Im Bilderbuch werden Storch,

Trommel, Trommelschläger, Operngucker, Korkenzieher, Besen, Glocke, Hobel, Schlittschuh, Laterne, Enten, Aehre, Schiff, Fahne, Mond richtig bezeichnet. Ferner: (Gezeigt: Gesagt). Stiefel mit Sporn: Ein Stiefel, ein Pferdestiefel. — Sporn: Da kann ich nicht darauf kommen. (Woraus?) Aus Eisen, schön gearbeitet. (Wozu?) Für ein Pferd, für ein Pferd. — Helm: Warten Sie . . . (Wozu?) Für das Militär. (Eine Waffe?) Nein, eine Waffe ist es nicht, es ist für den Kopf, ich meine für auf den Kopf. (Ein Hut?) Ja. (Eine Mütze?) Nein, so ein glänzender Hut. (Ein Helm?) Oh ja! — Siegellack: Das ist für die Korken, die Korkenzieher oder so etwas. (Wie heisst es?) —? (Was muss man tun, um es zu gebrauchen?) Schmelzen. (Ist es Wachs?) Nein. (Lack?) Ja. — Petschaft: Damit stempelt man (macht entsprechende Bewegungen, findet den Namen nicht).

Ueber Personalien (Geburtsort etc.) gibt Pat. ohne sprachliche Behinderung Auskunft, unter Gebrauch der nötigen Eigennamen, ebenso kann er einige geographische Kenntnisse produzieren, nur unter die Holländischen Provinzen, die er übrigens nicht alle weiss, gerät ihm die Schweiz, die er sofort als nicht zugehörig bezeichnet.

5. I. Pat. hat zuerst auf die Frage, welche Farbe hat Gras, Himmel etc. zu antworten, dann farbige Wollproben zu bezeichnen; die mit der $\frac{1}{5}$ Sekundenuhr feststellbaren Zeiten, die er nötig hat, ergeben keine verwertbaren regelmässigen Differenzen; sicher sind die ersteren Werte nicht kürzer. Ebensovienig lässt sich eine Differenz feststellen bezüglich der Zeiten, die nötig sind, um einen Gegenstand in natura zu bezeichnen, oder die Bezeichnung auf Fragen zu finden. (Was braucht man zum Schiessen, wohin geht man, um zu beten, wie heisst ein 25 Cent-Stück etc.). Auch bei derartigen Aufgaben erfolgen die Antworten zum Teil ganz prompt, zum Teil nach angestrengtem Nachdenken und Verlegenheitsphrasen, wie oben in den Protokollen; vielfach hilft sich Pat. wieder, indem er erst entsprechende Bewegungen ausführt. Selbst die Kombination derartiger Fragen mit dem Anblick des gesehenen Gegenstandes löst den Namen nicht immer korrekt aus:

Frage: Was nimmt man in die Hand, wenn es regnet? Antwort: In die Hand . . ., das ist, ach (hält unterdessen die Hand, als ob er einen aufgespannten Regenschirm trüge), ich kann nicht auf den Namen kommen . . ., ich kenne es wohl, da liegt es ja (zeigt auf einen Regenschirm) das lange Ding da. Nach einer Minute hat er die Bezeichnung noch nicht gefunden; nach einigen weiteren, anderen Fragen teilt er plötzlich sehr erfreut mit, eben sei ihm die Bezeichnung „Paraplui“ eingefallen.

Die Aufgabe, einen Lebenslauf schriftlich aufzusetzen, hat er nach fünf Stunden, als er dazu ans Werk gesetzt wird, noch behalten, hat aber nach einer halben Stunde anscheinend angestrengter Tätigkeit nur einige Zeilen (übrigens inhaltlich und formell korrekt) zu Papier gebracht, unterbricht dann ärgerlich und sagt dem Wärter, wenn der Professor das alles wissen wolle, könne er ja nochmal fragen und es selbst aufschreiben.

8. I. Patient berichtet zutreffend über ein Bild, das vor 8 Tagen einen Tag lang an der Wand gehangen und die Gründe seiner Entfernung; (hatte an der kurzen Erörterung darüber seinerzeit keinen erkennbaren Anteil genommen).

15 Bilder im Bilderbuche werden alle — wenn auch zum Teil mühsam und erst nach mehreren vergeblichen Ansätzen — bezeichnet. Ferner:

(Gezeigt: Gesagt.) — Schraube: Das ist ein . . . (Schraubbewegungen!), eben habe ich es doch noch gesagt; da steckt ja eine (zeigt auf eine Schraube in der Mauer). — Luftballon: Damit gehts gen Himmel, nicht? Sonntag Nachmittag, Sie wissen es wohl, ich meine, Sie wissen es wohl, die Männer sitzen darin (zeigt auf den Korb) mit Fahnen und so weiter. — Schnalle: Ich habe doch eine mitgebracht, wie heisst sie nur, die man an den Dingen hat (zeigt auf eine Schnalle an seinem Anzug).

Die Erscheinung wird in der Folge noch weniger prägnant, ohne aber ganz zu schwinden.

19. I. Ein Anfall.

20. I. (In natura gezeigt: Gesagt.) — Taschenkalender: Ein Album, nein, es ist doch kein Album, so für die Monate, ich habe sie doch selbst gesetzt. — Englischs Pflaster: So für die Wunden. — 10 Guldenstück: +. — Zigarrentasche: Ist das ein Album? (Geöffnet.) Zigarrentasche. — Perkussionshammer: Das weiss ich nicht. Eine Zigarrentasche kann es doch nicht sein. (Erklärt, das nicht zu kennen, ebensowenig ein Hörrohr). — $\frac{1}{5}$ Sekundenhr: Uhr. (Eine gewöhnliche?) Die geht auf Minuten. — Zeiger daran: +. — Zündholzschachtel: +. — Hülle dazu, mit Wappen darauf: Ist das etwa das deutsche Wappen? (Was für ein Tier?) Adler (zutreffend).

Die kleinen Bildchen werden bei I ausnahmslos erkannt und richtig bezeichnet, meist mit dem Zusatz: Anfang von Er bejaht die Frage, ob er die Bilder von früher kenne.

Am 21. morgens wieder eine Absence; Pat. zeigt jetzt auch Andeutungen asymbolischer Erscheinungen, Schwierigkeiten nicht nur im Benennen, sondern auch im Gebrauch von Gegenständen; zuletzt sitzt er ratlos mit Mundharmonika, Pfeifenstiel, Pfeifenkopf, Bleistift, Zigarre, Zündholz und einer Flöte in der Hand da, die ihm allmählig zu Untersuchungszwecken vorgelegt sind. Dabei folgt er den Aufgaben ganz gut, beobachtet und moniert z. B., dass beim Zusammenstecken der Pfeife durch den Arzt der Kopf etwas schief aufgesetzt ist, vermag sich allein ohne Nachhilfe vollständig anzukleiden. Ein leichter Anfall während der Untersuchung (Aufschrei, einige Sekunden dauernde Kaubewegungen) bleibt ohne länger dauernde Folgen; eine halbe Stunde später sind bei einer klinischen Demonstration keine asymbolischen Erscheinungen mehr festzustellen; Gegenstände im Bilderbuche werden zum grossen Teil richtig, zum Teil wieder in merkwürdigen Umschreibungen bezeichnet:

(Gezeigt: Gesagt.) — Schleifstein: Zum Schleifen, zum Messerschleifen. — Pfeil: Ich weiss nicht, wie ich es nennen soll. (Wozu?) Zum Schiessen. — Angefangener Strumpf: Strickartikel. — Schmetterling: Eine Art Biene. — Zirkel: Eine Art (macht Drehbewegungen) zum Drehen. — Fledermaus: Eine Art Regenschirm ist hinten daran. (Nach einigen Minuten nochmal gezeigt und richtig benannt.)

Die Erscheinung ging bald wieder erheblich zurück, wurde im Anschluss an leichte Absenzen wieder etwas deutlicher und ist Ende Februar, nachdem unter Brombehandlung keine weiteren Anfälle mehr aufgetreten sind, kaum mehr nachweislich; nur bei Vorlage sehr ungewöhnlicher Dinge (deren richtige Erkennung er natürlich, wie früher, dokumentieren muss) bereitet die Wortfindung gelegentlich noch Schwierigkeiten.

Die Störungen auf sprachlichem Gebiete treten bei dem Kranken nicht dauernd, sondern nur zeitweise auf; sie scheinen rascher einzusetzen als zu schwinden; auf die zeitlichen Verhältnisse wird weiterhin noch mit einigen Worten einzugehen sein. Die erste Periode von Sprachstörung entwickelt sich im Anschluss an eine schwere epileptische Psychose, über deren Details bei dem abweisenden Verhalten des Kranken nichts zu eruieren war. Es ist deshalb auch unmöglich, festzustellen, ob innerhalb derselben auch aphasische Störungen im engeren Sinne bestanden; man wird nicht einmal entscheiden können, ob der Mutacismus durch eine Erschwerung des sprachlichen Ausdrucksvermögens mitbedingt war; der Ablauf der Psychose sens. strict. markierte sich in der Aenderung des Gesamtverhaltens sehr deutlich, und es ist zunächst von Interesse, dass die aphasischen Erscheinungen sie überdauert haben, resp. eine erhebliche Zeitlang nach ihrem Ablauf noch nachweisbar waren. Analoges berichtet Bernstein; auf Ausfallserscheinungen (im weitesten Sinne) nach Ablauf des Delirium tremens hat auch Bonhoeffer¹⁾ aufmerksam gemacht. Ich habe — übrigens mannigfach variierte — derartige überdauernde Erscheinungen nicht nur nach epileptischen, sondern auch nach anderen perakut verlaufenen Psychosen, wenn auch nicht regelmässig, doch in einer Häufigkeit konstatieren können, die mich zunächst in Erstaunen versetzte. Sie verdienen jedenfalls noch eingehende Untersuchung und Würdigung.

Später haben sich die aphasischen Erscheinungen zum Teil an blosse Krampfanfälle resp. Serien von solchen angeschlossen, die zu schwereren psychotischen Störungen keinen Anlass gegeben hatten; auch die ganz kurz dauernden Zustände von delirantem Umherlaufen, die zuweilen von einer Zunahme der aphasischen Erscheinungen gefolgt zu sein schienen, standen in ersichtlichem Missverhältnis zur Schwere und Dauer dieser letzteren Symptome. Man wird also zunächst feststellen dürfen, dass solche aphasische Erscheinungen bei Epileptikern transitorisch nach Anfällen (ob auch ohne solche, bedarf noch der Feststellung) auftreten können, auch wenn sich den Anfällen weder schwere Zustände von Benommenheit, noch solche von länger dauernder Verwirrtheit angeschlossen haben. Zugleich eine Mahnung, nach ihrem Vorkommen zu fahnden, auch wo der Allgemeinzustand des Epileptikers nach dem Anfall der oberflächlichen Betrachtung überhaupt keinen Hinweis auf eine eingetretene psychische Störung gibt.

Nicht ganz so leicht ist die weitere Frage zu beantworten, ob man während der Zeiten, wo die Erscheinungen zu beobachten waren, von

¹⁾ Bonhoeffer. Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena. 1901. Seite 51.

einer Bewusstseinsstörung, Bewusstseinstrübung, einem Dämmerzustand auch nur im weitesten Sinne zu sprechen berechtigt ist. Ich habe ganz kürzlich auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die sich generell der Beantwortung dieser Frage entgegenstellen: statt in eine unfruchtbare Diskussion einzutreten, möchte ich auch hier nur einige der Faktoren besprechen, deren Verhalten jedenfalls für unsere Schätzung der Bewusstseinshelligkeit von Bedeutung ist: Der Kranke war ohne Initiative — übrigens ganz unabhängig von dem Grade der zu konstatierenden sprachlichen Störungen während der ganzen in Frage kommenden Zeit und auch schon vor der ersten schweren Psychose, vom Tage der Aufnahme ab. Der Zustand wird am deutlichsten während des kurzen asymbolischen Stadiums; er scheint mir auch tatsächlich am meisten den Zuständen mangelnder Initiative verwandt, die man so oft bei Asymbolikern findet. Auch während des eben erwähnten schwersten Zustandes mit asymbolischen Erscheinungen ist der Kranke aber der Untersuchung durchaus zugänglich; eine allgemeine Verlangsamung der Reaktionen besteht nicht, wo Verlangsamung der Reaktion (s. o.) beobachtet wird, ist jeweils eine verlangte Einzelleistung erschwert. Die Auffassung ist nicht beeinträchtigt, die Unterschiede zwischen den einzelnen Bildchen werden, auch wo sie sprachlich nicht ausgedrückt werden können, gut gezeigt; die Kombinationsfähigkeit ist jedenfalls nicht erheblich geschädigt; wie gleichfalls das Resultat der Bildchenprüfung ergibt. Die Fixierbarkeit lässt nichts zu wünschen übrig; Pat. scheint den langdauernden und häufigen Untersuchungen sogar mit grossem Interesse zu folgen; auch die deutlich empfundenen Schwierigkeiten und Misserfolge vermindern die Bereitwilligkeit des Kranken nicht; nur beim Versuche, seinen Lebenslauf zu schreiben, wird er zuletzt angesichts der Mühe ungeduldig, trotzdem er gerade hier sich selbst überlassen war und nicht etwa durch Drängen behelligt wurde. Eine gesteigerte Ermüdbarkeit trat bei den Versuchen nicht zu Tage; am Ende einer Untersuchungsreihe waren *ceteris paribus* die Leistungen nicht schlechter, die Fehler nicht zahlreicher; auch ein subjektives Gefühl der Ermüdung fehlte.

Auf den Grad der „Bewusstseinshelligkeit“ lassen noch einige weitere Momente schliessen: wo Pat. die Namen gezeigter Gegenstände nicht finden kann, weiss er häufig eine recht zutreffende Andeutung ihrer Bestimmung etc., wenn nicht durch Worte, dann durch Gesten etc. zu geben; er gibt sich sichtliche Mühe, die Aufgaben zu lösen, und ist unzufrieden mit sich selbst, wenn es misslingt; er denkt, auch wenn eine Aufgabe verlassen oder das ganze Examen abgeschlossen ist noch weiter nach (cf. das Beispiel mit dem Schlüssel und dem Regenschirm). Es fehlt

ihm auch nicht an gelegentlichen Ausreden und Entschuldigungen; ein recht bezeichnendes Beispiel derart aus einem etwas späteren ganz analogen Zustand sei hier noch nachgetragen: Pat. soll Tierstimmen, die ich ihm vormache, identifizieren; er ist sehr unzufrieden, dass das nicht immer gelingt, zieht sich aber zuletzt lachend mit der Mutmassung aus der Affäre: „In Deutschland machten wohl auch die Tiere anders als in Holland“.

Die Merkfähigkeit innerhalb der einzelnen Zustände war auffallend gut: er weiss z. B. — eine sehr empfehlenswerte einfache klinische Prüfungsmethode — von einer Reihe von Bildern anzugeben, an welcher Stelle sie auf den Tafeln gestanden hatten. Die Merkfähigkeit beschränkt sich nicht auf die beim Examen besonders fest eingepprägten Eindrücke, sondern sie gilt auch (cf. das Wandbild u. ä.) für gelegentliche Wahrnehmungen optischer wie akustischer Art. Die zeitliche Datierung früherer Untersuchungen etc. geschieht auffallend sicher; Wochentag und Datum weiss er stets genau anzugeben.

Dass jeweils nach Ablauf einer Periode stärkerer Störung noch ein nachträglicher Ausfall statthatte, liess sich mit Sicherheit nicht ausschliessen; er schien einmal (s. o.) die ganzen früheren Bilderprüfungen vergessen zu haben; aber diese Angabe fiel eben wieder in eine neue Periode stärkerer Störung. Zu eingehenderer Prüfung des Verhältnisses zwischen intraparoxysmaler Merkfähigkeit und nachträglicher Amnesie sind natürlich Fälle mit in kurzen Intervallen sich wiederholenden Anfällen bei den zahlreichen daraus fliessenden Komplikationen ungeeignet. Dass die Eindrücke aus früheren Zeiten später nicht ganz gelöscht werden, beweist wieder das Ergebnis der Prüfung mit den Bilderserien; auch die ersten Blätter derjenigen Serien, die zunächst nicht richtig gedeutet worden waren, werden später sofort erkannt. Hierher gehört übrigens auch die Beobachtung, dass Pat. nach längerer Zeit dem Schiff ein zweites Mal eine tatsächlich nicht vorhandene Flagge am Vormast zufügt; verwandt ist die Erscheinung, dass eine rein persönliche Deutung der Mühle später beim Befragen wieder auftaucht.

Theoretisch und auch praktisch nicht ganz uninteressant erscheint die Feststellung der guten Merkfähigkeit in dem Zustande, der sich unmittelbar an den ersten schweren, psychotischen Zustand anschloss, zu einer Zeit, wo die Erinnerung an diesen Zustand selbst ausgefallen schien. Es mag immerhin hier nachgetragen werden, dass ähnliche Bruchstücke von Erinnerungen, wie ich sie kürzlich nach einer eklamptischen Psychose beobachten konnte, auch hier vereinzelt festzustellen waren: so gab der Kranke auf die Frage, ob er nicht auch vorübergehend in der Zelle

gewesen sei, sofort an: Ja, in einer Zelle mit gelbem Fussboden; vielleicht fehlte es auch hier nur an den nötigen Anhaltspunkten für Fragen, die noch mehr Erinnerungsbruchstücke hätten zutage fördern können.

Die gute Merkfähigkeit wird von Wernicke¹⁾ als generelles Charakteristikum der akuten epileptischen Psychosen und bis zu einem gewissen Grade auch der epileptischen Demenz angegeben. Es wird noch zu untersuchen sein, ob das Charakteristikum für alle Fälle, oder, wie ich glaube, nur für eine bestimmte Kategorie zutrifft, wodurch sich dieselben charakterisieren, und welche engere Beziehungen in derartigen Fällen zwischen dem transitorischen akuten und dem resultierenden chronischen Zustand etwa in den elementaren Symptomen bestehen. Das Hauptaugenmerk dürfte dabei auf Symptome zu richten sein, die sich — zunächst klinisch — als Herderscheinungen darstellen. Mit den Angaben Wernicke's steht übrigens die hier mitgeteilte Beobachtung insofern in Widerspruch, als sich die ungeschädigte Merkfähigkeit gerade auch in der Zeit nach Anfällen konstatieren liess.

Ich glaube nach all dem Vorhergehenden die Frage, ob zur Zeit der Feststellung der Sprachstörung eine Bewusstseinstrübung bestand, zum mindesten in dem Sinne verneinen zu dürfen, dass jedenfalls eine zur Erklärung der Sprachstörung ausreichende Bewusstseinstrübung nicht vorlag, selbst wenn man an sich eine derartige Erklärung für befriedigend halten wollte. Die Sprachstörung kann also jetzt unabhängig vom Gesamtzustande betrachtet werden.

Sie charakterisiert sich als „amnestische“: der Kranke vermag die Bezeichnung für Gegenstände (resp. Abbildungen) vielfach (keineswegs ausnahmslos oder auch nur in der Mehrzahl der Fälle!) nicht zu finden, auch wenn er die Gegenstände und Bilder zweifellos erkannt hat. Dass letzteres der Fall ist, beweist er durch zum Teil recht geschickte, einwandfreie Umschreibungen, zum Teil durch Gesten, die ihren Gebrauch und ihre Bestimmung angeben. Es sind also hier auch die strengsten Bedingungen erfüllt, wie sie Wolff²⁾ für den Nachweis fordert, dass die Objekte erkannt werden und die Störung wirklich nur die Namenfindung betrifft. Von der kleinen Minderzahl von Fällen, in denen der Kranke erst beim Nennen des Gegenstandes ihn zu zeigen vermochte (die Prüfung ist nicht ganz identisch mit den von Wolff gänzlich verworfenen „Suggestivfragen“), kann abgesehen werden; wo der Kranke hier zunächst angab, gewisse Dinge nicht zu kennen, mag manchmal die Erkennung tatsächlich

¹⁾ Wernicke. Grundriss der Psychiatrie. Leipzig 1900. S. 509 und 548.

²⁾ G. Wolff. Klinische und kritische Beiträge zur Lehre von den Sprachstörungen. Leipzig 1904. S. 35.

erst durch die (NB! viel spätere) Nennung gefördert worden sein, für einen Teil der Fälle wird man die Antwort „das kenne ich nicht“, immerhin als Verlegenheitsausdruck ansehen dürfen; nach Analogie anderer Fälle (siehe besonders die Beobachtungen von Bernstein), angesichts des Umstandes, dass Pat. selbst transitorisch deutliche asymbolische Symptome zeigte, und nach der ganzen Art der Störung würde eine gelegentliche Unfähigkeit, einen Gegenstand zu erkennen, nicht zu befremden brauchen. Für die übergrosse Mehrzahl der Versuche ist das, wie schon betont, durch die Art der Reaktion ausgeschlossen.

Die amnestische Sprachstörung ist im vorliegenden Falle als eine nicht hochgradige zu erachten: eine Verarmung des Wortschatzes in der ganz spontanen Sprache war nicht zu konstatieren, trotzdem natürlich darauf geachtet wurde. Die Gründe, warum die Störung erst bei der speziellen Untersuchung deutlich wird, liegen auf der Hand; Bernstein hat bei der Erörterung derselben auf die Analogien hingewiesen, die auch für den Gesunden beim Gebrauch einer fremden Sprache entstehen; ich kann dem hinzufügen, dass ich gleiche Schwierigkeiten ausnahmsweise auch empfinde, wenn ich holländisch aufgenommene Aphasikerprotokolle in meine Muttersprache übertragen will: nicht immer will sich der zutreffendste deutsche Ausdruck ohne weiteres einstellen.

Der Versuch, bei dem Kranken direkt den Nachweis zu führen, dass gleiche Worte leichter assoziativ als durch Zeigen des Gegenstandes auszulösen wären, wie dies Rieger¹⁾ gelungen ist, ergab ein negatives Resultat; die Reaktionszeiten, die uns den einzigen objektiven Massstab für diese Erleichterung abgeben können, waren nicht wesentlich different.

Sobald die Assoziationen des Kranken in eine bestimmte Richtung gezwungen wurden, ergaben sich begreiflicherweise analoge Schwierigkeiten in der Wortfindung, wie beim Benennen. Auch bei seinen Umschreibungen stockt er oft, wenn er an das Substantiv oder event. auch an das wesentliche Verbum kommt; dass er im allgemeinen auch bei seinen Umschreibungen noch relativ „wortreich“ erscheint, erklärt sich analog der Erleichterung der reinen Spontanproduktionen daraus, dass er sich derjenigen Umschreibungen bedient, für die er die nötigen Vokabeln zu finden hofft: ich tue das gleiche, wenn mir im Gespräch ein holländisches Wort fehlt.

Im allgemeinen lässt sich feststellen, dass die Zahl der „fehlenden“ Worte jeweils beim Einsetzen einer neuen Exacerbation am grössten ist, um allmählich zu sinken. Ein exakter zahlenmässiger Ausdruck dafür

¹⁾ Rieger. Beschreibung der Intelligenzstörung nach einer Hirnverletzung etc. Würzburg 1888. S. 60 ff.

würde sich natürlich nur auf Grund von Untersuchungsreihen gewinnen lassen, die die Leistungsfähigkeit von Untersuchtem und Untersucher übersteigen würden. Die Resultate sind — gleich wie bei anderen amnestisch-aphasischen Zuständen — weiterhin insofern nicht ganz konstant, als die gleichen Worte nicht nur innerhalb etwa gleich schwerer Perioden verschiedener Attacken, sondern auch innerhalb der gleichen Periode bald fehlen, bald bei geeigneter Konstellation sich einstellen. So kann es nicht weiter Wunder nehmen, wenn der Kranke die ausgespannten Fledermausflügel als Regenschirme bezeichnet, einen Regenschirm aber nicht zu benennen weiss u. ä.

Differenzen bezüglich der einzelnen Sinnesgebiete waren nicht nachweislich; sie werden mit einiger Sicherheit überhaupt nur da festzustellen sein, wo die positiven Resultate bei Bezeichnung optischer Eindrücke nahezu Null werden. Ich habe die einschlägigen Verhältnisse an anderer Stelle (Arch. f. Psych., 34, H. 2) bei Erörterung der amnestischen Sprachstörung, speziell der „optischen Aphasie“ besprochen, und ich finde eine Bestätigung der dort gezogenen Schlüsse in der angeführten eingehenden Abhandlung Wolff's. Eine Erleichterung der Wortfindung trat, wie man das gleichfalls öfter beobachtet hat, zuweilen, keineswegs regelmässig dann ein, wenn der Kranke die dem Gebrauche eines Gegenstandes entsprechenden Bewegungen ausführte.

Ueber die Auswahl der fehlenden Worte lässt sich nur soviel sagen, dass im allgemeinen — gerade so, wie z. B. bei rekonvaleszenten sensorisch-Aphasischen — die geläufigsten und bekanntesten Gegenstände am besten benannt wurden; dass auch hier Ausnahmen nach der positiven wie negativen Seite vorkamen, hat nichts Ueberraschendes. Damit hängt es zusammen, dass im allgemeinen Objekte häufiger richtig bezeichnet werden als Abbildungen: der Natur der Dinge nach pflegen erstere eben geläufiger zu sein; schaltete ich diese Fehlerquelle aus, so habe ich eine konstante Differenz zwischen Benennen von Gegenständen einer-, Bildern andererseits, wie sie Bernstein gefunden, weder bei diesem Kranken, noch bei zahlreichen anderen einschlägigen Untersuchungen konstatieren können. Die Frage verdient aus theoretischen Gründen spezielle Untersuchung: anzuerkennen wäre aber die Differenz nur dann, wenn der Kranke mit einiger Regelmässigkeit imstande wäre, gesehene Gegenstände richtig zu bezeichnen, deren Abbildungen er durch Umschreibung einwandfrei als erkannt dokumentiert hatte, ohne sie gleichwohl benennen zu können.

Die amnestische Aphasie stellt sich bei dem Kranken als isoliertes Symptom sprachlicher Störung dar, sie ist von anderen sprachlichen

Defekten, insbesondere Erschwerung des Sprachverständnisses nicht begleitet; sie hat sich auch nicht etwa wie in den früher mitgeteilten Fällen Pick's aus einem Zustand komplizierter und schwerer Aphasie heraus entwickelt — jedenfalls nicht in den späteren Zuständen; auch in dem ersten imponiert nach Ablauf der schweren Psychose nur die Erschwerung der Wortfindung; dass jeweils ein ganz kurzes Stadium weitergehender Sprachstörung sich etwa dem Nachweis entzogen habe, lässt sich weder beweisen noch ausschliessen. Nach allgemeinen hirnpathologischen Grundsätzen wird man jedenfalls berechtigt sein, der Würdigung des Zustandes den Erscheinungskomplex zugrunde zu legen, der sich relativ lange Zeit nachweisbar erhalten hat.

Unter diesem Gesichtspunkte erscheint also in Erweiterung des früher Festgestellten die Folgerung berechtigt, dass ein Zustand, der die Merkmale einer amnestischen Aphasie bietet, sowohl als Residuum einer überstandenen Psychose, wie auch als langdauernde Folgeerscheinung von Anfällen auftreten kann, die weder zu psychotischer Erregung, noch zu schwerem Stupor, noch auch zu nachweislicher schwerer und ausgebreiteter Aphasie geführt haben. Man beobachtet analoge Zustände nicht gerade allzuhäufig auch bei im engeren Sinn organisch (durch Erweichungen etc.) bedingten Aphasien, am seltensten von Anfang an ganz isoliert, wie ich es jüngst nach einer Kopfverletzung — NB. ohne alle anderen gleichzeitigen Erscheinungen von Gehirnerschütterung bei einem ganz luciden Kranken — sah, etwas häufiger noch als langdauernde Residualzustände im Anschluss an im übrigen sehr rasch abklingende sensorisch-aphasische Komplexe. Die Uebereinstimmung des vorliegenden Falles mit diesen organisch-aphasischen Zuständen wird dadurch so vollständig, dass man wohl berechtigt ist, eine analoge Auffassung des Zustandes für beide Fälle auch da zu statuieren, wo das Bild durch Haftenbleiben — im einen wie im anderen Fall — getrübt wird; man wird zum mindesten — zunächst wieder abgesehen von Fragen der anatomischen Lokalisation — in der Unfähigkeit zur Wortfindung ein selbständiges und elementares Symptom sehen dürfen, das dann eventuell sekundär zum Haftenbleiben Anlass geben kann. Ich befinde mich in dieser Annahme in Uebereinstimmung mit Bernstein¹⁾ und der älteren Auffassung Pick's²⁾.

Völlig gefehlt hat das Haftenbleiben auch bei unserem Kranken nicht, wenn es auch immer so zurücktrat, dass dadurch der Typus der

¹⁾ Wenn Bernstein annimmt, dass ich etwa generell die von ihm als „oligo-phasisch“ bezeichneten Erscheinungen auf Ideenflucht zurückzuführen versuchte, so beruht dies auf einem Missverständnis.

²⁾ Ueber die sog. Reevolution nach epileptischen Anfällen. Arch. f. Psych. XXII. Seite 756.

Störung selbst nicht verdeckt werden konnte. Bezeichnenderweise fand es sich am deutlichsten in einer Periode, wo auch Andeutungen von asymbolischen Erscheinungen auf eine verbreitetere Störung hindeuteten — auch da noch gelegentlich mit dem merkwürdigen Zusatz: das ist doch kein . . . Die Frage, warum es hier so selten zu Fehlreaktionen kommt, warum auch die perseveratorische Reaktion NB. schon vor dem Ausprechen als falsch erkannt wird, wird man zunächst dahin zu beantworten geneigt sein, dass es sich eben um einen leichteren Zustand handelt; diese Antwort erschöpft die Sache aber nicht: man beobachtet gerade bei den vergleichsweise heranzuziehenden organischen Zuständen viel schwerere amnestisch-aphasische Bilder mit ebenso ausgesprochener Krankheitseinsicht und ebenso seltenen Fehlreaktionen. Die Differenzen scheinen weniger von der Intensität als von der Extensität des pathologischen Prozesses abzuhängen. Auch paraphasische Wortentstellungen fehlten bei dem Kranken — wieder in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen, die man bei einigermassen reinen, organisch bedingten Formen amnestischer Aphasie zu machen Gelegenheit hat. Anhangsweise sei aber hier auf eine Besonderheit hingewiesen, die wegen der Unmöglichkeit, die Befunde zu übersetzen, im Protokoll weggelassen werden musste. Es kam vor, dass der Kranke von dem gesuchten Wort einen Laut fand; er probierte dann eine Reihe von Worten, in denen der Laut vorkam, um sie alle wieder zu verwerfen und ohne doch auf den richtigen zu kommen. Auch dafür bieten organische Aphasien Analoga; der Typus dafür ist mir eine Kranke geblieben, die in einem späteren Stadium der Rekonvaleszenz eine Eidechse benennen sollte und trotz allen Mühens nichts weiter als einen x-Laut finden konnte, den sie mit allen Zeichen des Verdrusses und der Ungeduld immer wieder produzierte. Derartige Erfahrungen sind übrigens auch dem Gesunden nicht fremd (man macht sie am häufigsten auf der Suche nach einem entfallenen Eigennamen), wie ja überhaupt die amnestische Aphasie wohl wegen ihrer mannigfachen Entstehungsmöglichkeiten von allen aphasischen Störungen die meisten Beziehungen zu Störungen im Bereich der Gesundheitsbreite aufweist.

Nicht unmittelbar in die hier besprochene Erscheinungsreihe gehörig, aber aus allgemein symptomatologischen Gründen erwähnenswert ist die Tatsache, dass auch bei diesem Kranken im Anschluss an NB. richtige Reaktionen ideenflüchtige Reihen auftraten, trotzdem er keine Spur spontanen Rededranges aufwies (die betreffenden Reaktionen sind durch den Druck hervorgehoben). Auffallend war es, dass gerade diese Reihen die Tendenz zeigten, zu haften und nach relativ langer Zeit wieder aufzutauchen.

Raecke und mit besonderem Nachdruck Bernstein haben auf die diagnostische Bedeutung der amnestisch-aphasischen Erscheinungen für die Erkennung der epileptischen Störungen hingewiesen; Bernstein erörtert die differential-diagnostischen Gesichtspunkte gegenüber anderen etwa in Betracht kommenden Krankheiten; der Reihe derselben wäre noch die Paralyse anzufügen; namentlich in, resp. nach den schweren Verwirrtheitszuständen, die sich an paralytische Anfälle ausschliessen, kann man zuweilen amnestisch-aphasische Störungen finden. Es ist klar, dass gerade in diesen Fällen, deren Abgrenzung gegen Epilepsie bei ungenügender Anamnese oft schwer genug ist, ihre differentialdiagnostische Wertigkeit versagt und eine einseitige Wertung der Erscheinung direkt zu Fehldiagnosen führen kann. Auch sonst präsentiert sich das Symptom an sich bei der Epilepsie nicht anders als in anderen Zuständen. Insbesondere kann der Hysteriker im Ganserschen Dämmerzustande das Symptom selbst genau wie der Epileptiker produzieren; ich habe vor wenigen Tagen einen mir lange bekannten einwandfreien Hysteriker klinisch demonstriert, der zunächst „asymbolische“ Erscheinungen bot, mit aller Mühe die gezeigten Dinge nicht „erkannte“, dann aber sie wenigstens erkannte, aber nicht auf die Worte kommen konnte; der Umstand, dass der Kranke, statt Falschreaktionen zu produzieren, immer wieder sein Unvermögen beteuerte, stellt nur eine der Varianten des Bildes dar. Wenn Bernstein übrigens angibt, dass die Reaktionen der Hysteriker generell von denen der Epileptiker verschieden seien und am ehesten denen der Katatoniker mit ihren prompt gemachten falschen Angaben glichen, so entspricht dies nicht den bekannten Anschauungen über die angeblichen Differenzen zwischen katatonischem und hysterischem Ganser.¹⁾ Wenn die Differentialdiagnose hier in der Mehrzahl der Fälle doch gelingt, weil noch andere Erscheinungen daneben beobachtet werden, oder weil die „Amnesie“ direktes Examenprodukt ist — auch der eben erwähnte Kranke zeigte sie erst deutlich, als er durch intensives Ausfragen für die Vorlesung präpariert wurde, um danach unbehelligt gelassen, alsbald zu genesen —, so stützt sich die Diagnose eben auf diese anderen Symptome; wo sie nicht ausreichen, wird, fürchte ich, auch die amnestische Sprachstörung als solche die Entscheidung nicht bringen. Die Vorsicht, die gegenüber den monosymptomatischen Diagnosen angezeigt ist, scheint mir auch gegenüber diesen amnestisch-aphasischen Störungen am Platze; überdies kann es die rein symptomatologische Wertung einer Erscheinung — und diese

¹⁾ Ueber ihre Berechtigung vgl. Hey: Das Ganser'sche Symptom. Berlin 1904. Seite 83.

verdient die „Oligophasie“ Bernstein's sicher in höchstem Masse — nur beeinträchtigen, wenn vorzeitig diagnostische Hoffnungen darauf gegründet werden, die sich später als trügerisch erweisen.

Im übrigen habe ich mich bei den recht zahlreichen Prüfungen Epileptischer mit optischen Reizen nicht so häufig wie Bernstein von dem Vorhandensein des Symptoms überzeugen können. Es fehlt sogar in Fällen, wo man besonders geneigt wäre, es zu erwarten und zu suchen. Man kann da differente Typen finden: ich habe Zustände bei Epileptikern gesehen, in denen die aphasischen Erscheinungen hinter den asymbolischen zurücktraten: die Kranken waren im Erkennen und Gebrauch behindert, aber was sie erkannt hatten, konnten sie benennen. Es kommt auch vor, dass — namentlich bei komplizierteren Manipulationen — Gegenstände einzeln richtig benannt, also sicher erkannt und doch verkehrt gebraucht werden. Ich habe anderseits kürzlich wieder bei einer Kranken bei der Bildchenprüfung feststellen können, dass sie die Formen recht gut und mit reichlichem Wortschatze zu bezeichnen verstand, ohne gleichwohl aus den Einzeleindrücken die Bedeutung des Gesamtbildes kombinieren zu können. Ich glaube nicht, dass damit die möglichen Kombinationen schon erschöpft sind; zunächst harrt hier wieder ein weites Feld für symptomatologische Detailuntersuchung der Bearbeitung.

Um zu einer befriedigenden Auffassung von dem Wesen der aphasischen Störungen bei Epileptikern zu gelangen, scheint es nötig, sie mit den Befunden in Beziehung zu bringen, die man im chronischen Zustand des schweren, dement gewordenen Epileptikers erheben kann. Ich habe vor längerer Zeit schon¹⁾ auf Zustände von Aphasie und Asymbolie nach epileptischen Anfällen, resp. protrahierten deliranten epileptischen Psychosen hingewiesen, die sich ausnahmslos unter Hinterlassung einer ziemlich erheblichen Demenz zu lösen pflegten. Nur einigermaßen zögernd habe ich diese Zustände damals den von Pick beschriebenen postepileptischen Störungen analog gesetzt. Fälle, wie der hier mitgeteilte mit protrahierterem Verlaufe (ein sehr langdauernder ist seitdem auch von Stadelmann²⁾ mitgeteilt) schlagen nun ersichtlich die Brücke zwischen den beiden Extremen: auf der einen Seite kurzdauernde Ausfallserscheinungen, die ohne nachweisliche Dauerschädigung im Einzelfalle schwinden können, auf der anderen Seite langdauernde, die unmittelbar in den chronischen Defektzustand hinüberleiten. Deshalb kann es auch, wie im vorliegenden Falle, bei rascher Aufeinanderfolge

¹⁾ Beziehungen zwischen Demenz und Aphasie. Arch. f. Psych. XXXIII.

²⁾ Stadelmann. Aphasie und Agraphie nach epil. Anfällen. Psych.-neurolog. Wochenschr. 1902. S. 165.

der einzelnen Attacken unmöglich werden zu entscheiden, wo man den akuten Zustand enden, den chronischen Defekt beginnen lassen will. Aphasische Beimengungen im Bilde des epileptischen Blödsinns sind nun keineswegs selten. Wernicke, der die „geschraubte ungeschickte Ausdrucksweise“ der dementen Epileptiker allerdings zunächst aus der Einbusse an Begriffen hervorgehen lässt, macht darauf aufmerksam, dass sich „dieses Ungeschick in der Wahl der Worte“ nicht selten zu paraphasischen Beimengungen steigert.¹⁾ Auch das, was Kraepelin²⁾ als Umständlichkeit der Epileptiker bezeichnet, scheint damit gewisse Beziehungen zu haben, wie sie auch bei Benennungsprüfungen besonders deutlich wird: die Kranken „sprechen um das wesentliche herum“, weil sie — oft wenigstens — nicht oder nicht ohne besondere Schwierigkeiten darauf kommen können. Man beobachtet ähnliches auch bei rekonvaleszenten Aphasischen — inklusive der auch bei Epileptikern dann auftretenden Neigung, auf gewohnten Bahnen in Nebendinge sich zu verlieren. Höhere Grade der Störung lassen die Analogien noch deutlicher zutage treten. Einzelne der Antworten in der von Wernicke als Beispiel zitierten Krankengeschichte³⁾ machen isoliert, mit ihren typischen gehäuften Höflichkeitsphrasen direkt den Eindruck, als ob sie aus einem Aphasieprotokolle entnommen wären. (Dagegen dürfte die geschraubte Ausdrucksweise alter Katatoniker anderer Genese sein; sie ist bezeichnenderweise meist vergesellt mit einer ähnlichen Geschraubtheit der Bewegungen, die ich mich bei dementen Epileptikern nicht gesehen zu haben erinnere).

Es entspricht durchaus den Erfahrungen bei im engsten Sinne organischen Läsionen, wenn die Schädigung jeweils unmittelbar nach dem Einsetzen sich nicht nur intensiv, sondern eventuell auch extensiv stärker geltend macht als später. Man wird also wohl berechtigt sein, all die hier besprochenen Erscheinungen und Zustände einheitlich und als aus derselben Quelle fließend aufzufassen.

Von selbst ergeben sich dann weiter die Analogien, die mit verwandten Zuständen im Bilde der Paralyse, der verschiedenen senilen Erkrankungsformen und den schwersten alkoholischen Affektionen bestehen. Zieht man in Betracht, wie die Untersuchungen der letzten Jahre gerade für die ersten beiden Erkrankungen mehr und mehr relativ grobe anatomische Befunde als Grundlage der Herderscheinungen innerhalb des Gesamtbildes erwiesen haben, so erscheint die Folgerung wohl

¹⁾ Grundriss p. 518.

²⁾ Psychiatrie. VII. Aufl. 2. Bd., p. 625.

³⁾ Krankenvorstellungen aus der psychiatr. Klinik zu Breslau. 1900. Heft 2. Fall 24.

berechtigt, dass auch als Grundlage der aphasischen Erscheinungen im Rahmen der Epilepsie ein lokalisierter Prozess, zum mindesten eine auf bestimmte Stellen beschränkte stärkere pathologisch-anatomische Veränderung angenommen werden darf und bei hinreichend genauer Untersuchung auch nachgewiesen werden kann.

Dass auch die genuine Epilepsie eine relativ grobe anatomische Ursache haben muss, musste schon ohne entsprechende Befunde allein der Vergleich mit der funktionellen Schwesterkrankheit, der Hysterie, lehren; wertvolle Untersuchungen der letzten Zeit (Alzheimer, Weber und andere) haben über die Natur der in Betracht kommenden Prozesse Licht zu verbreiten begonnen. Begreiflicher Weise richtete sich das Hauptinteresse zunächst darauf, etwaige qualitative Differenzen des anatomischen Prozesses in verschiedenen Fällen zu eruieren und damit zu einer ätiologischen Trennung der verschiedenen Bilder zu gelangen, die sich uns heute noch zusammen als genuine Epilepsie darstellen. Nicht minder interessant, wenn auch — schon aus technischen Gründen — viel schwieriger zu beantworten ist aber die Frage nach der genaueren Lokalisation des epileptischen Prozesses im Einzelfalle. Man mag immerhin daran festhalten, dass der echten Epilepsie eine diffuse Erkrankung der Hirnrinde zugrunde liegt, man wird doch die Annahme nicht von der Hand weisen dürfen, dass diese Veränderung, zum mindesten in einem Teil der Fälle, von einer bestimmten Gegend ihren Ausgang nimmt und hier auch späterhin am stärksten nachweislich ist. Die Verhältnisse dürften ganz analog aufzufassen sein, wie bei der Paralyse, die bei aller sonstigen Differenz doch gelegentlich nicht nur klinisch, sondern, wie Weber¹⁾ angibt, auch anatomisch von der Epilepsie vorgetäuscht werden kann; wie bezüglich der Paralyse wird man auch bezüglich der Epilepsie von den accidentellen Veränderungen (Blutaustritte etc.) zu abstrahieren und ein Augenmerk auf lokale Exacerbationen des spezifischen Prozesses zu richten haben. Gerade weil dieser Prozess selbst noch nicht eindeutig erkannt und wahrscheinlich nicht einheitlich ist, werden zunächst nur wenig Fälle zur Untersuchung nach dieser Richtung brauchbar sein; dazu aber gehören vor allem auch diejenigen, bei denen sich anfallsweise, eventuell zuletzt dauernd, Sprachstörungen feststellen lassen.

Ich darf wohl die Erwägungen, die mich zu dieser Annahme leiten, noch kurz anführen.

Man ist geneigt, bei der Auswahl der zu untersuchenden Stücke aus dem Epileptikergehirne von den klinisch sich vordrängenden motorischen

¹⁾ Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Jena 1901, S. 93.

Reizerscheinungen auszugehen und danach, wie das auch Weber getan hat, das Hauptaugenmerk auf Teile der motorischen Rinde zu richten. Diese Wahl erscheint insofern berechtigt, als der Krampf jedenfalls beweist, dass die betreffenden Partien jeweils einer im Sinne eines Reizes wirkenden Schädlichkeit ausgesetzt gewesen sein müssen, deren immer erneute Einwirkung zuletzt wohl auch eine nachweisliche anatomische Veränderung hinterlassen muss. Ueberträgt man aber die Erfahrungen der sonstigen Hirnpathologie auf die Erscheinungen bei der Epilepsie — und diese Uebertragung erscheint um so mehr berechtigt, je häufiger sich die genuine Epilepsie allmählich doch als Ausdruck einer echten „Gehirnkrankheit“ im engeren Sinne (abgelaufene postinfektiöse Encephalitis etc.) erweisen lässt — so wird man sich erinnern müssen, dass der Krampf und ganz besonders der generalisierte Krampf nichts für den Sitz der ursprünglichen, reizauslösenden Affektion beweist. Den Anhaltspunkt dafür geben nicht die Reizerscheinungen, sondern die nach dem Anfall länger oder kürzer bestehenden Ausfallserscheinungen.¹⁾

Unter diesem Gesichtspunkte verdienen zunächst die Fälle genuiner Epilepsie mit nachfolgenden transitorischen Paresen Beachtung; sie sind, wenn man bald nach den Anfällen genau untersucht, zweifellos viel häufiger, als allgemein angenommen zu werden pflegt, aber doch viel seltener, als bei vorwiegender primärer Affektion der motorischen Rinde angenommen werden müsste (man vergleiche die so häufigen transitorischen Lähmungen bei der Paralyse, bei der eben tatsächlich der akute zum Anfall führende Prozess oft in der motorischen Rinde lokalisiert und zum mindesten in seinen Residuen [Marchi-Degeneration] anatomisch nachweislich ist); nur in den Fällen mit derartigen Paresen, die NB. spurlos schwinden können, wird man bei der Epilepsie mit einiger Wahrscheinlichkeit, ebenso wie bei der Paralyse auch eine besonders schwere akute Veränderung speziell in den Zentralwindungen erwarten dürfen. In der übergrossen Mehrzahl der Fälle von Epilepsie bleiben Ausfallserscheinungen vom Charakter der Herdsymptome überhaupt nicht bestehen, wohl deshalb, weil der grösste Teil der Hirnrinde keine mit unseren Hilfsmitteln nachweislichen Herderscheinungen liefert. In einem Teile aber bleiben als solche die aphasischen Erscheinungen, am häufigsten, allerdings leider vom Charakter der amnestischen Aphasie, die anatomisch verschieden lokalisiert sein kann. Als Wegweiser für die anatomische Untersuchung hat sie den relativ geringsten Wert; immerhin weist sie, wie ich mich früher zu erweisen bemühte (sofern sie als eine aphasische

¹⁾ Vergl. dazu Wernicke, Gesammelte Aufsätze. Berlin 1893, S. 234.

Störung auftritt und nicht durch asymbolische Erscheinungen vorgetäuscht wird) auf eine Schädigung hin, die im Sprachreflexbogen jedenfalls vor der Broca'schen Stelle liegt, und sie entwickelt sich, wie in anderen Fällen auch beim Epileptiker, öfter aus einer sensorischen Aphasie heraus. Von den aphasischen Störungen, die bei Epileptikern beschrieben worden sind, gehört überhaupt, soweit ich übersehen kann, die übergrosse Mehrzahl tatsächlich dem sensorischen Typus an; motorisch-aphasische Störungen nach epileptischen Anfällen kommen zwar gelegentlich und kurzdauernd vor, sie stehen aber an Häufigkeit und Nachhaltigkeit hinter den sensorischen zurück — wieder im Gegensatz zum Verhalten nach den epileptiformen Anfällen der Paralytiker, die sehr häufig motorische, viel seltener sensorische Aphasien hinterlassen. Ich glaube auf Grund all dieser Erwägungen, dass die Fälle von Epilepsie mit häufigen, schweren aphasischen Störungen der anatomischen Untersuchung ein dankbares Feld eröffnen würden, eben weil sie in ihren Ausfallserscheinungen einen Hinweis auf das vorwiegend anzugreifende Gebiet enthalten. Was oben über den allmählichen Uebergang der postparoxysmalen Ausfallserscheinungen in den stationären Defekt ausgeführt ist, rechtfertigt vielleicht sogar die Hoffnung, dass genauere klinische Erforschung der epileptischen Demenzzustände nach dieser Richtung Anhaltspunkte für die anatomische Untersuchung an die Hand geben wird. Ob man derartige Fälle mit sensorischen Ausfallserscheinungen etwa als atypische entsprechend den atypischen Paralysen wird auffassen müssen, ob sie nur einer der zahlreichen Möglichkeiten entsprechen, oder vielleicht sogar einen recht erheblichen Prozentsatz ausmachen, lässt sich an der Hand des vorliegenden Materials nicht entscheiden; mein in der letzten Zeit gewonnener Eindruck, dass sie tatsächlich recht häufig sind, mag auf Zufälligkeiten des mir zur Verfügung stehenden Materials beruhen.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass uns der Nachweis der supponierten herdartigen resp. circumscrip't gesteigerten Veränderungen zwar die Erklärung für die Symptomatologie des Anfalls geben würde, nicht aber für das Auftreten des Anfalles selbst; die Frage, in welcher Weise dasjenige Aufflackern des Prozesses erfolgt, das sich klinisch im Anfall dokumentiert, warum dasselbe bald in grossen, bald in kleinen, bald regelmässigen, bald unregelmässigen Zwischenräumen erfolgt, bedarf dann noch besonderer Untersuchung; (sie ist auch bezüglich der paralytischen Anfälle trotz des Nachweises der Herde noch zu lösen). Aber auch diese Frage würde der Lösung begreiflicherweise ein Stück näher rücken, wenn die anatomische Untersuchung statt von dem Angriffspunkte des Reizes von der wirkenden Reizquelle ausgehen und hier die feinsten histologischen Vorgänge verfolgen könnte.

Unter lokalisatorischen Gesichtspunkten, wie ich sie oben als annehmbar zu erweisen versuchte, würde sich vielleicht auch eine befriedigende Auffassung für eine Reihe von Erfahrungen eröffnen, die doch nur recht wenig erklärt werden durch die Annahme, die genuine Epilepsie beruhe auf — resp. führe zu — einer Allgemein-erkrankung der Hirnrinde; ich habe hier das Missverhältnis im Auge, das in vielen Fällen zwischen der Schwere der motorischen Entladungen und der Intensität der nachfolgenden Bewusstseinsstörung, resp. der Häufigkeit und Schwere der Anfälle und dem Grade der Demenz besteht. Die Erfahrung, dass es Fälle mit recht häufigen, schweren Anfällen gibt, die auch nach langer Zeit nur zu einer recht unerheblichen Intelligenzabnahme führen, lässt sich nicht wegdiskutieren; noch häufiger sind die Beobachtungen, wonach namentlich jugendliche Kranke mit fehlenden oder ganz spärlichen Krampfanfällen, aber häufigen Absenzen geradezu rapid verblöden. Die Annahme muss sich aufdrängen, dass in den Fällen der ersteren Kategorie die Reizquelle in oder in nächster Nähe der motorischen Regionen liegt, im letzteren Falle aber entfernter in wichtigen sensorischen. Dafür spricht auch eine weitere Erwägung; man ist begreiflicherweise geneigt, die Anfälle der zweiten Kategorie als Ausdruck einer leichteren Schädigung anzusehen; daraus allein erklärt es sich aber nicht, dass man bei diesen Anfällen wohl ausnahmsweise, keineswegs aber in überwiegender Häufigkeit den Erfolg eintreten sieht, den ein unmittelbar in oder nahe dem motorischen Kortex einsetzender leichter Reizvorgang haben müsste: isolierte Zuckungen von Jackson'schem Typus; auch das spricht nach meiner Ueberzeugung für einen extramotorischen Sitz des Anfalls. Die Annahme, dass die sensorischen Abschnitte des Gehirnes, insbesondere die mit der Sprache in Verbindung stehenden Partien des Schläfelappens, für die Intelligenz von grösserer Bedeutung sind als die motorischen, wird durch die Beobachtungen an Aphasischen und besonders an Asymbolischen über den Wert einer blossen Vermutung erhoben.

Die obigen Ueberlegungen machen es aber weiter verständlich, dass aphasische Störungen nicht in, jedenfalls nicht nach jedem epileptischen Zustand auftreten; sie würden auch erklären, warum sie am häufigsten in der Form der — anatomisch nicht eindeutig bestimmten — amnestischen Aphasie auftreten und warum sie nur in Ausnahmefällen gerade das Bild der sensorischen Aphasie liefern. Eben von diesen letzteren Formen hätten aber einschlägige anatomische Untersuchungen mit der meisten Aussicht auf Erfolg ihren Ausgangspunkt zu nehmen.

II. Bibliographie.

XXXV) **E. Tanzi**: Trattato delle malattie mentali. Milano, Società Editrice libraria. 1905. 764 Seiten.

In dem regen Bestreben der modernen italienischen medizinischen Wissenschaft, in eigenem Schaffen vom Auslande sich frei zu machen, nimmt das Buch des in Deutschland bereits hinlänglich bekannt gewordenen Florentiner Psychiaters eine hervorragende Stellung ein. Während in früheren Jahren den italienischen Studenten und Aerzten fast allgemein nur Uebersetzungen von Lehrbüchern fremder — und zum grössten Teile deutscher — Forscher zur Verfügung standen, haben die letzten Jahre die Werke einer Anzahl inländischer Autoren gebracht. In der Psychiatrie ist in den letzten zwei Jahren die am meisten gangbare Uebersetzung des Krafft-Ebing'schen Lehrbuches verdrängt worden von den Lehrbüchern des Belmondo, Bianchi und endlich von dem uns vorliegenden des Tanzi. Letzteres muss als ein gross angelegtes, jedem Geschmack und jeder Richtung gerecht werdendes Werk bezeichnet werden. Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, spekulative wie experimentelle Psychologie stellen in gleichem Masse sich einem Psychiater zur Verfügung, der seine Interessen in gleicher Weise theoretischen wie rein klinischen Fragen zur Verfügung zu stellen imstande ist. Unter der Vielseitigkeit des Verfassers hat das Buch nicht zu leiden, sondern gewinnt dadurch seinen eigenen Reiz. Auf eine Menge einzelner Detailfragen, so z. B. die Stellung, die Tanzi zu den deutschen Schulen, speziell der Kraepelin's nimmt, auf die Art und Weise, mit der er sich mit den Lehren Lombroso's abfindet, seine Einteilungsprinzipien der einzelnen klinischen Krankheitsbilder, kann an dieser Stelle noch nicht eingegangen werden und Ref. behält sich vor, in einer umfassenden Besprechung, die in den nächsten Nummern dieses Centralblattes erscheinen soll, das recht gediegene Werk Tanzi's auch dem deutschen Publikum näher zu bringen. In Italien ist es bereits — soweit aus den uns vorliegenden Besprechungen entnommen werden kann — enthusiastisch aufgenommen worden.

Merzbacher.

XXXVI) **W. Nagel**: Handbuch der Physiologie des Menschen. III. Band, II. Hälfte. Braunschweig, Fr. Vieweg u. Sohn. 1905.

Das von Wilibald Nagel herausgegebene grosse Handbuch der Physiologie habe ich beim Erscheinen der ersten Hälfte des III. Bandes bereits in diesem Centralblatt angezeigt (1904, S. 635). Die nun vorliegende zweite Hälfte dieses Bandes (— der bis jetzt allein herauskam, Band I und II stehen noch aus —), handelt ebenfalls noch von der Sinnesphysiologie. O. Zoth bearbeitete das Gebiet: Augenbewegungen und Gesichtswahrnehmungen, K. L. Schäfer den Gehörsinn, W. Nagel den Geruchs- und Geschmacksinn, T. Thunberg die Physiologie der Druck-, Temperatur- und Schmerzempfindungen, endlich W. Nagel die Lehre von den Lage-, Bewegungs- und Widerstandsempfindungen. Die letztgenannten beiden Abschnitte sind für den Neurologen von besonderem Interesse, da er mit den Störungen der darin behandelten Sinnesfunktionen sehr viel zu tun hat und es daher mit Freuden begrüssen muss, eine umfangreiche und vollständige Darstellung des schwierigen Gebietes aus der Feder hervorragender Fachmänner zu erhalten.

Die Verlagsbuchhandlung teilt beim Erscheinen dieses Buches mit, dass ein auf zwei Teile berechneter Ergänzungsband nach Abschluss des Handbuchs erscheinen werde, in dem alle Nachträge und Ergänzungen zusammengefasst werden — gewiss ein beredtes Zeugnis für Umfang und Geschwindigkeit moderner wissenschaftlicher Produktion!

Gaupp.

XXXVII) Wilhelm Erb: *Tabes dorsalis*. Sonderabdruck aus: „Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts“. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. 1905.

Der Heidelberger Kliniker gibt in diesen Vorlesungen, die leider nicht als selbständige Monographie erschienen sind, eine eingehende Darstellung der Lehre von der *Tabes*, an deren Ausbau er selbst in den letzten 30 Jahren in hervorragendem Maasse mitgewirkt hat. Er beginnt mit einer historischen Einleitung, erörtert und begründet dann seine ätiologischen Anschauungen, die er erst kürzlich (Berliner klin. Wochenschr. 1904, No. 1—4) ausführlich dargelegt hat. Daran schliesst sich die Schilderung der Symptomatologie, der pathologischen Anatomie und Physiologie, der Pathogenese der einzelnen Symptome (vor allem der *Ataxie*), des Verlaufes und Ausganges der Krankheit sowie der einzelnen klinischen Formen, unter denen das vielgestaltige Leiden in die Erscheinung tritt. Kapitel VII bringt die differentialdiagnostischen Ausführungen, Kapitel VIII die Prognose. Den Schluss bildet die Therapie. Erb empfiehlt auch heute noch auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen in geeigneten Fällen die antisiphilitische Behandlung.

1876 erschien Erb's Monographie der Rückenmarkserkrankungen in erster Auflage in dem Ziemssen'schen Handbuch. 29 Jahre später verdichtet er in den vorliegenden Vorlesungen von Neuem seine ganze Erfahrung zu einer Monographie über das wichtigste spinale Leiden. Ein Vergleich beider Abhandlungen gibt ein lehrreiches Bild der Forschungsergebnisse fast eines Menschenalters, zeigt die erreichten Fortschritte und die gebliebenen Lücken. Die klare und lebendige Darstellung, die allen Arbeiten Erb's eigen ist, macht auch die vorliegende „Vorlesung“ zu einer genussreichen Lektüre. Gaupp.

XXXVIII) Arnold Pick: Studien über motorische Apraxie und ihr nahestehende Erscheinungen; ihre Bedeutung in der Symptomatologie psychopathischer Symptomenkomplexe. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1905.

Seit dem Erscheinen von Liepmann's Monographie „Das Krankheitsbild der Apraxie“ sind nur einige kurze Mitteilungen über apraktische Symptomenkomplexe erschienen. Wer nie einen einschlägigen Fall selbst beobachtet hat, wird zu der Annahme neigen, dass es sich also um sehr seltene Erscheinungen handle. Wer sich aber einmal etwas näher mit den apraktischen Erscheinungen beschäftigt hat und jeden „organischen Fall“ ebenso wie auf aphasische auf apraktische Symptome untersucht, wird sich eine andere Meinung bilden. Allerdings widerarf es stets sorgfältiger und zeitraubender Untersuchungen, die auch oft wiederholt werden müssen. Fehlerquellen sind in Menge vorhanden. Um einwandfreie Resultate zu erzielen, bedarf es einer exakten Technik der Untersuchung, deren Wert vielfach verkannt wird, und der genauen Beachtung jedes scheinbar noch so unbedeutenden Symptomes.

Sorgfältige Beobachtung und exakte Untersuchung sind es, welche aus jeder Seite des Pick'schen Buches sprechen. Er ist in der Lage, mehrere

ätiologisch ganz verschiedenartige Fälle mitzuteilen, welche Störungen des zweckmässigen Handelns darboten. Im ersten Falle wurden diese Erscheinungen in einem postepileptischen Delirium beobachtet; im Anschluss daran wird ein organischer Fall mitgeteilt, in dem nach einem Krampfanfall apraktische Symptome auftraten. Sodann folgt ein Fall mit multiplen Hirntumoren; in dem letzten Falle endlich traten die apraktischen Erscheinungen als Nachbarschaftserscheinungen bei einer cerebralen Herdaffektion vorübergehend neben aphasischen auf.

Pick sucht in allen diesen Fällen an der Hand sehr ausführlicher Untersuchungsprotokolle nachzuweisen, dass Störungen des Handelns und nicht bloss Störungen des Erkennens der Gegenstände oder fehlerhafte Reaktionen infolge von Perseveration vorlagen. Wenn auch keiner der Fälle so ergiebig ist wie der von Liepmann mitgeteilte, so bringen sie doch eine Menge wertvollen Tatsachenmaterials.

Pick gelangt zu dem Schlusse, dass es nicht eine, sondern eine Reihe von motorischen Apraxien gibt (ganz abgesehen von der „Pseudoapraxie“, wie P. das durch Perseveration bedingte verkehrte Handeln nennt). Ausser der von Liepmann beschriebenen Form gibt es ein Danebenhandeln, dem Danebenreden analog, und eine ideomotorische Apraxie, d. h. ein verkehrtes Handeln infolge gestörter Aufmerksamkeit. Gerade der Aufmerksamkeitsstörung weist Verf. eine grosse Bedeutung zu. Ein Beispiel: Ein Patient soll eine Pfeife anzünden. Alle ihm zu dem Zwecke gereichten Gegenstände erkennt er und manipuliert mit jedem für sich allein sachgemäss. Er vermag aber nicht alle Manipulationen in zweckmässiger Weise zu einem Ganzen zu vereinigen, so dass das Anzünden der Pfeife misslingt. Infolge mangelnder Aufmerksamkeit kann der Kranke keine regelrecht zusammenhängende Vorstellungreihe bilden. Das Fehlen der Aufmerksamkeit kann auch noch auf anderem Wege, nämlich durch ein zu starkes Ueberwiegen der Zielvorstellung zur verkehrten Ausführung komplizierter Handlungen führen. Weiter wird die Aufmerksamkeit zur Erklärung eines andern Phänomens benutzt. Der von Liepmann beschriebene Kranke konnte gewisse Bewegungen, wie Kauen, Schlucken etc. gut ausführen. Liepmann erklärte dies durch die Annahme eines kortikalen Kurzschlusses, der diese Bewegungen ohne Beteiligung des Bewusstseins geschehen liesse. Pick ist der Ansicht, dass der Liepmann'sche Patient die genannten Bewegungen ausführen konnte, weil seine Aufmerksamkeit intakt war. Er selbst beobachtete zwei Kranke, die die gleichen Bewegungen nicht ausführen konnten. Sie befanden sich in einem Zustande gestörten Bewusstseins; ihre Aufmerksamkeit war gestört.

Es ist zweifellos ein Verdienst des Verf., auf die Bedeutung der Aufmerksamkeit für das Zustandekommen komplizierter Handlungen und die Folgen eines Ausfalls mit Nachdruck hingewiesen zu haben. Doch erscheint es mir nicht zweckmässig, den Namen „motorische Apraxie“ auch auf solche Fälle anzuwenden, in denen sich die falschen Handlungen auf eine Störung der Aufmerksamkeit zurückführen lassen. Ich möchte, wie ich dies schon Ziehen gegenüber ausgeführt habe, den Namen Apraxie ausschliesslich auf Störungen im Gebiete des Motoriums angewandt wissen.

Jedem, der sich mit dem Studium der Apraxie näher beschäftigt, bietet Pick's Schrift eine Menge von wertvollen Anregungen, vor allem, weil es ein Muster gründlicher Untersuchung ist.

K. Abraham.

XXXIX) Reissner: Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. (Mit einem Vorwort von Geh. Rat Eulenburg.) Berlin und Wien 1905. Urban & Schwarzenberg.

Wieder einmal eine der von unberufener Seite verfassten Broschüren mit Vorschlägen zum Schutze der von den Psychiatern bedrohten persönlichen Freiheit. Es ist merkwürdig, dass grade Juristen ein so lebhaftes Bedürfnis fühlen, der Psychiatrie reformatorisch beizuspringen, während sie doch auf ihrem eigenen Gebiete genug lohnende Aufgaben vorfinden, z. B. eine Statistik der alljährlich in Deutschland vor Gericht verkannten und verurteilten Geisteskranken oder eine Zusammenstellung der Fälle von unschuldig erlittener Untersuchungshaft.

Die Vorschläge des Verfassers, vor deren Verwirklichung ein gütiges Geschick die Geisteskranken bewahren möge, gipfeln in der Schaffung einer „Internierungskommission“, die sich aus einem Amtsrichter, dem Gerichtsarzt und drei Laien zusammensetzen soll, und deren Verfahren „in einer dem Strafprozess angepassten Weise“ zu regeln sein würde.

Man könnte diese Schrift, deren sicherer Ton in der psychiatrischen Sachkunde des Verfassers kein Echo findet, ruhig ihrem Schicksal überlassen, wenn sie nicht bedauerlicherweise von dem Vorwort eines angesehenen Arztes eingeleitet würde, der sich schon durch die Tatsache eines Geleitwortes überhaupt und noch mehr durch zustimmende Aeusserungen für die Schlussfolgerungen seines Schützlings mithaftbar macht.

Es würde mich interessieren, zu hören, wo und wann A. Eulenburg im praktischen Dienste der Psychiatrie gestanden hat und wo er die Erfahrungen gesammelt hat, aus denen er seine Legitimation ableitet. Ich möchte nicht glauben, dass ein Arzt in einer so schwierigen und verantwortungsvollen Sache das Gewicht seines Namens in die Wagschale werfen wird, wenn er nicht selber in praktischer Tätigkeit mit den Nöten der Entscheidung dieser Fragen handgemein gewesen ist. Oder sollte Eulenburg in den letzten 20 bis 30 Jahren gar nicht Psychiater gewesen sein?

Wenn das zuträfe, so könnte ich mir denken, dass jemand aus der Tatsache unzulänglicher Vertrautheit mit einer Sache andere Konsequenzen zieht, als grade die, mit autoritativer Geberde darüber zu urteilen. A. Hoche.

XL) J. Türkheim: Zur Psychologie des Geistes. Verlag von C. G. Naumann in Leipzig.

Es ist eine Tatsache, dass gegenwärtig alle sog. Geisteswissenschaften ihre Gegenstände mit Hilfe der Psychologie zu erfassen suchen und das tiefere Eindringen in ihren Stoff an das Studium der menschlichen Seele knüpfen. Ein Beweis dafür sind die zahlreichen neuen Zeitschriften, welche Grenzgebiete behandeln, ein Beweis ist die rasch wachsende rein psychologische Literatur. Keine Wissenschaft aber bedarf dieser Richtung zur psychologischen Erfassung ihres Gegenstandes dringender als die Psychiatrie. Sie analysiert die krankhaften Seelenerscheinungen bisher fast ausschliesslich auf naturwissenschaftlicher Grundlage, d. h. sie geht von den Leitungsbahnen im Gehirn aus und stützt ihre Theorien auf die Physiologie, Sinnespsychologie, Experimente an Menschen und Tieren und gelangt so in möglichst exakter Weise zu Perzeptionszentren und durch die Assoziationsfasern zu Apperzeptionszentren; dieser naturwissenschaftlich konstruierte Aufbau endet hier aber. Will man sich von der wirk-

lichen Qualität und Dignität der einzelnen psychischen Leistungen ein Bild machen, dann muss man die reine Psychologie fragen. Die naturwissenschaftlichen Forschungen vermögen nicht zu erklären, wie eine Vorstellung entsteht und welche Bedingungen dazu gehören; sie vermögen, um ein oft gebrauchtes Beispiel anzuführen, nicht ein logisches Urteil zu erklären im Gegensatz zu einem unlogischen. Die „Denkzellen“ sollen die Vorstellungen beherbergen und durch den Reiz oder Denkreiz ihren Inhalt offenbaren. Da ist es doch logisch, dass man zuerst fragt: ist eine Vorstellung, nach unserer Selbstbeobachtung, ein irgend umschriebenes Wesen? ist sie nicht vielmehr nur eine Bewegung, die sich nicht lokalisieren lässt? Vorstellungen bilden sich jedesmal neu aus mannigfaltig kombinierten und wechselnden Quellen, aus Sinneseindrücken, vermischt mit Gefühlstönen, wie Sympathie und Antipathie, vermischt mit Wollungen, Streben und Widerstreben, je nach Anlage und momentaner Stimmung des Menschen. Unzählige alte und älteste Erfahrungen aus der Jugendzeit oder neue von gestern und heute gehen mit in sie ein und machen, dass sie jedes neue Mal wieder modifiziert und niemals identisch mit dem ersten Mal auftaucht. Die Vorstellung ist also etwas, was räumlich nicht zu umgrenzen ist. Das lehrt die Psychologie, das finden wir in dem Werke von Türkheim mit grosser Schärfe und Klarheit ausgeführt. Dabei geht der Autor durchaus seinen eigenen Weg; der Ausgangspunkt und die Anordnung des Stoffes sind originell, alles trägt den Stempel des Selbsterarbeiteten; so erscheinen die alten Probleme unter neuer Beleuchtung, ganz besonders auch durch den Vergleich der menschlichen Seele mit der tierischen.

Ref. erinnert an das Werk von Pfänder, „Einführung in die Psychologie“, welches in dieser Zeitschrift No. 176, 1904, durch Specht so warm den Irrenärzten empfohlen wurde. Das vorliegende Buch von Türkheim behandelt allerdings nur die Psychologie des Geistes, mit Ausschluss des Willens und der Gefühle; diese hat der Autor schon früher in ähnlicher Weise abgehandelt, „Zur Psychologie des Willens“, Würzburg 1900, Stahel'scher Verlag. Die Bedeutung solcher Untersuchungen für die Psychiatrie liegt also auf der Hand und rechtfertigt ein Referat, das sich möglichst an die Worte des Autors halten will. Der Zweck des Buches ist, die Genese von Wissen und Denken darzustellen. In Wissen und Denken geht alles das auf, was wir als Verstand, Vernunft, Geist, Intelligenz, Denkvermögen bezeichnen. Das Wissen enthält, nach Ansicht des Verfassers, das Grundproblem der Psychologie des Geistes und von diesem Punkt aus sind auch die Sprachbildung, die Ich-Bildung und die Dunkelheiten des tierischen Seelenlebens zu erfassen. Wendungen, wie: das Wissen heisst äussere Eindrücke in sich aufnehmen, von Tatsachen Kenntnis haben usw., sind im Grunde nur Tautologien. Auf Seite 14 wird das Wissen definiert als Vorstellungen haben von den Dingen und von den Beziehungen der Dinge zueinander. Eine notwendige Bedingung für das Wissen ist, das Geschöpf muss wissen wollen, muss einen Trieb, einen Drang zum Wissen in sich tragen. Das Wissen ist also kein ruhender Schatz von Kenntnissen, sondern eine Tätigkeit, eine Bewegung. Auf Seite 16 und 17 wird ausgeführt: wir gelangen zum Wissen durch Erfahrung, d. h. unser Geist ist derartig organisiert, dass er die Erscheinungen der Aussenwelt nach einem bestimmten Schematismus ordnen muss, nämlich zeitlich und ursächlich; dabei geht der Autor noch etwas über Kant hinaus. Raum, Zeit, Kausalität sind nicht bloss Formen der

Anschauung, sondern die Bedingung, dass überhaupt Anschauung und Vorstellung möglich wird (p. 131). Der Verstand verknüpft alle Erscheinungen in dieser dreifachen Weise; so gewinnen wir Erfahrung. Wissen heisst also Vorstellungen haben, Denken, diese Vorstellungen kausal und final bewegen, wobei unter Denken alle Arten desselben verstanden werden, kausales, nach Ursachen, Wirkungen und Handeln fragendes Denken, ebenso wie träumen, phantasieren. Es werden der Reihe nach untersucht Begriffe wie Urteile, Erkenntnisse, Phantasie, Aufmerksamkeit, praktische und theoretische Denkform, Klugheit, Dummheit, Weisheit, Gelehrsamkeit, Glauben (p. 62—104). Besonders wichtig erscheint wohl die Analyse des Begriffes Glauben.

Nachdem das Wissen und Denken besprochen sind (p. 19 u. ff.), wendet Verf. sich zur Definition von Anschauung und Vorstellung. Die Vorstellung ist ein sekundäres, abgeleitetes Gebilde; ihr liegt eine Anschauung zugrunde. Eine Sinneserregung wird wahrgenommen; zu dieser Wahrnehmung, diesem Empfinden tritt ein innerer, psychischer Zustand, und wenn beide zusammenfliessen in Eins, dann ist es eine Anschauung des Subjekts geworden. Das Empfinden eines Tones z. B. wird auf etwas Aeusseres zurückgeführt und klassifiziert, das ist eine Anschauung. Den Prozess des Ueberganges der Anschauung in Vorstellung kann man auch an sich selbst nicht beobachten; sie sind beide gleichzeitig da; es gibt einen solchen Uebergang eigentlich nicht; mit der Anschauung ist auch die Vorstellung beim Menschen gegeben, aber die Anschauung kann von der Vorstellung lange Zeit überlebt werden. Die qualitativ und ätiologisch klassifizierte Empfindung ist Anschauung und Vorstellung zugleich. Die letztere ist ein Nachbild der Anschauung, welches nach den Gesetzen der Assoziation bewusst wird und verschwindet. Die Vorstellung ist aber nicht nur jeder einzelne geistig verarbeitete Sinneseindruck, sondern auch eine grosse Summe solcher zu einheitlicher Anschauung verknüpfter; auch Bewegungen, das Nacheinander der Erscheinungen, kann angeschaut und vorgestellt werden. Die Tatsache, dass der Mensch in seiner Seele Vorstellungen als Dauerbilder von Anschauungen ansammeln kann, nennen wir Gedächtnis, und dass diese Vorstellungen gewollt oder ungewollt der Aufmerksamkeit sich darbieten, erinnern. Das Gedächtnis ist also kein Seelenvermögen, sondern eine Funktion der Vorstellungen; ohne Vorstellungen gibt es kein Gedächtnis. Je länger die Reihen und Ketten werden, zu denen sich die Vorstellungen von den räumlichen, zeitlichen und kausalen Beziehungen der Dinge zusammenordnen oder assoziieren, um so grösser ist das Wissen. — Hierbei werden erörtert das Lernen, die Lernbegierde, Neugierde usw. — Wo bleiben die Vorstellungen, die nicht dem Bewusstsein gegenwärtig sind? (p. 35—39). Die Vorstellungen sind keine Dinge oder Wirklichkeiten, sondern nur Zustände oder Dispositionen; sie verschwinden und tauchen auf, hervorgerufen entweder durch eine Anschauung oder andere eben vorhandene Vorstellung, mit der sie fest verkettet ist, oder durch ein Gefühl, zu dem sie in einem ursächlichen Verhältnis steht. Dieses Verhältnis ist noch nirgends genau untersucht worden, dennoch besteht dieser Zusammenhang. Das ganze Anschauungsleben steht unter dem Einfluss des Willens; jede Betrachtung der Dinge ist eine Willenshandlung, kommt zustande auf Grund einer Wollung und in letzter Linie eines bestimmten Gefühls, eines Interesses, eines Leidens, Schmerzes. Mit dem ablassenden Gefühl, mit dem Eintritt von Ruhe und Gleichgültigkeit schrumpfen

die zu ihm gehörenden Vorstellungen zusammen. Kein Gefühl ist andererseits imstande, ein anderes Gefühl auszulösen; es hebt Vorstellungen ins Bewusstsein, von denen wieder ein anderes Vorstellungsgebiet erregt wird, das mit einem anderen Gefühl fest verknüpft ist; indirekt weckt ein Gefühl das andere. Aus Vorstellungen entwickelt sich ein geistiges Element, der Begriff. Hier werden die im wesentlichen gemeinsamen Merkmale zu einer gedanklichen Einheit zusammengefasst. Jeder Begriff ist ein Satz mit Subjekt und Prädikat in einem Zeichen; die Auseinanderfaltung, Auflösung dieses Zeichens in Subjekt und Prädikat nennen wir definieren.

Im zweiten Abschnitt wendet sich der Verf. der Untersuchung des Ich-Begriffs und der Sprache zu. Es ist eine doppelte Verstandestätigkeit, die sich bei der Bildung von Anschauungen und Vorstellungen entfaltet (p. 44), eine auflösende oder analysierende und eine einteilende, ordnende, klassifizierende. Beide sind unerlässlich für das Wissen; eine andere Wirkung der klassifizierenden Geistestätigkeit ist die Bildung des Ich-Begriffs. Eine bestimmte Summe von Erscheinungen wird als etwas Besonderes, Höherwertiges zusammengefasst, und allem übrigen als dem Anderen, Minderwertigen gegenübergestellt. Jeder Wissende ist auch ein Ich. Vorstellungen existieren nur als meine Vorstellungen. Der Inhalt des Ich ist eine Abstraktion; zuerst ist es ein Körper Ich; jede Berührung des eigenen Körpers wird empfunden, eines anderen, Fremden, nicht; der eigene wird als höher bewertet; dann wird es ein wollendes Ich; mit der zunehmenden Wertung der Dinge erwacht ein Verlangen nach ihrem Besitz. Der Wunsch zu erwerben, zu geniessen, der Wollungen und Strebungen wird zum Ich. Endlich mit zunehmender Erfahrung und indem der Mensch durch Denken die einzelnen Begebenheiten seines Lebens zu einem bedeutsamen Gesamtbilde zu verknüpfen strebt, verbindet sich ihm mit dem Ich-Begriff die Vorstellung eines Dauernden und Unvergänglichen. Aber weder sein Körper noch sein Wille erscheinen ihm nun als bleibend; sie sind offenbar dem Wechsel unterworfen; dagegen vermag er sich nun auch ohne Körper und ohne seine vielerlei Begegnungen noch als seiend zu denken. Dieses letzte, nach Abzug jener beiden Bestimmungen, was von seinem Ich noch übrig bleibt, erklärt er für den Kern, das Dauer-Ich. Es ist das wissende Ich. In dieses Ich gehen alle Vorstellungen von den innern und äussern Erlebnissen ein; es verknüpft den Menschen von gestern und den von heute mit dem von morgen; so erscheint es immer als das nämliche gegenüber den wechselnden inneren Zuständen. Nun kann der Mensch alle seine äusseren und inneren Eigenschaften und Fähigkeiten sich anders und verändert vorstellen und wünschen, aber das Ich, das er war, will er bleiben, den Zusammenhang mit der Vergangenheit, das Wissen um diese Persönlichkeit will er nicht hergeben. Dieses Ich kann der Mensch nun niemals mehr wegdenken; alles andere wohl. Mit Recht hebt der Verf. hervor, dass ähnliche genetische Darstellungen dieses Begriffes zu wenig Rücksicht auf die Mitwirkung des Wissenstriebes nehmen. Ebenso sind Vorstellungen die Vorbedingung für die Sprache. Wo Gefühle, Wissenwollen und Vorstellungen vorhanden sind, da muss sich die Sprache einstellen. Wörter bezeichnen Vorstellungen usw. (p. 55 u. ff.).

Der letzte Abschnitt des Buches behandelt die Frage: haben auch die Tiere ein Wissen? Eine gründliche und vorurteilslose Prüfung dieser Frage ist von eminenter Bedeutung, denn gerade hier werden alt überlieferte Meinungen

allgemein auf Treu und Glauben hingenommen und weiter verwendet; überlieferte und eigene Beobachtungen und Urteile werden zu Analogieschlüssen und auch bei Experimenten benutzt, ohne das Läuterungsfeuer strenger psychologischer Begriffsbestimmung durchgemacht zu haben; die Fähigkeiten, Triebe und Handlungen der Tiere werden allgemein zu anthropomorphistisch gedeutet; sie werden nicht qualitativ, nur graduell von den menschlichen Fähigkeiten geschieden und sollen ohne Grenzen ineinander übergehen. Ganz anders stellt sich Türkheim zu der Frage. Er spricht den Tieren die höheren geistigen Fähigkeiten, Wissen und Denken, ab. — Wenn aber diese auch nicht einmal in der Anlage vorhanden sind, wie will uns dann, sagt der Verfasser, der Darwinismus glaubhaft machen, dass der menschliche Verstand und Geist sich aus tierischen Instinkten entwickelt habe? Der Schluss dieses äusserst belehrenden und interessanten Abschnitts (p. 105—153), auf den hier nicht näher eingegangen werden kann, lautet: Wir finden in der menschlichen Seele ein ganz neues Organ, den Geist, der sich seine Elementarorganismen, die Vorstellungen schafft und uns mit ihrer Hilfe zu zwei ganz neuen Tätigkeiten, dem Wissen und Denken befähigt. Ich vermisse diese ganze Anlage, auch den Keim zu ihr, in der Tierseele, und ich schwanke, ob der philosophische Ausspruch *natura non facit saltum* nicht Lügen gestraft werde, ob nicht zwischen Tier- und Menschenseele ein tiefer Riss sich auftun oder durch nichts überbrückt werden kann.

Zum Schluss möchte Ref. sich einige allgemeine Bemerkungen gestatten. Die rein naturwissenschaftliche Denkmethode der Psychiatrie reicht zur Analyse der Grenzfälle nicht; das veranlasste zurzeit schon Delbrück in seiner *Pseudologia phantastica* allgemein-psychologische Betrachtungen hineinzuziehen. Das Studium der gesunden menschlichen Seele geht aber heute wie von jeher von der reinen Selbstbeobachtung aus und betrachtet die Experimente an Fremden nur als nebensächliche Unterstützung der reinen Selbstbeobachtung, die allein die Fragestellung und Gesichtspunkte liefern kann. Hier also ist eine Lücke, über die keine Brücke zur gegenseitigen Verständigung führt zwischen der exakten Methode in der Pathologie der Seele und der Methode der Selbstbeobachtung in der Psychologie der gesunden Seele. Besonders fühlbar in der Praxis wird diese Lücke bei der angestrebten Verständigung zwischen dem Experten und Richter. Beide würden einander eher verstehen und würdigen, wenn sie mit den Lehren der Psychologie gleich vertraut wären; hier würde die logisch begründete Lehre vom Willen, auf die es vorzüglich ankommt, auch dem Juristen eher einleuchten, während ihm die exakten Beobachtungen und Experimente wenig imponieren. Auf dem neutralen Boden der reinen Psychologie würde ein Vertrag zu erhoffen sein. Aber auch viele interne Fragen der Psychiatrie können nicht mehr ohne Hinzuziehung gut angestellter, wissenschaftlicher Selbstbeobachtung gefördert, vertieft und gelöst werden. Es mag hier nur erinnert werden an die Rolle, welche die Affekte in den Psychosen spielen, noch mehr an die dauernden Stimmungen, welche zur Entstehung des Wahns disponieren.

Das vorliegende Werk geht, wenn auch kurz, auf solche Spezialfragen ein, wie den Verzicht auf Kritik zugunsten einer gläubigen Stimmung und höherer Bewertung gewisser Vorstellungen im normalen Seelenleben, Erscheinungen, denen wir im pathologischen Seelenleben auf Schritt und Tritt begegnen. Aus

den Vorstellungen erhebt sich ein höheres geistiges Element, der Begriff, und unter den Begriffen ragt als höchstbewerteter der Ich-Begriff hervor, der durch seine Allgegenwärtigkeit eine Kette, einen Zusammenhang der Einzelerlebnisse des Individuums ermöglicht. Diese höchste Leistung des menschlichen Geistes wird naturgemäss bei Erkrankungen auch ganz zuerst Schaden leiden; daraus würde sich a priori ergeben, dass eine Veränderung des Ichs in Psychosen das erste Symptom und zugleich die Bedingung für alle weiteren qualitativen Veränderungen des Bewusstseins sein müsste, was auch tatsächlich der Fall ist; denn nun fehlt der Zusammenhang der Einzelerlebnisse des Individuums und daraus folgt weiter Vermischung von Erlebtem und Eingebildetem, Gehörtem, Geträumtem. Es ist also in erster Reihe eine Schädigung der Denkkraft, der Begriffe und ganz zuerst des obersten Begriffs, des Ich. Daraus entspringt alles übrige. Noch viele Fragen der Psychiatrie könnten durch die Psychologie befruchtet werden. Eine Hinwendung zur reinen Psychologie haben in neuerer Zeit die Studien über Hypnose und Suggestion vorbereitet und zum Teil vollzogen.

Th. Tiling.

XLII) Ralf Wichmann: Geistige Leistungsfähigkeit und Nervosität bei Lehrern und Lehrerinnen. Eine statistische Untersuchung. Halle a. d. S., Marhold. 1905. 80 Seiten.

Verf. hat durch sehr detaillierte Fragebogen, die er für die Männer in den Fachzeitschriften veröffentlichte, den Lehrerinnen aber in 10 000 Exemplaren zusandte, Material für sein Thema erhalten; es haben 780 Lehrerinnen und 344 Lehrer geantwortet. Aus einer eingehenden Zusammenstellung und Kritik der erhaltenen Daten folgert Verf., dass die Lehrerinnen häufiger erkranken und weniger leisten können als die Männer, und er glaubt, dass man berechtigt sei, die Resultate zu verallgemeinern, da es sich um Leute handle, die unter gleichen Bedingungen leben und sich nur durch das Geschlecht unterscheiden.

Die Arbeit ist eine sehr verdienstliche; sie regt an, zeigt den Weg zu weiteren Studien; aber sie ist auch sehr geeignet, eine Anzahl von Klippen auffallend zu machen, vor denen sich Verf. bei seinen Schlüssen nicht gehütet hat.

Schon die Art der Gewinnung des Materials sollte zur Vorsicht mahnen. Auf diese Weise bekommt man nur Antworten von Leuten, die irgend wie in der Sache interessiert sind. Unter diesen sind die ganz objektiven Wissenschaftler gewiss in der Minderzahl; am meisten werden wohl die Leute antworten, die gewohnt sind, sich selbst zu beobachten, das heisst die „Nervösen“. So sind denn auch unter den 343 Lehrern bloss 43, die als ganz gesund bezeichnet werden können. Die Neigung, von sich zu reden, ist nun bei beiden Geschlechtern gewiss nicht ganz gleich entwickelt; das Material muss also schon aus diesem Grunde ein ungleiches sein.

Dann aber vergisst W. vollständig, dass in Deutschland Lehrer und Lehrerinnen aus ganz anderen Volksschichten stammen. Für eine grosse Zahl von Lehrern involviert ihr Beruf eher eine Erhöhung der Lebensstellung; jedenfalls müssen sie nicht auf ihr gewohntes Milieu verzichten. Unter den Lehrerinnen sind sehr viele aus besseren Ständen, die in ihrem Beruf geradezu deklassiert erscheinen und in eine ihren Verhältnissen ganz inadäquate Situation hineingeraten sind. Es kommen bei den Lehrerinnen hinzu die un-

befriedigenden sexuellen Verhältnisse, der Mangel eines Familienlebens, der bei der Isolierung von ebenbürtiger Gesellschaft doppelt schwer empfunden werden muss. Dann hat die Lehrerin in der Regel noch ihre Kleider, ihr Zimmer, vielleicht sogar teilweise oder ganz die Küche zu besorgen, während der Lehrer die freie Zeit viel mehr zur Erholung oder zu erholender Beschäftigung verwerten kann. Wenn Verf. betont, dass die Lehrer viel ungünstiger gestellt seien, weil sie mehr für Angehörige zu sorgen haben als die Lehrerinnen, so vergisst er, dass die Lehrer höhere Besoldung beziehen, die ihnen die Aufgabe erleichtert; er vergisst vor allem, dass das Familienleben in vielen Beziehungen einen wohlthätigen Einfluss ausübt und nicht nur Lasten bringt.

Die beiden Geschlechter sind also gerade in dem, worauf es ankommt, ganz ungleich gestellt; ein bisschen mehr Arbeit oder weniger, das macht im allgemeinen für die Entstehung der Nervosität verzweifelt wenig aus; ausschlaggebend ist allein die Befriedigung, die man bei seiner Arbeit findet, die Summe von unangenehmen Affekten, die sie begleiten.

Und dann noch etwas: die Summe von persönlicher Kraft, die man der Arbeit widmet! Es ist nun sehr wahrscheinlich, dass dieser letztere Faktor bei beiden Geschlechtern recht verschieden sei. Bei Dingen, die sie mit einer gewissen Liebe tut, ist die Frau viel eher geneigt, ihre ganze Persönlichkeit einzusetzen, als der Mann. Für die meisten Männer ist das Lehren ein Beruf wie ein anderer; für die meisten Frauen ist die Beschäftigung mit Kindern viel mehr: die Betätigung eines Naturtriebes, der die Einsetzung ihres ganzen Wesens verlangt. Bei ihnen spielt auch das persönliche Moment eine viel grössere Rolle, als beim Manne; das Verhältnis zu Menschen ist ein viel weniger theoretisches, die Gefühle, von deren Mitwirkung ja die Anstrengung in erster Linie bedingt ist, spielen eine ungleich grössere Rolle.

So kann es ebenso wohl ein gutes wie ein schlechtes Zeichen für die Summe der Lebensarbeit sein, wenn die Frauen sich rascher verbrauchen; letzteres ist übrigens durch Verf. nicht einmal sicher bewiesen.

Nicht genug rügen kann man es überhaupt, wenn Verf. die Arbeit allein nach der Zahl der Schüler und der Stunden wertet. Das darf man nicht einmal bei einem Schuster, geschweige denn bei einem Erzieher. Der einzige Massstab sind die Leistungen und diese abzuschätzen haben wir leider noch kein Mass. Ich bitte nun, nicht einzuwerfen, dass Schulprogramm und Examina die Einheitlichkeit der Leistungen garantieren. Beide sagen dem, der das Heil nicht allein in der Menge des beigebrachten verdauten oder nicht verdauten Wissens sieht, rein nichts. Die wirkliche Schulbildung ist etwas ganz anderes und zwar etwas, was gerade am wenigsten durch blosse Routine gefördert werden kann.

Was die Menge der gleichzeitig zu unterrichtenden Kinder anbetrifft, so ist es absolut unrichtig, dass damit die Aufgabe des Lehrers unter allen Umständen wachse. Diese kann ebenso gut abnehmen; denn bei einer kleinen Klasse wird auch ein mittelmässiger Lehrer geneigt sein, auf die einzelnen Individualitäten einzugehen, während die zu grosse Klasse bloss die Schablone erlaubt, und so gerade für die besseren Lehrer die Aufgabe erleichtert.

Es wären, um die Sache zu erschöpfen, noch mehr Einwände zu machen. Wir wollen uns mit einigen Andeutungen begnügen.

Der Begriff Ermüdung ist ein sehr verschieden gefasster. Der Routinier kann ganz gut, auch wenn er physisch ziemlich stark ermüdet ist, ohne viel Beschwerden noch einige Stunden geben, die kaum schlechter sind, als die übrigen. Wer genau auf das Wesen seiner Schüler eingeht, empfindet auch eine geringe Erschwerung sehr peinlich. Die Antworten über Ermüdung müssen also ganz verschiedenwertig und unvergleichbar sein.

Noch schlimmer wird es mit den Angaben über Heredität stehen. Wer ein bisschen Erfahrung in dieser Sache hat, weiss, dass bei dem einfachen Fragen niemals etwas brauchbares herauskommt. Die Aufnahme einer Familiengeschichte ist geradezu eine Kunst, die in jedem einzelnen Fall eine gewisse Arbeit verlangt. Uebrigens richtet sich das relative Verhältnis der Belasteten unter anderem auch nach der Bevölkerungsschicht, aus der eine Berufsklasse sich rekrutiert, und namentlich auch nach den Motiven, die unter gegebenen Umständen die Berufswahl bedingen. Diese Motive sind nun bei Lehrern und Lehrerinnen gewiss sehr verschieden. Dadurch wird nicht nur quantitativ die relative Zahl der Belasteten verändert, sondern die Art und Bedeutung der Heredität muss bei beiden Geschlechtern eine ungleiche sein.

Ein ganz böser Schnitzer ist dem Verf. begegnet, wenn er seinem Material entnimmt, dass die rein wissenschaftlichen Lehrerinnen nur zu 10 %, die Lehrer aber zu 38 % sechs Stunden pro Tag unterrichten können, ohne zu übermüden, und daraus den Schluss zieht, dass die Lehrerinnen ihre Leistungsfähigkeit nur auf den vierten Teil derjenigen des Durchschnittslehrers eingeschätzt haben.

Wenn diese Zeilen dazu beitragen, etwas mehr Vorsicht in diesen schwierigen und komplizierten Dingen walten und das quod erat demonstrandum etwas zurücktreten zu lassen, so ist ihr Zweck erfüllt; es handelt sich hier um Dinge von allergrösster Wichtigkeit, die man nicht in Misskredit bringen darf.

Bleuler (Burghölzli).

XLII) L. Brieger und Laqueur: Moderne Hydrotherapie. Moderne ärztliche Bibliothek. Heft 13/14. Berlin. Leonhard Simon. 1904. 2 M.

Ich habe bereits zahlreiche Handbücher der Hydrotherapie kennen gelernt, aber ich muss gestehen, dass ich wohl selten von einem solchen in dem Masse befriedigt worden bin, wie im vorliegenden Falle. Was das Büchlein auszeichnet, ist seine prägnante Kürze, wie sie gerade der praktische Arzt braucht, der keine Zeit findet, sich durch theoretische Erörterungen und Kontroversen durchzuarbeiten. Auf den 67 Seiten dürfte er alles das finden, was er für seine Praxis von der modernen Wasserheilkunde wissen muss. Leider gehen immer noch vielen Aerzten die einfachsten Grundbegriffe der modernen Hydrotherapie wie überhaupt der physikalischen Heilmethoden ab.

Der erste Abschnitt (S. 1—19) macht den Leser mit den physiologischen Grundgesetzen bekannt, der zweite (S. 19—32) mit der Methodik der einzelnen Wasseranwendungen und der dritte (S. 32 bis Schluss) mit den Indikationen und Anwendungsformen der Hydrotherapie. Die Darstellung berücksichtigt die neuesten Erfahrungen.

Buschan (Stettin).

XLIII) Féré: Le traitement des aliénés dans les familles. Paris, F. Alcan. 1905. III. Auflage. 271 S.

Féré's Buch, das 1889 erstmals erschien, gibt in seinem ersten Teil eine eingehende Schilderung der Familienpflege, wie er sie in Belgien und

Schottland antraf (— die deutschen Verhältnisse kennt er offenbar nicht aus eigener Anschauung, berücksichtigt sie deshalb weniger —) und wie sie seit 1892 allmählich auch in Frankreich Eingang gefunden hat. Er spricht sich über die bisher gemachten Erfahrungen sehr zufrieden aus. Der zweite Teil der Monographie schildert die Pflege der Kranken, wie sie in den Familien gehandhabt werden soll. Der Irrenarzt findet hier natürlich nur Bekanntes.
Gaupp.

XLIV) Remak: Ueber lokalisierte Krämpfe. Sonderabdruck aus: Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts (v. Leyden u. Klümperer). 1905.

Eine klinische Vorlesung, die in übersichtlicher Weise das ganze Gebiet der lokalisierten Muskelkrämpfe erörtert und auch die neuesten Arbeiten berücksichtigt. Die grosse eigene Erfahrung des Verf. kam natürlich auch seiner Darstellung der — zum Teil seltenen — Störungen zu gute. Gaupp.

XLV) Pollack: Die Färbetechnik für das Nervensystem. III. Auflage. Berlin 1905. S. Karger. 158 Seiten.

Die bekannte Färbetechnik Pollack's hat in dieser neuen Auflage wesentliche Verbesserungen erfahren. Besondere Berücksichtigung haben die Neurofibrillen-Methoden gefunden, die in sehr übersichtlicher Weise zusammengestellt sind und von denen jede kurz und präzise aufgeführt ist. Die Ausführungen über dieses schwierige Kapitel sind in gleicher Weise gelungen, wie etwa die aus den früheren Auflagen bekannte vorzügliche Beschreibung der Weigert'schen Neurogliamethode. Eine sehr dankenswerte Erweiterung hat diese Neuauflage noch durch die ausführlichen Literaturangaben erhalten, die den verschiedenen Kapiteln angeschlossen sind. Spielmeier.

III. Referate und Kritiken.

142) **Hager** (Stettin): Traggerüst für die oberen Extremitäten.

(Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie. 1904. Bd. VIII, S. 275—276.)

In einem Falle von progressiver Muskelatrophie, wo es dem Kranken nicht mehr möglich war, die Arme selbständig zu heben, ersann Verf. folgende Vorrichtung. Ein Stahlbügel mit guter Unterpolsterung kam bogenförmig auf den Rücken zu liegen: Hals und oberer Teil der Brustwirbelsäule blieben frei. Die Enden des Bügels gingen mit entsprechenden Krümmungen über die Schulter hinweg und endigten beiderseits frei in der Höhe der dritten Rippe. An die freien Enden kamen Riemen zu hängen, in welche die Hände wie in einer Mitella zu liegen kamen. Schliesslich wurden an dem Bügel noch jederseits ein wenig seitwärts von der Mittellinie zwei durch Schnallen ebenfalls verstellbare Schlingen befestigt, die um jedes Ellenbogengelenk herum gingen. Durch dieses Gerüst war der Arm an zwei Punkten, Hand und Ellenbogen, gut gestützt und die Last der Arme wurde gleichmässig vorn und hinten auf den Bügel, der überdies sehr leicht sein konnte, verteilt. Patient war damit sehr zufrieden.
Buschan (Stettin).

143) **Karl Heilbronner:** Zur Symptomatologie der Hemiplegie.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 28, Heft 1.)

H. berichtet über ein, wie auch Referent bestätigen kann, sehr charak-

teristisches und bei der frischen Hemiplegie konstantes Symptom, das sogen. „breite Bein“, eine Erscheinung, die darin besteht, dass auf der gelähmten Seite die Muskulatur besonders des Oberschenkels, aber auch der Wade und event. des Armes breit, schwappend, dem Gesetz der Schwere folgend, auf der Unterlage, auf der die Extremität aufliegt, auseinanderfließt infolge Wegfalles des formgebenden Muskeltonus, der sonst die Muskulatur von der Wirkung der eigenen Schwere und des eventuellen Druckes von aussen unabhängig macht. Im Gegensatz zu dem „reflektorischen Muskeltonus“, der in den gedehnten Muskeln bei passiven Bewegungen jeweils durch diese Bewegungen momentan erzeugt wird, ist dieser formerhaltende Tonus ein kontinuierlicher. Fehlt der erstere (bei Tabes, älteren schlaffen Hemiplegien), so braucht doch kein „breites Bein“ zu bestehen, da der permanente Tonus erhalten sein kann; niemals aber kann man das breite Bein beobachten, wenn nicht auch der reflektorische Muskeltonus ausgefallen ist. Dagegen kann dies Symptom den Eintritt der aktiven Beweglichkeit überdauern, so dass sich der Ablauf in der Rückbildung der uns hier interessierenden hemiplegischen Erscheinungen so darstellt: 1. Wiederkehr der aktiven Beweglichkeit, 2. des formhaltenden Tonus, 3. des reflektorischen Tonus. Verlust der Sehnenreflexe braucht keine Begleiterscheinung des „breiten Beines“ zu sein, doch kann man in solchen Fällen (wie auch beim Gesunden) den Patellarreflex nie in gestreckter Haltung des Beines erzielen, während er bekanntlich bei hypertonen Zuständen (die also nie mit dem breiten Bein vergesellschaftet sind) auch in dieser Stellung auszulösen ist.

Zum Schluss geht H. noch auf das Verhältnis der cerebralen Arm- und Beinlähmung zueinander ein und führt aus, dass die Annahme, dass im allgemeinen die Bewegungsfähigkeit der unteren Extremität schneller zurückkehre als die der oberen, nicht ohne weiteres richtig ist. Nur wenn man den Grad der Verwertbarkeit und praktischen Nützlichkeit eines verbliebenen Funktionsrestes als Massstab für die Beurteilung der Wiederherstellung annimmt, hat diese Auffassung ihre Berechtigung, denn die Art der spastischen Beinlähmung (Streckkontraktur) ermöglicht immer noch die wesentlichste Funktion des Beines, das Gehen, selbst wenn alle feineren (Zehen) Bewegungen noch hochgradig gestört sind, während die Beugekontraktur des Armes, die Unmöglichkeit der Opposition des Daumens, überhaupt der feineren Fingerbewegungen, den Arm völlig brachlegt. Uebrigens kommen für die Schätzung des Grades der Lähmung auch die individuellen Bedürfnisse des Patienten in Betracht. Endlich geht H. kurz auf die Bedeutung der rhythmischen Mitbewegung des Armes beim Gehen ein, die oft ausfällt in Fällen, in denen die willkürliche Beweglichkeit kaum mehr eine Störung erkennen lässt.

Kalberlah.

144) Loeper et Crouzon: Contribution à l'étude des hémioedèmes chez les hémiplegiques.

(La nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1904. p. 181.)

An der Hand von drei Fällen von Hemiplegie, in denen nach einigen Wochen auf der gelähmten Seite Oedeme auftraten, während aber auch Herz und Nieren Störungen aufweisen, betonen die Autoren, dass die Entstehung auch solcher auf die gelähmten Partien beschränkter Oedeme nicht immer allein in der Schädigung vasomotorisch trophischer Bahnen und Zentren zu suchen ist,

sondern dass die kardialen und renalen Funktionsstörungen für die Genese der Oedeme auch von Bedeutung sind. Cassirer.

145) **Mills and Spiller:** A case of progressively developping hemiplegia, later becoming triplegia, resulting from primary degeneration of the pyramidal tracts.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease. July 1903.)

54jähriger Mann, *Potator strenuus*. Allmähliche Entwicklung einer rechtsseitigen Hemiplegie, bei der das Bein stärker und wahrscheinlich auch früher betroffen war. Nach einigen Jahren stellte sich auch eine Lähmung der linken unteren Extremität ein. Alle Reflexe waren lebhaft gesteigert. Das Babinski'sche Phänomen vorhanden. Keine Sensibilitätsstörungen. Tod sechs Jahre nach Beginn der Erkrankung. Es fand sich eine chronische Degeneration der rechten gekreuzten und der linken direkten Pyramidenbahn, die bis in die Brücke verfolgt werden konnte; ferner eine verhältnismässig frische Degeneration der linken gekreuzten und der rechten ungekreuzten Pyramidenbahn, die sich mit der Marchi'schen Methode bis in die innere Kapsel verfolgen liess. Im übrigen normaler Befund, insbesondere keine Herderkrankungen. Die Verf. glauben, dass es sich hier um einen Fall von spastischer Spinalparalyse im Sinne Erb's handelt, der sich unter die von diesem Autor kürzlich zusammengestellten elf Fälle einwandfrei einreihen lässt. Kölpin (Greifswald).

146) **Gordon:** A study of sensations in motor paralysis of cerebral origin based upon thirty-five cases.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease. March. 1903.)

Verf. hat 35 Fälle von cerebraler Hemiplegie sehr genau auf ihre Sensibilität hin untersucht. Er fand dieselbe durchweg gestört. Am meisten war die Temperatur-, am wenigsten die Berührungsempfindung betroffen. Entsprechend der motorischen Lähmung war auch die sensible stärker an der oberen wie an der unteren Extremität. Die Erfahrung Verger's, dass die Sensibilität an den gelähmten Extremitäten die Tendenz zeige, vom distalen nach dem proximalen Ende hin besser zu werden, konnte Verf. bestätigen. Je schwerer die motorischen Lähmungserscheinungen, desto deutlicher waren auch die sensiblen. Astereognosis fand sich in 29 Fällen, davon komplett in 22. Auch sensorische Störungen liessen sich in den meisten Fällen nachweisen, und zwar am besten an den Hemiplegien jüngeren Datums; nach 8jähriger Dauer der Hemiplegie waren sie nur noch leicht angedeutet. Alle Fälle, wo Hysterie in Frage kommen konnte, hat Verf. von der Untersuchung von vornherein ausgeschlossen mit Ausnahme eines Falles, wo die bestehenden Störungen aber durchaus nicht den hysterischen Charakter zeigten.

Kölpin (Greifswald).

147) **Arthur Berger:** Zur Frage der spinalen Blasenstörungen.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 27, Heft 5—6.)

Es handelt sich um zwei Fälle von Blasenlähmung, die Verfasser auf eine traumatische Läsion des Conus medullaris resp. der Cauda equina zurückführt. Bei beiden, einmal sofort, das andere Mal schon nach drei Tagen, während deren Retentio urinae bestand, trat Incontinentia urinae auf, was der Müller'schen Angabe widerspricht, dass bei Erkrankungen des Rückenmarks oder der Cauda stets zuerst wochenlang Retentio und dann erst meist mit einer sich entwickelnden Cystitis Inkontinenz eintrete. Es sei daher doch

wahrscheinlich, dass beim Menschen ein spinales Blasenzentrum existiere, das einem sympathischen ganglionären Zentrum supraoniert ist, im Gegensatz zu der Ansicht Müller's, der bekanntlich auf Grund von Tierexperimenten und klinischer Beobachtung zu der Annahme gekommen ist, dass im Rückenmark kein Blasen- und Mastdarmzentrum liegt, sondern dass die spinalen Bahnen nur dazu da seien, das Gehirn über den Füllungszustand der Blase zu unterrichten und den Reflex, dessen Zentrum im sympathischen Nervensystem liege, zur Auslösung zu bringen. Die beiden vom Verfasser angeführten Beobachtungen scheinen mir zur Klärung der Frage wenig geeignet, da die Lokal-diagnose auf Grund der angegebenen Symptome nicht als einwandfrei zu bezeichnen ist; vor allem erscheint mir die Conusverletzung wenig wahrscheinlich.

Kalberlah.

148) **Walton and Paul:** Contribution to the study of the Achilles-jerk and the front-tap.

(Journ. of Nerv. and Ment. Diseas. June 1903.)

Der Achillessehnenreflex ist bei Gesunden ebenso konstant wie der Patellarreflex. Er verschwindet gewöhnlich im Frühstadium der Tabes und ist diagnostisch genau so verwertbar wie der Patellarreflex. Ebenso wie der letztere kann er in toxischen Zuständen, wie z. B. bei Diphtherie, schwächer werden.

Unter „front-tap“ verstehen die Verf. nach Gower's Vorgang folgenden Reflex: Bei unterstütztem und dorsalflektiertem Fuss bewirkt ein Schlag auf den Tibialis anticus eine Plantarflexion des Fusses. Gower's glaubte, dass dies nur bei allgemeiner Reflexsteigerung eintrete. Dem gegenüber konstatierten die Verf. das Vorkommen des Reflexes bei 40 % aller gesunden Menschen. Bei organischen Erkrankungen zeigte er sich in Uebereinstimmung mit den andern Reflexen bald gesteigert, bald abgeschwächt oder vielmehr dann gewöhnlich fehlend. Bei funktionellen Nervenkrankheiten fanden die Verf. obigen Reflex in 71 %. In diagnostischer Hinsicht kommt ihm nach allem dem nur ein relativer Wert zu.

Kölpin (Greifswald).

149) **Houzá:** Un cas intéressant de microcéphalie.

(Bull. et Mém. de la Soc. d'anthropol. de Bruxelles. 1904. Tome XXI.)

Der Fall ist beachtenswert in hereditärer Hinsicht. Der Grossvater des dreijährigen Mikrocephalen besitzt bereits einen kleinen Schädel (Horizontalumfang 515 mm, Länge 175, gr. Breite 159 mm, Cephalindex 90,85). Sein Sohn bietet die Eigentümlichkeiten im Schädel- und Gesichtsbau im verstärkten Masse dar; er ist submikrocephal (Umfang 492, Länge 169, gr. Breite 158 mm; Index 92,30). Das Enkelkind ist direkt mikrocephal (Horizontalumfang 309 mm, Länge 99, gr. Breite 95; Index 95,95). Es ist das dritte Kind seiner Eltern; die beiden ersten Kinder sind normal entwickelt und ähneln der gesunden Mutter. Diese hatte nach der zweiten Schwangerschaft einen schweren und langwierigen Typhus durchzumachen. Nach der dritten Schwangerschaft, der des hier in Betracht kommenden Mikrocephalen, hatte sie an einer langdauernden Oberkiefer-Eiterung zu leiden, wodurch sie noch mehr geschwächt worden sein dürfte. Das vierte Kind war wiederum ein mikrocephales, wie das vorhergehende.

Buschan (Stettin).

IV. Vermischtes.

Im Verlag von Gebr. Lüdeking (Hamburg) erschien: Die elektromagnetische Therapie (System Trüb). Das Buch enthält vier Aufsätze: 1. Kalischer: Ueber die physikalischen Grundlagen der elektromagnetischen Therapie. 2. Scherk: Die elektromagnetische Therapie. 3. Scherk: Die elektromagnetische Behandlung der Neurastheniker. 4. Krafft: Die schmerzstillende Wirkung der elektromagnetischen Therapie. Die Kürze der medizinischen Mitteilungen ermöglicht dem Leser kein Urteil über Wert oder Unwert der therapeutischen Prozeduren. Gaupp.

Die Agentur des Rauhen Hauses in Hamburg hat einen Nachtrag zu der im Jahr 1901 erschienenen statistischen Zusammenstellung der Heilerziehungs- und Pflgeanstalten für schwachbegabte Kinder, Idioten und Epileptiker herausgegeben, dessen Preis 0,50 Mk. ist. Das von Stritter verfasste Buch selbst wurde in diesem Centralblatt, 1902, Seite 70 angezeigt. Gaupp.

Im Verlag von Otto Nemnich in Wiesbaden geben W. A. Lay (Karlsruhe) und E. Meumann (Zürich) eine neue Zeitschrift heraus: Die experimentelle Pädagogik. Diese Zeitschrift will sein „ein Organ der Arbeitsgemeinschaft für experimentelle Pädagogik mit besonderer Berücksichtigung der experimentellen Didaktik und der Erziehung schwachbegabter und abnormer Kinder“.

Das erste Doppelheft des 1. Bandes (das zum Preis von 4 Mk. einzeln käuflich ist) beginnt mit einführenden Aufsätzen Meumann's und Lay's, die programmatischen Charakter tragen. Daran schliesst sich eine Abhandlung von Max Lobsien: Examen und Leistung, und eine längere Arbeit von Meumann: Neue Erfahrungen über Intelligenzprüfungen an Schulkindern. Weiterhin folgen Mitteilungen und Diskussionsbemerkungen von Lay über organisatorische und Standesfragen der Lehrer und endlich Literaturberichte. Das neue Unternehmen verdient die Aufmerksamkeit psychiatrischer Kreise. Gaupp.

Heft 6 des II. Bandes der juristisch-psychiatrischen Grenzfragen bildet der Bericht über die am 5. XI. 1904 in Giessen stattgehabte Eröffnungsversammlung der „Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Grossherzogtum Hessen“. Das Heft, das im Verlag von C. Marhold (Halle) erschien (Preis 1,20 M.) enthält die Vorträge von Mittermaier: „Die Reform des Verfahrens im Strafprozess“ und von Sommer: „Die Forschungen zur Psychologie der Aussage“. Beide Abhandlungen sind in diesem Centralblatt bereits referiert worden (1904, S. 776—780). Gaupp.

Die Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte finden am 27. und 28. Mai in Baden-Baden statt. Geschäftsführer sind Edinger (Frankfurt) und Fischer (Pforzheim).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes

von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang.

15. April 1905.

Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Eine Hypothese betreffend die Natur des katatonischen Symptomenkomplexes.

Von Dr. Hermann Lundborg, Privatdozent der Psychiatrie und Neurologie in Upsala.

Während der letzten Jahre haben die katatonischen Symptome von Seiten einer Menge Forscher in verschiedenen Ländern ausserordentlich grosse Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Solche Symptome kommen, wie wir wissen, bei mehreren verschiedenen Krankheiten vor, am häufigsten zwar in Verbindung mit Dementia praecox, aber auch bei Idioten, Epileptikern, Paralytikern usw. Es ist zu bemerken, dass die erwähnten Symptome der eigentlichen Psychose gegenüber eine gewisse Selbständigkeit zeigen. Man findet z. B. oft, dass dieselben sehr markiert sein können, trotzdem die psychischen Symptome nicht so sehr hervortreten und umgekehrt.

Jetzt macht sich immer mehr die Ansicht geltend, dass gerade die erwähnten Krankheiten, während deren Verlauf die Katatoniesymptome erscheinen, auf Autointoxikation beruhen. Man hat sich gedacht, dass bei solchen Patienten gewisse Drüsenorgane mit sog. innerer Sekretion in ihrer Entwicklung oder Funktion mangelhaft sind.

Wenn dem so ist, was mir übrigens als ziemlich wahrscheinlich erscheint, so liegt die Annahme nahe, dass der katatonische Symptomenkomplex — gleichviel ob er in der einen oder anderen Krankheit erscheint — auf einer Insuffizienz oder Dysfunktion einer bestimmten solchen Drüse beruhe.

Bereits vor mehreren Jahren während meiner Myokloniestudien glaubte ich eine gewisse Zusammengehörigkeit mit der familiären Myoklonie (progressiven Myoklonus-Epilepsie) und der katatonischen Form der Dementia praecox¹⁾ zu finden. Dies ist vielleicht insofern nicht ganz richtig, als die beiden Krankheiten im grossen und ganzen einander vielleicht nicht so nahe stehen, als ich damals vermutete. Indes glaube ich auch jetzt noch, dass die myoklonischen Symptome mit den katatonischen Berührung haben.

In einem späteren Aufsatz²⁾ habe ich versucht, die Verbindung zwischen gewissen katatonischen Symptomen (Negativismus) und der Myotonie anzuknüpfen. Es ist natürlich niemals meine Meinung gewesen, zu behaupten, dass Negativismus nur als Myotonie aufzufassen sei. Negativismus ist eine viel kompliziertere Erscheinung (mit psychischem Hintergrund), doch glaube ich, dass Myotonie — wenn auch in modifizierter Form — als ein Radikal zum Negativismus gehören kann.

In einer kürzlich erschienenen Arbeit³⁾ habe ich die Hypothese ausgesprochen, dass ein Teil sog. motorischer Neurosen, unter anderem Tetanie, Myoklonie und Myotonie, eine Zusammengehörigkeit untereinander haben und dass sie als Autointoxikationskrankheiten aufzufassen sind, abhängig von einer mehr oder weniger hochgradigen Insuffizienz der Glandulae parathyreoideae, kleiner Drüsen, deren Bedeutung erst in den letzten Jahren zufolge experimenteller Forschung beachtet worden ist. Da ich nun hier nicht näher auf diese Frage eingehen kann, muss ich auf meinen früheren kleineren Aufsatz verweisen. Auf nebenstehender Seite will ich nur ein Schema anführen, das meine Hypothese einigermaßen veranschaulicht.

In Bezug auf die Bedeutung der Glandulae parathyreoideae (und Glandulae thyreoidea) sage ich:

„Wenn nun die oben dargestellte Induktionskette in der Hauptsache richtig ist, so wird man genötigt, die Gl. parathyreoideae als ein Organ (Regulator) aufzufassen, das die Aufgabe hat, ungestörte muskuläre (oder neuro-muskuläre) Tätigkeit zustande zu bringen.

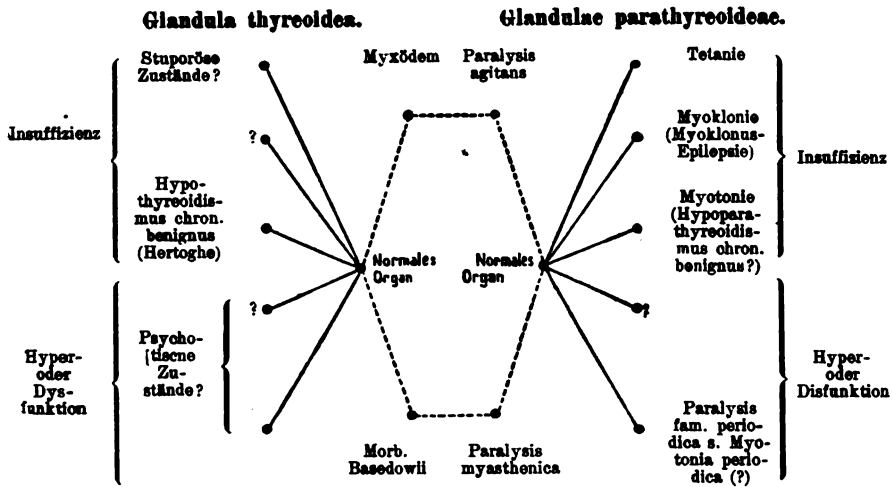
¹⁾ H. Lundborg: Klinische Studien nach Erfahrungen betreffs der familiären Myoklonie und damit verwandter Krankheiten. Sv. Läkerevällskapets Nya Handlingar. S. III, Teil 3. Stockholm 1901.

²⁾ H. Lundborg: Beitrag zur klinischen Analyse des Negativismus bei Geisteskrankheiten. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1902. S. 553.

³⁾ H. Lundborg: Spielen die Glandulae parathyreoideae in der menschlichen Pathologie eine Rolle? Studien und Gesichtspunkte, betreffend gewisse sog. motorische Neurosen oder Muskelkrankheiten (Tetanie, Myoklonie, Myotonie, Paralysis agitans, Myasthenie und Myotonie) und deren Stelle in der Nosologie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1904. Bd. XXVII. S. 217.

Die Gl. thyreoidea dagegen hat, wie wir wissen, mit der Psyche und gewissen trophischen Zuständen zu tun und ist daher wohl in gewissem Masse als Regulator solcher Tätigkeit aufzufassen.“

Je mehr ich mich nun in diese Frage vertieft habe, desto mehr bin ich zu glauben geneigt, dass der katatonische Symptomenkomplex zu derselben Krankheitskette gehört, d. h. dass er mit der Tetanie, Myoklonie und Myotonie recht intime Berührungspunkte hat.



Dass Tetaniesymptome bei der Katatonie vorkommen, ist nicht so ungewöhnlich, was mehrere Forscher betont haben. In der Anamnese von Katatoniefällen findet man überdies recht oft die Angabe, dass Pat. anfangs eine kürzere Zeit an „Chorea“ gelitten hat. Dies ist meiner Ansicht nach ein unrichtiger Terminus. Es handelt sich im allgemeinen nicht um Chorea, sondern eher um Myoklonie oder ganz einfach um Muskelzuckungen myoklonischer Art. Ich mache dabei den Unterschied: Myoklonische Zuckungen treten in nicht synergisch zusammenwirkenden Muskeln oder Muskelgruppen auf; choreatische Zuckungen dagegen im allgemeinen in solchen Muskeln oder Muskelgruppen, welche man spontan in Bewegung setzen kann. Ferner findet sich der Unterschied vor, dass Zuckungen der ersten Art durch sensible Reizung hervorgerufen werden können; bei solchen Patienten existiert eine senso-klonische Reaktion, wie ich das Phänomen genannt habe. Mehrfach habe ich Gelegenheit gehabt, mich davon zu überzeugen, dass es sich in Katatoniefällen wirklich um myoklonische Zuckungen und nicht um choreatische gehandelt hat. Katatonische Symptome habe ich in einem Falle von progressiver Myoklonus-Epilepsie selbst beobachtet. Ferner gibt es einen

von Faber¹⁾ beschriebenen Fall, wo sich Myoklonus-Epilepsie auf der Basis von Dementia praecox katatonischer Art entwickelt hat. Ueber diesen interessanten Fall habe ich in meiner im Jahre 1903 erschienenen Monographie über die Myoklonus-Epilepsie²⁾ berichtet. Eine entschiedene Stütze für die Auffassung, nach welcher ich jetzt hinneige, dass nämlich der katatonische Symptomkomplex bestimmte Berührungspunkte mit gewissen Krankheiten (Tetanie, Myoklonie, Myotonie) hat, welche, wie ich gemeint, auf einer Insuffizienz der Glandulae parathyreoideae beruhen, scheinen mir in den experimentellen Untersuchungen zu liegen, welche Blum³⁾ vor einigen Jahren gemacht hat. Er erwähnt freilich nicht die Gl. parathyreoideae, sondern nur die Gl. thyreoidea, was vielleicht darauf beruht, dass die Kenntnis von der Bedeutung dieser kleinen Drüsen erst in den letzten Jahren grösser geworden ist. Nunmehr dürfte es deutlich sein, dass akute Tetanie entsteht, wenn die Gl. parathyreoideae extirpiert werden, nicht aber, wenn nur die Gl. thyreoidea entfernt wird. Blum's „Thyreoektomie“ ist ohne Zweifel eine sog. Thyreoektomia completa gewesen, d. h. nicht nur Exstirpation der Gl. thyreoidea, sondern auch gleichzeitig der Gl. parathyreoideae, welche bei dem Hunde unmittelbar an der grösseren Drüse liegen.

Blum's Untersuchungen scheinen mir von sehr grosser Wichtigkeit für die Bedeutung der vorliegenden Frage zu sein. Zufolgedessen will ich das meiste von seiner kurzen Mitteilung wörtlich wiedergeben. Er schreibt:

„Meine Untersuchungen ergaben nun weiter, dass das „Gift“, das die Schilddrüse normaler Weise aufgreift, höchstwahrscheinlich aus dem Magendarmkanal stammt und dort bei der Eiweissfäulnis entsteht. Ernährung vorwiegend mit Fleisch hatte dementsprechend bei thyreopriven Hunden rasche und schwere Erkrankung und den baldigen Tod zur Folge, während Milchkütterung, die schon geraume Zeit vor der Thyreoektomie begonnen und dann fortgesetzt wurde, einen nicht unerheblichen Teil der Tiere über die Folgen des Schilddrüsenausfalles für längere Zeit hinauskommen liess. Einige dieser Milchkunde starben noch im weiteren Verlaufe der Milchernährung, aber immerhin nach einer bei Fleischkost fast nie beobachteten Anzahl von Ueberlebungsstagen; andere blieben — oft nach anfänglicher Tetanie — gesund, bis mit Fleischnahrung begonnen oder völlig zu derselben übergegangen wurde. Eine kleine Anzahl von Tieren liess sich übrigens durch ganz vorsichtig einschleichenden Zusatz von Fleisch allmählich auch gegen diese giftreiche Nahrung immunisieren, so dass diese Hunde dann dauernd gesund und am Leben blieben.“

¹⁾ Faber: Om familiar Myoklonie (Ueber familiäre Myoklonie) (Unverricht). Hospitaltidende 1901.

²⁾ Lundborg: Die progressive Myoklonus-Epilepsie. Upsala 1903. S. 132.

³⁾ Blum: Ueber Geisteskrankheiten im Gefolge von experimentell erzeugten Auto-intoxikationen: Psychosen thyreopriver Hunde. Neurol. Centralbl. 1902. S. 695.

„Die Fleischtiere und die rasch zugrunde gegangenen Milchtiere boten fast ausnahmslos das Bild einer schweren Tetanie dar, und nur ein einziges Mal unter mehr als 100 Beobachtungen sah ich bei einem solchen Hunde am vierten Tage nach der Thyreoektomie, nachdem ein heftiger Krampf vorangegangen war, einen eigentümlichen Zustand von psychischer Alteration auftreten, den ich aber auch in diesem Falle nicht ausschliesslich als Folgeerscheinung des Ausfalles der Schilddrüsentätigkeit ansprechen kann, da das Tier gleichzeitig medikamentös behandelt wurde.“

„Ganz anders war aber der Verlauf bei denjenigen Tieren, bei denen es durch geeignete Ernährung — sei es ausschliessliche Milchfütterung, sei es Milchfütterung mit allmählichem Zusatz von Fleisch — gelungen war, das Krankheitsbild abzuschwächen und auseinander zu ziehen.“

„Von diesen langlebigeren Tieren bot ein grosser Prozentsatz für kürzere oder längere Dauer Erscheinungen dar, die nicht nur mir, sondern auch geschulten Psychiatern durchaus als Zustände imponierten, die nur schweren geistigen Störungen entspringen sein konnten.“

„Solche Tiere litten an Halluzinationen; sie bissen ohne jede äussere Veranlassung grimmig in die leere Luft, schnupperten planlos in demselben Käfig herum, den sie seit Monaten ruhig bewohnten, oder suchten aufgeregt den Blechboden ihres Stalles zu durchkratzen, wobei sie manchmal in einen solch wütenden Eifer kamen, dass sie zuletzt direkt auf der Schnauze standen und die Hinterbeine in der Luft hielten. Zuweilen richteten sich auch Tiere gegen sich selbst: ich habe z. B. mehrere Hunde beobachten können, die sich stundenlang in heftigster Weise die Nase zerkratzen, bis sie tiefe Wunden an Nase, Schnauze und Auge hatten.“

„Auffällige Charakterveränderungen habe ich wiederholt gesehen: vor ihrer psychischen Affektion — lange nach der Thyreoektomie — noch zutunliche muntere Tiere wurden plötzlich furchtsam, schlichen, ohne angerufen zu sein, geduckt und mit einem eigentümlich verstörten Wesen im Raum herum; liessen Dinge, die sie noch kurz zuvor eifrig beschnuppert hatten, den Hasenkäfig z. B., ohne jede Beachtung, kümmern sich nicht um ihr Futter und nicht um ihre sonstige Umgebung, sondern schienen nur von einem beständigen Wandertriebe und Suchen besessen zu sein.“

„Bei anderen Tieren stellte sich eine deutliche Verblödung ein: Regungslos standen sie zuweilen viele Minuten lang in ihrem Käfig mit gesenktem Kopf und stierem Blick; dann kam wohl die hintere Körperhälfte in ein leichtes Schwanken und Wackeln, bis das Tier aus seiner Stellung taumelte, um hinfzufallen oder einige Schritte entfernt neuerlich stupid stehen zu bleiben.“

„Nahrungsverweigerung mit dem Eintritt des geistigen Rückganges ist die Regel bei den vorher recht gefrässigen Tieren.“

„Krankhafte Bewegungsphänomene sind bei derartigen Tieren durchaus nichts seltenes gewesen: ein Hund, derselbe, dessen Herumschleichen früher aufgefallen war, marschierte bei einer anderen Attacke seiner Psychose wie ein Pferd nach der Musik durch den Stall; ein zweiter lief rückwärts mit unsicherem Tritt, fiel um, erhob sich, setzte seinen Krebsgang fort und wollte zuletzt durchaus mit dem Hinterteil durch die Wand. Ein dritter gestörter Hund zog beständig seinen Rücken krumm, bis er fast auf dem Kopfe stand; ein vierter lag vollständig auf dem Rücken und streckte die Beine in die Luft;

kurzum es kamen die mannigfaltigsten motorischen Störungen vor, die normale oder einfach tetanische Tiere niemals darbieten.“

„Das Krampfmoment verschwindet meist nicht völlig aus dem Krankheitsbilde, aber es tritt in den Hintergrund, beherrscht nicht mehr die Situation wie bei der akuten Tetanie; ja ich habe in manchen Fällen überhaupt keine Krämpfe bei dem chronischen Ablauf mehr auftreten sehen; in anderen war der Charakter der Krämpfe total verändert. So traten bei den einen psychisch defekten Tieren, die anfänglich an reiner Tetanie erkrankt waren, im weiteren Verlauf immer noch ab und zu klonische Muskelzuckungen oder selbst einmal ein kurzer Streckkrampf auf; bei anderen Tieren, ich denke hierbei besonders an zwei Hunde mit periodisch wiederkehrenden, stets einige Tage anhaltenden Geistesstörungen, unterbrachen auf der Höhe der Verwirrtheit schwere und lange anhaltende, in ihrem Charakter der Tetanie nicht entsprechende Konvulsionen das einfache Bild der psychischen Störung. Wieder in anderen Fällen folgten dem verhältnismässig kurzen Krampfe lang anhaltende Verwirrtheit, aus der sich das Tier erholte, um gelegentlich in der gleichen Weise affiziert zu werden. Es untermischt sich eben bei diesen chronischen Krankheitsbildern Psychose und Krampf in ähnlicher Weise, wie es bei der Epilepsie zu beobachten ist.“

„Kurzum es tritt neben das Krampfmoment, oftmals dasselbe vollständig zurückdrängend, die psychische Störung.“

„Die Dauer der Psychose war bei meinen Tieren eine verschieden lange. Bei den einen spielten sich die charakteristischen geistigen Störungen in ein oder zwei Tagen ab; bei den anderen innerhalb ebenso vieler Wochen; wieder bei anderen zeigte die Krankheit einen periodischen Typus, so dass grosse freie Intervalle mit mehrtägigen, plötzlich einsetzenden Alterationen der Psyche abwechselten, zu denen dann meist Krampfanfälle kinzukamen.“

„Der Tod trat entweder unter gleichzeitigem geistigen und körperlichen Verfall infolge von Entkräftung ein — eine Entkräftung, wie ich sie übrigens nie in gleicher Intensität bei nur einfach hungernden Tieren beobachtet habe — oder es schloss das Krankheitsbild mit einem lautlosen, agonalen Streckkrampf; zwei periodisch erkrankt gewesene Tiere verlor ich in einer Art von Status epilepticus.“

„Meinen Mitteilungen liegen die positiven Erfahrungen von 18 Tieren zugrunde, von denen 15 mit Milch vorbehandelt waren.“ —

„Während sich die durch Schilddrüsenausfall hervorgerufene Autointoxikation, wenn sie mit voller Heftigkeit eintritt, ausschliesslich in Form von schweren Krampfständen geltend macht, treten, sofern es gelingt, die Selbstvergiftung abzuschwächen, daneben oder auch allein Verfallserscheinungen auf, die sich manchmal als grobe Stoffwechsel- oder Organstörungen wahrnehmen lassen, zuweilen aber ausschliesslich sich als schwere Alterationen des Geisteslebens kundgeben?“

„Die Intoxikation wirkt entweder beständig fortschreitend bis zum Tode, oder — unter scheinbarer Erholung — in periodischen Anfällen.“

„Bei all diesen Zuständen fehlen Anklänge an die Geisteskrankheiten des Menschen keineswegs, und vielleicht gibt dieser Umstand die Anregung dazu, die entgiftenden Organe und die bei ihrer mangelhaften Funktion auftretenden Vergiftungen im Verhältnis zu Geisteskrankheiten zu untersuchen.“ —

Kraepelin schreibt über diese Untersuchungen in der letzten Auflage seines Lehrbuches (Bd. II, S. 166) folgendes:

„Blum konnte nachweisen, dass bei Hunden durch Milchfütterung die Gefahren der Schilddrüsenausschneidung erheblich verringert werden; er nimmt daher an, dass die Gifte, die durch die Schilddrüse vernichtet werden, wesentlich aus der Eiweissfäulnis herkommen. Bei einigen der durch Milchfütterung länger am Leben erhaltenen Tiere beobachtete er ausgeprägte psychische Störungen. Die Hunde wurden gleichgültig, blöde, stierten vor sich hin, verweigerten die Nahrung, zeigten Angst und beständige Unruhe. Ihr Benehmen machte auch das Bestehen von Sinnestäuschungen wahrscheinlich. Am auffallendsten aber waren gewisse motorische Störungen. Die Tiere taumelten, krümmten sich zusammen, legten sich auf den Rücken, streckten die Beine in die Luft, liefen rückwärts, marschierten wie nach der Musik; dazwischen zeigten sich Muskelzuckungen und Krampferscheinungen. Alle diese Störungen boten periodische Schwankungen dar; der Tod erfolgte durch Entkräftung, auch wohl im Status epilepticus.“

„Soweit hier ein Vergleich möglich ist, erinnern diese Schilderungen ungefähr an gewisse Störungen, die wir bei der Katatonie beobachteten.“

Die Untersuchungen der letzten Jahre haben deutlich gezeigt, dass kleine accessorische Gl. parathyroideae an verschiedenen Stellen des Halses beim Menschen wie bei Tieren vorkommen. Dies kann gewiss einigermassen erklären, weshalb man nicht immer bei einer Thyreoektomia completa dasselbe Resultat, d. h. akute Tetanie erhält. Dass die Milchdiät, welche Blum für seine Versuchstiere anordnete, auch dazu beigetragen hat, den Effekt der Operation zu mildern, halte ich für sehr wahrscheinlich. Seine Tiere scheinen alle mögliche Nuancen von Krampf, wie epileptiforme Anfälle, akute Tetanie, Myoklonie sowie Katatonie gezeigt zu haben, alles möglicherweise auf einer mehr oder weniger hochgradigen Parathyroidea-insuffizienz beruhend. Ausserdem wurden psychische Symptome (Apathie, Stupor, Demenz, Erregung, Halluzinationen usw.) in verschiedenen Schattierungen bemerkt, welche sehr an solche Dementia praecox-Patienten erinnern. Diese Symptome dürften wahrscheinlich auf Insuffizienz der Gl. thyroidea beruhen. Kraepelin meint, wie wir wissen, dass Dementia praecox zufolge einer „Selbstvergiftung“ entsteht, die möglicherweise in irgend einem mehr oder weniger entfernten Zusammenhange mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen stehen könnte.“

Die Funktionen des Thyroideasystems stehen, wie wir wissen, in einem bestimmten Verhältnis zu denen der Geschlechtsorgane; meine hier ausgesprochene Hypothese betreffend die Dementia praecox-Natur steht also nicht in direktem Widerspruch zu der Kraepelin's.

Durch die Annahme, dass der katatonische Symptomkomplex auf einer bestimmten Insuffizienz einer Drüse mit innerer Sekretion beruht

kann man ungesucht deren Auftreten bei verschiedenen Krankheiten erklären, und man findet es ganz natürlich, dass die katatonischen Symptome mit den psychischen nicht notwendig parallel zu laufen brauchen. Es ist doch klar, dass die Reaktion, welche dieses hypothetische Katatoniegift auslöst, in verschiedenen Fällen recht ungleich werden kann, was teils auf deren Quantität, teils auf der Beschaffenheit des Nervensystems bei verschiedenen Individuen beruht. Dass ein Idiot nicht in ganz gleicher Weise auf dasselbe Gift reagiert, wie ein hochentwickeltes Individuum, ist ja natürlich. Dies ist vielleicht die Ursache der grossen Variabilität der katatonischen Symptome. Die Kraepelin'sche Auffassung von der Natur der Dementia praecox hat neulich durch H. Berger's experimentelle Untersuchungen¹⁾ eine gewisse Stütze erhalten. Dieser injizierte Blutserum von verschiedenen geisteskranken Patienten intracerebral in den Occipitallappen in der Höhe des Gyrus ectolateralis bei 25 Hunden (nach einer von Roux und Borrel angegebenen Methode) und studierte die Wirkungen. Aus diesen Versuchen hat er folgende Schlüsse gezogen:

„Im Blutserum der an halluzinatorischer Verwirrtheit, zirkulärem Irresein, Debilität, Melancholie und postluetischer Demenz leidenden Geisteskranken scheint eine für das Hundehirn toxische Substanz nicht nachweisbar. Im Serum der an Dementia praecox leidenden Geisteskranken findet sich oft eine spezifisch auf die kortikomotorischen Zentren wirkende toxische Substanz.“

Es sei mir gestattet, nur einen Versuch von Berger mit Serum von einem Katatoniepatienten anzuführen und zwar mit dessen eigenen Worten:

„Hund 9. Voroperation am 10. IX. 1902, Injektion am 11. IX. 1902. Tötung am 13. IX. 02.

Serum: Frau H. (Katatonie) 1,0 entnommen am 30. VIII. 1902.

Klinische Erscheinungen: Injektion in die linke Hemisphäre um 6 Uhr 55 Min. Der Hund hat bald nach der Injektion Erbrechen, liegt dann ruhig da, keine Zuckungen, sieht sich um nach dem Arzt. 7 Uhr 30 Min.: liegt still. 7 Uhr 45 Min.: ohne B., keine Zuckungen. 8 Uhr 14 Min.: hat klonische Zuckungen im linken Ohr. 9 Uhr: zittert leicht, fährt bei jedem Geräusch zusammen, nickt rhythmisch mit dem Kopf, ca. alle Sekunden ein Stoss. Zuckungen im linken Ohr; bisweilen durchläuft ein Zittern den ganzen Körper, zuweilen starke klonische Stösse im linken Hinterbein. Der Hund verharrt in gezwungenen Stellungen. 9 Uhr 40 Min.: nickt immer noch rhythmisch mit dem Kopfe (klonische Zuckungen der Nackenmuskulatur). Zuckungen im rechten Ohr, dann in beiden Ohren, Zittern der Backenmuskulatur. Es durchläuft zeitweise ein Schüttelfrost den ganzen Körper. 10 Uhr: liegt still da auf der rechten Seite, alle Sekunden klonische Stösse in den Schultern und im Nacken, dieselben schwellen an und ab und nehmen bei Anruf, Geräusch etc.

¹⁾ H. Berger: Experimentelle Studien zur Pathogenese der Geisteskrankheiten. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XVI, Heft 1—2. 1904.

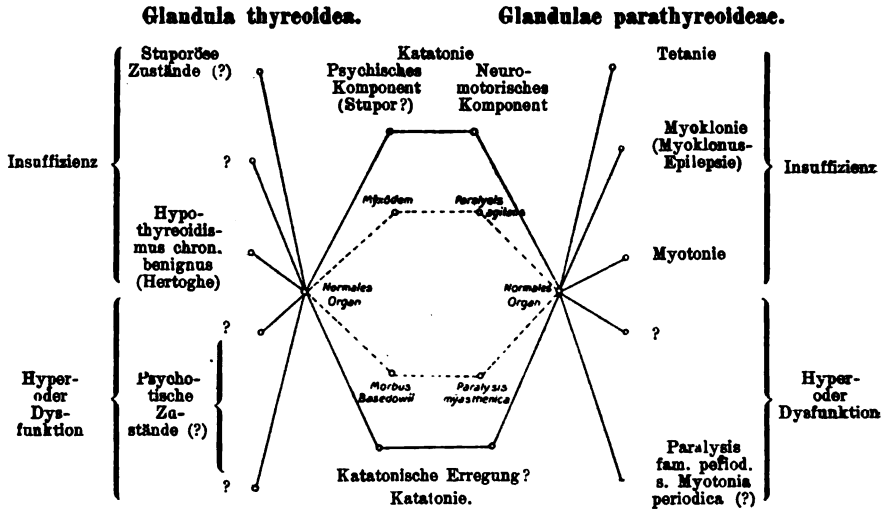
an Intensität zu. 10 Uhr 20 Min.: starke Zuckungen im Becken, dann im linken Arm. Aufnahme einer Kurve. Der sonst so bissige Hund lässt sich ruhig den Puls-Apparat applizieren, bleibt, ohne sich zu bewegen, ruhig liegen, hat die Augen geschlossen. 10 Uhr 20 Min.: ist nicht zum Aufstehen zu veranlassen, auch nicht durch Schlägen, kann sich aufgerichtet nicht aufrecht halten. 11 Uhr: keine Zuckungen mehr, liegt still schlafend da. 12 Uhr: wieder munter, sitzt auf und sieht sich um. 12 Uhr 30 Min.: liegt still da. 12 Uhr 50 Min.: durch den Garten geführt, gibt Pfote, keine Zuckungen. 2 Uhr 20 Min.: liegt still da. 3 Uhr 20 Min.: liegt friedlich schlafend da. 5 Uhr 30 Min.: wie früher; auf die Oekonomie zurückgebracht.

Sektionsprotokolle: Die Dura lässt keine Einstichstelle erkennen. Gehirn ohne B. Keine Nebenverletzungen. Innere Organe ohne B. Sektion des gehärteten Gehirns: Eine Einstichstelle ist nicht zu erkennen, keine Nebenverletzungen. Med. oblong., IV K., S.-K. ohne B. Bei genauerem Nachsehen kann festgestellt werden, dass die Einstichstelle im Gyrus in der Höhe des Anfangs der Balkenwülste sitzt (etwas weiter vorn als sonst). Keine Verletzung des Annonshornes. Einstichstelle in der S.-K. nicht auffindbar. Keine Blutungen etc.

Mikroskopische Untersuchung: Deutliche Degeneration der Riesenpyramidenzellen. Viele Zellen in den perizell. Räumen und in den grossen rechten Pyramidenzellen. R.>L. Leber, Niere mikroskopisch normal, Milz leicht geschwollt.“

Aus diesem Versuch scheint hervorzugehen, dass eine geringe Menge Blutserum, welche von einem Katatoniepatienten genommen und in den Occipitallappen eines Hundes hineingespritzt worden war, Tremor und klonische Muskelzuckungen in verschiedenen Teilen des Körpers, ferner Apathie (Stupor?) und katatonieartige Symptome hervorgerufen hat („der Hund verharrt in gezwungenen Stellungen“). Dieser Versuch, wie mehrere andere von Berger, scheinen mir dafür zu sprechen, dass ein endogenes Gift vorhanden gewesen ist und dass dies nicht nur myoklonische Zuckungen, sondern auch katatonische Symptome hervorgerufen hat, was auf eine gewisse Zusammengehörigkeit unter ihnen deutet und das ich schon früher angenommen habe.

Auf Grund des oben Gesagten glaube ich den katatonischen Symptomenkomplex der Tetanie und Myoklonie hypothetisch an die Seite stellen zu können und halte es für möglich, dass auch er auf einer gewissen Insuffizienz der Gl. parathyreoideae beruht. Die psychischen Symptome, welche dem Dementia praecox-Krankheitsbilde entsprechen, beruhen vielleicht auf einem veränderten Chemosismus der Gl. thyreoidea (Insuffizierung und Dysfunktion). Zur besseren Veranschaulichung meiner Ansichten habe ich das früher angeführte Schema erweitert, so dass auch die Katatonie dort aufgenommen worden ist, wie aus dem Nachstehenden zu ersehen ist.



Ich schliesse diese Arbeit mit denselben Worten ab wie meinen vorigen Aufsatz über die sog. motorischen Neurosen, nämlich:

„Vor allem muss ich indes betonen, dass ich zwar dafür halte, dass die besprochenen Krankheiten mehr oder weniger miteinander verwandt sind und wahrscheinlich auf endogener Intoxikation beruhen, dass es aber noch für äusserst hypothetisch gehalten werden muss, ob die Glandulae parathyreoideae eine bestimmte Rolle in deren Pathogenese spielen. Doch muss ich zugeben, dass diese Hypothese mir verschiedene Gesichtspunkte eröffnet hat, von denen vielleicht einige beachtenswert sind.“

Einseitiger Hippus bei progressiver Paralyse.

Von Dozent Dr. Gaupp (München.)

Die Ophthalmologen sind sich über die Bedeutung des Wortes „Hippus“ nicht einig; man versteht Verschiedenes darunter. Heddaeus¹⁾ hat in seiner „Semiologie der Pupillarbewegung“ diesen Uebelstand dargelegt. Die Einen nennen die normalen Oszillationen der Iris Hippus, Andere nur sicher pathologische Formen der Irisbewegung. Heddaeus schlägt deshalb vor, das Wort ganz fallen zu lassen. Es ist nun aber einmal eingebürgert und ich glaube, wir können es auch weiter gebrauchen, wenn wir genau sagen, was wir damit meinen. Wir wollen darunter rhythmische, ziemlich langsam erfolgende Zusammenziehungen und Erweiterungen der Iris verstehen, die mit den bekannten Ursachen der Pupillenbewegung (Lichteinfall, Beschattung, Konvergenz, Akkommodation,

Schmerzen) nichts zu tun haben. Nach dieser Definition dürfte wohl Manches nicht Hippus genannt werden, was heute noch diesen Namen trägt; ich denke namentlich an die gesteigerte Pupillenunruhe nervöser und psychopathischer Personen. Beim echten Hippus bestehen selbstständige klonische Iriskrämpfe, die Heddaeus wohl nicht mit Unrecht den nystagmusartigen Zuckungen bei Augenmuskellähmungen gleichstellen möchte. Es ist längst bekannt (Löser²⁾ 1881), dass sich dieser echte Hippus oft zusammen mit nystagmusartigen Zuckungen findet und dass er namentlich während der Rückbildung von Oculomotoriuslähmung vorkommt. Das Auge kann völlig blind sein (Ewetzky³⁾, die Lichtreaktion kann vorhanden sein oder fehlen (Uthhoff⁴, Cruchet⁵). Ausser bei der Oculomotoriuslähmung wurde Hippus namentlich bei herdförmigen Erkrankungen des Gehirns, meist zusammen mit spastischen Paresen der Körpermuskulatur oder anderen motorischen Reizerscheinungen (Hemichorea posthemiplegica, Tremor) beobachtet. Damsch⁶) berichtet über das Vorkommen des Hippus bei Hemiplegie, multipler Sklerose, akuter Meningitis, Epilepsie; Cruchet sah das Symptom bei Tumor cerebelli und angeblich häufig bei Chorea minor. In der Regel ist der Hippus doppelseitig, bei cerebralen Herderkrankungen und Lähmung eines Oculomotorius kommt er auch einseitig vor (Franke⁷, Damsch⁶). Riegel's⁸) Beobachtung rechne ich mit Heddaeus nicht zum Hippus, sondern zu den „springenden Pupillen“. (Die Erweiterung der rechten Pupille erfolgte 8—9 Mal in einer Stunde und dauerte etwa eine halbe Minute lang.) Siemerling⁹) machte zuerst auf das Vorkommen des Hippus im epileptischen Anfall aufmerksam. Der gleiche Autor schrieb 1896: „Hippus ist bei Paralyse selten. Ausserhalb der Anfälle war derselbe nur in zwei Fällen zu beobachten.“ Auch Bumke¹⁰) kennzeichnet den Hippus im epileptischen und paralytischen Anfall in seiner wertvollen Monographie. Er sagt dann bei Besprechung der Pupillensymptome der Paralyse: . . . „Hier sei zum Schluss noch betont, dass der Hippus der Pupille nicht zum Krankheitsbilde der Paralyse gehört, naturgemäss aber im paralytischen Anfall, ebenso wie in epileptischen Insulten anderer Entstehung vorkommen kann.“

Im folgenden möchte ich in Kürze eine Krankengeschichte bekannt geben, die mir dadurch bemerkenswert erscheint, dass sich einseitiger Hippus, verbunden mit Reflextaubheit der Pupille, bei einem Fall von Paralyse ohne Anfälle zeigte.

Anamnese: Johann L., geboren am 14. X. 1857, Tagelöhner, verheiratet, kinderlos. Früher Potator. Soll vor 16 Jahren einmal Krämpfe gehabt haben. Genaueres hierüber nicht bekannt. Der verblödete Kranke vermag selbst keine brauchbaren Angaben zu machen. Beginn der jetzigen Erkrankung nicht fest-

zustellen. Am 16. IX. 1904 Unfall: Ein Brett fiel dem Kranken auf den Kopf. Keine Bewusstlosigkeit, vielmehr vermochte Pat. weiter zu arbeiten. Am Tag darauf Uebelkeit und Erbrechen. Der beigezogene Arzt stellte hochgradigen Blödsinn und starke Pupillendifferenz fest, ausserdem eine blaurote Verfärbung am linken Seitenwandbein des Schädels. Die Verletzung (Kontusion) heilte, der geistige Schwächezustand nahm immer mehr zu. Da der behandelnde Arzt einen Zusammenhang zwischen Unfall und Geisteskrankheit des L. für wahrscheinlich erachtete, kam es zu Verhandlungen mit der Baugewerksberufsgenossenschaft, die seine Einweisung in die psychiatrische Klinik zum Zweck der Begutachtung veranlasste. L. wurde hier vom 14. II. bis 23. II. 05 beobachtet.

Er bot bei seiner Aufnahme das typische Bild eines weit vorgeschrittenen Falles von progressiver Paralyse. Blöde Euphorie, Gedächtnis- und Urteilschwäche, völlige Untätigkeit, schlafe Gesichtszüge, hochgradige Sprach- und Schriftstörung, allgemeine Hypalgesie der Haut, Steigerung der Sehnenreflexe, Verminderung der passiven Beweglichkeit der Glieder, Tremor der Zunge und der Hände, plumpe Bewegungen, schwerfälliger Gang. Am Schädel keine Spuren einer früheren Verletzung. Keine hemiparetischen Symptome. Arteriosklerose, Krampfadern. Das einzig Auffällige, das die Veröffentlichung des Falles rechtfertigt, ist das Verhalten der Augen. Die Hornhaut des linken Auges zeigt etwa 2 mm nach oben vom Mittelpunkt eine stecknadelkopfgrosse gräuliche Narbe, die das Licht durchlässt. Der Augenhintergrund beider Augen ist normal. Das Sehvermögen ist nicht erheblich gestört. Pat. erkennt auch mit dem linken Auge allein kleine Bilder von Gegenständen, Buchstaben, Farben. Eine genaue Prüfung des Sehvermögens scheidet an der Demenz des Kranken. Die Iris der beiden Augen zeigt normale Zeichnung, die Augenkammern sind weder abnorm vertieft noch abgeflacht. Die Pupillen sind beiderseits kreisrund, die linke ist mehr als doppelt so weit als die rechte. Die rechte Pupille verengt sich bei Lichteinfall, Akkommodation und Konvergenz; sie hat bei direkter Beleuchtung der Fovea centralis etwa 1,5 mm im Durchmesser, bei Akkommodation etwa 1,8 mm, bei mittlerer Beleuchtung im Zimmer, Gesicht vom Fenster abgekehrt, etwa 2,5 mm. Die Zusammenziehung der Iris bei Beleuchtung und Akkommodation erfolgt mit normaler Geschwindigkeit.

Die linke Pupille zeigt rhythmische Veränderungen ihrer Weite in langsamem Tempo (7—8 Kontraktionen in 15 Sek.). Die Exkursionsbreite ist ($5-2\frac{1}{2}$ mm), also $2\frac{1}{2}$ mm. Die Schwankungen erfolgen in gleichmässigem Tempo, völlig unbeeinflusst von Beleuchtung oder Akkommodation. Beleuchtet man den Augenhintergrund im Moment, wo sich die Pupille erweitert, so erleidet diese Erweiterung keinerlei Veränderung: die linke Pupille ist gegen Beleuchtung, Konvergenz, Akkommodation, Schmerz völlig unempfindlich, ihre Bewegungen erfolgen ganz unabhängig von derartigen Einflüssen. Die Exkursionen sind nicht alle gleich gross. Homatropin erweitert die Pupille noch mehr (bis zum Durchmesser von 7 mm) und lässt die Kontraktionen der Iris allmählich ganz verschwinden (absolute Mydriasis und Reflextaubheit). Das Gesichtsfeld zeigt weder rechts noch links eine erhebliche Einengung. Ein genaues Perimetrieren misslingt infolge der Demenz des Erkrankten. Die übrigen Augenbewegungen zeigen keine Störung, es besteht keine äussere Augenmuskellähmung; dagegen beobachtet man, wenn der Kranke fixiert, einige (4—6) sehr rasche

nystagmusartige Zuckungen in horizontaler Richtung im Beginn des Fixierens. Die Zuckungen beginnen stets mit einer Kontraktion des Rectus internus. Kein Nystagmus in Endstellungen. Kein Strabismus. Das äussere Auge zeigt sonst keine Anomalie. Lidspalte beiderseits gleich, Konjunktiva von normaler Empfindlichkeit, Corneal- und Konjunktivalreflex erhalten, ebenso der Drohreflex.

Der Kranke bietet also linksseitigen Hippus bei Reflextaubheit der Pupille und linksseitige nystagmusartige Zuckungen im Moment des Fixierens bei sonst normaler Augenbeweglichkeit und bei erhaltenem Sehvermögen. Dieser Befund ist zweifellos ungewöhnlich. Das linke Auge zeigte, so lange der Kranke bei uns war, stets das gleiche Verhalten, ohne jemals andere Krampferscheinungen zu bieten. Untersuchungsfehler können als ausgeschlossen gelten; bei genauerem Fixieren eines Gegenstandes und völlig gleichbleibender Beleuchtung besteht der Hippus ganz gleichmässig fort. Das rechte Auge erwies sich ganz normal. Die Störung ist also streng einseitig. Seit wann sie besteht, war nicht festzustellen. Dass der Unfall vom 16. IX. 1904 sie erzeugt habe, ist nicht wahrscheinlich, wenn auch nicht völlig ausgeschlossen. Da die Paralyse zweifellos älter ist, als der Unfall (— Patient bot schon am Tage nach der leichten Verletzung das Bild typisch paralytischen Blödsinns mit Sprachstörung etc. —), so liegt es näher, die Pupillen-anomalie als ein ungewöhnliches Symptom der Paralyse anzusehen. (Im Gutachten wurde der Zusammenhang von Trauma und Paralyse verneint.) Unsere geringe Kenntnis der Zentren und Bahnen der Pupillenbewegung ermöglicht keine sichere Diagnose des Sitzes der vorliegenden Störung. Das einseitige Auftreten des Hippus bei guter Sehschärfe und normaler Augenbeweglichkeit lässt an eine kortikale Läsion denken. Allerdings fehlen andere Krämpfe oder motorische Reizerscheinungen (Tremor, Hemi-chorea); nur die leichten Nystagmuszuckungen im Moment des Fixierens, auf deren Vorkommen auch Heddaeus aufmerksam machte, sind zu erwähnen. Auch Bumke ist (nach einer brieflichen Mitteilung) geneigt, die Ursache des Hippus im vorliegenden Fall im Kortex zu suchen. Leider wissen wir über die Beziehungen der Hirnrinde zur Pupillarbewegung so wenig, dass es nicht möglich ist, sich ein genaueres Bild der Lokalisation zu machen. Ich begnüge mich daher damit, das Tatsächliche festzustellen.

Literatur.

1. E. Heddaeus, Semiologie der Pupillarbewegung. 1904.
2. Leser, Die Pupillarbewegung in physiologischer und pathologischer Beziehung. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1881.
3. Ewetzky, Rezidivierende Amaurose mit nachfolgender Hemianopsia temporalis. Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1895.

4. Uthhoff: Untersuchungen über die bei der Syphilis des Zentralnervensystems vorkommenden Augenstörungen. Archiv für Ophthalmol., XL, 1.
5. Cruchet, L'Hippus en neurologie et en particulier dans la chorée. Revue neurol. 1904. S. 1147.
6. Damsch, Ueber Pupillenunruhe (Hippus) bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Neur. Centralbl. 1890. S. 258.
7. Franke, Ein Fall von Hippus. Centralblatt für praktische Augenheilkunde. 1898. S. 586.
8. Riegel, Ueber einige Pupillenstörungen. Münch. med. Wochenschr., 1900. S. 784.
9. Siemerling, Ueber die Veränderung der Pupillenweite bei Geisteskranken. Berliner klin. Wochenschr., 1896. S. 973.
10. Bumke, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkranken. Jena 1904.

II. Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 6. März 1905.

Bericht von Dr. **Max Edell** (Charlottenburg).

Vor der Tagesordnung:

Schuster stellt einen 39jährigen Patienten vor, der im Jahre 1898 einen Bruch der Wirbelsäule in der Höhe des ersten Lendenwirbels erlitten hat und, abgesehen von einer partiellen Lähmung des linken Beins mit Herabsetzung der Sensibilität, in einem Gutachten der chirurgischen Klinik, als ein glänzend geheilter Fall bezeichnet war. Es besteht ein gespannter Gesichtsausdruck und Tremor der Hände. Das linke Bein hält er beim Gehen ganz steif, etwas abduziert und schleift es wie tot nach. Der Kniesehenreflex fehlt links, während die Sehnenreflexe beiderseits vorhanden sind. Ausserdem ist Hemi-anästhesie und Dermographie nachweisbar. Psychisch besteht Wehleidigkeit und leichte Erregbarkeit. Die Diagnose wird auf eine hysterische Lähmung des linken sonst gut bewegbaren Beins gestellt. Das Fehlen des linken Kniesehenreflexes wird durch eine kleine Blutung im Rückenmark erklärt.

Kronthal demonstriert mikroskopische Präparate und zwar einen Schnitt durch das Gehirn eines Frosches. In dem Kern einer grossen Zelle sieht man einen blauen Fremdkörper. Daran knüpft K. theoretische Erörterungen, indem er von der Ansicht ausgeht, dass die Nervenzellen aus Leucocyten entstehen und dass daher auch Fremdkörper, die von Leucocyten aufgenommen werden, sich in den Nervenzellen wiederfinden. Dem Frosch war eine 1%ige Lösung von Neuviktoriblauf in den Rückenlymphraum gespritzt worden. Dies Experiment gelinge auch beim Warmblüter. Das Zentralnervensystem eines Kaninchens, welchem in die vena cruralis ein Gemisch von pulverisierter Kohle und Kochsalzlösung gespritzt ist, zeigt inner- und ausserhalb der Nervenzellen unregelmässig verteilte Kohlenteilchen. Das zweite Präparat stellt eine grosse Nerven-

zelle aus dem Rückenmark eines Kaninchens dar; in dem Protoplasma der Zelle liegt ein grosser Fremdkörper.

Tagesordnung.

150) **Bielschowsky und Brodmann:** Zur feineren Histologie und Histopathologie der Grosshirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse.

Die neuesten Methoden der mikroskopischen Technik bringen die intrazellulären Fibrillen der Ganglienzellen und die Axenzylinder der zentralen Nervenfasern zur Darstellung. Namentlich ist das neue Reduktionsverfahren von Ramon y Cayal bereits für den Nachweis pathologischer Vorgänge in den Ganglienzellen, insbesondere auch bei der Dementia paralytica verwertet worden. Das von Bielschowsky für Gefrierschnitte angegebene Verfahren habe den Vorzug vor dem Ramon y Cajal'schen, dass man zu einem Urteil nicht nur über die Qualität, sondern auch über die Quantität der pathologisch veränderten Elemente gelangt, da es ausser der fibrillären Struktur der Zellen auch die Nervenfasern darstellt. Es wurden normale Rindengebiete bei den Arbeiten mit dieser Methode mit genau entsprechenden Gebieten von organischen Psychosen verglichen, die zur Verblödung führten. (3 normale Gehirne, 3 von Dementia paralytica, 2 von Dementia sen. und 1 von Idiotie mit Mikrogyrie beider Frontallappen). Im Fibrillenbilde der Bielschowsky'schen Methode zeigen die Zellen aller Schichten unvergleichlich mehr Dendriden als im Nisslbild und zahllose Verzweigungen derselben. Die im Weigert'schen Markscheidenpräparat faserarm erscheinenden Schichten weisen eine grosse Zahl feinsten Fäserchen auf. In den Fällen von progressiver Paralyse lassen die Zellen ein schattenhaftes Aussehen erkennen. Die langen Dendriten fehlen, sind stellenweis wie abgehackt und an Zahl erheblich vermindert, dagegen sind die Fasern der Rinde gut erhalten, haben aber trotzdem eine Verminderung besonders in der Tangentialfaserschicht erfahren. Die Zellen der Paralytikerrinde zeigen meist einen feinkörnigen Zerfall der Neurofibrillen namentlich im Zellkörper. Nicht selten ist eine Abblassung der ganzen Zelle ersichtlich, sowie eine Verklebung der Fibrillen zu derben Strängen. Die Dementia senilis lässt besonders Veränderungen in den Zellen, aber anderer Art als bei der Paralyse, erkennen. Ausserlich ist die Zelle wenig verändert und zeigt auf das feinste verzweigte Dendriten. Aber die Fibrillen der inneren Zellstruktur bilden eine homogene schwarze Masse mit dem Plasma zusammen. Grobe Vacuolen sind im Kern und in den Dendriten nachweisbar, desgleichen Pigmentanhäufungen. Hier liegen stark veränderte Rindengebiete neben gut erhaltenen.

Ein abnormes Bild zeigte sich in dem Fall von Idiotie mit Mikrogyrie, wo von Zell- und Faserarchitektonik kaum noch Andeutungen waren.

Wenn auch das Fibrillenbild der einzelnen Zelle eine Diagnosenstellung nicht zulasse, ebensowenig wie bei der Nisslmethode, könne doch das Gesamtbild bei genauer Durchsicht verschiedener Windungen desselben Falles und Berücksichtigung der quantitativen und qualitativen Veränderungen der Zellen und Fasern und Beachtung der jeweiligen Topographie derselben in den erkrankten Gebieten von Bedeutung werden. Die neue Methode könne alsdann ein wertvolles Hilfsmittel in der anatomischen Abgrenzung klinisch verwandter Prozesse werden.

Diskussion:

Jacobsohn ist über den Verlauf der Fibrillen in den Nervenzellen auf Grund von nach Ramon y Cajal hergestellten Präparaten zu anderen Ansichten als der Votr. gelangt. Er hat niemals einen ununterbrochenen Verlauf der Fibrillen wahrnehmen können, sondern im Innern des Zelleibes ein Anastomosieren von Fibrillen sicher beobachtet. Diese Verschiedenheit der Ansichten rühre davon her, dass bei der Gefriermethode nicht so feine Schnitte erzielt werden könnten. Das Fibrillenbild sei nicht das Negativ des durch die Nissl'sche Methode erzeugten Zellbildes.

Bielschowsky bemerkt in seiner Erwiderung, dass er nur das gesetzmässige Vorkommen von Netzen in den Ganglienzellen in Abrede gestellt habe. Bei der Cajal'schen Methode werde eine starke Schrumpfung der Zellkörper und damit ein Aufeinanderücken und Verkleben ursprünglich getrennter Fibrillen hervorgebracht. Das Nisslnegativ trete nur in Zellen mit derben Schollen chromophiler Substanz zutage.

151) **Henneberg:** Pseudotumor der motorischen Region im Kindesalter.

Henneberg schildert einen Fall idiopathischer Jackson'scher Epilepsie bei einem 10jährigen Mädchen, der durch einen raschen progressiven Verlauf und durch die Konstanz der Anfangerscheinungen (motorische Aphasie, Hemiplegie) ausgezeichnet ist. Es wurde trepaniert; nach einem Monat trat der Tod an Meningitis ein. Die Sektion ergab keine Veränderung, welche auf die Zeit vor der Operation bezogen werden konnte. Als Ursache sei eine örtliche Giftwirkung oder umschriebene Zirkulationsstörung unbekannter Art zu vermuten. Votr. verweist auf nahestehende Fälle von Oppenheim.

152) **Henneberg:** Jackson'sche Epilepsie bei Tumor cerebri. Beeinflussung durch Hypnose.

Fall 1. Ein Mann, dessen Vater Trinker war, Mutter und Schwester an Migräne litten, hatte vom 10. Lebensjahr rechtsseitige Migräneanfälle. Seit seinem 40. Jahr litt er an linksseitigen rindenepileptischen Anfällen. Nach gehäuften Anfällen bestand Hemiplegie links, die nach Zurücktreten der Anfälle sich ganz zurückbildete. Neben den Anfällen wurde im weiteren Verlauf Hypalgesie links, Fussclonus beiderseits festgestellt. Diagnose: Tumor des Beinzentrums. Trepanation: eine kleine Hirnpartie sieht bläulich aus und scheint von derberer Konsistenz. Ein Einschnitt ergibt nichts Besonderes. Die Anfälle stellten sich alsbald wieder im linken Bein ein mit Paraesthesien in den Zehen, tonischem Krampf in den Unterschenkelmuskeln, Deviation des Kopfes und der Augen nach links. Vorübergehend Fussklonus und Babinski. Sehr weitgehende Besserung durch Hypnose. Nachdem dauernde Hemiparese links eingetreten war, erfolgte drei Jahre nach der Operation der Tod. Die Sektion ergab ein Sarcom, welches anscheinend von der Trepanationsstelle des Schädels ausging. Votr. nimmt an, dass der Tumor bereits zur Zeit der Operation in der Umgebung der Trepanationsstelle vorlag und in diese später hineingewachsen ist.

Fall 2. Eine Arbeiterin mit Epilepsie und Hysterie, welche leicht hypnotisiert werden konnte und wesentliche Besserung durch die Hypnose zeigte, bekam den Symptomenkomplex eines Tumors der motorischen Region. Die

Trepanation fand statt, die Geschwulstherausnahme unterblieb aber wegen der grossen Ausdehnung. Wesentliche Besserung, Herauswachsen des Tumors aus der Schädelhöhle. Nach einigen Monaten zweite Operation mit Exstirpierung der Geschwulst (Sarkom), Tod nach einem Anfall.

Votr. bespricht die Beeinflussbarkeit der Rindenepilepsie durch den Willen der Patienten, weshalb die gelegentlichen vorübergehenden Erfolge der Suggestionstherapie nicht auffallende seien, aber nicht für den funktionellen Charakter der Anfälle sprechen.

Diskussion:

Oppenheim spricht besonders über die praktisch wichtigen Fälle, in denen man an eine lokalisierte Neubildung denken musste, welche aber anatomisch einen negativen Befund ergaben. In seinen Fällen war zweimal die Operation beschlossen, sie unterblieb aber, weil vorher Besserung eintrat. Er verweist auf Nonne's Arbeit über Pseudotumor cerebri. Vielleicht hätten feinere Veränderungen in diesen Fällen doch bestanden. Oppenheim stimmt Henneberg in der Deutung der Erfolge der psychischen Behandlung bei der Rindenepilepsie bei.

Schuster hat vor Jahren einen etwa 5jährigen Knaben beobachtet mit dem Bilde einer kortikalen Erkrankung und Anfällen nach Kopffrauma. Die Operation ergab negativen Befund.

Henneberg ist absichtlich auf die Literatur nicht eingegangen, daher auch nicht auf die Arbeit Nonne's. Die zur Sektion gekommenen wenigen Fälle zeigten keine Analogien zu seinem Fall.

153) **Richter**: Demonstration eines Gehirntumors.

Der 65jährige Patient, welcher 1896 zuerst in der Königl. Charité, dann in der Irrenanstalt Dalldorf zwei Monate bis zu seinem Tode behandelt wurde, war bettlägerig, sehr schwach und es war wegen seines Geisteszustandes über Schwindel nichts zu eruieren; er klagte allerdings über Unsicherheit in den Beinen und fiel auch einmal aus dem Bett. Sprache verwaschen, keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen; Pupillen reagierten, Papillen blass, Patellarreflexe vorhanden. Die Sektion ergab einen Tumor, ein Angiogliom des vorderen Teils des oberen Wurms. Der Tumor lag in sagittaler Richtung und ging vom Nodus aus. Es werden nun des genaueren Schnitte durch den Tumor und die Veränderungen und Verdrängung des Hirngewebes demonstriert. Votr. knüpft daran Bemerkungen über die Beziehungen des Wurmes zu den Streckern und Beugern, über den Namen Deiters'scher Kern und die Funktion desselben an und geht auf die Literatur näher ein. Er fand keine degenerierten Züge von den Deiters'schen Kernen nach aufwärts, jedoch in ihnen zerfallene und in Zerfall begriffene Nervenzellen. Das Rückenmark zeigte weder eine Strangerkrankung noch Erkrankung der Vorderhornzellen.

III. Bibliographie.

XLVI) **W. Weygandt**: Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. Halle a. S., Marhold 1905.

Das Studium der sogenannten psychischen Infektion, besonders in Form
Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 15. April 1906. 23

der psychischen Epidemien, hat stets einen eigenen Reiz, weil es uns über das rein psychiatrische Gebiet hinaus einen Einblick in die Volksseele gestattet und uns Aufschluss über manche oft rätselhafte Bewegungen zu gewähren vermag. Es handelt sich dabei nicht nur um Verirrungen im Leben der Völker ohne bleibenden Wert, auch Vorgänge von grosser kultureller Bedeutung werden dadurch unserem Verständnis näher gebracht. So hat z. B. der auf die griechische Dichtkunst so überaus befruchtend wirkende thrakische Dionysoscult in seiner Ausbreitung über Griechenland manche Züge, die an das Wesen psychischer Epidemien mahnen, wie es E. Rhode in seiner „Psyche“ fesselnd dargestellt hat.*)

Es ist deshalb dankbar anzuerkennen, wenn Weygandt uns mit zwei psychischen Epidemien, die in den letzten Jahren in der Nähe von Würzburg vorgekommen sind, näher bekannt macht, um so mehr, als derartige, grosse Volksmassen ergreifende, psychische Abweichungen bei uns verhältnismässig selten geworden sind. Weygandt hat dabei mit grosser Sorgfalt durch weitgehende Nachforschungen Klarheit über die verwickelten Entstehungs- und Verlaufsbedingungen derselben zu gewinnen versucht.

Die klinische Besprechung beider Epidemien gliedert Weygandt in der Weise, dass er zuerst die psychisch abnorme Person, die den Anstoss zu der Bewegung gegeben hatte, dann das psychische Verhalten der Volksmenge und endlich die psychische Erkrankung, der beide Male als Folge der Volkserregung ein Mensch erlag, erörtert.

Den Mittelpunkt der ersten Epidemie bildete ein schwach befähigtes, hysterisches Kind, wie ja gerade Kinder mit ihrer schon in der Norm vorhandenen Neigung zu phantastischen Schwärmereien und ihrer grossen Beeinflussbarkeit nicht selten den Ausgangspunkt derartiger epidemischer Erscheinungen bilden. Das Kind wollte in der Nähe des Dorfes die Mutter Gottes gesehen und gehört haben; seine ebenfalls mässig beanlagte Mutter verbreitete die Kunde hiervon überall. Aus dem Dorfe selbst, wie aus der Nachbarschaft strömten immer mehr Leute, durch die Wundererzählung angezogen, herbei und zogen mit dem Kinde nach dem Orte der Erscheinung, wo sie auch unter Gebet und Singen indirekte Zeugen derselben wurden.

Die Erregung der Menge wurde noch verstärkt durch das ungeschickte Eingreifen der Behörden sowie durch Pfarrer anderer Gemeinden. Als das Kind und die Mutter, offenbar unter dem Druck äusserer Verhältnisse, nach einem halben Jahre sich zurückzogen, angeblich weil die Wundererscheinungen aufgehört hatten — das Kind entwickelte sich weiterhin normal — flaute die Bewegung allmählich ab. Wie tief die Erregung der Menge ging, das ergibt sich übrigens am klarsten daraus, dass unter anderem die Mittel für die Errichtung eines Bildstockes an der Stelle der Erscheinung von diesen doch wenig begüterten Landleuten aufgebracht wurden.

Jetzt erst, als der Höhepunkt der Epidemie überschritten war, griff auch der Pfarrer des Dorfes in verständiger Weise ein und trug so zu ihrem Verschwinden nicht unwesentlich bei. Der vorsichtig ablehnende, klug reservierte Standpunkt, den der Ortspfarrer von vornherein einnahm, verdient die vollste Anerkennung und ist auch von allgemeinem Interesse.

*) Den Hinweis hierauf verdanke ich Herrn Professor Schöne in Königsberg.

Ein kleines Häufchen nur aus der begeisterten Menge blieb noch längere Zeit in schwärmerischem Kultus der Wundererscheinung vereint. Es waren das sieben Familien, deren Führung ein gewisser Jessberger übernommen hatte. Letzterer, der stark belastet und von Hause aus schwachsinnig war, erkrankte etwa 1½ Jahr später an einem heftigen Erregungszustande von religiös-ekstatischer Färbung. Sein bald darauf in der Würzburger Klinik erfolgter Tod machte auch den letzten Ausläufern der Epidemie ein Ende. Bei dem grossen zeitlichen Abstand zwischen der eigentlichen Epidemie und der tödlich verlaufenden psychischen Erkrankung des J. sowie mit Rücksicht auf dessen angeborene Abnormität glaubt Weygandt eine direkte Abhängigkeit der Psychose Jessberger's von derselben ausschliessen zu können; immerhin lässt sich, wie auch Weygandt betont, ein gewisser innerer Zusammenhang zwischen der Erregung über die Wundererscheinung, die gerade bei Jessberger besonders mächtig war, seiner Führerrolle für den Rest der Getreuen und wohl auch der körperlichen Erschöpfung, die die lange Zeit fortdauernde seelische Erregung etc. bedingen musste, mit der schweren Geistesstörung, die Jessberger's Leben ein Ende machte, kaum bestreiten.

Hinsichtlich der psychischen Erregung der Menge hebt W. hervor, dass der kirchliche Wunderglaube — „unsere heilige Kirche lehrt, dass Wunder und Erscheinungen möglich“, bemerkte sehr richtig der Pfarrer — ohne Zweifel den fruchtbarsten Boden abgeben hatte. Die Gläubigkeit der Menge könne noch keineswegs als psychopathisches Verhalten aufgefasst werden, erst die auffallenden Handlungen, die aus den mit lebhaftem Affekt betonten Vorstellungen entspringen, imponieren als solche.

Die zweite Epidemie wurzelte in dem ja gerade bei der Landbevölkerung noch viel verbreiteten Teufels- und Hexenglauben.

Eine Frau erkrankte an Wahnideen in Form des Besessenheitswahns durch den Teufel. Im engen Zusammenhang mit diesen Wahnvorstellungen traten wiederholt z. B. beim Anblick eines Kruzifixes heftige anfallsartige Erscheinungen bei ihr auf, die einer Beeinflussung zugänglich waren. — Weygandt nimmt mit Rücksicht auf die deutliche Verblödung bei der Kranken eine Dementia praecox (paranoide Form) mit hysteriformen Zügen an. — Die Umgebung der Kranken, besonders ihr Mann, nahmen die Idee der Besessenheit, besonders wohl auch, wie Weygandt ausführt, unter dem Einfluss der starken motorischen Erscheinungen, eifrig auf und sorgten für ihre Verbreitung.

Wie in dem ersten Fall der Wunder-, so setzte sich hier der Besessenheitsglaube infolge der zunehmenden Erregung der Menge in die Tat um, so erst zu einer wirklichen psychischen Epidemie führend. Auf der einen Seite wurde mit Unterstützung eines Geistlichen Teufelsaustreibung versucht, die in ihrer Art uns an das dunkelste Mittelalter gemahnt. Andererseits fand die öffentliche Meinung sehr bald die Urheberin des Teufelswerkes, die Hexe, in einer von Hause aus mässig begabten 72-jährigen Frau heraus. Bei dieser wurde auf dem günstigen Boden des Seniums durch die allgemeine Gehässigkeit, schlechte Behandlung und Zurücksetzung nun eine senile Melancholie ausgelöst, in der sich die Kranke das Leben nahm. Durch den Selbstmord der vermeintlichen Hexe und die, wenn auch nur kurze Internierung der angeblich Besessenen in der Würzburger Klinik, wurden die Gemüter ernüchtert, so dass die Bewegung bald ihr Ende erreichte.

An die eingehende Schilderung dieser beiden psychischen Epidemien schliesst Weygandt eine kritische Besprechung der neueren Literatur und sucht zu einer noch schärferen Charakterisierung des induzierten Irreseins zu kommen, als wir es schon bis jetzt, vor allem unter Schönfeldt's Einfluss angestrebt haben. W. will in jedem einzelnen Falle von anscheinend induziertem Irresein zuerst die Frage entschieden wissen: „Wäre der Kranke B. ohne den Einfluss des Kranken A. zweifellos geistig gesund geblieben?“ Man müsse dadurch noch trennen solche Fälle psychischer Infektion, wo gemeinschaftliche Disposition bestehe, so z. B., wenn es sich um Geschwister handele, die gerade einen erheblichen Teil der Induzierten ausmachen, von anderen, denen eine derartige Disposition fehle. Erst bei letzteren könnten wir mit grösstmöglicher Sicherheit behaupten, dass die Psychose des Zweiterkrankten nicht zufällig oder aus ihm innewohnender gleichartiger Anlage heraus schon von selbst so viel Aehnlichkeit mit der Geistesstörung der erst erkrankten Person gewonnen haben könnte.

Das Streben nach möglichster Zergliederung in diesem Sinne wird man nur anerkennen können, aber einmal würde ich es dann für richtiger halten, die Frage lieber in bedingter Form zu stellen: Ist es wahrscheinlich, dass der Kranke B. ohne den Einfluss des Kranken A. geisteskrank geworden wäre? vielleicht mit dem Zusatz: Und in einer der Psychose von A. so ähnlichen Weise?

Diese Frage wird man eher beantworten können. Wir sehen doch so viele Individuen, die völlig gesund erscheinen, und bei denen keine Belastung nachweisbar ist, ohne greifbaren Grund geistig erkranken, dass wir immer wieder an die engen Grenzen unseres Wissens über die Grundlagen und Entwicklung der Geisteskrankheiten erinnert werden und daher besser uns wohl mit einer solch vorsichtigen Fragestellung bescheiden.

Bedenken wir ferner, dass wir auf der einen Seite sehr viele Geistesranke auch mit der infektiösen Psychose *κατ' ἐξοχήν*, der Paranoia, in religiöser Form etwa, behaftet, sogar in ihrer Familie leben sehen, ohne dass es zu psychischen Anomalien in ihrer Umgebung kommt, und dass dem gegenüber nur in ganz wenigen Fällen anscheinend gesunde Individuen, die mit solchen Kranken zusammen sind, erkranken, so hält es schwer, wirkliche „Gesundheit“ bei letzteren anzunehmen. Man könnte sich ja vorstellen, es wirkten bei ihnen ganz besonders schwerwiegende äussere Umstände mit, die die psychische Infektion herbeiführten, natürlich scheint es mir, zu der, wie ich gestehe, ja auch keineswegs befriedigenden Erklärung durch latente Disposition unsere Zuflucht zu nehmen. Damit fällt meines Erachtens auch die allzu scharfe Unterscheidung zwischen der psychischen Infektion nicht verwandter „Gesunder“ — bei diesen allein will W. eine „psychopathologische Uebertragung“ anerkennen, — von den anderen Fällen induzierten Irreseins, z. B. bei Geschwistern, die durch ihre Verwandtschaft gleichartige Disposition besitzen, und bei denen W. daher nur von psychopathologischer „Auslösung“ spricht. Auch bei Geschwistern, von denen z. B. nach Erkrankung des einen nun das zweite, in enger Gemeinschaft mit ihm lebende, von einer sehr ähnlich ausgestalteten Paranoia befallen wird, erscheint mir eine psychische Beeinflussung, die die Geistesstörung zur Entwicklung gebracht und ihr einen bestimmten Weg gewiesen hat, weit annehmbarer als der Gedanke, dass auf endogener Basis ganz oder fast unabhängig eine so gleichgeartete Psychose entstanden sei. Dabei

will ich keineswegs bestreiten, dass nach der bekannten hereditären Beeinflussung von Entwicklung und Richtung normaler geistiger Anlage ein derartiges Vorkommnis wohl denkbar ist.

Die eben entwickelte Auffassung über die psychische Infektion „Gesunder“ möchte ich wenigstens für das induzierte Irresein einzelner Personen bevorzugen, anders liegen die Dinge bei den psychischen Epidemien. W. hat mit Grund unterschieden zwischen psychischer Beeinflussung Einzelner und der Menge. Keineswegs sei der seelische Zustand letzterer einfach die Summe aus dem der ersteren. Es treten bei der psychischen Beeinflussung des einzelnen Individuums hemmende Vorstellungen stark hindernd hervor, die von der Wucht der einer ganzen Volksmasse sich mitteilenden Erregung leicht durchbrochen werden. So kommt es bei den psychischen Epidemien eben zu psychopathischen Erscheinungen bei einer grossen Zahl von Menschen, von denen man unmöglich jeden Einzelnen als disponiert wird bezeichnen können, die Zeitströmung und Stimmung, Wunderglaube etc. geben die Grundlage ab. Hier haben wir es somit mit psychischer Infektion Gesunder zu tun, es kommt aber nicht, und das ist wichtig, bei der Mehrzahl von ihnen zu einer eigentlichen ausgesprochenen und fortdauernden Geistesstörung, nur bei einzelnen von ihnen, mit besonderer Suggestibilität und Anlage, wie W. selbst hervorhebt, tritt eine solche mehr hervor.

Noch ein anderer Punkt der Weygandt'schen Ausführungen verlangt ein näheres Eingehen.

Bekanntlich hat Schönfeldt und nach ihm die meisten Autoren die Ansicht vertreten, dass eigentlich nur eine Paranoia psychisch infizierend zu wirken vermöge. Dem gegenüber muss man Weygandt zugestehen, dass tatsächlich die aufgeführten Fälle keineswegs alle reine Paranoia-Fälle im Sinne Kräpelin's sind, sondern, wie Weygandt klar darlegt, müssten mehrere der induzierten Psychosen der paranoiden Gruppe der *Dementia praecox* zugerechnet werden. Er sieht darin einen Beweis, dass die Abgrenzung gerade letzterer Formen keine ganz scharfe von der Paranoia sei, worin ich ihm nur zustimmen kann. Wie ich schon früher gelegentlich ausgeführt habe, genügt der strengen Forderung Kräpelin's kaum ein Paranoiker noch.

Weygandt möchte aber die psychisch-infektiösen Erkrankungen nicht auf die Paranoia und „paranoide Verblödung“ beschränken, auch depressive psychische Störungen, die Involutionmelancholie können seines Erachtens induziert werden. Zum Beweise dafür erinnert er daran, dass lebhaft Affekte schon normalerweise besonders leicht übertragen werden, und er betont auch, nicht mit Unrecht, dass in früheren Arbeiten der affektive Faktor bei der Induktion der Paranoia nicht ganz genügend gewürdigt sei.

Damit scheint mir freilich die Annahme der psychischen Infektion durch eine Melancholie noch nicht hinreichend gestützt. Ich vermag mir zwar rein theoretisch die vorübergehende Uebertragung depressiver Verstimmung zu erklären, aber nicht eine länger dauernde in dem Masse, dass nun eine selbstständige depressive Psychose daraus erwächst. Auch fehlt mir bis jetzt der Beweis dafür. Ich erinnere mich trotz sehr zahlreicher Melancholien, die ich speziell in Tübingen zu beobachten Gelegenheit hatte, nicht eines Falles, während ich bei der Paranoia sehr häufig Anklänge von Infektion gefunden habe, und auch der Fall, von dem Weygandt ausgeht, scheint mir nicht einwandfrei. Es

handelte sich um einen in den fünfziger Jahren stehenden Mann, der an Melancholie erkrankte, als seine an manisch-depressivem Irresein schon wiederholt leidende Frau mit einem neuen Anfall von Depression zu Hause war. Ganz gleichartig sind die Krankheitsbilder bei Mann und Frau keineswegs, und ich glaube, es ist ungezwungen, wenn wir — eine Möglichkeit, auf die W. selbst hinweist — in der Erkrankung der Frau, der dadurch bedingten Störung und Beunruhigung und anderen Sorgen nur die auslösenden Momente der Melancholie des Mannes sehen, der durch sein Alter ausserdem dafür disponiert war. Eine eigentliche psychische Infektion anzunehmen, scheint mir nicht berechtigt.

Die Mitteilung einer Reihe von Beobachtungen über psychische Epidemien aus der Literatur sowie Betrachtungen über „psychische Massenwirkung“ schliessen Weygandt's in vieler Richtung lesenswerte Abhandlung.

E. Meyer (Königsberg i. P.).

XLVII) F. Schumann: Bericht über den I. Kongress für experimentelle Psychologie in Giessen vom 18. bis 21. April 1904. Leipzig, J. A. Barth. 1904. 127 S.

Ueber den Verlauf des Kongresses ist bereits früher an verschiedenen Stellen berichtet worden. Bei dem lebhaften Interesse, das alle der Psychologie irgendwie dienenden Forscher jenem für die Geschichte der deutschen Psychologie bedeutungsvollen Kongress entgegengebracht haben und angesichts der Reichhaltigkeit der dort gehaltenen Vorträge ist es dankenswert, dass sich der Vorstand entschlossen hat, einen ausführlichen Bericht aus der sachkundigen Feder F. Schumann's herauszugeben.

Der vorliegende Bericht bringt in dem kürzeren ersten Hauptteil die Geschichte des Kongresses und im Anschluss daran den Wortlaut der Statuten der auf dem Kongress neugegründeten Gesellschaft für experimentelle Psychologie.

Wenn wir bedenken, dass noch Fechner in seinen letzten Lebenstagen es sich hat gefallen lassen müssen, dass man seine psycho-physischen Messungen als müssige Spielereien verurteilt hat, denen höchstens die Bedeutung zugesprochen werden könne, dass sie für die Forschungsrichtung der Psychologie irreführend seien, so kennzeichnen den Wandel der Anschauungen, der sich inzwischen vollzogen hat, nichts besser als die am Eingang des Berichts zu findenden Worte, dass die experimentelle Psychologie „das Zentrum darstellt, an welches sich alle übrigen psychologischen Bestrebungen mehr oder weniger eng anzuschliessen haben.“

Der zweite Hauptteil des Berichtes umfasst die Vorträge nebst anschliessenden Diskussionen. Die Vorträge sind nach dem Grade ihrer inhaltlichen Verwandtschaft in neun Gruppen angeordnet. Mit Ausnahme der beiden von H. Henri gehaltenen sind sie in ausführlichen Eigenberichten mitgeteilt. Wir erwähnen unter ihnen diejenigen, die von methodischer Bedeutung für die psychologische Forschungsrichtung innerhalb der Psychiatrie sind oder sonstwie in näherer Beziehung zu den Aufgaben der Psychiatrie stehen.

V. Henri: Ueber die Methoden der Individualpsychologie.

H. ist auf Grund 9jähriger Untersuchungen, die er in Gemeinschaft mit A. Binet und Larguier des Bancels angestellt hat, zur Ueberzeugung gelangt, dass alle Methoden, die nur auf eine kurze einmalige Prüfung vieler

Personen ausgehen, verwerflich sind. An ihrer Stelle verlangt er eingehende, über grössere Zeitabschnitte sich erstreckende Untersuchungen an einzelnen Personen. Dieser Forderung entsprechend wurden an den Zöglingen zweier Normalschulen individual-psychologische Untersuchungen angestellt. Trotz jahrelanger mühsamer Arbeit ist aber eine ausreichende Charakteristik individueller Differenzen nicht gelungen.

In der Diskussion weist Stern auf den prinzipiellen Unterschied zwischen der Methodik der allgemeinen und differenziellen Psychologie hin. Während die erstere stets auf die Untersuchung der psychischen Elemente zurückzugehen strebt, fordert Stern im Gegensatz hierzu als methodisches Prinzip für die differenzielle Psychologie die Untersuchung der komplexen und höheren Formen geistiger Leistungen, da, je höher eine Funktion, um so deutlicher ihre individuelle Differenzierung, um so grösser ihre Variationsbreite sei. Die Tatsache, dass die Untersuchung der psychischen Differenzen beider Geschlechter bisher ergebnislos geblieben ist, führt St. darauf zurück, dass man irrtümlich die analytischen Elementarmethoden der allgemeinen Psychologie auf das Gebiet der differenziellen Psychologie übertragen hat.

Bei der grundsätzlichen Bedeutung dieser methodologischen Frage möchte ich darauf hinweisen, dass die Psychologie der individuellen Differenzen, die ausserhalb des Forschungsgebietes der allgemeinen Psychologie liegt, gewiss ihre eigenen Methoden ausbilden muss, aber nimmermehr ist die allgemeine Psychologie stets nur darauf gerichtet, die psychischen Elemente und ihre Verbindungen aufzusuchen. Diese analytische Methode ist für sie nie Selbstzweck, sondern immer nur das unerlässliche, einzig mögliche Mittel, die zusammengesetzten psychischen Vorgänge, so wie sie uns allein unmittelbar gegeben sind, verständlich zu machen, d. h. ihren synthetischen Aufbau zu begreifen. Keine psychologische Forschung, gleichviel ob es sich um die Erforschung der allgemeingiltigen Gesetzmässigkeiten des seelischen Lebens oder um die Erkenntnis der individuellen Abweichung handelt, kann — soweit sie mehr sein will als eine statistische Zusammentragung einzelner Daten, sofern es ihr auf wissenschaftliche Erkenntnis ankommt — auf die analytische Methode verzichten. Die statistische Erhebung psychologischer Phänomene kann gewiss von praktischer Bedeutung sein, die gesamte Psychiatrie, so wie wir sie heute noch haben, basiert im letzten Grunde auf der Verarbeitung statistisch gewonnener Erfahrungstatsachen; aber dies statistisch-phänomenologische Forschungsprinzip kann für jede Wissenschaft nur so lange zulässig sein, ist für sie nur so lange ein Notbehelf, als ihr analytische Methoden nicht zur Verfügung stehen. Dies gilt nicht nur für die thoretischen, sondern auch für die Wissenschaften mit vorwiegend praktischen Aufgaben.

Wenn Stern darauf hinweist, dass, je höher eine Funktion, desto grösser die Variationsbreite sei, so wird man ihm darin gewiss recht geben und demzufolge auch darin, dass die Psychologie der individuellen Differenzen sich die Untersuchung der höheren Formen geistiger Leistung zur Aufgabe machen müsse; aber die Ergebnisse der zu solchem Zweck angestellten Versuche werden nur in dem Masse zuverlässig sein können, als uns ihre Bedingungen bekannt sind. Wenn die Untersuchung der psychischen Differenzen beider Geschlechter bisher ergebnislos geblieben ist, so mag das ja möglicherweise darauf beruhen, dass die individuellen Variationen in den psychischen Elementarfunktionen tatsächlich

nicht genügend zum Ausdruck gelangen können, obwohl die Ergebnisse der analytischen Methoden der Kraepelin'schen Schule auf dem Gebiet der Charakterologie nicht zu Gunsten dieser Auffassung sprechen. Sollte es aber nicht auch möglich sein, ja machen die häufig einander widersprechenden Ergebnisse der jüngsten Forschung auf dem Gebiet der psychischen Differenzen beider Geschlechter es nicht wahrscheinlich, dass der wahre Grund jener Resultatlosigkeit darin zu suchen ist, dass die Versuchsbedingungen nicht genügend bekannt waren oder genügend berücksichtigt worden sind?

S. Exner: Ueber die Wirkung mehrfacher Rindenoperationen auf den Sehsakt.

Exner hat die von Hitzig gefundenen Operationsergebnisse u. a., dass eine Hemiamblyopie, welche nach Entfernung eines Stückes der Occipitalrinde entstanden und im Laufe von Tagen oder Wochen wieder geschwunden war, neuerdings auflebe, wenn nun an der anderen Hemisphäre eine analoge Operation ausgeführt wird, von Imamura nachprüfen lassen und bestätigt gefunden. Zur Erklärung dieser auffallenden Operationserfolge zieht Exner drei aus der physiologischen und pathologischen Psychologie gewonnene Gesichtspunkte heran: 1. dass beim Auftreten einer Wahrnehmung (direkten Sinnesvorstellung Ref.) ein „Erregungskomplex in der Rinde entstehen muss, der sich über den grössten Teil der Hemisphäre vielleicht auch der anderen Hemisphäre ausbreiten wird.“ Wenn dieser Erregungskomplex auftritt, ohne dass er durch die Sehstrahlung angeregt wurde, entsteht nicht eine Wahrnehmung, sondern eine Vorstellung (Erinnerungsvorstellung Ref.). Hieraus folgt 2., dass es in pathologischen Fällen defekte Wahrnehmungen und Vorstellungen geben müsse. 3. „Es können ganze Erregungskomplexe, wenn sie für die Denkvorgänge minderwertig sind, zeitweilig oder dauernd aus dem Bewusstsein ausgeschaltet werden.“

Wenn Hitzig und Imamura gefunden haben, dass nach Operationen, die an den verschiedensten Rindenstellen ausgeführt wurden, immer ein und dieselbe Form von Hemiamblyopie auftritt, so erklärt sich dies „aus dem Unterdrücken des nun defekt gewordenen Erregungskomplexes, der der Wahrnehmung zugrunde liegt“. Imamura fand, dass, wenn er eine im Stirnhirn gelegene Stelle, deren Reizung eine typische Blickbewegung bewirkt hatte, zerstörte, das Tier die gleiche Sehstörung zeigte, als wenn er eine hundertfach grössere Fläche des Hinterhautlappens exstirpierte. Die Sehstörung verschwindet allmählich, indem die „nützlichen Assoziationen“ auf anderem Wege gefunden werden. Die neuen Assoziationen sind in der gesunden Hemisphäre zu suchen, bei der Erneuerung spielen die Balkenfasern eine wichtige Rolle, indem durch sie „der ganze Wahrnehmungsmechanismus der Hemisphäre in Tätigkeit gesetzt wird“. Die Richtigkeit dieser Annahme wird gestützt durch den Befund von Imamura, dass nach Durchtrennung des Balkens die geschwundene Hemiamblyopie sofort wieder auftritt und dauernd bleibt.

So wertvoll die Operationsergebnisse Exner's für die Bereicherung unserer gehirnphysiologischen Kenntnisse sind, so wenig werden alle diejenigen, die sich mit ihm nicht auf dem gleichen Boden der Assoziationspsychologie befinden und nichts davon wissen wollen, dass den Assoziationsfasern die Mission einer Gedankenverknüpfung obliegt, sich mit seiner psychologischen Interpretation befreunden können.

F. Schumann: Die Erkennung von Buchstaben und Worten bei momentaner Beleuchtung.

Schumann bediente sich eines durch einen Elektromotor getriebenen grossen Rades, dessen Peripherie ein 10 cm breiter, in acht Teile zerlegbarer Blechstreifen bildete. Einer der Oktanten trug einen variierbaren Spalt, ein benachbarter einen gegen die Ebene des Rades um 45° geneigten Spiegel. Die Objekte (Buchstaben, Wörter usw.) wurden durch ein Fernrohr betrachtet, dessen Gesichtsbild durch den Blechring verdeckt und in dem Augenblick aufgedeckt wird, wo der Spalt am Objekt vorbeipassiert. Mit Hilfe des Spiegels kann ein intensives Licht in das Fernrohr geworfen und dadurch das positive Nachbild zerstört werden (Verfahren nach Baxt).

Einige der Hauptergebnisse dieser tachistoskopischen Versuche waren: 1. die nichterkannten Buchstaben werden zuweilen ebenso deutlich, ja noch deutlicher gesehen als die erkannten. 2. Selbst bei einer Expositionszeit von nur wenigen σ sind noch Aufmerksamkeitswanderungen möglich. 3. Der rein visuelle Typus ist selten. Bei den meisten Versuchspersonen rufen die visuellen Wahrnehmungsbilder sofort die entsprechenden Lautbilder bzw. Bewegungsbilder hervor und diese werden allein behalten. 4. Nur bei Personen vom visuellen Typus kommt es vor, dass an Stelle des exponierten Wortes ein anderes, ihm nur der optischen Gesamtform nach ähnliches angegeben wird. Bei dem akustischen Typus, bei besonders kurzer Expositionszeit gelegentlich auch bei dem visuellen Typus können ganz undeutliche, verschwommene Gesichtsbilder gleichwohl richtige Lautbilder reproduzieren.

Aus der Diskussion ist namentlich die Beobachtung Ranschburg's bemerkenswert, dass die Auffassungsschwelle für gleichzeitige heterogene Reize tiefer liegt als für homogene.

Struycken: Bestimmung der Hörschärfe in Mikromillimetern.

Eine mikrographisch hergestellte Gradenigo'sche Dreieckfigur wird in eine der Zinken einer Stimmgabel eingefügt und durch eine Lupe, die an der anderen Zinke befestigt ist, beobachtet. Man bestimmt dann zunächst in Sekunden die Zeit, welche die Gabel braucht, damit ihre Amplitude auf ein Zehntel heruntergeht (Dezimierzeit n) und findet dann für die Amplitude (x) p Sekunden, nachdem die Schwingungsfigur eine Amplitude von 1 Mikron angezeigt hat:

$$x = \frac{1}{10^{\frac{p}{n}}} \mu$$

d. h. der Logarithmus des Minimum perceptibile ist gleich dem Quotienten aus Hörzeit (p) und Dezimierzeit (n).

Die Methode ist zur Bestimmung der Reizschwelle für Töne geeignet.

A. Wreschner: Experimentelles über die Assoziation der Vorstellungen.

Die Reizworte wurden teils optisch, teils akustisch dargeboten, die inneren Erlebnisse während des Assoziationsprozesses, dessen Zeitdauer vermittelt des Hipp'schen Chronoskops gemessen wurde, wurden zu Protokoll gegeben. W. konnte den auch sonst erhobenen Befund bestätigen, dass bei optischem Verfahren die Assoziationszeit länger ist als bei akustischem. Von besonderem Einfluss war die grammatikalische Form des Reizwortes: bei den Abstrakta

war die Zeit am längsten, die kürzeste Zeit beanspruchten bei Gebildeten die Adjektiva, bei Ungebildeten die Verba. Der Einfluss des Bildungsgrades machte sich auch dahin geltend, dass die Ungebildeten durchweg eine fast doppelt so lange Zeit benötigten als die Gebildeten. Die Männer assoziierten schneller als die Frauen. Wurde die Richtung, in der assoziiert werden sollte, vorher bestimmt (Gegensatz, Ueberordnung usw.), so fanden sich je nach der Art der Assoziation Unterschiede, am langsamsten wurde die Ursache gefunden. Bei zwei Massenversuchen ergaben sich mehrfache individuelle Differenzen.

In der Diskussion hebt Ebbinghaus mit Recht hervor, dass die verschiedenen Resultate der Männer und Frauen, Gebildeten und Ungebildeten zum Teil jedenfalls mit dem für die Reizung benutzten Wortschatz zusammenhängen. Liegen die Reizworte dem gewohnten Vorstellungskreis fern, so wird es naturgemäss zu einer Verlängerung der Assoziationszeit kommen, ohne dass darum „das gewöhnliche Denken“ des Individuums verlangsamt zu sein braucht.

Kate Gordon: Ueber das Gedächtnis für affektiv bestimmte Eindrücke.

Es wurden Reihen von farbigen Eindrücken dargeboten. Nach der Exposition hatte die Versuchsperson zu sagen, ob sie das Bild gefällig, indifferent oder missfällig gefunden habe. Die Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, dass die Gefühlswirkung der Reize weder von Einfluss auf die „Genauigkeit der Erinnerung, noch in bezug auf das Wiedererkennen und ihre reproduzierende Kraft“ ist.

Bei der zentralen Bedeutung der direkten und reproduktiven Gefühlskomponenten der Vorstellungen für ihre Reproduktion, die bei den experimentellen Untersuchungen über den Umfang des Bewusstseins, über die Reproduktion einfacher Sinnesempfindungen und die sogenannten Gedächtnisfunktionen überall zutage tritt, erscheinen die Versuchsergebnisse Gordon's vorläufig wenigstens als kaum vereinbar mit den Tatsachen der psychologischen Forschung und müssen Zweifel an der Zuverlässigkeit der von ihr angewandten Methode erwecken.

Paul Ranschburg: Ueber die Bedeutung der Aehnlichkeit für das Erlernen, Behalten und die Reproduktion.

Versuche, die R. mit heterogenen und einander ähnlichen Silbenreihen und sinnvollen Wortpaaren anstellte, hatten als wichtigste Ergebnisse: der Gedächtnisumfang für heterogene Inhalte ist weiter, die Gedächtnisfestigkeit grösser, die Reproduktionszeit kürzer als für homogene Inhalte.

W. Weygandt: Beiträge zur Psychologie des Schlafes.

Weygandt untersuchte die erholende Wirkung einzelner Schlafabschnitte auf die geistige Leistungsfähigkeit beim Addieren einstelliger und Auswendiglernen zwölfstelliger Zahlen. Es ergab sich, dass vor dem Einschlafen die Leistungsfähigkeit meist von Anfang an sank oder dass doch die Leistung in der zweiten Viertelstunde geringer war als in der ersten. Schon nach dem ersten Schlaf von $\frac{1}{2}$, oder mehreren Stunden stieg die zweite Viertelstundenleistung an, ausserdem war bei den Additionsversuchen die Gesamtleistung des zweiten Versuches grösser als die des ersten. Nach dem Erwachen am Morgen stand dagegen mehrfach die Leistung wieder etwas zurück, eine Bestätigung des Römer'schen Befundes, dass diese Zeit nicht die günstigste Tagesdisposition darstellt.

Bei den Lernversuchen ergab sich eine gewisse Proportionalität zwischen der Länge des ersten Schlafes und dem Anwachsen der Leistungsfähigkeit gegenüber der Leistung im ersten Versuch. Je länger der erste Schlaf war, um so erheblicher war die Mehrleistung.

Auch die späteren Schlafstunden sind, obwohl der Schlaf hier nicht so tief ist wie in den ersten Stunden, für die geistige Erholung von grosser Bedeutung.

Ed. Claparède: Biologische Theorie des Schlafes.

Während die sonstigen Theorien den Schlaf als einen negativen, fast abnormen Zustand, einen Stillstand der Funktionen betrachten, sieht Cl. in dem Schlaf eine „positive Handlung“, einen Instinkt. Gegen die toxische Theorie spricht die Tatsache, dass Wille, Gewohnheit, Suggestion auf den Schlaf einwirken können und dass der Schlaf partiell sein kann. Auch der Winterschlaf vieler Tiere bleibt nach der toxischen Theorie ein Rätsel. Die instinktive Schlaftheorie wird diesen Erscheinungen besser gerecht. Der Natur des Instinktes entsprechend stellt sich der Schlaf vorsorglich ein, ehe die Erschöpfung uns gefährdet. „Wir schlafen nicht, weil wir vergiftet oder erschöpft sind, sondern um der Vergiftung und der Erschöpfung nicht zu unterliegen.“ Der Schlaf ist keine unmittelbare Folge eines einfachen physikochemischen Prozesses, sondern er ist ein „hypnotischer Reflex“. Als auslösende Reize spielen für ihn die Ermüdungsempfindungen und die Vermehrung der Gifte im Blut eine wichtige Rolle. Aber solche Ursachen sind weder ausreichend noch stets notwendig. Auch viele pathologische Erscheinungen, die Schlaflosigkeit der Neurastheniker und gewisse hysterische Erscheinungen macht die Theorie verständlich; sie lassen sich als „eine Folge der Dissoziation oder der Degeneration dieses Instinktes verstehen“.

Wichtig ist aus der Diskussion der Hinweis Brodmann's, dass von ihm während des Einschlafens und im Schlaf plethysmographische Erscheinungen (rhythmische Bewegungen des Hirnvolumens) beobachtet worden sind, die sich nur durch einen eigenen, im Schlaf fortwirkenden, vasomotorischen Reflexapparat erklären lassen.

Ref. bemerkt zur Theorie Claparèdes, dass sie neue, beachtenswerte Gesichtspunkte zur Schlaftheorie beibringt. Aber der Einwand, den Cl. gegen die toxische Theorie vorbringt, dass Wille, Gewohnheit, Suggestion auf den Schlaf einzuwirken imstande sind, dürfte nicht stichhaltig sein. Wir wissen, dass diese subjektiven Faktoren auch sonst toxische Wirkungen, so die Wirkung zahlreicher Genuss- und Arzneimitteln aufheben oder abschwächen können. Ich erinnere nur daran, dass im Affekt die lähmende Wirkung des Alkohols ausbleiben kann. Vor allem aber dürfte es nicht zulässig sein, dass Cl. bezüglich der Theorie des Instinktes sich gleichzeitig auf den physiologischen und den psychologischen Standpunkt stellt, den Instinkt vom physiologischen Standpunkt als „Reflexsystem“, vom psychologischen als eine nützliche, nicht erlernte Handlung bezeichnet. Indem die psychologische Theorie in den Instinkthandlungen der Tiere und des Menschen Triebhandlungen und in den zweckmässigen Reflexbewegungen rudimentäre, mechanisierte Willenshandlungen erblickt, schliesst sie die physiologische Reflextheorie aus.

N. Ach: Experimentelles über die Willensstätigkeit.

Die Versuche führten in manchen Einzelheiten zu ähnlichen Ergebnissen,

wie sie Wundt und seine Schüler bei den zur Analyse der Willensvorgänge ausgeführten Reaktionsversuchen erhalten haben.

G. Martius: Zur Untersuchung des Einflusses psychischer Vorgänge auf Puls und Atmung.

Martius weist auf die Fehlerquellen bei den plethysmographischen Versuchen hin, die teils in der Berechnung der Kurven, teils in der Versuchsanordnung liegen. Bei der Berechnung der Pulsängen müssen vor Allem die mit den Atemperioden verbundenen Schwankungen der Pulse berücksichtigt werden. Von grossem Einfluss auf die Niveauschwankungen sind die unwillkürlichen Bewegungen. Eliminiert man ihren Einfluss, so bleiben nur noch plethysmographische Erscheinungen übrig, die mit den Atemperioden parallel gehen und die nicht direkt als Ausdruckserscheinungen psychischer Vorgänge verwertet werden können. Bei der peinlichsten Berücksichtigung aller Kautelen lässt sich eine einfache Funktion zwischen Geschmacks- und Geruchseindrücken, sowie zwischen Lust und Unlust und den Symptomen der Atmung und des Pulses nicht nachweisen. Deutlich ist der Unterschied nur zwischen sthenischen und asthenischen Affektvorgängen. Von diesem Unterschied aus kann allein ein Versuch weiterer Differenzierung der psychischen Einflüsse auf Puls und Atmung gemacht werden.

In der Diskussion teilt Brodmann mit, dass er von der Atmung völlig unabhängige rhythmische Schwankungen des Gesamtniveaus der Volumkurve und mit diesen synchron verlaufende rhythmische Veränderungen von Pulsänge und Pulshöhe fand, die cerebralen oder medullären Ursprungs sind.

Henri empfiehlt den Apparat von Hallion und Comte zur Aufnahme des Kapillarpulses der Finger.

R. Sommer: Demonstrationen.

a) die Umsetzung des Pulses in Töne.

Sommer setzt zunächst auseinander, warum es wünschenswert ist, den Puls in Töne umzusetzen. Die Lösung dieses Problems ist S. gelungen. Die Pulsbewegung wird direkt auf den kurzen Arm eines zweiarmigen Hebels übertragen, dessen längerer Arm einen vertikalen Stift auf und nieder bewegt, so dass eine an dessen unterem Ende befestigte Rolle auf der Zunge einer Pfeife entlang gleitet. Dadurch wird das durch den Luftstrom zum Schwingen gebrachte Stück der Zunge verkürzt oder verlängert und somit die Tonhöhe verändert.

b) Darstellung von Ausdrucksbewegungen in Licht- und Farbenercheinungen.

Unter Wahrung des Prinzips einer dreidimensionalen Darstellung hat S. Bewegungen der Hand in Licht- und Farbenercheinungen veranschaulicht. Dies geschah ursprünglich so, dass durch die Bewegungen der Hand drei Platten verschoben und dadurch drei Stromkreise mit verschiedenfarbigen Lampen beeinflusst wurden. An Stelle der Platten erwies sich später ein Flüssigkeitsrheostat aus Wasser und Schwefelsäure besser geeignet, die Bewegungen eines in ihm schwimmenden Tisches in Variationen der durch ihn geleiteten Ströme umzusetzen. An dem Tischchen sind vorn, seitlich und unten die negativen Pole montiert, ihnen gegenüber in dem Gefäss mit der Flüssigkeit die entsprechenden positiven. Bei Bewegungen der Hand erfolgt eine der Dimension der Bewegung entsprechende Veränderung der Ströme und demzufolge ein stärkeres und schwächeres Leuchten der die drei Dimensionen andeutenden Lampen.

Marie Borst: Zur Psychologie der Aussage.

Zu den methodologischen Schwierigkeiten der Aussageforschung gehört in erster Linie die Verrechnung der Resultate. B. glaubt eine möglichst einwandfreie Zählung der gewonnenen Aussageelemente dadurch erreicht zu haben, dass sie dieselben nicht, wie dies bisher geschah, nach psychologischen, sondern nach logischen Gesichtspunkten verrechnet.

Es verlohnt sich nicht, auf die im Einzelnen fein ausgeklügelte Methode einzugehen. Denn so sehr auch das Bemühen der B. anzuerkennen ist, die bei der Verrechnung der Resultate bisher geübte Willkür mit allen ihren Mängeln zu eliminieren, so wenig kann der vorgeschlagene Zählungsmodus befriedigen. B. fordert, um die Angaben als richtig bewerten zu können, dass die Vp. von dem, was sie weiss, die speziellste Angabe macht, die sie zu machen imstande ist. Hat die Vp. bei dem Spontanbericht, der sich an die Exposition des Bildes anschloss, irgend eine Angabe gemacht, und stellt sich nachher bei dem Verhör heraus, dass sie noch spezielleres gewusst hat als sie angegeben hat, so beweist das, „dass die im Bericht gegebene, ungenaue Angabe nicht auf Unkenntnis der Sache selbst, sondern auf einem Mangel an Gründlichkeit beruht, und ich bin berechtigt, diese Angabe als einen Nichttreffer zu bezeichnen“.

Woher nimmt B. das Recht, in diesem Fall von einem Mangel an Gründlichkeit zu sprechen, vor allem, woher nimmt sie das Recht, logische Reflexionen und Bewertungen in die Psychologie der Aussage einzuführen? Ist B. etwa der Meinung, dass für die Psychologie der Aussage nicht das Grundprinzip wissenschaftlicher Psychologie gilt, dass unter ihren Forschungsmethoden reflektierende Begriffsanalysen keinen Platz finden können?

In der Diskussion nimmt Stern Gelegenheit, an Stelle des von ihm wegen Zeitmangels nicht gehaltenen Vortrages „Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Aussageforschung“ die Hauptpunkte anzuführen, durch die das Aussagestudium über die Anfänge vor 2 1/2 Jahren hinausgekommen ist. Stern hebt hervor, dass neben der anfänglich negativen und destruktiven Wirkung der Aussageversuche — Erschütterung der Glaubwürdigkeit — auch ihre positive Bedeutung immer mehr zutage tritt. Diese liegt einmal in der Möglichkeit, durch Vermittlung der Pädagogik eine positive Aufbesserung und Vervollkommnung des Wahrheitswertes von Aussagen zu erreichen, zweitens in der Aufstellung positiver Forderungen für die kriminalistische Praxis.

R. Sommer: Objektive Psychopathologie.

S. zeigt, in welcher Weise es ihm bisher gelungen ist, das von ihm seit langem angestrebte Ziel zu verwirklichen, die Psychopathologie auf experimentelle Methoden zu stützen, sie zu einer objektiven Wissenschaft zu gestalten. Seine Methoden beziehen sich 1. auf die Registrierung von Bewegungen, speziell der Ausdrucksbewegungen psychischer Vorgänge, 2. auf Objektivierung von Symptomkomplexen mittelst Kurvendarstellung der erhaltenen Reaktionen. Zu 1 demonstriert er eine Reihe von Aufnahmen motorischer Symptome bei Alkoholismus, Epilepsie, Katatonie, zu 2 Symptomkurven von manischen, epileptischen und paralytischen Geistesstörungen.

N. Ach: Ueber das Hipp'sche Chronoskop.

Ach hat mit Hilfe zweier Kontakteinrichtungen die Latenzzeiten einiger Chronoskope bestimmt und dabei eine Reihe von Resultaten gefunden, die für die zuverlässige Handhabung des Chronoskops von Wert sind.

Ausser den besprochenen Vorträgen enthält der „Bericht“ noch eine Reihe von wertvollen Abhandlungen aus dem Gebiet der normalen Psychologie, so die Beiträge von G. E. Müller, F. Schumann und A. Guttmann zur Farbentheorie, den Vortrag von W. Wirth über die Bestimmung des Umfangs der Aufmerksamkeit u. a. m.

Dass die Psychopathologie auch aus diesen Vorträgen, wenn auch nicht direkt, so doch mittelbar Nutzen ziehen kann, braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden. Denn für alle einsichtigen Irrenärzte kann darüber ein ernster Zweifel nicht mehr bestehen, dass die psychologische Forschungsrichtung in der Psychiatrie nicht nur berechtigt, sondern notwendig gefordert ist. Die Anwendung psychologischer Methoden auf das Forschungsgebiet der Psychiatrie, gleichviel in welcher Richtung sich die Analyse betätigen mag, setzt aber die Kenntnis des normalen Seelenlebens voraus. Sie wird um so erfolgreicher sein, je gründlicher und umfassender hier unser Wissen ist.

Specht (Tübingen).

XLVIII) Willy Hellpach: Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Engelmann, Leipzig. 1904. 502 Seiten.

Alle diejenigen Fachgenossen, welche sich für das grosse Problem der Hysterie interessieren, werden gewiss mit Freude und Spannung ein Werk begrüssen, das, nach seinem beträchtlichen Umfange zu urteilen, mit Gründlichkeit und auf breitester Basis die Psychologie der Hysterie zu behandeln verspricht. Wer den gegenwärtigen Stand der Hysterietheorie, speziell der Hysteriepsychologie kennt, weiss, dass unser Wissen auf diesem dunklen Gebiete leider ein kleines, ein allzukleines ist. Die noch nicht überholten und wenig anerkannten Forschungen Freud's haben darauf vorbereitet, dass die künftige Hysterieforschung eine psychologische sein werde. Hellpach's Buch scheint diese Erwartung zu erfüllen. Werfen wir zur allgemeinsten Orientierung einen Blick in das Namenregister, welches dem Buch am Schluss beigefügt ist, so finden wir folgende Namen zitiert: Archimedes, Behring, Billroth, Büchner, Buddha, Cuvier, Darwin, Euler, Fichte, Galilei, Gall, Goethe, Herbart, Hume, Keppler, Laplace, de la Mettrie, Newton, Rousseau, Schelling und viele andere, lauter illustre Namen, unter denen wir hin und wieder einmal einen Psychiater oder Neurologen finden. Dass eine zukünftige Hysterielehre weit über die engen Grenzen der Neurologie und Psychiatrie hinausgreifen wird, daran ist gar kein Zweifel. Je tiefer wir in die Rätsel der Hysterie eindringen, desto mehr dehnen sich ihre Grenzen. Hellpach beginnt darum auf einer Basis von grossem Umfang; gewiss nicht ohne Grund. Wenn wir uns aber vergegenwärtigen, welche unabsehbare Wissensgebiete durch die Männer des Namenregisters bezeichnet werden, so scheint H.'s Basis für die Hysteriepsychologie von gefährlicher Ausdehnung zu sein.

Aus verschiedenen Andeutungen ist zu entnehmen, dass der Autor hinter abfälligen Kritiken böse Absicht zu vermuten geneigt ist. Ich möchte darum vorausschicken, dass ich kein Vorurteil gegen H. habe. Ich habe im Gegenteil sein Buch mit Aufmerksamkeit und sine ira gelesen, mit dem ehrlichen Bestreben, es zu verstehen und ihm gerecht zu werden. Der Text bis S. 146 kann als Einleitung gelten. Es sind teils begriffliche, teils wissenschaftstheoretische, teils wissenschaftsgeschichtliche Auseinandersetzungen, die sich über alle möglichen Wissensgebiete verbreiten, welche zunächst nichts mit der

Hysterie zu tun haben. Bloss einige Aphorismen aus der Geschichte der Hysterielehre, hauptsächlich Wertungen der Leistungen Charcot's und anderer Forscher stehen in lockerem Zusammenhang mit dem Thema. Ich fühle mich nicht kompetent, die höchst allgemeinen Auseinandersetzungen über Wissenschafts- und Forschungslehre zu kritisieren. Die Streiflichter aus der Geschichte der Hysterieforschung sind weder als Darstellung erschöpfend, noch bringen sie als Forschung Neues. Zur Psychologie tragen sie sozusagen nichts bei.

Die eigentliche Behandlung des Themas beginnt S. 147. Zuerst kommt eine Auseinandersetzung über Suggestibilität. Man muss die Ansicht und das sichere Gefühl H.'s loben: er fasst hier einen der schwierigsten Punkte der Hysterielehre an. Dass der gegenwärtige Begriff der Suggestibilität etwas Unbestimmtes und deshalb Unbefriedigendes ist, leuchtet ohne weiteres ein. H. versucht in das Problem der Willensbestimmung einzudringen, indem er Befehl und Suggestion analysiert. Die Analyse führt ihn zur Erläuterung der Tatsache der Mechanisierung und der Demotivation: Emanzipation des Willensaktes vom Motiv. Auf vielfach verschlungenen Gedankengängen gelangen wir sodann zum Problem der Apperzeption (im Sinne Wundt's), das mit dem Willensproblem in naher Verbindung steht. Einer Eigenschaft der Apperzeption, nämlich der Auslöschung der Empfindung, misst H. eine besondere Bedeutung bei. Reize an der Grenze der Wahrnehmbarkeit werden vom peripheren Gesichtsfeld unter Umständen periphiert, bei der Einstellung des Blickpunktes jedoch verschwindet die Reizquelle (kleine Sterne etc.). Diese Beobachtung wird analogisch auch auf die Apperzeption ausgedehnt, indem die sogenannte aktive Apperzeptionslage die Rolle des Blickpunktes übernimmt. Der Apperzeption wird also eine empfindungsauslöschende Wirkung zugeschrieben. H. verbreitet sich ausführlich über diesen Gedanken, leider in sehr schwerverständlicher Weise und ohne Beibringung zureichender Gründe. Die Empfindungsauslösung scheint nach H.'s Auffassung etwas Gewöhnliches und Gesetzmässiges zu sein. Sie ist aber eigentlich eine Ausnahme, denn Apperzeption löscht Empfindung nicht aus, im Gegenteil. Die Erörterungen über Apperzeption gipfeln in dem Satze:

„Die Kontrolle, die sich in der mehr passiven Apperzeptionslage über's ganze Bewusstseinsfeld erstreckt und damit die reichste Willensbetätigung ermöglicht, schwindet mit der zunehmenden Spannung der aktiven Apperzeption. Dann entstehen die Zerstreuungshandlungen.“

Eine weitere „Apperzeptionslage“ findet H. in der „Bewusstseinsleere“; hier unternimmt er unter anderem einen kleinen Streifzug in die unbebauten Wüsten der Dementia praecox und erbeutet den Negativismus als Suggestibilitätserscheinung in der Bewusstseinsleere des Katatonischen; wie wenn man eine Ahnung davon hätte, wie es mit dem Bewusstsein des Katatonischen aussieht!

Als abschliessendes Resultat der Suggestibilitätsanalyse ist folgender Satz aufzufassen:

„Komplette Sinnlosigkeit oder komplette Masslosigkeit stelle ich als die Kriterien aller der psychischen Wirkungen auf, die Suggestionen genannt werden können.“

Damit weiss ich leider gar nichts anzufangen. Der Begriff der Suggestibilität ist allerdings im Laufe der 50seitigen Analyse ins Unbestimmte

untergetaucht, man weiss nicht recht, wie, und man weiss auch nicht, was aus ihm geworden ist. Dafür hat man zwei sonderbare Kriterien der Suggestion in der Hand, von denen Anfang und Ende im Unbegreiflichen liegen.

Nun folgt ein Kapitel über eines der tausend hysterischen Symptome, über Ataxie-Abasie. Das Wesentliche dieses Kapitels ist die Betonung der Begrifflichkeit der hysterischen Lähmung. Ein weiteres Kapitel behandelt die Begrifflichkeit der hysterischen Empfindungsstörung.

Die hysterische Schmerzapraxie hält H. für eine selbständige Krankheit. Den Beweis bleibt er schuldig. Ebenso hält er die hysterischen Hyperaesthesien für ein physiologisches und kein psychologisches Problem. Auch hier fehlen zwingende Gründe. Man sollte aber, gerade in der Hysterie, die Erklärungsprinzipien nicht ohne die äusserste Not vermehren. Zur Erklärung der Anaesthesia verwendet H. die apperceptive Empfindungsauslöschung, jenes oben erwähnte, paradoxe Phänomen, das alles ist, nur keine klare, einfache, sichere Tatsache. Dem Satze, dass die Hysterischen aufhören zu fühlen, wenn sie fühlen sollten, muss Beifall gezollt werden. Man darf diese merkwürdige Tatsache aber nicht aus einer noch dunkleren und schlechter konstatierten Beobachtung heraus erklären. Den hysterischen Intellekt findet H. charakterisiert durch phantastische Apperception und Lenksamkeit. Die phantastische Apperception ist ein psychologischer Zustand, bei welchem „der Phantasietätigkeit eine Tendenz zur Passivierung der Apperception anhängt.“ Man kann etwa ahnen, was H. mit diesem komplizierten Ding meint. Ich erkläre mich aber für unfähig, mir einen klaren Begriff davon zu machen. Ich glaube, dass H. sich auch nichts Klares dabei gedacht hat, sonst hätte er es dem aufmerksamen Leser mitteilen können.

Die Lenksamkeit definiert H. folgendermassen: „Der Lenksame ist ein Mensch, der die an ihn gestellten Anforderungen gern oder psychisch indifferent oder mindestens ohne aktive Niederkämpfung innerer Widerstände erfüllt.“

Die Suggestibilität, die in einem frühern Kapitel unter einer Flut psychologischer Wort- und Begriffsspiele verschwunden ist, taucht hier harmlos und unerwartet als „Lenksamkeit“ wieder auf.

In dem Kapitel: Der psychologische Riegel vor der Psychologie der Hysterie“ gelangen wir zur „Wurzelercheinung der Hysterie“. Die „Disproportionalität“ zwischen der Geringfügigkeit der Affektursache und der Stärke des Ausdrucksphänomens“ soll der Kern der hysterischen Geistesanomalie sein.

Der letzte Teil des Buches beschäftigt sich teils mit dem weiteren Ausbau und der Nutzanwendung der bisher erbauten Prinzipien, teils mit einer Erörterung der Freud'schen Lehre in bezug auf die Genese der Hysterie. Es ist ein Verdienst H.'s, dass er Freud versteht und gewisse Einseitigkeiten und Uebertreibungen der Freud'schen Lehre einzuschränken und auszugleichen vermag. In punkto Genese gelangt er aber an keiner Stelle faktisch über Freud hinaus. An Klarheit steht er aber hinter Freud bedeutend zurück.

Gelegentlich macht H. Ausfälle gegen das „Unbewusste“. Er schickt sich an, gewisse hysterische Ausdrucksbewegungen ohne die Hypothese des Unbewussten zu erklären. Dieser Versuch verdient im Original nachgelesen zu werden (S. 401 ff.). Er scheint mir weder klar noch überzeugend. Ueber-

dies sind Ausdrucksbewegungen auch nicht unbewusste Phänomene par excellence. Die Hypothese des psychologisch Unbewussten stützt sich bekanntlich auf ganz andere Tatsachen, die H. aber nicht berührt.

Trotz alledem verwendet aber H. den Begriff des Unbewussten einige Male, weil er wahrscheinlich auch nichts Besseres an seine Stelle zu setzen weiss.

Die Versuche H.'s (in den letzten Kapiteln), die soziologischen und historischen Seiten des Hysterieproblems aufzuhellen, verdienen als Tendenz begrüsst zu werden; sie zeigen, dass der Autor eine nicht gewöhnliche, ja sogar grossartige Auffassung seines Stoffes hat. Leider bleibt er aber überall in den allgemeinsten und unsichersten Begriffen stecken. Das Gesamtergebnis der grossen Anstrengung ist daher unverhältnismässig klein. Der psychologische Gewinn reduziert sich auf die Bekundung einer grossen Absicht und auf einige kluge Beobachtungen und Auffassungen. An diesem Misserfolge ist nicht zum mindesten schuld die überaus unglückliche Art des H.'schen Stiles: Hat der Leser endlich einen Satz, eine Fragestellung erfasst und hofft dann im nächsten Satz Fortentwicklung und Antwort zu finden, so stösst er immer und immer wieder auf Belehrungen, wie der Autor auf den ersten Satz gekommen ist und was man über diesen Satz alles sagen kann oder könnte. Auf diese Weise rückt der Gedanke stossweise vor, was auf die Länge unerträglich ermüdend wirkt: Die Zahl der Abwege, die H. macht, ist erstaunlich. Er zählt aber erst noch ausführlich auf, wie viel andere er noch hätte machen können. Oefters muss er deshalb erklären, dass er wieder zum Thema zurückkehre. Infolge dieses Umstandes leidet das Buch an einer seltenen Unübersichtlichkeit, was die Orientierung ausserordentlich erschwert.

Eine schwere Unterlassungssünde begeht der Autor ferner dadurch, dass er sozusagen keine Beispiele anführt. Besonders empfindlich ist dieser Mangel, wo von pathologischen Phänomenen die Rede ist. Wer etwas Neues lehren will, muss sein Publikum eben schlechterdings zuerst sehen lehren. Ohne Beispiele ist dies aber unmöglich. Vielleicht könnte die H.'sche Auffassung doch einiges Gute und Neue bringen, wenn sie sich dazu bequemen wollte, in die niedere Sphäre der Kasuistik und des Experimentes herabzusteigen. Wenn Hellpach überhaupt zum Empiriker sprechen will, so wird er diesen Rat gewiss berechtigt finden.

Jung (Burghölzli).

IV. Referate und Kritiken.

154) **Kampherstein**: Beitrag zur Pathologie und Pathogenese der Stauungspapille.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1904. XLII, 1. S. 501—525.)

Berichtigung dazu von Liebrecht, ebenda, XLII, 2. S. 135.

Bemerkungen dazu von Eilschig, ebenda, S. 568.

Verf. bespricht zunächst die verschiedenen Erklärungsversuche der Entstehung der Stauungspapille, um dann den anatomischen Befund bei seinen eigenen Fällen, 55 Augen mit Stauungspapille von 44 Kranken stammend, genauer zu beschreiben. Bei 51 Augen handelte es sich um Affektionen des Gehirns, bei 3 um Orbitaltumoren, bei einem um Stauungspapille nach Nekrose

der Hornhaut infolge von Konjunktivaldiphtherie. Erweiterung des Scheidenraumes fand sich bei 65% der Fälle, meist war der Subarachnoidal —, nur 3 mal auch der Subduralraum erweitert. Entzündungserscheinungen in den Scheidenräumen fanden sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, fehlten jedoch bei ganz frischen Stauungspapillen. Von 50 Stauungspapillen bei Gehirnleiden zeigten 5 nichts pathologisches im Sehnervenstamme, 28 entzündliche Veränderungen in diesem. Oedem des Sehnervenstammes fand sich 30 mal und zwar 19 mal gleichzeitig mit Entzündungserscheinungen. Die Atrophie nach Stauungspapille ist gewöhnlich eine neuritische. Die Lamina cribrosa fand Verf. bei frischer Stauungspapille fast stets vorgebuckelt. Unter 42 Stauungspapillen bei Gehirnaffektionen zeigten 27 Entzündungserscheinungen in der Papille, bei 15 Fällen fehlten diese vollständig. Das Oedem der Papille erstreckt sich stets auch auf die Nervenfaserschicht der Netzhaut. Auf Grund seiner Präparate erklärt Verfasser die Stauungspapille in den meisten Fällen als ein vom Gehirn aus fortgeleitetes Oedem. Groenouw (Breslau).

155) **Raymond:** Deux cas de lèpre nerveuse.

(Arch. de Neurol. August 1904.)

(Nach einer Vorlesung in der Salpêtrière am 20. Mai 1904.)

Verf. stellt den einen Fall vor und teilt dann die Krankengeschichte des andern mit, der mehrere Jahre zuvor in der Klinik war. Beide waren im Ausland erkrankt; die Entwicklung war eine schleichende, mit der Tendenz zur langsamen Ausbreitung der lokalen Symptome und einer Rückwirkung auf den Allgemeinzustand. Bei dem einen blieb der Prozess bisher auf die linke O. E. beschränkt, bei dem andern waren alle 4 Gliedmassen befallen. Die kleinen Handmuskeln erkrankten zuerst, Thenar und Hypothenar sowie Interossei waren vollständig atrophisch; es resultierte das typische Bild der Affenhand. Der erste Kranke konnte nur noch die Beugung der Hand ausführen, alle übrigen Bewegungen im Handgelenk waren unmöglich; dem entsprach eine sehr erhebliche Atrophie der Vorderarmmuskeln; der Oberarm war nur wenig beteiligt. Ausserdem bestand eine partielle rechtsseitige Facialislähmung. Die Sensibilitätsstörungen waren durch eine ausgesprochene Dissociation charakterisiert; sie nahmen am Arm von der Peripherie proximalwärts ab (ihre Verteilung wird — ebenso beim 2. Fall — durch mehrere Abbildungen erläutert) und betrafen im Gesicht die beiden oberen Trigeminiäste und den Auriculotemporalis rechterseits. Bei dem 2. Fall war es auch noch zur Klauenstellung der Hände gekommen; am Vorderarm waren die Extensoren vorwiegend ergriffen. An den U. E. waren die Fussmuskeln und die vorderen, äusseren Muskeln des Unterschenkels erkrankt, während Waden und Oberschenkel freiblieben. Die Sensibilitätsstörungen hatten eine ungleich grössere Ausdehnung, umfassten fast die ganze U. E. und liessen von den oberen nur die obere Hälfte des Oberarms frei. In beiden Fällen war EAR der erkrankten Muskeln nachzuweisen; schliesslich waren ihnen trophische bis zur Ulceration führende Störungen gemeinsam, ebenso palpable strangartige, knotenförmige Verdickung der Nervenstämme.

Bei der zusammenfassenden Besprechung wird die Differentialdiagnose gegen die spinale Form der Muskelatrophie, Siringomyelie, Morvan'sche Krankheit (die der Verfasser auch nur als ein mehreren Krankheiten gemeinsames Symptom ansieht), interstitielle hypertrophische Neuritis und schliesslich Poly-

neuritis saturnina erörtert. R. fasst den Prozess als eine ascendierende, von einer kleinen Hautinvasion ausgehende, bakterielle periphere Neuritis auf und zwar interstitiellen Charakters unter Beteiligung des Peri- und Endoneuriums. Die Möglichkeit eines Weiterkriechens bis ins Rückenmark gibt er zu, lässt aber die Frage nach dem näheren Mechanismus noch offen. R. verlangt energische therapeutische Massnahmen und empfiehlt ausser elektrischer Behandlung die Anwendung von Ichthyol, salicylsaurem Natron und besonders Collargol.
Bennecke (Dresden).

156) **E. Marchiafava e A. Bignami:** Sopra un'alterazione del corpo calloso osservata in soggetti alcoolisti.

(Riv. di Patol. nerv. e ment. Dicembre 1903).

Die Verf. fanden in den Gehirnen von drei Alkoholisten eine umschriebene graue Verfärbung im Balken. Die dorsale und ventrale Oberfläche des Balkens war weiss und bot im mikroskopischen Präparat keine Veränderungen dar, während eine mittlere Schicht, welche makroskopisch grau verfärbt erschien, starke mikroskopische Veränderungen zeigte. Die Markscheiden waren degeneriert, die Neuroglia sekundär stark gewuchert; die Axencylinder erwiesen sich unverändert.

K. Abraham.

157) **Albrecht:** Beitrag zum Studium über den Zusammenhang von Aphasie und Geistesstörung.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXI, 6.)

Verf. teilt die Krankengeschichten zweier Alkoholisten mit, die nach Aphasien unter Steigerung der vorhandenen Missstimmung und Reizbarkeit an Hallucinationen erkrankten, Beziehungswahn gegen die Umgebung fassten und schliesslich ein systematisiertes Wahngebäude producierten. Er nimmt einen ursächlichen Zusammenhang in dem Sinne an, dass auf dem prädisponierten Boden die Herderkrankung das auslösende Moment für die weiteren Reizerscheinungen gewesen ist und der schon durch die Empfindung ihrer üblen Lage hervorgerufene Affekt, die Entwicklung der Psychose begünstigt hat. Verfasser regt zu weiteren Studien an über den Zusammenhang von Herdsymptomen und psychischen Allgemeinsymptomen bei Hirnerkrankungen.

Chotzen.

158) **Rosenfeld:** Ueber Herdsymptome bei den zur Verblödung führenden Psychosen.

(Zeitschr. f. klin. Medizin. 56. Bd.) (Festschrift für Naunyn.)

Rosenfeld berichtet über neun Fälle, bei welchen im Verlaufe von verschiedenartigen, zur Verblödung führenden Psychosen Ausfallerscheinungen auftraten, denen mit mehr oder weniger Recht der Name eines Herdsymptomes beigelegt werden kann. Von diesen Fällen werden die wesentlichsten klinischen Daten mitgeteilt. Da alle neun Kranke noch am Leben sind, so konnte die Frage nach den anatomischen Veränderungen, die den Ausfallerscheinungen entsprechen, nicht beantwortet werden; es muss dahingestellt bleiben, ob sie mehr diffuser oder mehr circumskripter Art sind.

Ueber den ersten Fall hat R. schon in der Freiburger Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte gesprochen. Es ist das der Kranke, bei dem als erstes Zeichen einer allmählich fortschreitenden Demenz amnestisch-aphasische Symptome auftraten; wesentlichstes ursächliches Moment dieser Erkrankung ist chronischer Alkoholismus. Im zweiten Falle handelt es

sich um eine senile Demenz, bei der die umschriebenen Ausfallsymptome der apperzeptiven Seelenblindheit (Lissauer) gleichen. Fall 3 ist eine Demenz bei Epilepsie: hier stehen im Vordergrund des Symptomenkomplexes asymbolische und amnestisch-aphasische Störungen.

Die sechs übrigen Fälle rechnet R. zur Gruppe der *Dementia praecox*, speziell zur Katatonie. Bei den Kranken 4, 5 und 6 imponierte als Herdsymptom die Unfähigkeit, Gegenstände mittels des Tastsinnes zu erkennen; das Erkennungsvermögen auf optischem Wege war ungestört. Vielleicht ist dieses Zeichen nur ein Ausdruck der allgemeinen Demenz; R. erinnert in diesem Zusammenhange daran, dass (nach Lissauer) „mehr Intelligenz dazu gehört, ein Objekt mittels des Tastsinnes zu erkennen, als mittels des Auges“. Bei Fall 4 bestand ausserdem eine halbseitige spastische Lähmung; „das Verhalten der Sehnenreflexe war dasselbe wie bei einer organischen Lähmung“. R. will diese spastische Hemiplegie zu den spastischen Erscheinungen zählen, die im Verlaufe der Katatonie oft beobachtet wurden; immerhin gibt er zu, dass ohne Sektion eine einwandfreie Deutung nicht erbracht werden könne. — Ref. will es scheinen, dass diese Einschränkung recht notwendig sei und dass auch die sogenannten spastischen Erscheinungen bei der *Dementia praecox* nur mit grosser Reserve zu beurteilen seien. Es wäre wohl wünschenswert gewesen, wenn in diesem Falle, ebenso wie in Fall 8 und 9, genauer auseinandergesetzt worden wäre, weshalb diese Fälle zur Katatonie gehören; vor allem aber wäre durch ausführliche differentialdiagnostische Erwägungen, durch eine Abgrenzung gegenüber organischen Hirnerkrankungen und durch eine genaue pathogenetische Analyse der in Frage stehenden Herdsymptome, allen Einwänden und Zweifeln von vorneherein begegnet worden.

Das gilt vor allem für Fall 9, bei welchem das auffallendste von den Symptomen anfallsweise auftretender Sprachverlust mit rechtsseitigen athetoiden Bewegungen war. — Fall 8 nimmt unter diesen Fällen insofern eine Sonderstellung ein, als bei ihm die Intelligenz noch nicht gelitten hat; auch für den ebenerwähnten Fall 9 muss dies hervorgehoben werden. Leider wird der Fall 8 nur ganz kurz erwähnt: apoplektiformer katatonischer Anfall unter plötzlich einsetzendem schwerem Collaps bei einer Wöchnerin; nach 3 Tagen deutliche rechtsseitige Facialisparese; nach 6 Wochen Heilung der psychischen Störungen, die anfangs dem Bilde der akinetischen Motilitätspsychose entsprachen, später mehr paranoischen Charakter hatten; die Facialischwäche blieb bestehen. Es würde sich also, wenn ich den Autor recht verstehe, aus der Beschreibung dieses Krankheitsfalles ergeben, dass ebenso wie nach einem apoplektischen Insulte oder nach einem apoplektiformen oder epileptiformen paralytischen Anfall auch nach einem katatonischen Anfalle zentrale paretische Symptome zurückbleiben können. Das aber wäre — soviel ich sehe — eine prinzipiell neue Tatsache und es wäre deshalb eine ausführliche Begründung dafür, weshalb diesem apoplektiformen Anfalle das Attribut „katatonisch“ zukommt, besonders notwendig gewesen. Denn wenn dieser Anfall auch eine katatonische Psychose eingeleitet hat, so ist doch deshalb die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass er zu dem psychotischen Prozesse vielleicht in gar keinen oder doch nur in sehr mittelbaren Beziehungen steht. Könnte dieser apoplektiforme Anfall mit der zurückbleibenden Facialisparese nicht auch der Ausdruck embolischer (oder ähnlicher) Vorgänge gewesen sein,

ie sie ja im Wochenbett nicht ungewöhnlich sind? Und wie verhält es sich it der schlaffen rechtsseitigen Hemiplegie im Falle ? Gehört sie cher zu dem psychotischen Grundleiden? Könnte sie nicht die Folge sein ner echten „organischen“ Hirnläsion? Es liegt mir nichts ferner, als dieses u behaupten und jenes ohne weiteres zu negieren. Ich möchte eben nur lauben, dass die interessanten Mitteilungen Rosenfeld's durch eine ausführ- chere Begründung dieser prinzipiell so wichtigen Dinge an Wert gewonnen ätten. Spielmeier.

59) **Lachmund**: Ueber vereinzelt auftretende Halluzinationen bei pileptikern. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1904.)

Verf. will auf intervalläre Halluzinationen bei Epileptikern „die Aufmerk- amkeit lenken“, die bisher in der Literatur „eine ausreichende Würdigung noch nicht gefunden“ hätten. Er teilt drei Fälle von Epilepsie mit, in denen ohne alle Beziehungen zu Krampfanfällen oder Bewusstseinstrübungen Sinnestäuschungen auftraten. Sie sind nicht als Ersatz für Anfälle aufzufassen, sondern entstehen auf dem Boden der „epileptischen Degeneration“. Spielmeier.

160) **Hess**: Retrograde Amnesie nach Strangulationsversuch und nach Kopftrauma. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1904.)

Vergl. das Referat über den gleichnamigen Vortrag (Bericht über die 34. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Karlsruhe).

Spielmeier.

161) **Frenkel**: Zur Cytodiagnose bei Tabes und progressive Paralyse. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1904.)

Verf. weist auf die Bedeutung der Cytodiagnose für die Erkennung be- ginnender Fälle von Tabes und progressiver Paralyse hin. Bei der Tabes sind es besonders die Fälle mit vagen allgemeinen Sensationen und sog. „rheu- matischen“ Beschwerden, bei der Paralyse die Fälle mit langem neurasthenischem Vorstadium, in denen die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit Klarheit in der Diagnose schaffen könnte. Die Vermutung des Verf., dass die Leukocytose bei der Tabes incipiens stärker sei als bei progressiver Paralyse, hat sich bisher nicht bestätigt. Spielmeier.

162) **J. Vorster**: Ueber hysterische Dämmerzustände und das Vor- beireden. (Monatsschr. f. Psych. XV. 1904. S. 160.)

Vergl. den Eigenbericht Vorster's über seinen in Karlsruhe am 15. XI. 3. gehaltenen Vortrag (dieses Centralblatt XIV. 1903. S. 792). Bumke.

163) **Otto Gross**: Ueber Bewusstseinszerfall.

(Monatsschr. f. Psych. und Neurol. XV. 1904. S. 45.)

Sejunktion bei Bewusstseinszerfall; die Dementia praecox Kraepelin's sei die einzige Krankheit, deren Symptome alle auf einen Bewusstseinszerfall zurückgeführt werden könnten; deshalb sei die Krankheit besser Dementia sejunctiva zu nennen. Bumke.

164) **Watermann and Pollack**: Fracture of the basis cranii followed by atrophy of both optic nerves and peculiar psychic phenomena. (Journ. of Nerv. and Ment. Disease. April 1904.)

26jähriger Mann; Basisfraktur. Abnahme der Sehschärfe, die zunächst

für hysterisch gehalten wurde; später indess beiderseits Opticusatrophie. Linksseitige sensible und sensorische Hemianästhesie. Psychisch entwickelte sich bei dem Kranken im unmittelbaren Anschluss an das Trauma ein ängstlich gefärbter Depressionszustand mit Halluzinationen und Vergiftungs- und Verfolgungsideen; interkurrent auch deliriöse Phasen. Daneben liessen sich weitgehende Gedächtnisdefekte nachweisen. Es handelt sich in diesem Fall also um eine Kombination organisch und funktionell bedingter Symptome. (Ref. hat übrigens mehrfach ganz ähnliche Fälle zu beobachten gehabt.) Mit der Bezeichnung der Psychose als Melancholie, wie die Verf. meinen, wird man sich wohl nicht einverstanden erklären können, da dieselbe augenscheinlich ins Gebiet der posttraumatischen Demenzen gehört. Kölpin (Greifswald).

165) **Brie**: Zur Kenntnis der Psychosen nach Strangulationsversuch. (Ärztliche Sachverständigen-Zeitung No. 22.)

Ausführliche Wiedergabe eines von Brie gehaltenen Vortrags, der in dieser Zeitschrift 1904, S. 480 referiert ist. Nach Lage der Sache konnte von einem Zutreffen des § 51 St.-G.-B. keine Rede sein; der Angeschuldigte musste für eine Handlung verantwortlich gemacht werden, für die ihm jede Erinnerung fehlte.

In der Tat wurde er vom Schwurgericht unter Verneinung der Frage nach mildernden Umständen verurteilt. Ernst Schultze.

166) **Coriat**: The chemical findings in the cerebrospinal fluid and central nervous system in various mental diseases.

(Amer. Journ. of Insanity. Vol. 60, No. 4.)

Chemische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit von 29 Fällen der verschiedensten Psychosen. Die Flüssigkeit wurde 10 Min. bis 19 Stunden nach dem Tode entnommen. Mit Ausnahme zweier Fälle war stets Milchsäure nachzuweisen und die Reaktion sauer. In 9 Fällen fand sich eine reduzierende Substanz, wahrscheinlich Dextrose. — Der Harnstoffgehalt schwankte zwischen 0,1—0,5 gr pro 100 ccm Flüssigkeit. Der Gefrierpunkt wurde in 15 Fällen bestimmt und war in nur dreien geringer als der des normalen Blutserums. Der sonst nur geringe Gehalt an Proteiden war erheblich vermehrt bei allen organischen Erkrankungen des Gehirns, Nukleoproteide fanden sich nur unter diesen Bedingungen. Cholin liess sich in wechselnder Menge bei 25 Fällen nachweisen. Kölpin (Greifswald).

167) **Emil Raimann**: Ueber induziertes Irresein.

(Wiener klinische Wochenschr. 1905, No. 8.)

Nach Ausscheidung der folie simultanée, die, bedingt durch gleiche äussere oder innere Ursachen, mit dem, einen kausalen Zusammenhang zwischen der 1. und 2. Psychose erfordernden, induzierten Irresein nichts zu tun hat, teilt R. das letztere nach dem Uebertragungsmodus in zwei Gruppen. Einmal kann die 2. Psychose durch Denkprozesse vermittelt und bewusst übernommen werden, oder dies geschieht halb- resp. unbewusst. In der ersten Gruppe handelt es sich um die Induktion von Wahnsystemen. Je nach der nur zeitweiligen Annahme von Krankheitssymptomen oder der Uebernahme der ganzen Psychose im klinischen Sinn hat die Trennung in eine folie imposée und communiquée Berechtigung. In Wirklichkeit existieren fließende Uebergänge zwischen beiden, von der einfachen „crédulité“ der Angehörigen einem Para-

noiker gegenüber bis zur Uebertragung wirklicher Paranoia von Bruder auf Schwester, von der Influenzierung des leichtgläubigen Publikums durch Hochstapler und Querulanten bis zur Gründung von Gemeinden, Sekten durch religiöse Fanatiker. Hier findet die Besprechung der Epidemien aus alter und neuer Zeit, die Fälle familiärer Paranoia etc. ihren Platz. Die bei der Uebertragung wirksamen Faktoren werden nach ihrer in den einzelnen Fällen verschiedenen Bedeutung gewürdigt, es wird ausgeführt, wann und wie eine konforme Disposition durch das Milieu, Hemmung der Kritik durch Gefühlsrichtungen, Religiosität und Aberglauben etc., ersetzt werden kann. Die halb- resp. unbewusst übertragenen Psychosen fallen in das Gebiet der Hysterie. Das wesentliche Moment der Induktion ist der Nachahmungstrieb. Derselbe übermittle auch durch Nachahmung des Affektausdruckes den Affekt selbst. Hierher gehören unter anderem die bekannten hysterischen Schul- und Hausepidemien. Die hierbei gemachten Beobachtungen lehren, dass in einem gewissen Milieu und unter gewissen schwächenden Umständen eigentlich jeder Mensch infektionsempänglich ist.

Ast (München).

168) **M. Levi Bianchini**: Ergoterapia e psicoterapia. Una teoria psicologica sul trattamento degli alienati con i metodi del lavoro. (Giorn. di psichiatria clinica e tecnica manicomiale. 1904, fasc. 1/2.)

Durch eine methodische Ergotherapie und Psychotherapie allein ist es möglich, chronisch Geisteskranke wieder zur geistigen und körperlichen Arbeit zu erziehen. Jede Arbeit, die therapeutisch wirksam sein soll, muss einen Zweck haben und nicht auf einen blossen Zeitvertreib hinauslaufen. In Anstalten mit geregelter Arbeitstherapie werden mehr Besserungen und vor allem frühere Entlassungen erzielt; auch ist das Gesamtbild solcher Anstalten ein ruhigeres.

K. Abraham.

169) **M. Levi Bianchini**: Aura canora épileptique et équivalents musicaux. (Revue neurologique. No. 18, 1904.)

Mitteilung dreier Fälle. Eine Epileptische hatte gegen das Ende ihrer langdauernden Dämmerzustände jedesmal Tage, an denen sie unausgesetzt sang. Fall 2 und 3 singen in der Aura vor dem Anfall. Die Erscheinung wird als eine von der Hirnrinde ausgehende Reizung des vokalen Apparates erklärt.

K. Abraham.

V. Vermischtes.

Im Verlag der Wiener Volksbuchhandlung erscheinen „Volksschriften über Gesundheitswesen und Sozialpolitik“. Das 4. Heft dieser Sammlung bringt eine Abhandlung von S. Erben: Nervosität. Der leichtverständliche Aufsatz kann den Laien empfohlen werden; dem Arzt sagt er natürlich nichts Neues. G.

Der 15. Kongress der Psychiater und Neurologen Frankreichs und der französisch-sprechenden Länder findet vom 1. bis 7. VIII. 1905 in Rennes statt. Vorsitzender: A. Giraud (Saint-Yon). Sekretär: Sizaret

(Rennes). Referate: Roy: Die Hypochondrie; Sicard: Die aszendierenden Neuritiden; Pailhas: Balneotherapie und Hydrotherapie der Geistesstörungen.
Gaupp.

Programm der Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (Dresden, 28. und 29. IV. 1905).

I. Eröffnung und Begrüssung der Versammlung. Geschäftliche Mitteilungen. Vorlage des Entwurfs der Satzungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Bericht der Kommission für die Fortbildungskurse. Wahl von zwei Vorstandsmitgliedern; die Herren Kreuser und Siemens scheiden statutenmässig aus. Kassenbericht und Feststellung des Beitrages für 1905.

II. Referat: Weygandt-Würzburg: Ueber Idiotie.

III. Vorlage eines Bogens für Feststellung der Erblichkeit (Schüle).

IV. Vorträge:

1. E. Schultze-Greifswald: Weitere Beobachtungen über Militärf Gefangene.
 2. Alt-Uchtspringe: Ernährungstherapie der Basedow'schen Krankheit.
 3. Cramer-Göttingen: Die Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus.
 4. Nücke-Hubertusburg: Die Spätepilepsie im Verlaufe chronischer Psychosen.
 5. Kluge-Potsdam: Ueber die Unterbringung und die Behandlung psychisch abnormer Fürsorgezöglinge.
 6. E. Meyer-Königsberg i. Pr.: Ueber psychische Infektion (induziertes Irresein).
 7. Siemerling-Kiel: Psychosen und Simulation bei Untersuchungsgefangenen.
 8. Seelig-Lichtenberg - Berlin: Ueber Wechselwirkungen zwischen Alkoholismus und der Entwicklung chronischer Psychosen.
 9. Heilbronner-Utrecht: Ueber Haftenbleiben und Stereotypie.
 10. Meltzer-Gross-Hennersdorf: Der Arzt in der Schwachsinnigenfürsorge.
 11. Hess-Görlitz: Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen.
 12. Raecke-Kiel: Psychische Störungen bei multipler Sklerose.
 13. H. Vogt-Langenhagen: Ueber das Studium hochdifferenzierter Missbildungen des Zentralnervensystems.
 14. Hübner-Lichtenberg-Berlin: Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und schmerzhaft Reize.
 15. Weber-Göttingen: Ueber cystöse Degeneration der Hirnrinde.
 16. Rohde-Bad-Königsbrunn: Die psychiatrischen Aufgaben bei der Behandlung Nervenkranker in offenen Heilstätten.
 17. Reich-Lichtenberg-Berlin: Ueber die feinere Struktur der Zelle der peripheren Nerven (mit Demonstration mikroskopischer Präparate).
 18. H. Engelken jr.-Alt-Scherbitz: Psychiatrisches aus England und Schottland.
 19. Toppel-Kaiserswerth a. Rh.: Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.
 20. Alzheimer-München: Paralyse und endarteritische Lues des Gehirns.
 21. Seiffer-Berlin: Intelligenzstörung bei mult. Sklerose.
-

In Wien hat sich Dr. Emil Raimann für Psychiatrie und Neurologie habilitiert.

Unser Mitarbeiter Herr Dr. Georg Buschan hat die ärztliche Leitung des Sanatoriums „Finkenwalde“ bei Stettin übernommen.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von

Privatdozent **Dr. Robert Gaupp** in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink**, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang.

1. Mai 1905.

Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Ueber die Bedeutung der Aufmerksamkeit für Lokalisation und Entwicklung halluzinatorischer Bilder.*)

Von **W. v. Bechterew.**

Schon seit lange findet in einzelnen psychischen Krankheitsfällen eine eigentümliche Lokalisation halluzinatorischer Bilder Beachtung. Es fällt besonders auf, dass Kranke, bei denen das psychische Moment an der Entstehung von Halluzinationen einen offenbaren Anteil hat, manchmal ihre Gehörshalluzinationen im Körperinnern lokalisieren, öfters z. B. im Bauche, seltener in der Luftröhre und anderen Stellen. Ich könnte aus meinem Beobachtungsschatz eine ganze Reihe bemerkenswerter Fälle auführen, wenn die ganze Erscheinung gegenwärtig nicht so feststünde, dass niemand mehr einen Zweifel an der Sache hegt.

Andererseits regt die Lokalisation der Gehörshalluzinationen in dem umgebenden Milieu überhaupt zu vielen Fragen an. Warum hören gewisse Kranke Stimmen aus irgend einem Teil des Raumes, von der Zimmerwand her usw., andere vom Erdboden, vom Himmel, von der Zimmerdecke?

Man muss hier vor allem beachten, dass eine Lokalisation psychologisch bedingter Halluzinationen in der Mehrzahl der Fälle nicht

*) Vortrag, gehalten im Jahre 1902 in den Wissenschaftlichen Versammlungen der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten.

konstant vorhanden ist. Nicht nur, dass die Kranken oft keine genauer fixierte Lokalisierung der Halluzinationen angeben können, da sie die Stimmen von überall her, d. h. von verschiedenen Seiten hören, sondern auch jene, die die Stimmen von irgend einem bestimmten Punkte der Umgebung hören, weisen nicht immer auf dieselbe Quelle hin, erklären dagegen meist, dass die Stimmen bald von da, bald von dort kommen. In andern Fällen erklären Kranke, die Stimmen von einem Punkte gehört haben, nach einiger Zeit, dass sie nun von einem andern Punkte herkommen, und es ist dabei manchmal ganz unmöglich, sich diesen Wechsel zu erklären. Selbstverständlich können die Stimmen bei Veränderungen in der Umgebung ihre Lokalisation verändern. Stimmen, die früher aus dem Fussboden kamen, werden gelegentlich in die Wand usw. lokalisiert.

Wie kommt es nun, dass Gehörshalluzinationen bald an dem einen, bald an dem andern Punkte der Umgebung lokalisiert werden? Was bestimmt psychologisch die Lokalisation der Gehörseindrücke im Raume?

Zunächst in Betrachtung kommt hier der Einfluss äusserer Eindrücke auf die Lokalisierung der Gehörstäuschungen. Jeder weiss, dass nicht selten Gehörshalluzinationen auf Teile der Umgebung bezogen werden, aus denen irgend ein Geräusch oder ein sonstiger Schalleindruck herkommt.

Im ganzen haben objektive Gehörseindrücke, wie die klinische Beobachtung bezeugt, einen bedeutenden Einfluss auf die Lokalisierung von Gehörstäuschungen, besonders bei Kranken, die an Gehörshyperästhesie leiden, wie dies z. B. bei halluzinierenden chronischen Säufern nicht zu selten der Fall ist. Kranke, die früher Stimmen in dem einen oder andern Teil der Umgebung vernahmen, fangen an, die nämlichen Stimmen im Glockengetön zu hören, wenn auf dem nächsten Kirchturm geläutet wird; es genügt für einen Kranken mit Gehörstäuschungen das Fliesen oder Tröpfeln des Wassers im Leitungsrohr zu hören, um dieselben Stimmen, die er früher anderswo hörte, im Ton des fliessenden Wassers zu vernehmen. Hört der Kranke während lebhafter Gehörshalluzinationen Schritte, dann scheinen ihm gelegentlich die Stimmen aus dem Ton der Schritte zu kommen. Manchmal bewirken dies auch seine eigenen Schritte, ja ein Kollern des Darms, wie ich mehrfach beobachtet habe.

Bei halluzinierenden Säufern konnte ich die Lokalisierung der Halluzinationen willkürlich verändern. Macht man einen derartigen Kranken auf den Ton des elektrischen Induktionsapparates aufmerksam, dann scheinen ihm dieselben Stimmen, die er früher anderswohin verlegte, aus dem elektrischen Apparat zu kommen, und es genügt dann, den Apparat abzustellen, damit die Stimmen vorübergehend ganz verschwinden oder ihre Richtung verändern. Erneuert man den monotonen

Schallreiz des am Induktionsapparat schwingenden Hämmerchens, dann scheinen dem Kranken die Stimmen erneut von dort herzukommen; bringt man den Apparat an einen anderen Platz, so verfolgt der Kranke das Geräusch und hört nun feine Stimmen von dem Ort, an dem sich jetzt der Apparat befindet.

Man kann sich von der Richtigkeit des Gesagten leicht überzeugen an einem kürzlich von mir beobachteten Fall, der eine Kranke betrifft, die nach einer Affektion des Gehörorgans seit zehn Jahren an Gehörshalluzinationen leidet. Der Fall ist bereits mitgeteilt in meinem Artikel „Ueber eine halluzinatorische Psychose bei Affektion des Gehörorgans“*) und ich brauche daher auf Einzelheiten nicht einzugehen; es ist aber eine Besonderheit zu erwähnen, die in folgendem besteht:

Die Patientin, um die es sich handelt, ist dadurch ausgezeichnet, dass sie Halluzinationen künstlich hervorrufen kann, indem sie Stirn, Wange, Lippe oder andere Körperteile mit der Hand berührt oder streicht. Sie hört dann ihre Halluzinationen, die immer einen verschiedenen Inhalt haben, in dem jeweils berührten Körperteil.

Auf das Erscheinen von Halluzinationen beim Streichen bestimmter Körpergegenden ist die Kranke ursprünglich ganz zufällig gekommen. Den Wohnort der Kranken besucht eines Tages der Grossfürst K.; sie interessierte sich für ihn, und als der Fürst beim Gottesdienst in der Kirche war, fixierte sie ihn ununterbrochen und suchte ihm in allem nachzuahmen. Fasste der Grossfürst seinen Schnurrbart an, dann berührte auch sie ihre Oberlippe; rieb er sich das Kinn, tat sie dasselbe; sie glaubte dabei ausser anderen Stimmen der Kirche auch dort eine Stimme zu hören, was sie mit der Hand berührte, und es schien ihr, dass der Grossfürst ihr so seine Gedanken übertrage. Bei Berührung verschiedener Körperteile, Stirn, Wangen, Hand usw. glaubt die Kranke jedesmal dort bestimmte Worte zu hören, falls sie aufmerkte. So ging es ihr auch in der Klinik, wo es keine Schwierigkeiten hatte, sie durch Kratzen verschiedener Körperteile zum Hervorrufen ihrer Halluzinationen zu bewegen. Dabei musste sie jedoch, wie sich zeigte, jedesmal auf die Stelle aufmerken, die sie kratzte, um ihre Halluzinationen zu vernehmen. Auch hier handelt es sich augenscheinlich um eine besondere Richtung der Aufmerksamkeit, die das Auftreten der Halluzinationen begünstigt.

Es geht dies schon daraus hervor, dass die Kranke nur nach einer bestimmten Stelle des Raumes hinzuhören braucht, um von dort her Gehörshalluzinationen zu bekommen. Machte ich die Kranke auf irgend

*) Obsoren. psychiatr. 1903, No. 2, S. 99, Beobachtung 2.

eine Zimmerecke aufmerksam, so hörte sie dort Stimmen, richtete ich ihre Aufmerksamkeit anderswohin, dann kamen ihr die Halluzinationen von der neuen Stelle. Wohin man die Aufmerksamkeit der Kranken lenken mag, dort hört sie ihre Stimmen.

Im letzteren Fall ist ausser dem Einfluss der Aufmerksamkeit (im vorliegenden Fall der willkürlichen Aufmerksamkeit) auf die Lokalisierung der Halluzinationen auch eine Beteiligung der Aufmerksamkeit an der Entstehung der Halluzinationen vorhanden.

Um diese Abhängigkeit der Lokalisierung der Halluzinationen von unwillkürlicher Hinlenkung der Aufmerksamkeit näher zu prüfen, wählte ich eine *Hysterica*, die man leicht in tiefe Hypnose versetzen und ihr in diesem Zustand die lebhaftesten Gehörshalluzinationen suggerieren konnte. Diese Halluzinationen hörte die Kranke aus bestimmten Stellen des Raumes, je nachdem wo sie sich die sprechende Person vorstellte; machte man sie jedoch auf irgend einen besonderen Ton aufmerksam, dann scheinen ihr die Stimmen von dort zu kommen, wo sie den Ton hörte. Selbst wenn man bei Mangel besonderer Töne die Aufmerksamkeit der Kranken auf irgend einen Punkt des Raumes richtete, hörte die Kranke ihre Stimmen gerade an jener Stelle, auf die man sie aufmerksam gemacht hatte.

Selbst vom Bauche kommende Stimmen konnte man, wenn die Aufmerksamkeit der Kranken auf diese Körpergegend gelenkt wurde, bei ihr hervorrufen, wie dies nicht bei Individuen mit chronischen Halluzinationen zu beobachten ist. Unlängst machte ich derartige Versuche unter Assistenz von Dr. Narbut bei einem andern Hypnotiker, um den Einfluss äusserer Eindrücke auf Gehörs-, aber auch auf Gesichts- und Tasthalluzinationen zu verfolgen. Der Betreffende, ein junger Mann Namens T., wurde hypnotisch tief eingeschläfert, wobei ihm suggeriert ward, die Stimme des eben angekommenen und ihm von seinem Leben erzählenden Bruders zu vernehmen. Der Kranke hört nun die Stimme gerade von vorn, als wenn sein Bruder unmittelbar vor ihm stände. Wird nun der seitwärts vom Kranken stehende Induktionsapparat in Bewegung gesetzt, dann hört er ohne jede besondere Suggestion die Stimme des Bruders am Orte des Geräusches des Induktionsapparates, obwohl er dieses Geräusch selbst gar nicht vernimmt. Nachdem man den Induktionsapparat unbemerkt an einen andern Platz gebracht, kam dem Kranken die Stimme von der neuen Stelle des Apparates; und so oft man dies auch wiederholte, immer änderte die von T. als Halluzination gehörte Stimme ihren Ursprung entsprechend der Lage der Schallquelle, obwohl T. das Geräusch selbst nicht hörte. Offenbar lenkt die Schallquelle hier

die Aufmerksamkeit des Kranken in eine bestimmte Richtung, die für die Lokalisierung der Gehörshalluzination bestimmend wird.

Ist die Halluzination auf entsprechende Suggestion vorüber, dann hört T. wieder den Ton des Apparates; mit dem Einsetzen der suggerierten Halluzination dagegen hört er sofort auf, das Geräusch zu vernehmen, eine Erscheinung, die wohl durch Absorption der Aufmerksamkeit durch die Gehörshalluzination zu erklären ist.

Ganz ähnlich ging es bei Anwendung von Stimmgabeln: beim Anschlagen einer Stimmgabel von irgend einer Seite veränderte die suggerierte Halluzination jedesmal ihre Lage und wurde an die Geräuschquelle projiziert. Der Ton der Stimmgabel war dabei für den Untersuchten unhörbar, solange die Gehörshalluzination anhielt; verschwand letztere auf Suggestion, dann ward der Ton der Stimmgabel dem Kranken sogleich hörbar.

Aehnliche Erscheinungen ergaben sich bei optischen Halluzinationen. T. wurde in der Hypnose die Halluzination eines leuchtenden Sterns suggeriert, und nun zeigte sich, dass die Lage des Sterns sich veränderte, wenn man dem Kranken von irgend einer Stelle aus eine kleine Kupferscheibe vorhielt, die er behauptete, nicht sehen zu können. Ein anderes Mal suggerierte man ihm die optische Halluzination einer Fratze; beiderseits vom Kranken fand sich vor ihm an der Wand je ein Glühlämpchen. Jedesmal wenn eine der Flammen aufgedreht ward, verschob sich die ursprünglich von vorne kommende Halluzination nach der Lampe hin, obwohl letztere während des Halluzinierens vom Kranken nicht gesehen wurde; beim Auslöschen der Lampe stand das halluzinatorische Bild wieder genau vor dem Kranken, während beim Aufdrehen der zweiten, auf der andern Seite des Kranken befindlichen Lampe die Halluzination wieder von dieser Lichtquelle ausging, die jedoch dem Kranken selbst nicht zur Perception kam. Man konnte diesen Versuch unzähligmal wiederholen und immer mit dem gleichen Ergebnis. War die Aufmerksamkeit des Kranken von der leuchtenden Flamme abgelenkt, dann hatte sie auch keinen Einfluss auf die Lokalisierung der Halluzination, man brauchte aber nur die zweite Lampe zu entzünden, um die Halluzination nach dieser neuen Lichtquelle zu verlegen. Letztere blieb dabei, wie schon erwähnt, für T. solange unsichtbar, bis die optische Halluzination auf eine entsprechende Suggestion hin aufhörte.

Das Experimentieren mit Hautempfindungen war schwieriger, aber auch hier erhielten wir analoge Resultate. Es wurde T. in der Hypnose suggeriert, ihn steche eine Mücke. Es wollte trotz mehrfacher Suggestionen nicht gelingen, diese Halluzination hervorzurufen; sobald jedoch sein

Handrücken mit dem Ende eines Papierstreifens berührt wurde, fühlte er an diesem Punkte den Stich. Fuhr man ihm mit dem Papierstreifen über den Rücken der andern Hand, so empfand er den Stich an der Berührungsstelle der zweiten Extremität.

Bei schon bestehender Halluzination in einem Sinnesorgan, z. B. im Gehör, war es in der Regel unmöglich, Halluzinationen suggestiv in einem zweiten Sinnesorgan hervorzurufen, ausgenommen den Fall, wenn diese letztere, laut Suggestion, gleichzeitig mit der ersten zu einem Bilde verschmelzen sollte, z. B. Hören einer Stimme und Sehen eines sprechenden Menschen.

Diese Erscheinung hängt wahrscheinlich zusammen mit der nach der suggerierten Halluzination abgelenkten Aufmerksamkeit, was an und für sich wissenschaftlich nicht ohne Bedeutung ist.

Es geht aus allen diesen Beobachtungen unzweifelhaft hervor, dass jede Lokalisation halluzinatorischer (akustischer und wohl auch anderer) Bilder ihre Erklärung findet durch eine bestimmte Richtung der Aufmerksamkeit auf die Umgebung, durch irgendwelche objektive Erscheinungen, die in dem betreffenden Milieu vorhanden sind. Auch erklärt sich die Lokalisierung von Halluzinationen im eigenen Körperinnern durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit des Halluzinanten auf die betreffende Körpergegend.

Es können ohne Mühe viele Beispiele angeführt werden, wo Kranke ihre Gehörshalluzinationen im Körperinnern lokalisierten in Abhängigkeit von bestimmten Empfindungen. In einem Falle z. B. handelte es sich um eine Frau, die in ihrem Körper Stimmen hörte und bei der die Sektion eine Krebsneubildung im Darm vorfand. Ein Pat. mit chronischem Darmkatarrh hörte manchmal eine Stimme aus der Bauchgegend, und es zeigte sich, dass er die Stimme gerade zu Zeiten hörte, wenn er verstärktes Leibkollern bekam. Ein anderer Pat. hörte eine Stimme aus der Herzgegend, die er dem dort eingedrungenen heiligen Geiste zuschrieb, und in diesem Fall trat die Stimme, wie sich herausstellte, dann auf, wenn er die Empfindung besonderer Erleichterung in der Herzgegend bekam, die er allegorisch als Anwesenheit des h. Geistes deutete.

Besonders lehrreich erscheint in dieser Hinsicht eine Beobachtung Mershejewski's an einem Kranken mit Gehörshalluzinationen, die, wie gewöhnlich von aussen gehört wurden, aber seit einer Erkrankung an Peritonitis als aus dem Bauche kommend angegeben wurden. Diese Beobachtung spricht offenbar direkt für den von mir aufgestellten Satz über die Bedeutung unwillkürlicher Aufmerksamkeit für die Lokalisation von Halluzinationen. Seit der Erkrankung an Peritonitis richtete sich

die Aufmerksamkeit des Pat. unwillkürlich auf die Bauchgegend, wo krankhafte Empfindungen vorhanden waren, weshalb die früher ausserhalb gehörten Halluzinationen nunmehr im eigenen Körperinnern lokalisiert wurden.

Es wurden aber in bestimmte Körperteile nicht allein pathologische Sinnesbilder verlegt infolge unwillkürlicher Hinlenkung der Aufmerksamkeit. Auch pathologische Affektzustände und Gemeingefühle können unter Umständen, und zwar wiederum infolge einer bestimmten Richtung der Aufmerksamkeit, auf Gegenden bezogen werden, wo ihre Lokalisation deutlich abnorm ist. So ist es zu verstehen, wenn ein Kranker z. B. erklärt, er empfinde Angst in der Blase oder es sei ihm „übel im linken Bein“. Aufmerksames Befragen ergibt, dass dies nicht im übertragenen Sinn gemeint ist, sondern etwas besagt, was der Kranke gar nicht anders ausdrücken kann.

Unwillkürliche Aufmerksamkeit erklärt auch den in manchen Fällen vorkommenden direkten Uebergang von Halluzinationen in Illusionen und umgekehrt den Uebergang psychopathologischer Illusionen in Halluzinationen.

Es wurde vorhin bereits erwähnt, dass Kranke, die aus irgend einem Teil des Raumes Stimmen hören, beim Auftauchen irgend eines neuen Tones, Glockenläuten u. ä., nun die Stimmen in diesen Ton verlegen, als ob dieselben Stimmen jetzt, wie einer meiner Pat. sich äusserte, „ausgeläutet“ würden. Beim Aussetzen des Glockenläutens werden die Stimmen wiederum aus dem Raum gehört. Beim Auftreten eines Geräusches in der Wasserleitung werden Stimmen, die vorher von irgendwo anders her gehört werden, in das Fliessen oder Plätschern des Wassers verlegt usw. Der vorkommende direkte Uebergang von Halluzinationen in Illusionen beruht offenbar auf unwillkürlicher Hinlenkung der Aufmerksamkeit zu bestimmten Schalleindrücken, wobei die Halluzinationen mit letzteren zusammenfliessen und zu Illusionen werden.

Ebenso steht auch die Lokalisation halluzinatorischer Bilder im Raume in einer bestimmten Beziehung zu der Aufmerksamkeitshinlenkung auf äussere Anlässe. In der einen Umgebung hören die nämlichen Kranken deshalb ihre Stimmen in diesem Teil des Raumes, in einer anderen in jenem, je nach dem, was ihre Aufmerksamkeit auf sich zieht.

Es wurde vorhin ein Fall angeführt, wo Sinnestäuschungen unzweifelhaft durch Spannung der Aufmerksamkeit nach einer bestimmten Richtung hervorgerufen waren. Es gibt in der Psychopathologie noch andere Beispiele, wo man mit Bestimmtheit von Auftreten oder Steigerung halluzinatorischer Bilder unter dem Einfluss gespannter Aufmerksamkeit sprechen

kann. Besonders bei Alkoholikern lassen sich nicht selten optische oder akustische Halluzinationen durch einfache Erregung der Aufmerksamkeit hervorrufen.*)

In dieser Hinsicht ist auf die Bedeutung der Aufmerksamkeit für die Apperzeption überhaupt und für die Entstehung der Perzeptionsbilder hinzuweisen.

Aufmerksamkeit ist bekanntlich ein Vorgang, durch welchen unsere inneren Erscheinungen deutlicher werden. Durch Aufmerken werden bestimmte Empfindungen oder Ideen klarer, oder, wie man zu sagen pflegt, sie rücken in den Kreis des deutlichen Bewusstseins. Bekanntlich hat besonders Wundt in neuerer Zeit die Bedeutung der Aufmerksamkeit für die Apperzeptionen hervorgehoben, eine Sache, die jedoch schon von Leibnitz angegeben worden ist. Es unterliegt jedoch keinem Zweifel, dass die Aufmerksamkeit nicht nur die inneren Erscheinungen verstärkt, sondern auch gewisse innere Bilder zu erregen vermag. Man kann dies experimentell bei Untersuchungen mit dem Hipp'schen Chronoskop nachweisen. Wer mit diesem Apparat gearbeitet hat, weiss, dass wenn eine einfache Reaktion notiert werden soll, das Signal nicht selten im Moment des Tones selbst und auch schon früher gegeben wird, obwohl die Versuchsperson überzeugt ist, dass die Aufzeichnungen richtig gemacht sind.

Nimmt man das Wundt'sche Pendel und stellt die Glocke so, dass sie bei einer bestimmten Lage des Pendels einen Ton geben soll, so zeigt sich, dass wenn wir unsere Aufmerksamkeit nicht auf den Ton selbst lenken, sondern auf einen beliebigen Punkt der halbkreisförmigen Skala, an der das Pendelende sich bewegt, wir das Signal jedesmal an jenem Punkte hören, auf den wir aufmerken, nicht aber an jenem, auf den die Glocke eingestellt war.

Nehmen wir nun eine Taschenuhr, die nach Belieben für die Versuchsperson abgestellt werden kann, und halten wir sie in einem Abstand, dass ihr Ticken kaum hörbar ist, dann können wir durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit der Versuchsperson sie dazu bringen, das Ticken zu hören, während die Uhr in Wirklichkeit steht.

Alles das spricht offenbar dafür, dass die Aufmerksamkeit imstande ist, innere Bilder dort zu erregen, wo solche in Wirklichkeit nicht vorhanden sind. Im täglichen Leben findet man das überall bestätigt. Hat unsere Aufmerksamkeit sich irgendwohin konzentriert, so bekommen wir,

*) W. Bechterew, Ueber künstliche Hervorrufung halluzinatorischer Bilder bei chronischen Alkoholikern. Obosrenije psichiatr.

wie jeder weiss, häufig wirkliche Illusionen, d. h. wir schaffen Bilder, die der realen Perzeption nicht entsprechen. Augenscheinlich kann in pathologischen Fällen unwillkürliche Aufmerksamkeit das Auftreten halluzinatorischer Bilder anregen, wie dies in den angeführten Beispielen beobachtet wurde.

Aus der städtischen Heilanstalt Dösen bei Leipzig.

(Direktor: Obermedizinalrat Dr. Lehmann.)

Beitrag zur Symptomatologie der Chorea chronica progressiva.

Von Dr. Max Liebers, Assistenzarzt.

Es sei mir gestattet, über einen Fall von Huntington'scher Chorea kurz zu berichten, der wegen einiger bei dieser Krankheit seltener beobachteten Symptome Beachtung verdient. Es folge zunächst ein Auszug der Krankengeschichte:

Frau Auguste K., 50 Jahre alt. Eltern der Pat. an unbekannter Todesursache gestorben. Von Chorea, Epilepsie oder sonstigen Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Ascendenz nichts bekannt. Auch die Geschwister sind gesund. 1893 Influenza, sonst niemals ernstlich erkrankt. Vier normale Entbindungen, keine Lues, kein Abort. Am 15. XI. 1899 stürzte Pat. beim Scheuern von einer Leiter auf den Hinterkopf und zog sich dabei eine Wunde daselbst zu, welche genäht wurde und nach drei Wochen glatt verheilt war. Hinterher wieder vollkommen arbeitsfähig. Zu Hause viele gemüthliche Erregungen infolge schlechter Behandlung von seiten des Mannes.

Etwa ein halbes Jahr nach dem Sturze stellte sich „Zittern und Zucken“ in beiden Händen ein, das zuerst von Pat. selbst gar nicht bemerkt wurde. Bald traten noch zwecklose unwillkürliche Bewegungen des Gesichts hinzu und psychisch bildete sich eine starke Reizbarkeit aus. Pat. fand am 2. V. 1900 Aufnahme im städtischen Krankenhause St. Jakob, wo die Diagnose Chorea hauptsächlich des Gesichts und der Arme, in geringerem Grade auch der unteren Extremitäten gestellt wurde. Pat. verblieb daselbst bis zum 23. X. 1900. In der letzten Zeit ihres dortigen Aufenthaltes war das Sensorium oft stark getrübt, sie redete wirr durcheinander, verliess öfters das Bett, zeigte grosse Unruhe und oft heftigste Zornausbrüche, die bisweilen in intensive Tätlichkeiten ausarteten. Pat. kam ungeheilt erst ins Armenhaus und von da am 13. XI. in die hiesige Anstalt.

Sie bot bei ihrer Aufnahme das Bild einer ausgesprochenen Demenz. In ihrer Erzählung war sie umständlich und weitschweifig, wiederholte oft dieselben Worte und Sätze, versprach sich oft ohne sich zu korrigieren, selbst wenn sie darauf aufmerksam gemacht wurde. Ihr Benehmen war ganz zusammenhanglos, sie wünschte immer Arbeit, sass aber trotzdem den ganzen Tag über auf derselben Stelle. Sie wollte nichts davon wissen, dass ihr Mann Trinker gewesen sei und sie schlecht behandelt hatte, zeigte keinerlei Krankheits-

einsicht, drängte nach Hause. Ihre positiven Kenntnisse waren sehr gering, die Urteilskraft herabgesetzt, das Rechnen mit zweistelligen Zahlen sehr schlecht. Choreatische Bewegungen bestanden in Gesicht, Händen, Rumpf und beim Gehen, die Sprache war sehr undeutlich. All diese Störungen nahmen in der Folgezeit beträchtlich zu, Pat. wurde gleichzeitig immer stumpfer und weniger regsam, liess sich gar nicht beschäftigen, lief aber trotzdem zum Inspektor und bot ihm ihre Dienste an, hielt sich dabei für vollkommen gesund, liess sich immer gleichlautende Briefe an ihre Tochter schreiben, in denen sie ihre Entlassung forderte, wurde immer erregter und abweisender. Oertlich und zeitlich war sie zuletzt nicht mehr genau orientiert.

Status praesens:

Kleine Frau in mittlerem Ernährungszustande. Am Hinterkopf in der Mittellinie über der protub. occipit. externa eine etwa 5—6 cm lange, von links unten nach rechts oben verlaufende gewundene glatte und auf dem Knochen verschiebliche, nicht druckempfindliche Narbe. Pupillen mittelweit, reagieren auf L. und C. Augenmuskulbewegungen ungehindert, Herz und Lunge o. B. Muskulatur gut entwickelt, hypertonisch, bei passiven Bewegungsversuchen, die in allen Gelenken ungehindert möglich sind, lebhaft Spasmen. Biceps- und Tricepssehnenreflexe beiderseits vorhanden, Periostreflexe an den Armen erhöht, ebenso Patellarreflexe. Grosse Zehe beiderseits in Extensionsstellung, beim Beklopfen des Fussrückens beiderseits Streckung der 2.—5. Zehe (Mendel'scher Zehenreflex). Kein Oppenheim'sches Unterschenkelphänomen, Fusssohlenreflex beiderseits unbestimmt. Nervenstämmе nicht druckempfindlich, normale Erregbarkeit der Nerven und Muskeln für beide Stromesarten. Schmerzempfindung ungestört, die übrigen Qualitäten nicht zu prüfen. Dermographie und bei psychischer Erregung und lebhafteren choreatischen Bewegungen an Brust, Bauch und Rücken, vereinzelt auch an den Armen, ein schnell aufschliessendes, hellrotes Erythem, das bei Beruhigung schnell wieder abblasst. Leichte Cyanose der Hände und namentlich des rechten Fusses, daselbst auch kühlere Hauttemperatur als links, keine größeren Gefässveränderungen.

Es besteht nun eine lebhaft choreatische Bewegungsunruhe beider Seiten des Gesichts, ein unaufhörliches unwillkürliches Grimmassieren, an dem die vom oberen Facialisaste versorgten Muskeln relativ am wenigsten beteiligt sind. Die Stirn wird gerunzelt, die Lippen werden in stetem Wechsel zurück und nach den Seiten gezogen, die Wangen bald bei geschlossenen Lippen aufgebläht, bald bei geöffnetem Munde zwischen die Zahnreihen eingezogen, die Zunge rollt dabei hin und her, der Gaumen hebt und senkt sich und der Kopf wird nach allen Richtungen hin und her bewegt. Die Finger werden in steter Aufeinanderfolge unabhängig von einander gestreckt, gebeugt und gespreizt, bei Erregungen treten auch in Hand-, Ellbogen- und Schultergelenken choreiforme Bewegungen auf. All diese Erscheinungen nehmen bei psychischer Erregung an Intensität zu, dazu stösst Pat. ein durch krampfartige Inspirationen unregelmässig unterbrochenes Gewirr unartikulierter Laute aus, aus dem kein Wort herauszuhören ist. Rumpf und Beinmuskulatur bleiben beim Liegen unbeteiligt, nehmen aber schon beim Sitzen und in erhöhtem Masse beim Gehen an den Bewegungen lebhaft teil. Der Gang ist schwankend und torkelig infolge fortwährenden Wechsels des Schwerpunktes, der Rumpf wird abwechselnd nach vorn und beiden Seiten geneigt und die Arme machen dabei wie balancierende

Bewegungen. Gleichzeitig fällt eine leichte Parese der rechten Seite auf, namentlich des Beines. Das rechte Bein wird beim Gehen meist gestreckt gehalten, etwas zirkumduziert, das Becken dabei gehoben und der Fuss in leichter Varoquinusstellung mit der Spitze am Boden schleifend nachgezogen. Das Ungleichmässige des Ganges der Schrittlängen etc. ist schön an den Fussspuren (nasse Strümpfe) zu sehen. Am rechten Arm ist die Parese schwerer zu erkennen, er nimmt aber beim Gehen in geringerem Masse an der choreatischen Bewegungsunruhe teil, auch bedient sich Pat. mehr des linken Armes. Beim Stehen bemerkt man auch an den linken Zehen lebhaft choreatische Zuckungen, während sich die Zehen rechts ruhig verhalten. Diese rechtsseitige Hemiparese ist erst im Laufe der letzten Monate bemerkt worden. Zu erwähnen ist noch, dass am rechten Arme die Erscheinungen schwankend sind. Die Augenmuskeln nehmen an den Bewegungen nicht mit teil, sämtliche Zuckungen sistieren ferner im Schlafe und treten bei intendierten Bewegungen an den Armen, Händen und Fingern zurück.

Eine 22jährige Tochter der Pat. ist sehr schwachsinnig (Schwachsinnigenschule besucht) und klagt seit Weihnachten über vereinzelte Zuckungen in den Fingern und im Gesicht, die allemal abends vor dem Schlafengehen auftreten, einige Stunden andauern und sie am Einschlafen verhindern. In der Ruhe bemerkt man bei ihr ein übermässig starkes Flimmern und Zucken in beiden m. orbiculares oculi bei geschlossenen Augen, sowie eine choreatische Unruhe der Finger, namentlich des zweiten und dritten, aber nur bei ausgestreckten Armen und gespreizten Fingern.

Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass es sich um eine typische Huntington'sche Chorea handelt. Dafür spricht zunächst die Heredität. Wenn sich auch in der Ascendenz nichts von Chorea, Epilepsie etc. feststellen lässt, so haben wir doch in den Klagen der Tochter und dem allerdings spärlichen objektiven Befund unzweifelhaft die ersten Anfänge desselben Leidens zu erblicken. Auch dieser Fall wäre somit ein Beweis für die zuerst von Heilbronner festgestellte Tatsache, dass die Erkrankung bei der Vererbung die Betroffenen in immer jüngerem Alter befällt. Für Chorea chronica progressiva seu Huntington'sche Chorea sprechen ferner der Beginn in mittlerem Lebensalter, die Progredienz des Leidens aus unmerklichen Anfängen heraus, sowie die psychischen Begleitsymptome, die transitorischen früheren Aufregungs- und Verwirrheitszustände, die Demenz, die exzessive Reizbarkeit.

Am schwierigsten ist es in unserem Falle, sich über die intellektuellen Fähigkeiten der Patientin ein genaues Bild zu machen, da ihr infolge der hochgradigen Sprachstörungen das Vermögen, ihre Gedanken zu äussern, genommen ist. Auch lässt das widerstrebende und heftig abweisende Verhalten bei jeder Untersuchung ein sicheres Urteil schwer darüber gewinnen. Die zornige Gereiztheit, mit der Pat. oft in blinder Wut nach dem Arzte zu schlagen sucht, scheint mir nun in unserem

Fälle nicht nur ein Ausfluss einer gesteigerten gemüthlichen Erregbarkeit zu sein, sondern mit provoziert zu werden durch das Bestehen abnormer Vorstellungen und Gedankenverbindungen im Sinne des Beeinträchtigungswahnes. Alles gütige Zureden, Geschenke, ja selbst die Versprechung, sie zu entlassen, haben keine umstimmende Wirkung gehabt, sie sieht offenbar immer im Arzte ihren Feind und gerät selbst in dessen Abwesenheit, sobald ihre Tochter beim Besuche von ihm spricht, in heftige Erregung. Offenbar durchziehen ziemlich fest fixierte paranoide Gedankengänge den Bewusstseinsinhalt, während die Perzeption an und für sich nicht erheblich gestört sein kann. Pat. versteht allem Anscheine nach alles, was man zu ihr sagt. So lachte sie kürzlich, als sie die konfusen Wahn- und Grössenideen einer andern Patientin hörte, sie kommt auch Aufforderungen der Pflegerin nach und benimmt sich beim Besuche ihrer Tochter stets sinngemäss. Wohl aber hat, wie wir sahen, das aktive Moment der Perzeption, die Aufmerksamkeit und das Interesse für die Vorgänge in der Umgebung gelitten, was ja nach Kattwinkel u. a. als Zeichen einer gewissen Demenz bei Chorea chronica progressiva zu gelten hat. Ob die Entwicklung der Demenz, die sich ja anfangs noch hauptsächlich durch geringe positive Kenntnisse und durch eine schwachsinnig kritiklose Einsichtslosigkeit gegenüber der eigenen Lage dokumentierte, mit dem Fortschritt der motorischen Erscheinungen Schritt gehalten hat, lässt sich heute bei der Unmöglichkeit genauer Intelligenzprüfungen nicht bestimmt feststellen. Jedenfalls mahnen jene Fälle von Chorea chronica ohne oder mit nur geringen Intelligenzdefekten (Ewald, Koreilow, v. Sölder, Kattwinkel, Hoffmann u. a.) bei der Beurteilung zur Vorsicht.

Werfen wir nun noch einen kurzen Blick auf die somatischen Erscheinungen, so sind, abgesehen von den als Stigmata einer neuropathischen Minderwertigkeit anzusehenden vasomotorischen Erscheinungen, Dermographie und dem bei Erregung auftretenden diffusen Erythem die exzessiven und relativ frühzeitig aufgetretenen Sprachstörungen, die kein Wort mehr verstehen lassen, sowie die geringe rechtsseitige Hemiparese erwähnenswert.

Nach Wollenberg ist die Sprachstörung ein bei Chorea chronica sehr früh auftretendes Symptom, gleichzeitig ist sie auch ein sehr häufiges Symptom. Sie besteht in unserem Falle nur noch aus einem durch krampfartige Inspirationen unregelmässig unterbrochenem Hervorstossen kreischend-scharfer und grunzend-stöhnender Laute von verschiedener und oft auf demselben Laute wechselnder Tonhöhe und Tonfärbung, dem sich allerhand schnalzende Geräusche der Zunge und Lippen beimischen. Es sind wohl unzweifelhaft choreatische Bewegungsstörungen der gesamten

Muskulatur des Artikulationsapparates, welche diese Störungen hervorrufen. Das Schlucken und Schlingen ist dabei ungestört.

Die übrigen Bewegungsstörungen bieten nichts besonderes. Hervorzuheben wäre noch das Sistieren im Schlafe, sowie das Nachlassen bei intendierten Bewegungen, wobei an ihrer Stelle ein feinschlägiger Tremor gewöhnlich auftritt, auch das Freibleiben der Augenmuskeln soll noch erwähnt werden. Auffallend ist ferner, dass in der Ruhe der Zeigefinger im Gegensatze zu den andern Fingern fast immer nur extendiert wird. Das langsamere Tempo der Zuckungen im Gegensatz zu den blitzartigen bei der Sydenham'schen Chorea wird von den Autoren oft erwähnt. Berücksichtigt man dazu noch die in unserem Falle vorhandenen Spasmen, so sind das alles Momente, welche schon zur Athetose hinüberleiten. Für die immer noch unklare Genese der Bewegungsstörungen scheint mir sodann die auch von Müller betonte Tatsache von Bedeutung, dass die choreatische Unruhe der Stammmuskulatur und Beine erst beim Stehen und Gehen in Erscheinung tritt, also dann, wenn die zur Erhaltung des Gleichgewichtes dienenden regulatorischen Apparate, vor allem das Kleinhirn, vermehrt in Tätigkeit zu treten haben. Vielleicht kommt hier eine Gleichgewichtsstörung der Wechselwirkung zwischen Kleinhirn und regio subthalamica spez. nucleus ruber in Betracht, die durch die anatomischen Veränderungen der Chorea chronica, die sich ja über das ganze Hirn erstrecken können, bewirkt werden könnte. Freilich bleibt das Wie dann immer noch eine offene Frage.

Die bei Huntington'scher Chorea fast immer verzeichnete Steigerung der Sehnenreflexe hängt wahrscheinlich mit einer Degeneration der in der Pyramidenbahn verlaufenden reflexhemmenden Fasern zusammen oder wenigstens mit funktionellen Schädigungen derselben infolge Veränderungen ihrer zugehörigen Neurone, der Ganglienzellen in den Zentralwindungen. Auch die Spasmen und die Hypertonie müssen so erklärt werden, wenn man nicht zur Annahme von Muskelveränderungen seine Zuflucht nehmen will.

Die rechtsseitige Parese muss bei dem Fehlen aller anderen ursächlichen Momente ebenfalls als ein Syndrom des Grundleidens angesehen werden. Oppenheim erwähnt in seinem Lehrbuche der Nervenkrankheiten Lähmungen vom Typus der Hemiplegie, die meist in späterem Verlaufe auftreten sollen. Im vierten der von Facklam mitgeteilten Fälle handelte es sich um eine akut entstandene linksseitige Hemiplegie, die sich später besserte und die Facklam auf hämorrhagische Prozesse zurückführt. Da es sich auch bei der Huntington'schen Chorea um diffuse und zirkumskripte Proliferations- und Degenerationsprozesse haupt-

sächlich der Hirnrinde handelt, ähnlich wie bei der *Dementia paralytica*, sind es auch hier so wie dort jedenfalls zirkumskripte Veränderungen der motorischen Region, welche als Ausfallssymptom diese Hemiparese, die am Arme, wie erwähnt, noch wenig scharf ausgeprägt und von wechselndem Charakter ist, bewirkt haben. Dabei ist noch zu erwähnen, dass bei unserer Patientin genau wie beim Falle von Facklam auf der paretischen Seite die choreatischen Bewegungen an Intensität der gesunden Seite gegenüber zurückstehen, während sonst gerade nach Hemiplegien choreatische Erscheinungen (*Chorea posthemiplegica*) auftreten. Mit der Parese ist jedenfalls auch die Cyanose des rechten Fusses und die kühlere Hauttemperatur daselbst in Zusammenhang zu bringen.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Obermedizinalrat Dr. Lehmann, sage ich für die gütige Unterstützung und Erlaubnis zum Veröffentlichenden des Falles meinen verbindlichsten Dank.

Literatur.

- Facklam, Beiträge zur Lehre vom Wesen der H. Chorea. — Arch. f. Ps. Bd. 30. (Daselbst Literaturverzeichnis.)
Heilbronner, Ueber eine Art progressiver Heredität bei H. Chorea. — Arch. f. Ps. Bd. 36.
Jolly, Chorea chronica in Ebstein-Schwalbe's Handbuch 1900.
Müller, Drei Fälle von Huntington'scher Chorea. — Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. B. 23.
Wollenberg, Chorea etc. in Nothnagels spez. Pathologie u. Therapie. Bd. XII. Ferner die Arbeiten von Weyrauch und Ruppel in No. 6 und 10 der Münch. medizinischen Wochenschrift 1905.

II. Vereinsbericht.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 28. Januar 1905.

Bericht von Dr. Max Edel (Charlottenburg).

- 170) **Jastrowitz**: Demonstration von vier Fällen der *Dementia praecox*. J. spricht in ausführlicher Darlegung über die katatonischen Symptome dieser Krankheit und stellt vier Fälle vor. Der erste ist ein 26 jähriger Schlosser, welcher als Soldat erkrankte, aber anfangs nicht als geistesgestört erkannt wurde. Er äusserte religiöse Vorstellungen und wurde später stumpfsinnig. Stereotype Tanzbewegungen werden demonstriert. Der Fall wäre früher als *Paranoia simplex* mit sekundärer Demenz gedeutet worden und wird jetzt als *Dementia praecox hebephrenica* bezeichnet, da einige Züge an die Kahlbaum'sche Hebephrenie erinnern. Der zweite Patient ist ein 29jähriger Tischler, mit hereditärer Anlage, dessen Krankheit seit 11 Jahren besteht. 1894 entwickelten

sich Vergiftungsideen. Nach Dalldorf gebracht, hörte er dort Stimmen, behauptete, es würden ihm Schweiss und Lebenskraft entzogen, war starker Onanist und machte typische Kratzbewegungen. Später wurde ein eigentümlich verzerrter Gesichtsausdruck bemerkbar. Es bestehen hypochondrische Vorstellungen. Die Diagnose, welche früher auf hypochondrischer Verrücktheit mit Uebergang in Demenz gestellt worden wäre, laute heute auf Dementia praecox paranoides hypochondriaca. Die typischen Bewegungen beruhten allein auf hypochondrischer Basis. Der dritte Fall, ein 29jähriger ebenfalls hereditär belasteter Maschinist erkrankte vor 6 Jahren an Verfolgungswahn, hatte Sinnes-täuschungen und bekam bald stereotype Bewegungen. Er macht Verbeugungen, wischt sich die Knie, murmelt unverständlich vor sich hin. Er ist in jungen Jahren dement geworden und muss als Dementia praecox gelten, während er früher als Paranoia persec. halluz. mit sekundärer Demenz bezeichnet worden wäre. Der vierte Fall betrifft einen 24jährigen schwer belasteten Mann, der als Kind schwere Krampfanfälle hatte. Das Lernen wurde ihm schwer. Schon im Alter von 21 Jahren verblödete er nach kurzem Aufregungszustande, benahm sich kindisch, läppisch, grimassierte, wurde unsauber und machte stereotype kreisende Bewegungen mit dem linken Daumen. Der Fall sei als Dementia praecox hebephrenokatatonica zu bezeichnen. Die stereotypen Bewegungen der Fälle von Dementia praecox hätten verschiedene Ursachen. In den ersten drei Fällen seien sie kortikal bedingt, gingen von Vorstellungen aus. Der erste Patient hörte die Stimme Gottes, er solle tanzen, die Bewegungen des zweiten wären auf gewisse Organgefühle zurückzuführen, der dritte mache Abwehrbewegungen. Diese Wiederholungen der Bewegungen ebenso wie die stereotypen Redensarten seien in der Jugend häufiger, weil das hemmende Organ des Grosshirns noch nicht ausgebildet sei, und kommen bei Idioten oft vor. Das durch die Krankheit geschwächte Gehirn lasse zu, dass die Bewegungen und Redensarten automatische würden.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Reich: Die anlässlich der Verhandlungen der internationalen kriminalistischen Vereinigung zu Stuttgart und des Deutschen Juristentages zu Innsbruck vorgeschlagenen Massregeln bezüglich „vermindert Zurechnungsfähiger“ oder „geistig Minderwertiger“ und der sogenannten gemeingefährlich Geisteskranken.

Moeli: Ueber vieles herrscht Einverständnis. Manches ist vorzugsweise juristischer Art, so die Frage, wann eine nachträgliche Sicherung auszusprechen sei u. ä. Die allerwichtigste Massregel ist Ausdehnung der erzieherlichen Fürsorge für die Jugendlichen. In zweiter Linie kommt durchgängige Anwendung gemilderten Strafvollzuges für trotz psychischer Mängel oder Schwächen als zurechnungsfähig (milder) Verurteilte.

Bei allen Besprechungen und Verhandlungen ist an erster Stelle festzuhalten, dass es sich um Zurechnungsfähige handelt, welche die Merkmale der Deliktsfähigkeit ganz deutlich haben müssen, sonst sind sie zurechnungsfähig überhaupt nicht (Kahl). Bei genügender Ausbildung besonderer Strafvollzugseinrichtungen und unter fachmännischer Aufsicht können derartige Personen dem (gemilderten) Strafvollzug zugeführt werden. Dies würde allgemein vorzuziehen sein. Bei hierfür gänzlich ungeeigneten muss bezweifelt werden, dass der § 203 Str.-P.-O. oder § 51 Str.-G.-B. seiner Zeit mit Recht ausgeschlossen waren. Mit Leppmann stimme ich für Einrichtung

solcher Abteilungen für gemilderten Strafvollzug in Verbindung mit Gefängnissen. Eine „Sicherungsanstalt“, welche sowohl zum Strafvollzug als auch zur nachherigen Verwahrung auf unbestimmte Zeit dienen soll, halte ich schon deshalb für wenig zweckmässig, weil dabei die Trennung von Strafe und sichernder Verwahrung auf unbestimmte Zeit weder für die Betroffenen noch für das Publikum genügend hervortritt. Die Sicherungsmassregeln gegen die Gemeingefährlichen und Rückfälligen erfordern, abgesehen von Ueberwachung und Familienunterbringung, eigene Bewahranstalten von in Abteilungen abgestufter Geschlossenheit bis zu einer mehr offenen Fürsorge. Ausgiebige Beschäftigung, namentlich auch im Freien.

Ich habe eine Reihe von Personen, bei welchen v. Z. angenommen war, auf Wirkung solcher Massregeln abgeschätzt. Die Anwendung der Formel: Wenn v. Z. bestünde, läge sie hier vor, im Gutachten hat für den Richter keinen Nutzen. Diese Kranken waren keineswegs sämtlich besonders störende Elemente, zum Teil jedoch schon nach nicht allzulänglichem Aufenthalt zu den bekannten Belästigungen und Entweichungen derart geneigt, dass auf längere Dauer hin nicht wenige dieser öfter Rückfälligen auf geschlossenen und genau überwachten Abteilungen bleiben mussten. Ein Teil, namentlich die älteren, würden aber auch in Sonderanstalten keine gefängnisartigen Massregeln brauchen.

Trotz letzteren Umstandes ist die allgemeine Verwendung der Anstalten für Geisteskranke usw. zur sichernden Verwahrung solcher Personen auf unbestimmte Zeit zurückzuweisen. Gerade die störenden Elemente würden sich naturgemäss anhäufen. Auch bedürfen sie überhaupt anderer Massregeln, als sie einer Krankenanstalt, die auf Zwang ganz verzichten muss, zu Gebote stehen. Die wenigen unter den als zurechnungsfähig mit psychischen Mängeln oder Schwächen Verurteilten, welche einer Behandlung mit Aussicht auf Erfolg zugänglich sind, Intoxikationen, Infektionen, Ernährungsstörungen, würden zweckmässig alsbald in Spezialanstalten kommen; die Verwahrung der Gemeingefährlichen aus Sicherheitsgründen auf unbestimmte Zeit aber gehört nicht zur Aufgabe der Anstalt für Geisteskranke, Nervenranke usw. Mit Recht wird sie deshalb auch von Kahl u. a. abgelehnt. In Preussen stehen ihr ausserdem Bestrebungen wie der Antrag Schmedding (auf Uebernahme der Kosten für lediglich zum Schutze anderer in der Anstalt Behaltenen auf den Staat) gegenüber.

Auf die Frage der Entlassung aus den Bewahranstalten einzugehen, ist keine ärztliche Aufgabe.

Die längere Zurückhaltung nicht zurechnungsfähiger Personen in den Anstalten für Geisteskranke wegen Gefährdung der öffentlichen Sicherheit von einem besonderen Verfahren abhängig zu machen, erscheint an sich erwünscht. Der jetzige Zustand ist ein unvollkommener. Die objektive Feststellung der Sachlage, namentlich auch des früheren Verhaltens der Kranken, wird öfter schwierig sein. Ob durch richterliches Urteil der Arzt zur Zurückhaltung und vielleicht zu befürchtenden Schädigung eines Kranken, von dem er keine Gesetzwidrigkeit mehr erwartet, gezwungen werden kann, ist mindestens sehr zu überlegen, wenn auch der Fall nicht häufig sein wird.*)

*) Nachträgliche Anmerkung. Die Lage ist hier eine andere als bei Entlassung eines Kranken, dessen Entmündigung abgelehnt worden ist. Abgesehen davon, dass diese Person freiwillig in der Anstalt verbleiben kann, hört mit dem Austritt das ärztliche Verhältnis und damit die ärztliche Verantwortung auf.

Jedenfalls ist bei Regelung der Angelegenheit eine Rekursinstanz und genügender Einfluss der ärztlichen Auffassung vorzusehen. Zusammengefasst: Ausgedehnte erziehliche Fürsorge für die Jugendlichen, grundsätzliche Berücksichtigung geistiger Mängel oder Schwächen bei als zurechnungsfähig zu Verurteilenden bei Schuld- und Strafabmessung und in der Art der Strafvollstreckung. Für Gefährliche: Bewahrungsanstalten, teils mit festem Abschluss, teils mehr zur Versorgung unter Aufsicht eingerichtet. (S. Archiv für Psychiatrie, Bd. 39.)

Leppmann: Was Moeli befürworte, wäre die Zwischenanstalt, die zu verhindern er mit allen Mitteln bestrebt sei. Sonst gäbe es Geistesranke und geistig Minderwertige, die bestraft sind; das wäre für das Staatswohl und das Wohl der Angehörigen nicht angenehm. Was den Begriff der Minderwertigkeit anlange, so haben wir es mit Personen zu tun, die noch zurechnungsfähig sind, noch nicht das Verständnis für Strafe und Schuld verloren haben und auf welche noch eine Strafeinwirkung stattfinden kann. Wir wollen die Minderwertigen milder bestrafen, nicht köpfen, weniger ins Zuchthaus schicken, die Strafhöhe mildern und von der bedingten Begnadigung und bedingten Entlassung, der Strafaussetzung nach einem Teil der verbüßten Strafe in grösserem Rahmen Gebrauch machen als bisher. Wir haben jetzt Irrenabteilungen an sechs Strafanstalten. Er spreche aus Erfahrung. Selbstredend sei die Grenze zwischen geistiger Krankheit und geistiger Minderwertigkeit nicht so scharf zu ziehen. Die geistig Minderwertigen würde L., wenn er die Möglichkeit hätte, sie in seiner Abteilung zu behalten, über die Strafe ausgezeichnet hinwegbringen; er würde ihnen kein Unrecht tun, ärztlich und soweit als möglich ethisch einwirken; nur weil sie aus dem Strafvollzug herausgenommen wären und weil er nicht bei jedem Schimpfwort beleidigt wäre, würde es gut gehen. Er glaubt, dass diese Elemente in solchen Annexen vereinigt werden könnten. Die Arbeit würde man pensieren können. Für manchen Kollegen würde es eine angenehme Lebensaufgabe bilden. Wir hätten noch überflüssige Gebäude liegen. Den Zeitpunkt der Entlassung betreffend, könne bei minderwertigen jugendlichen Personen eine langsame Nachreife eintreten, so dass solche, die beim Eintritt gemeingefährlich waren, es später nicht mehr sind. Wohin nun mit diesen Personen? Es muss ein neues Gesetz geschaffen werden. Wir haben kein Irrengesetz. Aber das Gesetz über die Befugnisse der Polizei 1850 fände auf gemeingefährliche Geistesranke Anwendung. Das neue Gesetz müsse allgemein lauten: Der gemeingefährliche Minderwertige kann in seiner persönlichen Freiheit beschränkt werden. Hiermit wird er der öffentlichen Fürsorge übergeben. Diese wird sich eine Zentralstelle nehmen, in denen sie sie unterbringt; die einen werden Kolonien überwiesen, die andern dem Siechenhaus, andere den Trinkerheilstalten usw., und wenn sie mucken, werden sie in die Anstalt zurückgebracht. Es wird nicht sofort eine Ueberflutung mit diesen Leuten eintreten. Bezüglich der Kostenfrage wendet sich L. gegen die bisherige Belastung der Provinzen und Kommunen. Für diese neue Kategorie müsse der Staat Kosten anweisen. Am zweckmässigsten verteile man die Minderwertigen an die verschiedenen Irrenanstalten. Die Zwischenanstalt sei schon deshalb zu verwerfen, weil der Makel der Bestrafung mit ihr verbunden wäre, ein Unrecht gegen die Angehörigen der Internierten. Dass nicht einmal ein Arzt an der Spitze einer solchen Anstalt stehen sollte, bedeute einen Rückschritt. L. be-

kämpft sodann den Gedanken der Laienkommission; er habe es immer am liebsten mit dem Einzelrichter zu tun gehabt. Die Herren sollten nicht bloss zu bestimmen haben, ob jemand einer Sicherungsmassregel überwiesen wird, sondern ob sie enden soll und wann, auch bei gemeingefährlichen Geisteskranken. Die Anschauungen über Gemeingefährlichkeit und Festhaltung seien verschiedene. L. fürchtet, die Fühlung mit dem Volksbewusstsein zu verlieren. Ueber die Entlassung müsste eine zentrale Behörde entscheiden. Wir nützten der Sache und den Personen, wenn man den Begriff der Minderwertigkeit aufstellte und die Minderwertigen milder bestrafte, die Gemeingefährlichen aber der öffentlichen Fürsorge mit Beschränkung der persönlichen Freiheit überweise.

Neisser betont Leppmann gegenüber die Schwierigkeit der Festhaltung dieser Elemente in Irrenanstalten auf unbegrenzte Zeit wegen ihres verbrecherischen Charakters. Die Ueberflutung der Irrenanstalten mit solchen Elementen würde doch schnell stattfinden. Der Eingliederung derselben in die Irrenanstalt würde N. eine Form vorziehen mit Laienadministration unter Mitwirkung der Aerzte.

Moeli stimmt Neisser darin bei, dass diese Leute anders werden bei einer ihnen als Willkür erscheinenden unumgrenzten Dauer des Anstaltsaufenthaltes und zweitens, dass sie in den Anstalten länger bleiben und diese überfluten würden. Von Leppmann unterscheide er sich gar nicht so sehr. Wenn derselbe sage, die Trinker schieben wir dorthin, die Siechen dorthin usw., so gebe L. damit das von M. gesagte zu, dass allgemein die Betreffenden zur Sicherung nicht in die Anstalten für Geisteskranke gehören. Die Trennung dieser Kranken von den Geisteskranken halte er vorläufig für nötig. Die Dinge seien noch sehr im Fluss.

Kluge befürwortet die Einrichtung der Zwischenanstalten für die Jugendlichen.

Leppmann betont demgegenüber, dass wir jetzt bereits durch das Fürsorgeerziehungsgesetz auf dem rechten Wege sind, wodurch wir den minderwertigen Jugendlichen bessere erziehliche Einwirkungen zuteil werden lassen. Bezüglich der Bemerkungen Neisser's verkenne er nicht, dass die Last der Irrenanstalten mit der Zeit eine sehr grosse werden würde; von der Praxis seien wir aber noch weit entfernt.

Reich glaubt, dass der Zweck des Vortrages durch den stattgefundenen Meinungsaustausch erfüllt ist. Mit Bezug auf die Behandlung der Geisteskranken in Strafanstalten bestände Einigkeit darin, dass eine Vermehrung des ärztlichen Einflusses bei disziplinarischen Massregeln notwendig sei. Ob die vermindert Zurechnungsfähigen in Adnexen ihre Strafe verbüssen oder in besonderen Anstalten, lasse sich nicht leicht entscheiden.

171) **Max Edel** (Charlottenburg): Sind Aerzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen?

An Kahlbaum's Anstalt in Görlitz und Edel's Anstalt in Charlottenburg ergingen in den letzten Jahren die gerichtlichen Aufforderungen zur Eintragung ihrer Firmen in das Handelsregister. In den sich anschliessenden Prozessen wurden die Dr. Dr. Kahlbaum 1902 dazu verpflichtet, da sie damals noch Gewerbesteuer zahlten, während Dr. Edel davon befreit wurde. Mit Rücksicht auf den § 4 No. 7 des Gewerbesteuergesetzes von 1891, wonach die Ausübung

des ärztlichen Berufes nicht der Gewerbesteuer unterliegt, und infolge Entscheidung des Königl. Oberverwaltungsgerichts sind in den letzten Jahren die meisten ärztlich geleiteten Privatanstalten von der Gewerbesteuer freigekommen, die sie Jahrzehnte entrichten mussten. Die von der Handelskammer angezogene Pflicht der ärztlichen Sanatorienleiter zur Eintragung ihrer Firmen in das Handelsregister wird durch den § 2 des Handelsgesetzbuches begründet. Dieser dehnt die handelsrechtlichen Vorschriften auf andere als die dem Handel im engeren Sinne angehörigen Unternehmungen aus, indem er ein gewerbliches Unternehmen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert, als Handelsgewerbe im Sinne dieses Gesetzes gelten lässt, welches zur Eintragung der Firma in das Handelsregister verpflichtet. Votr. erörtert näher den Hergang der Prozesse und verweist bei den Kammergerichtsbeschlüssen, welche die Auslegung des § 2 H.-G.-B. und seine Anwendung auf die ärztlichen Inhaber von Krankenanstalten betreffen.

Danach könne der Betrieb einer Anstalt, in der Kranken neben anderen Leistungen Wohnung und Kost gewährt wird, zweifellos im Sinne des § 2 H.-G.-B. ein gewerbliches Unternehmen darstellen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert. Um dies zu beurteilen, müssten die Verhältnisse der Anstalt im einzelnen Falle festgestellt werden. Aus dem Umstand, dass die Ausübung des ärztlichen Berufes an sich kein gewerbliches Unternehmen ist, folge nur, dass auch der Anstaltsbetrieb kein solcher ist, wenn er lediglich zum Zwecke der Ausübung des ärztlichen Berufs des Unternehmers, insbesondere zu Fortbildungszwecken oder behufs sachgemässer ärztlicher Behandlung der Kranken durch den Inhaber der Anstalt stattfindet. Dies träfe auch dann zu, wenn die Anstalt einen erheblichen Gewinn ergibt, oder wenn die ärztliche Behandlung mit Unterstützung anderer Aerzte besorgt werde. Dagegen läge ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des H.-G.-B. vor, wenn die Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt und die dadurch erzielte Einnahme den Hauptzweck des Anstaltsbetriebes bilde und die Kranken in der Hauptsache nicht von dem Inhaber der Anstalt, sondern von anderen Aerzten behandelt werden. Das Amtsgericht hat die betreffende Verfügung schon zu erlassen, wenn es von einem sein Einschreiten rechtfertigenden Sachverhalt glaubhafte Kenntnis erhält, und nicht erst, wenn ein solcher nachgewiesen ist.

Nach Erörterung der Rechtslage tritt Votr. irrthümlichen Ansichten der Handelskammer, die bei ihren Beschwerden und Anträgen hervorgetreten sind, entgegen, z. B. dass unheilbare Geisteskranke wenig oder gar keiner ärztlichen Behandlung bedürften; namentlich hebt er im Gegensatz zu der Handelskammer die wesentliche Rolle der ärztlichen Tätigkeit des Anstaltsinhabers hervor. Die Besorgung des wirtschaftlichen Betriebes neben den ärztlichen Verrichtungen sei nicht geeignet, die Tätigkeit als eine gewerbliche erscheinen zu lassen. Die Verpflegung der Kranken bilde einen wichtigen Faktor zur Heilung derselben und lasse sich daher auch nicht von der ärztlichen Tätigkeit trennen. Dasselbe gilt von der Gewährung des Aufenthaltes in einem Krankenhause, da den Kranken dort therapeutische Einrichtungen aller Art geboten würden. Dass der Betrieb in kaufmännischer Weise im Sinne des H.-G.-B. eingerichtet sein müsse, sei keineswegs erforderlich. Edel wünscht, dass die Handelskammer in Zukunft von der Eintragung ärztlich geleiteter

Anstalten in das Handelsregister Abstand nehmen, um sie nicht auf eine Stufe mit gewerblichen Unternehmungen zu stellen, jedenfalls aber vor Stellung derartiger Anträge ärztliche Sachverständige zu Rate ziehe. (Eigenbericht.)

Sitzung vom 18. März 1905.

Der Vorsitzende Moeli spricht anlässlich der 25jährigen Tätigkeit der Herren Sander und Richter an der Anstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf denselben die Glückwünsche des Vereins aus.

Tagesordnung:

172) **Henneberg:** Pseudohermaphroditismus und Psychose.

Das jetzt 30jährige Dienstmädchen Anna Sch. suchte 1903 die gynäkologische Poliklinik wegen Unterleibsbeschwerden auf. Es wurde folgender Befund (Dr. Helmbold) erhoben: Gesamthabitus weiblich. Sekundäre männliche Geschlechtscharaktere fehlen. Kopfhaare lang und dünn, keine Andeutung von Bartwuchs. Stimme und Kehlkopf weiblich. Achselhöhlen haarlos. Arme auffallend kräftig, Brustdrüsen gut entwickelt. Beckenmaasse weiblich, ebenso Fettverteilung an den Beinen. Mons veneris und Labia majora fettarm, sehr wenig behaart, Klitoris und Labia minora normal, Hymen vorhanden. Vagina 1,5 cm lang, Uterus und Ovarien fehlen, Uretra normal, Prostata nicht vorhanden. Vor dem Leistenkanal beiderseits ein verschieblicher druckempfindlicher Tumor. November 1903. Exstirpation derselben; sie erweisen sich als Hoden mit Nebenhoden. Länge rechts 5,9 cm, links 6,2, Hodendrüsensubstanz rechts 2,9 cm, links 3,2 cm lang. Vasa deferentia nicht nachweisbar. Histologischer Befund: unentwickelte Hoden, keine Spermatozoen, im linken Hoden erbsengrosse Gewebsmasse vom Bau der Nebenniere.

Febr. 1905. Aufnahme der Pat. in die psychiatrische Klinik der Charité. Hier machte sie folgende Angaben: Als Kind ist sie gesund gewesen, hat mit Puppen gespielt und sich mit Handarbeiten befasst. Seit dem 14. Lebensjahr ist sie als Kindermädchen, später als Dienstmädchen in Stellung gewesen. Zeugnisse gut. Pat. war bis zu 5 Jahren in einer Stellung, sparte 1000 Mark. Das Nichteintreten der Periode wurde zunächst wenig beachtet. Niemals bestanden erotische Neigungen zu männlichen oder weiblichen Personen. Für sexuelle Dinge bestand niemals ein Interesse. Bis zum 18. Lebensjahr zurückhaltendes Wesen, im übrigen normales psychisches Verhalten. Wegen Fehlens der Menses konsultierte Pat. damals einen Frauenarzt, der ihr über ihren Zustand keine Aufklärung gab, ihr aber mitteilte, dass sie nicht heiraten dürfe. Seitdem gemüthliche Depression. Pat. weinte viel, dachte viel über ihren Zustand nach, versuchte einmal mit einem Manne sexuellen Verkehr, bei demselben bestand keinerlei Geschlechtsgefühl.

In der Folge allmähliche Verschlechterung des Befindens. Neben melancholischer Verstimmung bestand Schwächegefühl, Unruhe, Kreuzschmerz, Zittern nach Anstrengungen.

Pat. hat schon als Kind die Geschwülste in der Leistengegend bemerkt. Seit dem 13. oder 14. Lebensjahr sollten sie von Zeit zu Zeit angeschwollen sein. Sie waren in wechselndem Maasse druckempfindlich und bei der Arbeit hinderlich. Pat. musste sie oft in die Bauchhöhle zurückdrängen. Sie entschloss sich daher zur Operation. Nach derselben Schwinden der lokalen Be-

schwerden, Verschlechterung des Allgemeinbefindens. März 1904 Behandlung in der Nervenpoliklinik wegen Schlaflosigkeit und Zittern. Nach der Operation allmähliche Ausbildung eines paranoischen Zustandes. Pat. glaubte sich überall beobachtet, glaubte, dass die Leute über sie Bescheid wüssten, hörte Bemerkungen auf der Strasse, z. B.: Sie ist ein 6 $\frac{3}{4}$ Monatskind. Sie ist krank gewesen und dadurch zwei Jahre zurückgekommen etc. Sie wechselte fortwährend die Stellungen, reiste unstät umher, verbrauchte ihre Ersparnisse. Später Wahnbildung bezüglich ihrer Abkunft. Pat. glaubt nicht das Kind ihrer Eltern zu sein, sie entnimmt dies aus Andeutungen ihrer Schwester und Dienstherrenschaften. Als ihren Vater bezeichnet sie bald einen Major, bald einen Gerichtsrat. Sie glaubt Ansprüche auf Geld und Grundstücke zu haben.

Die Intelligenz entspricht dem Durchschnitt, psychologische Untersuchungen ergaben keine Besonderheiten. Pat. ist zurückhaltend, sehr energielos, dauernd deprimiert und äusserte öfters Suicidalabsichten.

Die Schwester der Pat. gab an, dass die Mutter geisteskrank (Dementia senilis?) war. Pat. war immer auffallend zurückhaltend, zeigte niemals eine Neigung für eine bestimmte Person. Seit 1896 erschien sie deprimiert im Zusammenhang mit der erwähnten Mitteilung des Arztes. Nach der Operation deutliche Verschlechterung des psychischen Verhaltens.

Der Fall (Pseudohermaphroditismus masc. ext.) ist sehr ungewöhnlich in Anbetracht des Fehlens aller sekundären männlichen Geschlechtscharaktere und der völlig weiblichen Bildung der äusseren Genitalien. Die psychische Störung steht im engen Zusammenhang mit der Missbildung und der durch dieselbe bedingten Situation. Es handelt sich um eine psychopathische Konstitution und Paranoia chron. incipiens.

Die psychischen Störungen bei Pseudohermaphroditismus haben bisher wenig Beachtung gefunden. Beobachtet wurde: melancholische Verstimmung (Suicid), Paranoia, Imbecillität, Hysterie und Epilepsie.

Votr. weist darauf hin, dass in dem vorliegenden Falle auf den Verlauf des Leidens die ärztliche Mitteilung sowie die Kastration (wie bereits schon in anderen Fällen) offenbar ungünstig eingewirkt haben und führt aus, dass für beide Massnahmen eine ausreichende Indikation wohl nicht bestanden habe.

173) **Vorkastner:** Drei Fälle seltener Augenmuskellähmungen.

Der erste, 66 Jahr alte Patient erkrankte vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren mit Ohrensausen und „Kopfschwindel“, der in Anfällen auftrat. Während der Anfälle torkelte Patient, fiel auch einigemale hin, ohne bewusstlos zu werden. Vor zirka einem Jahre Doppeltsehen. Seit einigen Wochen öfteres Verschlucken. Ferner Klage über Speichelfluss und Steifheit in den Gliedern.

Im Mittelpunkt der objektiven Symptome Augenmuskelerkrankungen. Bulbi erreichen beiderseits Endstellung nicht, nach oben und unten Augenbewegungen nur spurweise angedeutet. Konvergenz schwer geschädigt. Binnenmuskeln intakt. Herabsetzung der Hörschärfe beiderseits. Mimische Starre der Gesichtsmuskulatur. Seltenheit des Lidschlags. Monotone Sprache, Wiederholen einzelner Wörter. An den peripheren Arterien Arteriosklerose mässigen Grades. Irregulärer und inäqualer Puls, auf myokarditische Veränderungen an Herzmuskel zu beziehen. Keine Paresen in den Extremitäten, dagegen leichte Hypertonie. In den Händen leichter statischer Tremor, manchmal leichter Ruhetremor im Metacarpophalangealgelenk des linken Daumens. Alle Bewegungen

des Pat. etwas schwerfällig, besonders auch der Gang (mit leicht nach vorn-übergeneigtem Oberkörper). Retropulsion. Sehnenreflexe lebhaft. Babinski am linken Fuss (?). Sensibilität intakt.

Epikr. Es liegen Erscheinungen vor, die an Paralysis agitans sine agitatione denken lassen, ferner ein bulbärparalytischer Symptomenkomplex: Speichelfluss, Schluckstörungen, Augenmuskelstörungen. Hinweis auf die Bruns'sche Veröffentlichung über bulbärparalytische Erscheinungen bei Paralysis agitans. Die Bruns'schen Fälle unterscheiden sich von dem vorliegenden dadurch, dass bulbärparalytische Symptome mit Ausnahme des als Frühsymptom von Oppenheim gekennzeichneten Speichelflusses erst im späteren Verlauf einer vollausgebildeten Paralysis agitans auftraten und dass Augenmuskelstörungen fehlten. Vorkommen echter Augenmuskellähmungen bei Paralysis agitans zweifelhaft. Daher Differentialdiagnose event. Paralysis agitans und eine ihrem Symptomenbilde sehr ähnliche Form der Pseudobulbärparalyse (Arteriosklerose, Schwindelanfälle, Babinski am linken Fuss). Die Augenmuskelstörung hat öfters vorübergehend pseudobulbärparalytischen Charakter dargeboten: die Augenmuskeln gehorchten nur dem Willen des Patienten nicht, leichtere und ausgiebigere Einstellung bei Fixieren eines Gegenstandes. Hinweis auf die Pseudo-Ophthalmoplegia Wernicke's. Dieses Phänomen hier, weil zu schwankend, nicht für supranucleären Sitz verwertbar. Nucleäre Ursache der Augenmuskelstörung nicht auszuschliessen. Otologen verlegen den Sitz der Ursache der Hörstörung ebenfalls in Kernregion. Pseudobulbärparalysen haben häufig cerebro-bulbären Charakter. Differentialdiagnose in suspenso gelassen. Die Aehnlichkeit zwischen dem der Pseudobulbärparalyse zugrunde liegenden Prozess und dem versuchungsweise der Paralysis agitans eigentümlichen, ebenfalls vorzugsweise vaskulären Prozess im Zentralnervensystem machen es dem Vortragenden nicht unwahrscheinlich, dass zwischen beiden Erkrankungen nicht nur klinisch, sondern auch anatomisch fließende Uebergänge vorkommen.

Der zweite Patient (46 Jahr) ist seit seinem vierten Lebensjahr mit einer linksseitigen Ptosis behaftet, angeblich nach Masern entstanden. Demonstration einer Photographie aus früheren Lebensjahren. Seit seinem elften Lebensjahr leidet er an Migräneanfällen, die sich mit Doppeltsehen verbanden. Im Anschluss an einen besonders heftigen Migräneanfall stellte sich im August vorigen Jahres eine mit Gefühlsstörung verbundene Schwäche der linken Seite ein. Abnahme des Sehvermögens.

Objektiv: Linke Pupille reagiert träger, linkes Augenlid hängt. Augenbewegungen sonst frei. Beiderseits Neuritis optica mit Blutungen. Herabsetzung der Hörschärfe auf dem linken Ohr. Linksseitige Hemiparese nicht mehr deutlich nachweisbar, aber vorhanden gewesen. Linksseitige Hemihypästhesie und Hemianopsie. Patellarreflex und Tricepssehnenreflex links gesteigert. Die Möglichkeit des Zusammenhangs der drei Erscheinungen: Augenmuskellähmung (Ptosis), Migräne und organische Erkrankung (Tumor) wird besprochen. Hinweis auf die Karplus'sche Arbeit. Karplus trennt die periodische Oculomotorialähmung von der Migräne ab, erkennt dagegen die Fälle echter Migräne an, die sich mit Augenmuskellähmungen kombinieren. Er postuliert für die letzteren Fälle das Hinzukommen eines sonst bei der Migräne nicht gegebenen Momentes, das eine bestimmte Stelle im Verlauf der Oculomotoriusbahn zum Locus minoris resistentiae macht. Es ist interessant zu sehen, dass hier das

Auftreten einer auf irgend einer Weise erworbenen Ptosis dem Auftreten des ersten typischen Migräneanfalls sieben Jahr vorausgegangen und dass dieser sich sogleich mit Doppeltsehen verband. Annahme eines Locus minoris resistentiae im Karplus'schen Sinne nicht zu fern liegend. Zusammenhang zwischen Ptosis und Migräne einerseits, und organischer Erkrankung andererseits nur insofern denkbar, als die hypothetischen Zirkulationsstörungen der Migräne, die sich oft wiederholten, die Entwicklung einer Neubildung begünstigt haben können. Dass es sich von vornherein um symptomatische Migräne gehandelt hat, ist unwahrscheinlich, da erstens die Mutter des Pat. ebenfalls an Migräne gelitten, zweitens der Zeitraum zwischen erstem Migräneanfall und erster Tumorercheinungen ein sehr langer und drittens der Tumor den klinischen Symptomen nach an einer von der Oculomotoriusbahn weit entfernten Stelle sitzt (Gegend des hintern Schenkels der Capsula interna). Organische Läsionen im Anschluss an Migräneanfälle, z. B. Blutungen, sind beobachtet worden. Oppenheim fand bei einem Migränekranken Thrombosierung der Carotis interna. Er schreibt den vagospastischen Erscheinungen der Migräne die Hauptschuld an der Entstehung der Thrombose zu.

Die dritte Patientin (46 Jahr) erkrankte Ende vorigen Jahres mit Schmerzen im linken Trigeminalggebiet. Die damalige Untersuchung ergab nichts am Zentralnervensystem und an den peripheren Nerven; es fanden sich Anzeichen einer chronischen interstitiellen Nephritis und ausserordentlich starke Arteriosklerose der Abdominalgefässe. Vor einigen Wochen trat Doppeltsehen auf. Die Untersuchung ergab Lähmung des linken Abducens, Obliquus superior und wahrscheinlich auch einer der vom Oculomotorius versorgten Heber des linken Auges. Leichte Ptosis links, geringfügige Erweiterung der linken Pupille. Betroffen also im Sinne einer Reizwirkung Trigemini, Abducens, Trochlearis und Oculomotorius im Sinne einer Parese. Man könnte an ausgedehnten basalen Prozess, speziellluetischer Natur, denken. Lues scheint nicht vorzuliegen; auch müsste bei der anatomischen Lage der betroffenen Nerven an der Schädelbasis ein solcher Prozess von so grosser Ausdehnung sein, dass schwerere Allgemeinsymptome resultieren würden. Man muss sich nach einer Stelle umsehen, wo die betroffenen Nerven in dichtester Nachbarschaft verlaufen, das ist auf der Strecke ihres Verlaufs durch den Sinus cavernosus. In dichtester Nachbarschaft dort auch die Carotis interna. An ihr könnten sich dieselben kolossalen arteriosklerotischen Wandverdickungen abspielen wie an den Abdominalgefässen und dadurch ein Druck auf die benachbarten Nervenstämmen ausgeübt werden. Auch an die Möglichkeit eines kleinen Aneurysma oder eines periostitischen Prozesses in dieser Gegend ist zu denken. (Eigenbericht.)

Laehr bemerkt zum ersten Fall, dass er eine Dame beobachtet hat, welche sehr viel Aehnlichkeit mit demselben hatte und der Diagnose Schwierigkeiten bereite. Auch hier war die Differentialdiagnose zwischen Paralysis agitans, Pseudobulbärparalyse und multipler Sclerose. Sie zeichnet sich besonders dadurch aus, dass sie leicht einen Affektkrampf bekommt und dass reflektorisch jedesmal leicht ein Zustand von Bewusstlosigkeit hervorzurufen ist, der kurze Zeit andauert. Ferner sei von Interesse, dass zwei ihrer Geschwister unter gleichen Erscheinungen erkrankt und nach einigen Jahren gestorben seien. Nach der Diagnose der Aerzte soll es sich um Paralysis agitans gehandelt haben. L. fragt den Vortr., ob ihm aus der Literatur derartige Fälle bekannt

sind, wo mehrere Geschwister an gleicher Erkrankung litten und ob bei seinem Kranken auch die leichte Auslösbarkeit von Zuständen der Bewusstlosigkeit und Zwangslachen und -Weinen zu beobachten war.

Moeli bestätigt in bezug auf den letzten Fall die Erklärung des Votr. und betont, dass die Arteriosklerose der Carotis hochgradige Veränderungen des Opticus bewirken könne, welche nach Otto bis in die Retina hinauszuführen seien. Es liege um so weniger ein Bedenken gegen die Erklärung Vorkastner's vor, als diese Veränderungen in einem so engen Knochenkanal vor sich gingen.

Vorkastner sind in der Literatur Fälle nicht bekannt geworden, in denen mehrere Familienmitglieder an einer derartigen Krankheit gelitten hätten. Die von Laehr geschilderten Erscheinungen beständen bei seinem Kranken nicht.

174) **Bauschke**: Ein Fall von Herpes zoster bei Tabes dorsalis.

Die Kranke, eine 52jährige Arbeiterfrau, befand sich seit dem 30. Januar 1905 in der psychiatrischen Klinik der Charité. Von Lues war nichts Sicheres zu ermitteln gewesen. Menopause vor 10 Jahren. Vor 5 Jahren war sie mit einer gastrischen Krise erkrankt, mit welcher sich gleichzeitig eine Herpes zoster = Eruption auf dem Rücken links eingestellt hatte. Diese Eruption war von heftigen Rückenschmerzen begleitet gewesen. Fieber und Drüenschwellungen sollten nicht bestanden haben. Die gastrischen Krisen hatten sich später zunächst alle vier Wochen, ungefähr zu der Zeit, wo sie die Menses hätte erwarten können, später alle drei Monate wiederholt; die letzte war Mitte Januar 1905.

Ende 1903 hatte sich allmählig völlige Erblindung entwickelt.

Anfang des Jahres 1904 hatte die Kranke 6 Wochen lang an Blasenstörungen gelitten, derart, dass sie häufiger als sonst Urindrang verspürte. Zu jener Zeit stellte sich ein zweiter Zoster-Ausbruch ein, ebenfalls am Rücken links, nur tiefer als der erste.

Votr. berichtet, dass zurzeit mit Sehnerven-Atrophie, Lichtstarre der Pupillen, Differenz der Kniephänomene zu Gunsten des rechten, Fehlen der Achillessehnen-Phänomene usw., sowie mit leichtem Intelligenzdefekt und geringer paralytischer Sprachstörung das Bild der Tabes bestehe, an welche sich eine Dementia paralytica anzuschließen beginne.

Die Kranke zeigt eine seltene trophische Störung. Die Augäpfel sollen zwar immer tief liegend gewesen sein, dieser Zustand soll aber in der letzten Zeit stark zugenommen haben. Sie sind auffallend weit in die Orbita zurückgesunken, dabei von guter Spannung, so dass die Erscheinung mit abnormer Abnahme des Fettpolsters der Orbita erklärt werden muss.

Der Votr. demonstriert sodann die beiden Zoster-Narben. Die eine, bräunlich-rötlich gefärbt, ein Residuum der Eruption, welche sich gleichzeitig mit der ersten gastrischen Krise im Jahre 1900 einstellte, ist ca. 14 cm lang und 5 cm breit, beginnt in Höhe der Dornfortsätze des 6. und 7. Rückenwimbels links dicht an der Wirbelsäule und zieht schräg nach links unten und aussen. Die andere, welche von dem Zoster zurzeit der Blasenstörungen herührt, ist dunkler gefärbt, ca. 3 cm lang und 3 cm breit und zieht links von den Dornfortsätzen des 2. und 3. Lendenwimbels nach aussen. Drüenschwellungen in der linken Leistenbeuge oder Achselhöhle bestehen nicht.

Votr. erwähnt die nur spärlichen Literatur-Angaben über Herpes zoster als Begleiterscheinung der Tabes (Hench, Charcot, Westphal der Jüngere, Bernhardt, Head) und geht dann kurz auf die Ursache des idiopathischen Herpes zoster ein. Bärensprung vermutete eine Erkrankung der Spinal-Ganglien, später wurde von einigen periphere Neuritis, von anderen eine Rückenmarks-Affektion als Ursache angenommen, bis Head und Campbell in zahlreichen Fällen von idiopathischem Herpes zoster, die sie obduzierten, immer Veränderungen der Spinalganglien fanden.

In dem einen der Head-Campbell'schen Fälle bestand Zoster bei einer Tabes. Head hatte auch hier neben üblichen Tabes-Veränderungen am Rückenmark Entzündungserscheinungen in den Spinalganglien und deren Scheide gefunden, es aber offen gelassen, ob es sich um einen durch die Tabes hervorgerufenen Zoster gehandelt habe, oder ob die Tabes einen Prädisposition für einen idiopathischen Herpes zoster schuf. Der Votr. möchte dies auch in seinem Fall unentschieden lassen, weist vielmehr darauf hin, dass sich durch beide Zoster-Eruptionen seines Falles die Ausführungen Head's über die Beziehungen zwischen inneren Organen und bestimmten Hautbezirken bestätigt finden.

Die erste Zoster-Eruption seines Patienten stellte sich mit der ersten gastrischen Krise ein. Der Magen steht nach Head mit dem 7.—9. Dorsalsegment in Beziehung; der Hautbezirk der entsprechenden Zoster-Narbe aber in Höhe des 6. und 7. Rückenwirbeldornfortsatzes wird nach Head vom 6. Dorsalsegment aus versorgt. Dieser Hautbezirk entspricht also zwar nicht ganz genau den Magen-Segmenten, sondern dem nächst höher gelegenen Segment, doch werden von Head selbst individuelle Schwankungen in dieser Beziehung zugegeben, so dass hierin ein Widerspruch nicht gesehen zu werden braucht.

Der 2. Zoster-Ausbruch stellte sich zur Zeit der Blasenstörungen ein, welche sich in häufigem Urindrang äusserten. Der häufige Urindrang lässt sich unschwer mit einer Reizung des depressor vesicae erklären. Dieser steht nach Head u. a. mit dem 11. und 12. Dorsalsegment in Beziehung, und dem entspricht die Lage der hier dazu gehörigen Zoster-Narbe, welche in Höhe des 2. und 3. Lendenwirbeldornfortsatzes gelegen ist, d. h. in einem Hautbezirk, welcher zum 11. Dorsalsegment Beziehungen unterhält.

Was die Berührungs-Sensibilität angeht, so ist sie bei beiden Narben ungestört, dagegen sind beide Narben hyperalgetisch bei Nadelstichen. Die obere hat ausserdem einen korrespondierenden ventralen Schmerzpunkt, im Head-Winkler'schen Sinne, und zwar ungefähr in der vorderen Axillarlinie; die zwischen beiden Schmerzpunkten liegende Hautpartie erwies sich als hypalgetisch, ebenfalls im Sinne des Winkler'schen Typus.

Seiffer: Das Interesse des Falles liege in der Verbindung von gastrischen Krisen mit dem Ausbruch von Herpes zoster. S. hat zufällig einen ähnlichen Fall gesehen, einen Tabiker, welcher seit Jahren jedesmal, wenn er lancinierende Schmerzen bekam, einen Anfall von Herpesausbruch im Gebiet des ersten Lumbalsegments bekam. Wenn es erlaubt sei, die gastrischen Krisen mit den lancinierenden Schmerzen parallel zu stellen, so dürfte sich sein Fall dem vorgestellten anschliessen.

Ausserhalb der Tagesordnung.

175) **Scoczynski** demonstriert anatomische Präparate eines Falles

ausgedehnter allgemeiner Neurofibromatose der Haut und des Zentralnervensystems.

Der Fall war 1902 in der Gesellschaft der Charitéärzte von Seiffer vorgestellt worden, welcher klinisch schon die durch die Sektion bestätigte Diagnose stellte, dass es sich um zwei symmetrisch gelegene grössere Tumoren zwischen Pons, Medulla und Kleinhirn handelte. Bei dem Tode war der Pat. 35 Jahr alt. Als Kind hatte er schon zahlreiche Hautknötchen. Im 24. Jahre stellte sich Abnahme des Gehörs ein, 1896 fast völlige Taubheit, dann Abnahme des Sehvermögens und einige Monate vor der Aufnahme in die Charité Schwäche in den Beinen, papilläre Stauungserscheinungen, Nystagmus, Amaurose, linksseitige Facialisschwäche, links Zungenatrophie und fibrilläre Zuckungen. Atrophische Muskeln mit E. A. R. im Deltoideus, Supin. long., Peronealgruppen. Gang cerebellar ataktisch. Schwindel, Schlaflosigkeit. Bei Exstirpation eines Hautknötchens fibromatöser Bau ohne Nervenfasern. 1903 wegen psychischer Störungen in die psychiatrische Klinik aufgenommen; dort steigerten sich die Symptome. Kaehexie und Schluckpneumonie führten zum Tode. Der Sinus longit. fand sich komprimiert. Zu beiden Seiten der Falx unter der Dura zahlreiche flächenhafte Tumoren von Haselnuss- bis Wallnussgrösse, welche in die mediale Fläche der linken Hemisphäre eindringen. An der Basis ebenfalls zahllose Geschwülstchen; ein grösseres mit dem Knochen fest verwachsen, dem Vorderpol des linken Schläfenlappens entsprechend. Zwischen Medulla oblong., Brücke und Kleinhirn links hühnerei-, rechts taubeneigrosser Tumor, mit der dorsalen Fläche in das Kleinhirn hineindringend und die Nn. acustici in sich aufnehmend. Die vollkommene zentrale Taubheit und die Kleinhirnsymptome wurden hierdurch und durch den Druck auf das Kleinhirn erklärlich. Der Tumor im linken Schläfenlappen machte keine klinisch nachweisbaren Erscheinungen. Viel zahlreicher als im Gehirn sind die kleinen Tumoren im Rückenmark, wo fast keine Wurzel davon verschont ist; im Lendenmark und in der Cauda equina bis zu Wallnussgrösse. Im N. peroneus ziemlich grosse spindelförmige Verdickungen. Es handle sich um ein Neurofibroma generalis. Die Dura mater bilde sonst meist einen Damm, über den die Geschwulstbildung selten hinausgehe. Hier aber sei sie sowohl in der Haut, als an den Gehirnnerven zu bemerken. Der Mangel der Störung der Hautsensibilität, welcher fast unverstänlich erschien, erklärte sich aus dem mikroskopischen Befund. Die Geschwulstmassen gehen vom Epineurium aus, während die Nervenfasern im Bogen um die Geschwulst herumgehen, ohne pathologisch verändert zu sein. An andern Stellen werden die Nervenfasern nur auseinander gedrängt. Es handelte sich mehr um einen Druck der fertigen Geschwulst auf benachbarte Nervenfasern und auf die Zentren, als um Degenerationen der Nervenfasern. Da links der Tumor grösser war, waren links die Symptome schwerer als rechts.

Henneberg bemerkt bezüglich des Namens zentrales Neurofibrom, der pathologische Befund gehe darüber hinaus. Die flächenhafte Verbreitung der Geschwülste an der Dura und an den spinalen Wurzeln mache es wahrscheinlich, dass die Untersuchung nicht mehr das Bild des Fibroms, sondern des Sarcoms ergeben werde. Möglicherweise sei ein ursprüngliches Fibrom malign degeneriert und schliesslich eine metastatische Verbreitung der Geschwülste eingetreten im Gegensatz zu dem Charakter der Neurofibrome.

Scoczynski erwidert, dass die mikroskopische Untersuchung noch nicht

beendet sei. Ein von Seiffer an Lebenden exstirpiertes Geschwülstchen sei ebenso wie ein aus der Innenfläche der Dura mater von Kortum genommener Tumor als Fibrom angesehen worden. Was die Malignität angeht, so sei durch den klinischen Verlauf erwiesen, dass der Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel seit ca. 10 Jahren besteht und sehr wenig an Grösse zugenommen hat, so dass ihm eine besondere Malignität nicht zugesprochen werden könne.

176) **Reich**: Demonstration.

Der vorgestellte Fall gehört in das Gebiet der Aphasie und Asymbolie. 58jähriger Mann, 1900 erkrankt, amnestisch ohne Lues und Alkoholismus. Von Beruf Putzer, erlitt er 1900 beim Bau einen Unfall, indem ihm aus grosser Höhe ein Stein auf den Kopf fiel. Er bekam dabei eine Wunde, ohne bewusstlos zu werden, ist selbst zum Arzt und wieder nach Haus gegangen. An der Tür verirrte er sich, lief stundenlang in der Strasse umher. Noch zwei Tage arbeitete er, machte aber alles verkehrt. Nach Aussage der Ehefrau erkannte er gleich Gegenstände nicht mehr, wenn er sie aber in die Hand bekam, wusste er, was er damit zu tun hatte. Den Gebrauch der Gegenstände verlor er darauf. Personen erkannte er anfänglich, was sich allmählich verlor. Schliesslich erkannte er seine eigenen Kinder nicht mehr, zuletzt nur noch Frau und Tochter. Im letzten Sommer war er nicht mehr imstande, sich zu orientieren, zeigte grosse Gedächtnisschwäche, stand Nachts auf, sammelte Papier. Er braucht für alle möglichen Gegenstände stereotype Namen und Worte, wie: „Molkerei und Bäckerei“, „Dingsda“. Das Schreiben hat stark gelitten, er schreibt keine erkennbaren Buchstaben. Aufforderungen kann er meist nicht vollführen. Er kann keinen Gegenstand bezeichnen, während er imstande ist, auf Aufforderung, wenn man die betreffenden Bilder zeigt, einzelne Gegenstände zu finden. Er bedarf aber einer gewissen Zeit, um darauf zu kommen. Mit den gezeigten Gegenständen weiss er im allgemeinen sehr wenig anzufangen. Es besteht nicht bloss optische Asymbolie, sondern er vermag auch mittelst des Tastgefühls, Geruchs und Geschmacks die Gegenstände nicht zu erkennen. Eine Zigarre raucht er aber und weiss bei fünf bis sechs Gegenständen, um was es sich handelt (Stiefel, Strümpfe, Kleider). Es fällt ihm schwer, sich hineinzufinden und man muss ihm lange zureden. Von Lesen ist keine Rede. Fast alles Gedruckte bezeichnet er als Molkerei und Bäckerei. Ein gewisses Gedächtnis für Melodien ist geblieben. Das Nachsprechen fünfstelliger Zahlen gelingt gut. Keine Hemianopsie. Alles, was passiert, ahmt er nach. Es bestehen erstens aphasische Symptome: er versteht nicht, ist spontan wenig zu sprechen imstande und kann nachsprechen; zweitens asymbolische Symptome. Er kann die meisten Gegenstände und Personen nicht erkennen, hat ferner Apraxie, macht vielfach unzweckmässige Bewegungen, kennt den Gebrauch von Gegenständen nicht. Das Gedächtnis ist, weil er wenig psychisches Material besitzt, schwer zu prüfen, ist aber ein sehr geringes. Seine Aufmerksamkeit ist gesteigert. Wird er geschimpft, protestiert er dagegen. Gemütliche Erregungen, Zorn, Liebe, Dankbarkeit besitzt er. Votr. gibt nun an der Hand des Wernicke'schen Schemas ausführliche Erörterungen über den vermutlichen Sitz der Störung. Aus der nicht mehr vorhandenen Kritik, dem euphorischen, leicht an das Manische grenzenden Wesen des Patienten schliesst Votr., dass die Störung wahrscheinlich im Zentrum der Begriffsbildung zu suchen ist. Es müsse sich um einen funktionellen Charakter des Leidens

handeln, da grobe Läsionen fehlen. Da die Entstehung eine traumatische sei, so könne man an kapilläre Blutungen denken. Das Krankheitsbild erinnere an die Korsakow'sche Psychose, da er etwas Alkoholist gewesen ist, erhebliche Gedächtnisschwäche zeige und euphorisch sei.

III. Bibliographie.

XLIX) Georg Wanke: Psychiatrie und Pädagogik. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XXXIII. J. F. Bergmann 1905. 26 S. 0,80 M.

Erweiterte Wiedergabe des in der Jahressitzung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Göttingen gehaltenen Vortrages. Vergl. das Referat in diesem Centralbl. 1904, S. 392. Gaupp.

L) B. Laquer (Wiesbaden): Trunksucht und Temperenz in den Vereinigten Staaten. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, XXXIV. Wiesbaden, J. B. Bergmann, 1905.

Laquer hat im Sommer 1904 im Auftrag der von Reichenbach-Lessonitz-Stiftung die Alkoholfrage in Nord-Amerika studiert und berichtet in der vorliegenden inhaltsreichen und wertvollen Arbeit über seine Studien und Eindrücke. Die Monographie zerfällt in neun Teile: 1. Schilderung der Reise. 2. Geschichte und Entwicklung der amerikanischen Temperenz. 3. Der Unterricht über den Alkohol in den Schulen Nordamerikas. 4. Staatsverbot (Prohibition) und Bezirkswahl (Local Option), Alkoholsteuern, Zahl der Wirtschaften, Alkoholkapital. 5. Die Erfolge der Temperenz und ihre Ursachen. 6. Der amerikanische Arbeiter und der Alkohol. 7. Die Ergebnisse. 8. Die zukünftigen Wege der amerikanischen Temperenz. 9. Die Nutzenwendung für deutsche Verhältnisse.

Laquer empfiehlt uns Deutschen: Einigkeit und gemeinsame Arbeit der Abstinenten und Mässigen; gesetzgeberische Massnahmen der Regierung; Schaffung einer Landes-Wohlfahrts-Kommission (Graf Douglas), indirekte Bekämpfung des Alkohols, vor allem der Trinksitten, Unterricht über die Gefahren und Wirkungen des Alkohols. Gaupp.

LI) A. Römer (Stuttgart): Was schulden wir dem Alter? Berlin, Reuther & Reichard 1905. 94 S. 1,00 Mk.

Der Verfasser, ein erfahrener praktischer Arzt und, wenn ich mich nicht täusche, ein Schüler des Psychiaters Koch, schildert in dem kleinen Buche in gemeinverständlicher Weise die körperlichen und geistigen Symptome des Seniums und die Aufgaben, die einer Pflege alter Leute aus diesen Veränderungen erwachsen. Die anschauliche Beschreibung der leichten Alterserscheinungen auf psychischem Gebiet, vor allem auch der Charakterveränderungen bildet eine gute Ergänzung zu den psychiatrischen Darstellungen der senilen Geistesstörungen, die der Irrenarzt in den Anstalten kennen lernt. Die praktischen Ratschläge sind durchweg gut und empfehlenswert. Der streng christliche Standpunkt, auf dem der Verf. steht, gibt der Arbeit ein individuelles Gepräge. Römer hat vor Jahren ein Buch „Psychiatrie und Seelsorge“ geschrieben, in dem seine Eigenart vielleicht noch deutlicher zutage tritt. Gaupp.

LII) Lövegren: Zur Kenntnis der Poliomyelitis anterior acuta und subacuta s. chronica. Berlin 1905, S. Karger. 108 S. 3,50 Mk.

Als Einleitung zu diesen klinischen und pathologisch-anatomischen Studien gibt Verf. einen sehr interessanten Ueberblick über die Literatur der Poliomyelitis. Die Entstehungsgeschichte dieser Krankheitsform ist mit Sorgfalt bis in die jüngste Zeit durchgeführt; höchstens wäre bei der Frage nach den experimentell erzeugten Poliomyelitiden eine etwas grössere Vollständigkeit zu wünschen. Es will mir scheinen, dass die Befunde Roger's, Thoinot's und Masselin's doch hinter den Resultaten Hoche's (arterielle embolische Myelitis) an Bedeutung für die Pathogenese der Poliomyelitis zurückstehen; diese Untersuchungen Hoche's hätten wohl erwähnt werden sollen.

Besonders wertvoll sind die klinischen Beobachtungen von Poliomyelitis anterior acuta bei Erwachsenen. Verf. ist in der Lage, über drei solcher Fälle berichten zu können. Er vergleicht die Lähmungsbilder bei der akuten Pol. der Erwachsenen und bei der gleichen Krankheit der Kinder. Danach ist die monoplegische Form bei der Pol. der Erwachsenen äussert selten, bei der Kinderlähmung dagegen am häufigsten; bei Erwachsenen ist die Lähmung viel ausgebreiteter als bei Kindern. Die Deformitäten der Glieder und der Wirbelsäule kommen bei Erwachsenen nur selten vor; ebenso fehlen erklärlicherweise Veränderungen, die durch Hemmungen des Wachstums bedingt sind.

Die Poliomyelitis acuta ist als Infektionskrankheit aufzufassen. Zu den Bedingungen ihrer Entstehung müssen ausser den Infektionsträgern selber noch gewisse accessorische Momente gezählt werden; z. B. die Jahreszeit: vierünftel sämtlicher Fälle traten im Sommer und Herbst auf. Auch das Lebensalter ist bekanntlich von Bedeutung: die überwiegende Mehrzahl der Kinderlähmungen tritt vor dem 5. Lebensjahre auf; von den in der Literatur bekannten Poliomyelitiden der Erwachsenen entfällt die Hälfte der Fälle auf das 19. bis 23. Lebensjahr. — Einigemal gingen der Poliomyelitis Infektionskrankheiten und Erkältungen voraus; doch sind diese Gelegenheitsursachen selten.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von Poliomyelitis anterior acuta „gegen Ende des Reparationsstadiums“ bringt nichts wesentlich Neues. Es scheint nicht hinreichend eindeutig, wenn in den pathologischen Betrachtungen über die Art der primären Veränderungen bei der Poliomyelitis zwischen parenchymatösen und interstitiellen Prozessen unterschieden wird, wie der Autor es tut, der unter „interstitiellen“ Affektionen einen von den Gefässen ausgehenden Prozess versteht. Es sollten wohl auch hier die Arbeiten Weigert's und Nissl's über das Stützgewebe und über die biologische Grenzschiede zwischen mesodermalem und ektodermalem Gewebe als Richtschnur dienen.

Am Schlusse berichtet Verf. noch über eine klinische Beobachtung und über einen anatomisch untersuchten Fall von chronischer, resp. subacuter Poliomyelitis. Die Darstellung ist sehr klar und knapp; ich möchte auf sie noch ausdrücklich verweisen. Spielmeier.

LIII) F. Jessen: Lungenschwindsucht und Nervensystem. Jena, Gust. Fischer. 1905. 112 S.

Verf. hat sich der mühevollen, aber umso dankenswerteren Aufgabe unterzogen, auf Grund der recht umfangreichen Literatur und reicher eigener Erfahrungen — er war früher Oberarzt am Vereinshospital in Hamburg und ist

jetzt Arzt in Davos — zusammenzustellen, was wir über die Beziehungen zwischen Nervenleiden und Lungenschwindsucht wissen. Sehr viel ist es nicht. Dass die Phthise in den psychiatrischen Anstalten sehr häufig vorkommt und dass Phthisiker recht oft psychische Anomalien aufweisen, ist bekannt; wie die Beziehungen zwischen beiden Erkrankungen aber durchschnittlich geartet sind, das ist noch keineswegs hinreichend aufgeklärt. Theorien und Hypothesen gibt es genug — und es ist recht interessant, sie aus J.'s Darstellung kennen zu lernen —; sie sind alle deshalb recht wenig befriedigend, weil wir über die wahren Ursachen der Psychosen so gut wie garnichts wissen, und weil tuberkulöse Lungenveränderungen überhaupt so sehr häufig sind. Wir möchten deshalb doch Bedenken tragen, mit dem Verfasser anzunehmen, dass es nur „sehr vereinzelte Fälle“ seien, „in denen Psychose und Lungentuberkulose zufällige Komplikationen bilden“. Im übrigen zeichnet sich das Buch durch eine sachliche und kritische Darstellung aus, so dass es jedem, der sich über diese Frage orientieren will, warm empfohlen werden kann. Bumke.

LIV) State of New-York. State Commission in Lunacy.

LV) Fourteenth Annual Report. Oktober I. 1901, to September 30. 1901. Albany, Argus Comp. 1903.

LVI) Fifteenth Annual Report. Oktober I. 1902, to September 30. 1902. Albany, Oliver A. Quayle. 1904.

In zwei stattlichen Bänden von 1011 resp. 1091 Seiten liegen hier die Jahresberichte der Staatskommission für das Irrenwesen im Staat New-York vor. Jeder Band enthält an erster Stelle den allgemeinen Bericht der Kommission; hier werden auch Urteile, sehr interessante Verbesserungsvorschläge etc. abgegeben; hierauf folgen in langer Reihe die Berichte der einzelnen Anstalten, von den jeweiligen Direktoren (Superintendenten) herausgegeben, die unseren Anstalts-Jahresberichten entsprechen. Ein eigener Abschnitt ist jedesmal der Kriminalstatistik gewidmet. Alles ist sehr klar und übersichtlich gehalten und nach einheitlichen Prinzipien geordnet. Der Staat New-York scheint in wirklich mustergiltiger Weise für seine Geisteskranken (etwa 24 000) zu sorgen; die agrikole Irrenpflege wird in weitgehendem Masstab betrieben; auch für körperlich kranke Irre scheint alles aufs beste vorgesehen zu sein; so finden sich z. B. im 15. Jahresbericht die Pläne zu wirklich grossartigen Pavillons für tuberkulöse Geisteskranke. Seit Frühjahr 1901 sind an den Irrenanstalten des Staates New-York zwei sog. klinische Assistenten angestellt, die etwa unseren jetzigen Praktikanten entsprechen; sie verpflichten sich auf ein Jahr und erhalten Wohnung und Verpflegung. Grosser Wert wird auf die fortschreitende wissenschaftliche Ausbildung der Aerzte gelegt; es besteht seit 1½ Jahren ein eigenes pathologisches Institut mit jährlichen Kursen; wöchentlich finden in den einzelnen Anstalten ein- bis zweimal „Meetings“ der Aerzte statt. Die meisten der Hospitäler haben auch einen weiblichen Arzt (woman physician). An der Anciennität scheint nicht festgehalten zu werden; häufig findet sich empfohlen, dem Besten Verantwortlichkeit zu übertragen, der dann eben auch der Erste wird. Es bestehen ferner eigene Kurse zur Ausbildung des Pflegepersonals. Trotz vieler musterhafter Einrichtungen hat aber auch das Irrenwesen im Staat New-York für die Aerzte einige Schattenseiten; besonders gibt zu Klagen Anlass die Ueberlastung der Aerzte mit Verwaltungsgeschäften, wobei

dann der medizinische Teil ihres Dienstes am schlechtesten wegkommt, da man hier am leichtesten „schlampen“ kann, während eine Unterlassungssünde im Verwaltungsdienst sich meist bald bemerkbar macht. Allem Anschein nach soll hier baldige Remedur geschaffen werden.

F. Probst.

LVII) A. Cramer: Die Heil- und Unterrichtsanstalten für psychische und Nervenranke in Göttingen. Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch. Jena, G. Fischer 1905.

Der Göttinger Kliniker schildert zunächst in Kürze die Göttinger Anstalt, die Poliklinik für psychische und Nervenranke, die stationäre Klinik, die demnächst ihre endgültigen Räume erhält, und beschreibt dann in ausführlicher und anschaulicher Darstellung Zweck, Bau, Einrichtung, Betrieb und bisherige Behandlungsergebnisse des Sanatoriums für Nervenranke „Rasemühle“. (Vergl. d. Centralbl. 1904, S. 387 u. 405.) Zahlreiche Abbildungen, Grundrisszeichnungen, statistische Mitteilungen, Prospekte, Speiseregulative sind der Arbeit beigegeben, so dass der Leser ein deutliches Bild der schönen Entwicklung erhält, welche die Göttinger Anstalt durch Cramer's Bemühungen genommen hat.

Gaupp.

LVIII) H. Schlöss: Ueber die Ursachen der Idiotie. Wien 1904. Verlag: „Verein Fürsorge für Schwachsinnige“. 0,60 M.

Bösbauer, Miklas und Schiner geben „Beiträge zur Schwachsinnigen-Fürsorge“ heraus. Heft I dieser Sammlung ist der vorliegende Aufsatz des österreichischen Psychiaters. Er schildert in gemeinverständlicher Weise die Aetiologie der Idiotie.

Gaupp.

LIX) Zacharias und Müsch: Konstruktion und Handhabung elektromedizinischer Apparate. Mit 209 Abbildungen. Leipzig, J. A. Barth. 1905. 307 S. M. 8,00.

Dem vor kurzem hier besprochenen Buche von Guttmann (Centralbl. 1905, S. 44) ist in dem vorliegenden Werke ein Konkurrent erstanden. Die Verfasser schildern die Apparate und Maschinen zur Erzeugung der Elektrizität (Kap. I—VII) und die speziellen elektromedizinischen Apparate, die der Chirurg, der Neurologe, der Dermatologe usw. kennen und anwenden muss. Den einzelnen Abschnitten sind ausführliche Literaturverzeichnisse beigegeben. Zahlreiche Abbildungen erläutern die Ausführungen. Die Gruppierung des Stoffes ist folgende: Einleitung: Geschichtliches. Anwendungsgebiet. Die Wirkungen der Elektrizität. I. Die Erzeugung der Elektrizität. II. Elektrische Lichtquellen. III. Elektromotoren. IV. Die Leitungen. V. Schalt- und Sicherheitsapparate. VI. Widerstands- und Wärmearparate. VII. Apparate zur Untersuchung (Röntgenstrahlen, Endoskopie und Diaphanoskopie). VIII. Apparate zur Behandlung. IX. Behandlung und Reparaturen der Apparate. Anhang. Verzeichnisse.

Gaupp.

LX) Emil Lucka: Otto Weininger. Sein Werk und seine Persönlichkeit. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1905. 158 Grossoktav-S. 2,50 M.

Der Verfasser bespricht und erläutert in eingehender Weise die philosophischen Probleme Weininger's. Nach ihm ist Weininger „der Mann, der die Welt zerbricht, um eine granitne Pyramide aus ihren Stücken erstehen zu lassen“. (S. 14.) Diese Worte sprechen für sich selbst. Da ich in einer

kleinen Broschüre seinerzeit nachzuweisen gesucht habe, dass es sich bei Weininger's Werken zweifellos um den Ausfluss einer geistigen Störung handelte, so kann man sich denken, wie wenig gut der Verfasser auf mich zu sprechen ist. In einem Anhang des Werkes drückt auch der Vater Weininger's seine Ueberzeugung der geistigen Gesundheit seines Sohnes aus.

F. Probst.

LXI) Richard Stern: Die pseudomotorische Funktion der Hirnrinde. Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1905. 27 Seiten. 1 M.

Stern nimmt Anstoss an der Annahme einer zentripetalen sensorischen und einer zentrifugalen motorischen Leitung im Nervensystem. Seiner Ansicht nach bedeutet das die Annahme unterschiedlicher Funktionen für morphologisch gleichartige Ganglienzellen, indem die sensorische sich passiv, die motorische dagegen sich aktiv, krafterzeugend verhält. Dieser angeblich widerspruchsvollen Theorie setzt Stern eine eigene entgegen, nach der sensorische und motorische Funktion beide wesensgleich und zentripetal gerichtet erscheinen. Er nimmt an, dass der Muskel neuro-muskuläre Energie produziert, die konstant von ihm zur motorischen Ganglienzelle fliesst. Diese wird durch Erregung von Assoziationsbahnen her in ihrem Leitungswiderstande verändert und ruft so Schwankungen im Strom der neuro-muskulären Energie hervor, wodurch Muskelkontraktionen ausgelöst werden.

Die Analogie der Vorgänge auf sensorischem und motorischem Gebiete sucht er dann noch weiter auszudehnen. Zu diesem Zwecke verleiht er auch der sensorischen Ganglienzelle ein veränderliches Leitungsvermögen. Doch ist hier nicht die Beeinflussung der Leitungsfähigkeit durch die von der Peripherie zuströmende Neuro-Energie für sich allein von Bedeutung, sondern gewinnt eine solche erst durch ein gewisses Beharren der einmal gesetzten Veränderung. Hierdurch trifft jeder von einem Reiz ausgelöste Nervenstrom auf eine bestehende Konfiguration der Leitungswiderstände. Je geringer diese Leitungswiderstände sind, um so mehr sollen sich die psychischen Vorgänge der Schwelle des Bewusstseins nähern, um schliesslich ganz unter ihr zu bleiben als automatische Akte oder Reflexe. Umgekehrt steigt mit der Grösse des Leitungswiderstandes die Intensität des Bewusstseins und verengert sich zugleich das Feld der Aufmerksamkeit.

Stern bekämpft in seiner Theorie selbstgeschaffene Schwierigkeiten, die den bisher geltenden Anschauungen in Wahrheit gar nicht anhaften. Wenn man den Ganglienzellen überhaupt keinen direkten Anteil an den Leitungsvorgängen zuschreibt, sondern diese sich rein in den Neurofibrillen abspielen lässt, dann fällt jede prinzipielle Scheidung zwischen einem zentripetalen und einem zentrifugalen Abschnitt der Leitungsbahn weg. Es handelt sich dann um geschlossene Reflexbögen durch Gehirn und Rückenmark — gleichgültig, ob man eine anatomische oder nur eine funktionelle Kontinuität annimmt —, in denen ein Erregungsvorgang von der Sinneszelle bis zum Muskel läuft. Aber auch strenges Festhalten an der Neuronentheorie in ihrer ursprünglichen Fassung statuiert keinen prinzipiellen Unterschied zwischen den Erregungsvorgängen in sensorischen und motorischen Neuronen und tastet die funktionelle Einheitlichkeit des Gesamtvorganges nicht an. Die Unterscheidung einer zentripetalen und einer zentrifugalen Richtung hat eine Bedeutung nur im Hinblick auf den Gesamtorganismus; innerhalb des einzelnen Neurons gibt es immer nur ein

und dieselbe Richtung, nämlich von der funktionellen Eintrittsstelle zur funktionellen Austrittsstelle. Stern's Unterscheidung „aktiven“ und „passiven“ Verhaltens ist unzutreffend. Man hat niemals angenommen, dass die motorischen Ganglienzellen die Muskelarbeit erzeugen; sie lösen sie nur aus, indem sie die selbst empfangene Erregung weitertragen. Die Muskeln sind Organe zur Erzeugung, zur Aufspeicherung und zum Verbrauch von Energie, sie sind Feuerung, Kessel und Arbeitszylinder; die nervöse Leitung reguliert nur die Ventile. Stern's Annahme eines neuro-muskulären Stroms vom Muskel zur motorischen Ganglienzelle ist aber nicht nur überflüssig, sondern auch an sich haltlos. Man könnte sich ein Abströmen von Energie nur denken, wenn sie irgendwo Arbeit verrichten sollte. Das soll sie aber nach ihm gar nicht. Sie verströmt im allgemeinen gänzlich zwecklos, nur um im Bedarfsfalle eine Schwankung erleiden zu können. Da erscheint es doch sehr viel näher liegend, weil ökonomischer, anzunehmen, dass nur die tatsächlich erregte motorische Ganglienzelle einen Nervenstrom zum Muskel sendet.

Ich möchte Gelegenheit nehmen, an dieser Stelle noch einige allgemeinere Bemerkungen anzuschliessen. Es macht sich auch bei anderen Autoren neuerdings immer mehr die Tendenz geltend, die nervösen Vorgänge rein als Leitungsvorgänge aufzufassen, das Gehirn als eine Mannigfaltigkeit veränderlicher Leitungswiderstände, gewissermassen als einen komplizierten Rheostaten. Dem ganzen Nervensystem wird hierdurch eine passive Rolle zugewiesen. Eine solche Anschauung wird aber den Tatsachen nicht gerecht. Ich habe oben Stern gegenüber geäußert, dass hinsichtlich der Aktivität oder Passivität zwischen dem sensorischen und motorischen Anteil der Unterschied besteht, den er den geltenden Theorien unterschiebt; ich wollte damit aber nicht eine allgemeine Passivität anerkennen. Ganz abgesehen von der durch das Nervensystem verwalteten Energie seiner Endapparate, der Muskeln, erscheint es mir auch für sich als Erzeuger und Verbraucher recht erheblicher eigener Energie. Ein äusserer Reiz, der eine winzige Energiemenge darstellt, wie etwa der Anblick irgend eines Gegenstandes, kann eine Fülle motorischer Impulse zur Innervation von Abwehrbewegungen auslösen oder auch eine lange Gedankenkette, heftige Gemütsbewegungen usw. Ursache und Wirkung stehen in einem offenkundigen Missverhältnis. „Ausgeschliffene Bahnen“ sind nicht hinreichend, es zu überbrücken. Sie können die ursprüngliche Energiemenge nicht um ein Titelchen vermehren. Die psychischen Erscheinungen zwingen zu der Annahme, dass unter dem Einflusse äusserer Reize im Zentralnervensystem Energiemengen aufgespeichert werden, vielleicht in Form komplizierter chemischer Moleküle, bis auf geeigneten Reiz Entladung erfolgt. Bei den einfachsten Reflexen bedarf es dieser Annahme nicht. Hier durchläuft die Erregungswelle in kürzester Zeit und isoliert von allen andern den Reflexbogen. Das Charakteristikum der höheren Reflexe, d. h. eben der psychischen Vorgänge, ist aber die Kombination zeitlich weit auseinanderliegender Reize. Hier muss sich zwischen Reizen und motorischer Entladung als Zwischenglied eine zentrale Spannung und Entladung einschleichen. Erst auf diese Weise erhalten die verschiedenen Abschnitte des zunächst nur einheitlich zu denkenden Leitungsvorganges von der Sinneszelle bis zum Muskel selbständige Bedeutung. Gegenüber einer einseitigen Ausgestaltung der Assoziationspsychologie ist es vielleicht angebracht, zu betonen, dass im Spiel der Assoziationen die momentan ausgelösten Energien nicht nur

auf eine jeweilig bestimmte Konfiguration passiver Leitungsverhältnisse stossen, sondern zugleich auf eine solche aktiv eingreifender Spannungsenergien.

v. Kunowski (Leubus).

IV. Referate und Kritiken.

177) **A. Hill Buchan:** Some Aspects of Alcoholism.

(Rev. of Neurol. u. Psychiatry. No. 1 u. 2, 1905.)

Verf. gibt eine Anzahl statistischer Daten, deren wissenschaftlicher Wert zum Teil recht fragwürdig ist. Eine Statistik der im Alkoholdelirium vorkommenden Tierarten mutet doch etwas merkwürdig an. Die übrigen tabellarischen Angaben über die Häufigkeit der verschiedenen Symptome des Deliriums bieten nichts wesentlich Neues.

K. Abraham.

178) **Dide:** Dermatopychies. Pseudo-œdème. Érythème polymorphe. Purpura. — Gangrènes superficielles symétriques.

(Bulet. d. l. Société scientifique de l'Ouest XIII., 3. 1904.)

Dide macht wie schon mehrfach an anderer Stelle auf die Häufigkeit aufmerksam, mit der bei den verschiedensten Psychosen vasomotorisch-trophische Störungen vorkommen. Er referiert über Fälle mit Pseudoœdem, mit Erythema polymorphum und Purpura, ferner über solche, in denen auf dem Boden dieser Störungen gangränöse Stellen sich entwickelten. Diese letzteren trennt er mit Recht von der eigentlichen Raynaud'schen Gangrän ab. Am ehesten treten alle diese Störungen auf bei solchen Psychosen, deren hauptsächlichstes Symptom die Hemmung ist; daher sind sie am konstantesten bei den Katatonikern.

Cassirer.

179) **E. Raimann:** Ueber Simulation von Geistesstörung.

(Wiener Medizinische Wochenschrift. No. 4, 1905.)

Wie bereits in einer vor zwei Jahren erschienenen Arbeit wendet sich Raimann gegen die Auffassung mancher Gutachter, in jedem Simulanten a priori einen Geisteskranken zu erblicken. Es sei zu untersuchen, ob der Simulant der Vernunft so weit beraubt ist, dass er für seine Straftat nicht verantwortlich gemacht werden könne. Es simulieren nicht nur Geisteskranke infolge ihrer Geisteskrankheit, sondern auch Neuropathen und Degenerierte, die aber in foro als zurechnungsfähig zu gelten haben. Gerade unter Gewohnheitsverbrechern findet man Degenerierte, ethisch Defekte. Diese weisen vielfach epileptoide Antecedentien auf, wie pathologischen Rausch, Absenzen u. dergl., derentwegen sie manchmal schon vor ihrer Straftat in Irrenanstalten waren und sich hier die zur Simulation nötigen Vorkenntnisse aneigneten. Es kopieren aber nur wenig Simulanten einen beobachteten Krankheitsfall. Die meisten stützen sich bei ihren Vortäuschungen auf laienhafte Vorstellungen von Geisteskrankheiten. Am beliebtesten ist die Simulation des Blödsinns, öfter mit körperlicher Hinfälligkeit; Epilepsie wird häufig simuliert. Viele Angeklagte schützen einen pathologischen Rausch vor, an dessen tatsächliches Bestehen bei degenerierten Kriminellen ja auch immer zu denken ist. Schwierigkeiten ergeben sich bei Hysterischen. Die kriminelle Verfolgung kann bei ihnen psychogene Störungen veranlassen, die den Eindruck der Simulation machen. Auch ist bei

Hysterischen, die ja ohnehin zum Simulieren neigen, eine beabsichtigte Simulation von einer „unterbewussten“ oft schwer zu unterscheiden. Gewisse körperliche Erscheinungen (Silbenstolpern etc.), sowie einige psychische Symptome (andauernde Tobsucht, Ideenflucht etc.) lassen sich nicht simulieren. Nur in Ausnahmefällen wird simuliert, um sich einen zivilrechtlichen Vorteil zu verschaffen.

Zwei Fälle werden angeführt:

1. Ein Gewohnheitsdieb sucht unmittelbar nach seiner Ergreifung durch salbungsvolles Deklamieren von Bibelstellen den Anschein eines unter dem Einflusse von Wahnideen stehenden Kranken zu erwecken. Das simulierte Mischbild von Krankheitssymptomen hat keine Aehnlichkeit mit irgend einer Psychose. Der Mann ist nicht geisteskrank.

2. Ein Advokat hat hohe Summen veruntreut. Unterstützt von seinen Angehörigen macht er Angaben, die auf eine beginnende Paralyse schliessen lassen. (Grosse Gedächtnisdefekte, Zerstretheit, Willensschwäche, körperliche Hinfälligkeit etc.) Der Mangel körperlicher Symptome, gelegentliches Verraten eines geradezu hervorragenden Gedächtnisses, starke Uebertreibungen, die Angabe über wenig glaubhafte Gesichtstäuschungen und der Umstand, dass eine weit vorgeschrittene Geistesstörung plötzlich am Tage nach der Ergreifung aufgetreten sein soll, lassen Geisteskrankheit ausschliessen. Bemerkenswert an diesem Falle ist, dass der gebildete, intelligente Begutachtete die durch seinen sozialen Untergang tatsächlich herbeigeführten nervösen Erscheinungen selber als nicht ausreichend für seine Exkulpierung erkennt und daher noch schwere Geistesstörung hinzu simuliert.

Das Problem der Simulation wäre nach Raimann kein Problem, wenn jeder Mensch ohne Ausnahme für sein Tun verantwortlich gemacht und nach seiner individuellen Eigenart und sozialen Gefährlichkeit behandelt würde.

Horstmann (Treptow a. R.)

180) **Pick** (Prag): Zur Frage nach der Berechtigung künstlicher Unterbrechung der Gravidität behufs Heilung von Psychosen.

(Wiener med. Wochenschr. 2. 1905.)

Pick gibt zuerst eine historische Uebersicht über die Stellungnahme der Psychiater in dieser Frage und führt deren Hauptbeweis für ihr ablehnendes Verhalten auf „Denkfehler“ zurück, nämlich die Tatsache, dass die Geburt zu normaler Zeit ohne Einfluss auf die Psychose bleibt. Pick glaubt vielmehr, dass der langdauernde Fortbestand der die Psychosen veranlassenden Faktoren von wesentlichem Einfluss auf die zugrundeliegenden Gehirnveränderungen sei, ähnlich wie bei der Reflexepilepsie. Ich habe mich an anderem Orte gegenteilig ausgesprochen, meine vielmehr, dass, wenn auch die Gravidität die Würfel für die Krankheit ins Rollen gebracht hat, deren Fortdauer oder Unterbrechung in den allermeisten Fällen keinerlei Einfluss mehr auf das Fallen derselben gewinnt.

Pick führt einen Fall von Melancholie an, bei der eine in den vierziger Jahren stehende Frau, Mutter einer erwachsenen Tochter, wieder gravid geworden, schlaflos wurde, nicht ass, unter der überwertigen Idee stand, bei der erwarteten Entbindung sterben zu müssen, auch Angst hatte, geisteskrank zu werden, schliesslich in agitierte Unruhe geriet. Nach vierwöchentlichem Zuwarten wurde der Abort mit dem Erfolg eingeleitet, dass die Kranke nach

wenigen Wochen genas. Pick führt die in ähnlichem Sinne lautenden Ergebnisse anderer an, rät, sich weitere Erfahrungen zu sammeln. Er stellt die Indikation zur Einleitung des Abortes nicht für Melancholie im allgemeinen, sondern für die mit steigender Agitation verbundenen Formen und für Fälle, wie den kurz skizzierten. Ehe wir einen Abort einleiten, werden wir für die ersteren im Gegensatz zu Jolly doch darauf dringen müssen, dass wir versuchen, die Kranke in einer Anstalt durchzubringen und für die letzteren nicht vergessen dürfen, dass derartige Depressionen auch im Rahmen physiologischen Erlebens bei sonst ganz gesunden Frauen liegen. Würden solche Kranke erst im Puerperium melancholisch werden, hätten sie da die „überwertige“ Idee, sie könnten das Kind nicht mehr unterhalten, sie würden von ihrer Geisteskrankheit nicht mehr genesen, so würde sich niemand etwas von der Beseitigung des Kindes für die Krankheit der Mutter und deren Verlauf versprechen. Die Vorsicht, die Pick für die Auswahl der Fälle verlangt, ist umsomehr geboten, als die deutschen Strafgesetze den Eingriff ganz allgemein verbieten und ihre Auslegung ihn nur zulässt, wie Ihering sich ausdrückt, wenn kein anderes Mittel zur Rettung der Mutter mehr übrig bleibt. Krauss (Kennenburg.)

181) **A. Knapp** (Halle a. S.): Spastische Symptome bei funktionellen Geistesstörungen.

(Monatsschr. f. Psych. XVI. 1904. S. 327.)

Verf. teilt zwei Beobachtungen mit, die seiner Meinung nach den Schluss rechtfertigen, „dass ein spastischer Symptomenkomplex auch durch Gleichgewichtsstörungen funktioneller Natur hervorgerufen werden kann“. Der Verf. hat zweifellos recht, wenn er die grosse prinzipielle Bedeutung derartiger Fälle ausdrücklich betont und aus demselben Grunde mag es gestattet sein, seine Befunde hier ausführlicher zu besprechen und zu untersuchen, inwieweit sie geeignet sind, die bisher herrschende Auffassung zu erschüttern, nach der bestimmte spastische Erscheinungen fast immer organische Veränderungen im Zentralnervensystem zur Voraussetzung haben.

Fall 1: Ein 50jähriger solider Arbeiter, der seit seinem 40. Lebensjahr an typischen epileptischen Anfällen leidet, machte einen fast neunstündigen Status epilepticus durch, dem nach etwa 36 Stunden ein schwerer Erregungszustand mit Sinnestäuschungen folgte. Er erhielt zunächst 1 mg Hyoscin und 4 g Amylen, nach mehreren Stunden weitere 3 mg Hyoscin und 6 g Amylen. Eine Stunde nach der letzten Medikation liess sich an ihm „ausgesprochener Patellarklonus, unerschöpfbarer Fussklonus, kombiniert mit Spasmen und typischem Babinski an beiden Beinen“ feststellen. Ausserdem waren im Hyoscinschlaf klonische Zuckungen an beiden Händen und Armen zu bemerken. 10 Stunden später waren diese Symptome verschwunden. Der Kranke wurde einige Wochen später entlassen.

Fall 2: Bei einer 46jährigen Frau traten im Terminalstadium einer schweren tuberkulösen Lungenerkrankung psychotische Symptome auf. In der Klinik hatte sie Gesichts- und Gehörshalluzinationen, äusserte religiöse Wahnideen und Verfolgungsvorstellungen, war bald heiter, bald ängstlich und zeigte eine „Art potenziierter Begehrlichkeit“. „Der auffallendste psychische Zug in dem Krankheitsbilde“ war „der kindliche Inhalt der Wünsche . . .“ Während bei der Aufnahme der Kranken „am Zentralnervensystem Veränderungen nicht nachzuweisen waren“, traten zehn Tage vor dem Tod plötzlich hochgradige

Spasmen und ausgesprochene Hypotonie an den Beinen auf. Zwei Tage vor dem Tode war ausgesprochene Steifigkeit auch an den Beinen zu konstatieren. Bei der Autopsie zeigte die Pia der Konvexität einige getrübe und verdickte Stellen, ausserdem wies die rechte Arteria fossae Sylvii in ihren medialen Abschnitten Erweiterungen des Lumens, Verdickung und Starrheit ihrer Wand auf. Im übrigen war am Gehirn makroskopisch nichts Pathologisches festzustellen; von einer mikroskopischen Untersuchung wird nichts berichtet. Das Rückenmark konnte aus äusseren Gründen nicht herausgenommen werden.

Es bedarf wohl keines Beweises, dass dieser Fall, in dem wir über das Verhalten des Rückenmarks gar nichts, über das des Gehirns nichts Genaueres erfahren, zur Entscheidung der Frage, ob trotz klinisch festgestellter „Seitenstrangerscheinungen“ die Pyramidenbahn unverändert sein kann, füglich nicht herangezogen werden darf. Hinsichtlich des ersten Falles aber ist folgendes zu bemerken. Zunächst ist das Auftreten einer „genuinen“ Epilepsie im 40. Lebensjahre so selten, dass wir doch Bedenken tragen möchten, eine organische Erkrankung des Nervensystems hier mit aller Sicherheit auszuschliessen. Im übrigen ist das Vorkommen von Babinski'schem Zeichen und Fussklonus im Anschluss an einen epileptischen Anfall bereits beschrieben, das erste Symptom sogar von Babinski selbst (vergl. Oppenheim's Lehrbuch 1905. II. S. 1214). Knapp's gegenteilige Angabe beruht auf einem Irrtum. Ausserdem aber ist, wie wir durch die Untersuchungen von Bickel und Goldflam wissen, gelegentlich in der Narkose Fussklonus und Babinski'sches Zeichen nachgewiesen worden; da der Kranke von Knapp im ganzen 4 mg Hyoscin erhalten hatte, so wären die bei ihm beobachteten Symptome vielleicht auch auf diese Weise zu erklären.

Wir glauben somit, dass die mitgeteilten Befunde nicht geeignet sind, das Vorkommen spastischer Symptome bei funktionellen Geistesstörungen zu beweisen. Im übrigen enthält einen viel zwingenderen Beweis dafür, dass rein funktionelle Vorgänge ausnahmsweise einmal Spasmen mit Reflexsteigerung und Fussklonus auszulösen vermögen, die Mitteilung von Fürstner: „Ueber pseudospastische Parese mit Tremor“, die in diesem Zusammenhange wohl hätte erwähnt werden müssen.

Bumke.

182) **H. Berger**: Experimentelle Studien zur Pathogenese der Geisteskrankheiten.

(Monatsschr. für Psych. und Neurol.)

Verf. stellt sich die Aufgabe, systematisch die toxische Wirkung des Blutserums akuter Psychosen auf das Zentralnervensystem des Hundes zu erforschen. Die subkutane Injektion erwies sich für diese Untersuchungen nicht vorteilhaft. B. wählte deshalb die intracerebrale Applikation. Von 25 Experimenten mussten 12 wegen Versuchsmängel ausgeschaltet werden. Das Ergebnis der aus den übrig bleibenden 13 Versuchen gewonnenen Beobachtungen war, dass im Serum der an Dementia praecox Leidenden oft ein für Hunde toxischer Stoff enthalten ist; derselbe wirkt reizend auf die motorischen Zentren der Hirnrinde des Hundes. In der Mehrzahl der Fälle entsprachen den klinischen Erscheinungen anatomische Veränderungen, nämlich degenerative Erkrankungen der Riesenpyramidenzellen in den motorischen Foci. Negativ waren die Experimente mit Blutserum der an halluzinatorischer Verwirrtheit, zirkulärem Irresein, Debilität, Melancholie und postuetischer Demenz leidenden Geisteskranken.

Mit der gleichen Sorgfalt und der gleichen Vorsicht in der Beurteilung seiner Beobachtungen behandelt B. die Frage nach der Herstellung und Wirkung neurotoxischer Sera. Verf. konnte zeigen, dass es gelingt, „durch fortgesetzte Injektionen von Hundegehirnemulsion bei Ziegen ein für Hunde neurotoxisches Serum zu erzielen“. Dies Serum wurde subkutan, resp. intraabdominell einverleibt. Bei einmaliger Injektion ruft es eine Degeneration der Nervenzellen hervor, bei mehrmaliger Giftzufuhr entwickelte sich eine progressive Entzündung, nämlich eine herdförmige, an die Gefäße sich bindende Encephalitis und eine umschriebene, vor allem die Windungstäler betreffende Meningitis.

Spielmeyer.

183) **Quensel**: Neue Erfahrungen über Geistesstörungen nach Schwefelkohlenstoffvergiftung.

(Monatsschr. f. Psych. und Neur. 1904.)

Quensel berichtet über vier Fälle psychischer Erkrankung nach CS₂-Vergiftung. Einer dieser Fälle konnte anatomisch genau untersucht werden; die Krankheit verlief hier unter dem Bilde des Delirium acutum, die histologischen Veränderungen bestanden in einer diffusen Zellenerkrankung im ganzen Zentralnervensystem und einer schweren Affektion der Hirnrinde. — Der Hauptwert dieser Arbeit liegt auf klinischem Gebiete. Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und einer kritischen Sichtung der einschlägigen Literatur wendet sich Qu. vor allem gegen die Ansicht Arndt's und Marandon de Montyel's, die sich gegen eine spezifische psychopathogene Wirkung des CS₂ aussprechen; er betont dagegen, dass der „CS₂ als ein nachgewiesenermaßen schweres Nervengift bei der gewerblichen Verwendung in der Gummiindustrie ernstliche Schädigungen der geistigen Gesundheit der Arbeiter herbeiführen“ kann. Es kann dabei zu einfachen Psychosen, kurzdauernden Erregungszuständen oder mehr depressiven Störungen kommen; oder aber die Schwefelkohlenstoffvergiftung spielt in der Aetiologie komplexer Psychosen eine bedeutsame Rolle. „Charakteristisch für die ätiologische Bedeutung des CS₂ und von diagnostischem Werte sind 1. die der Erkrankung vorausgegangene Intoxikationszeit, 2. das Auftreten mehr oder weniger schwerer akuter Intoxikationserscheinungen vor dem Ausbruch der Psychose, 3. das Vorhandensein einer Reihe somatischer und nervöser Störungen, welche wir in gleicher Weise auch bei den durch CS₂-Vergiftung hervorgerufenen Neurosen antreffen.“

Spielmeyer.

184) **J. A. Rivière**: Un mot sur le moral dans les maladies et sur l'inhumations précipitée.

(Journal de Psychothérapie. I. année No. 4.)

Der moralische Zustand des Kranken spielt eine grosse Rolle beim Ausgange von Krankheiten. Bewusster oder unbewusster Pessimismus dem Kranken gegenüber, allzu fürsorgliche, traurige Gesichter können den Gedanken an den Tod erwecken. Wenn in einem solchen Falle ein Schwächeanfall auftritt, der den Charakter des Scheintods hat, dann werden die Augen zugeedrückt, und dieser Akt kann auf Leute, die der Suggestion zugänglich sind, eine starke Wirkung ausüben. Auf diese Art versucht Verf. einen Teil der Fälle von Scheintod zu erklären und weist darauf hin, dass man bestrebt sein müsse, allen deprimierenden Einfluss vom Kranken fernzuhalten. Eine grosse Angst vor dem Tode kann eine sofortige Unterdrückung aller Lebenserscheinungen bewirken und den Tod durch „Inhibition“ hervorrufen. In diesen Fällen ist

der Tod in Wirklichkeit noch nicht eingetreten und es ergibt sich daraus die Notwendigkeit des Versuchs, die Individuen wieder ins Leben zurückzurufen. Verf. schliesst an diese Erwägungen an, um die Mangelhaftigkeit der Bestimmungen über die Bestattung zu beweisen. In allen Fällen von plötzlichem unerwartetem und irgendwie zweifelhaftem Eintreten des Todes sollte die Beerdigung nicht eher erfolgen dürfen, als man sich durch die Nutzlosigkeit aller lange genug angewandten Wiederbelebungsverfahren von dem tatsächlichen Eintreten des Todes überzeugt hat.

Dreyfus.

185) **Bleuler**: Frühe Entlassungen.

(Psychiatr. neurol. Wochenschr. 1905.)

Verf. hebt zunächst hervor: je mehr und je besser man für die Geisteskranken sorgt, um so mehr Versorgungsbedürftige gibt es. Er plädiert für möglichst frühzeitige Entlassung der an *Dementia praecox* Leidenden, weil für sie die Anstaltsbehandlung ein — freilich oft notwendiges — Uebel darstelle. Repression reize und verschlimmere ihren Zustand; je mehr Freiheit sie haben, um so besser gehe es ihnen. In der Zellenbehandlung verkommen sie; je besser die Umgebung sei, um so sozialer seien sie selbst. Am heilsamsten sei eine frühe Entlassung frischer Fälle, sobald sie sich nur halbwegs geordnet aufführen. Die Angst vor zahlreichen Unglücksfällen sei nicht begründet, wenn natürlich auch immer einzelne schlimme Erfahrungen gemacht werden. Weniger eigne sich die genannte Krankheitskategorie für die „organisierte Privatpflege“, weil hier das persönliche Interesse am Kranken gering sei und die Kranken sich weniger wohl fühlen. So sei die organisierte Privatpflege noch nicht imstande, zur Entlastung der überfüllten Anstalten wesentlich beizutragen.

Gaupp.

186) **Euler**: Einiges über die bis jetzt mit Veronal gemachten Erfahrungen.

(Therapeutische Monatshefte 1904.)

187) **von Kaan**: Ueber Veronal.

(Therapeutische Monatshefte 1904.)

188) **Pisarski**: Ueber Veronal als neues Schlafmittel.

(Therapeutische Monatshefte 1904.)

189) **Mezey**: Ueber Veronal und andere Hypnotika.

(Uebersetzung aus Orvosi Hetilap 1904.)

190) **Fränkel**: Neue Kenntnisse über Veronal.

(Die Heilkunde 1904.)

191) **Francotte**: Du Véronal comme hypnotique.

(Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique 1904.)

192) **Masey et Drappier**: Konstitution à l'étude du Veronal.

(Journal médical de Bruxelles 1904.)

Das Gesamtergebnis dieser neuen Versuche mit Veronal gipfelt in der Anerkennung seines hypnotischen Wertes. Immerhin sind diese neuen Publikationen, wenn ich von dem uneingeschränkten Lob von Kaan's absehe, in ihrem Urteile sehr vorsichtig, seit gewisse individuelle Idiosynkrasien gegen dieses neue Mittel und auch vereinzelt Vergiftungsfälle bekannt geworden sind. Jedoch betonen die meisten Autoren ausdrücklich, dass bedrohliche Vergiftungserscheinungen, wie sie Gerhartz, Clarke u. a. beschrieben haben, doch nur nach unkontrolliertem Gebrauch sehr hoher Dosen (4,0—4,5—7,5 g pro die)

beobachtet wurden. Das betonen auch die beiden französischen Autoren Masey et Drappier, die über einen neuen Vergiftungsfall berichten. — Dass das Veronal in kleinen Dosen harmlos ist, scheint auch aus den Erfahrungen Fränkel's in der Kinderpraxis hervorzugehen. Fränkel verordnete Veronal in Gaben von 0,1—0,25 gegen krampfartige Zustände bei Brechdurchfall und besonders auch zur Bekämpfung der choreatischen Unruhe; die Erfolge waren gut.

Besondere Berücksichtigung erfährt in den zitierten Abhandlungen die Art der Darreichung dieses neuen Schlafmittels. Die Sicherheit des Erfolges ist danach am grössten, wenn man es gelöst in Wein oder heissem Tee gibt. Auch die Stuhlzäpfchen scheinen weniger prompt zu wirken, als wenn man das Veronal im Klysma in warmer Lösung verabfolgt. Nach Pisarski's Angaben hat sich „sehr zweckmässig“ die subkutane Anwendung erwiesen. Pisarski gibt es in wässrig-alkoholischer Lösung (Rp. Veronali 1,0, Alcohol absolut. 15,0, Aq. dest. 35,0). Die wirksame Dosis bei dieser subkutanen Injektion beträgt etwa 0,5 Veronal; er braucht also 5 Pravaz. (!), um diese Dosis einzuführen. Der hypnotische Erfolg zeigt sich viel rascher.

Spielmeier.

193) **M. Urstein**: Klinische Erfahrungen über ein neues Schlafmittel, das Isopral.

(Die Therapie der Gegenwart. Februar 1904.)

Das Isopral sei ein zuverlässiges und, soviel man bis jetzt wisse, ein ungefährliches Hypnoticum, das nur bei hochgradigen Aufregungszuständen versagt und nur bei Herz- und Gefässerkrankungen kontraindiziert ist. Dosen: 0,5 bis 2,0. Die Erfahrungen des Verfassers wurden in der Heidelberger Irrenklinik gewonnen.

Bumke.

194) **M. Kochmann**: Ueber die therapeutischen Indikationen des Scopolaminum hydrobromicum. (Zugleich ein Beitrag zur Schneiderlin-Korff'schen Narkose.)

(Die Therapie der Gegenwart. Mai 1903.)

Eine übersichtliche Zusammenstellung der Erfahrungen über die Verwendbarkeit des Scopolamins bei inneren, Augen- und Nervenkrankheiten. Die Behauptung, Kranke, die Hyoscin erhalten hätten, erbrächen meist am andern Morgen, trifft dann nicht zu, wenn frische Lösungen eines reinen Präparates verwendet werden. Dass das Scopolamin durch zweckmässigere therapeutische Massnahmen in der neurologischen Praxis mehr und mehr verdrängt wird, ist richtig; das gleiche lässt sich übrigens auch für seine Anwendung in der Psychiatrie sagen. Auch hier wird z. B. umsoweniger Scopolamin gegeben, je vollständiger und zweckmässiger die in einer Anstalt vorhandene Dauerbadeinrichtung ist.

Bumke.

195) **P. Kleist**: Ueber die physiologische Wirkung des Veronals.

(Die Therapie der Gegenwart. August 1904. S. 354.)

Auf Grund sorgfältiger experimenteller Untersuchungen bezeichnet der Verf. das Veronal als ein in kleinen Dosen relativ unschädliches und wegen seiner leichten Löslichkeit und Resorbierbarkeit vorzügliches Mittel.

Bumke.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Er erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Krelenbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang.

15. Mai 1905.

Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Tabes und Synergie.

Von G. Catòla (Florenz) und M. Lewandowsky (Berlin).

Der sensible Ursprung der tabischen Bewegungsstörung ist wohl durch die Untersuchungen von Leyden, Goldscheider, Frenkel ausser allen Zweifel gestellt. Gerade die Anerkennung der Bedeutung, welche der Sensibilität für die Koordination der Bewegung zukommt, führt jedoch auch zu der Frage nach dem Umfange dieser Bedeutung, zu der Frage, welcher motorischen Leistungen das zentrale Nervensystem ohne die sensible Regulierung noch fähig ist. Es wäre absurd, diese Frage auf die Folgen der totalen Abschneidung eines Organismus von allen sensiblen Impulsen zu richten. Immer handelt es sich nur um die Bedeutung des Ausfalls eines begrenzten Sensibilitätsgebiets. Mott und Sherrington*) haben die Folgen solcher auch nur partieller, d. h. auf bestimmte Körperteile begrenzten Sensibilitätsverluste, welche sie durch Durchschneidung der hinteren Wurzeln für eine Extremität beim Affen erreichten, sehr hoch bewertet und haben insbesondere behauptet, dass gewisse feine Bewegungen, wie z. B. gerade die Greifbewegung, die uns nachher beschäftigen soll, von einem seiner Sensibilität beraubten Gliede überhaupt nicht mehr ausgeführt würden. H. Munk**) hat durch Wiederholung dieser Versuche die Unrichtigkeit dieser Behauptung schon dargetan — einer Behauptung,

*) Proc. of the R. Soc. Vol. 57. 1895. S. 481.

**) Verhandl. d. Berl. Akad. d. Wissensch. 1903. No. XLVIII.

mit welcher im übrigen auch die seltenen Fälle von traumatischer Wurzelläsion beim Menschen (Strümpell*) durchaus im Widerspruch stehen.

Das Krankheitsbild, das uns über die Rolle der Sensibilität für die Bewegung beim Menschen unterrichtet, ist ja die *Tabes*. Dass auch hier von einer Aufhebung irgendwelcher Bewegungen keine Rede sein könne, ist ja bekannt. Jedoch ist gerade hier neuerdings eine elementare Störung gewisser Bewegungen behauptet worden, welcher die erwähnten Autoren in den Arbeiten über experimentelle und traumatische Wurzelläsion keine Erwähnung tun.

O. Foerster sagt in seiner Schrift über die Physiologie und Pathologie der Koordination**), dass „die Lösung selbst der festest gefügten Synergien, wie z. B. der *Extensores carpi* und *Flexores digitorum* bei einer Affektion vorkommt, nämlich bei der *Tabes dorsalis*, wo sicher eine Erkrankung sowohl der Kernganglien, als auch der peripheren Nerven, als auch der Muskeln selbst ausgeschlossen werden kann.“ Diese Angabe erschien uns für die Theorie der Koordination von erheblichem Interesse und wir haben daher an dem Tabikermaterial des Hospice de Bicêtre, das uns Herr Prof. P. Marie in liebenswürdiger Weise zur Verfügung stellte, diese Angabe Foerster's nachgeprüft.

Wir haben darunter die schwersten Fälle von Ataxie der oberen Extremitäten gesehen. Die Störungen des Muskelsinns waren bei einigen ganz ausserordentlich grosse. Wir haben Fälle geprüft, welche die Richtung auch maximaler Exkursionen im Hand- und in den Fingergelenken nicht wahrnahmen, ferner Tabiker, welche sich auch dann nicht über die Stellung der Finger klar waren, wenn man die aktiv geschlossene Hand gegen den aktiven Widerstand der Muskeln geöffnet hatte. Dabei bestanden mehr oder weniger erhebliche Störungen des Hautsinnes. Keiner dieser Tabiker war einer systematischen Uebungstherapie unterzogen worden, und einige waren noch dazu blind. Wir verzichteten darauf, hier die Photographie der Handstellung bei Faustschluss wiederzugeben, die wir von einem solchen blinden Tabiker mit hochgradigen Störungen des Muskelsinns, mit maximaler Hypotonie und Fehlen der Sehnenreflexe aufgenommen haben. Sie unterscheidet sich in nichts von der entsprechenden eines Gesunden.***)

Denn das Resultat unserer sehr einfachen Beobachtungen war dies, dass wir bei keinem unserer Tabiker das von Foerster behauptete Fehlen

*) Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. XXIII, S. 1.

**) Jena, G. Fischer. 1902.

***) Dass der radiale Rand der Hand bei der Fausthaltung mehr aufgerichtet wird, als der ulnare — was Foerster als abnorm ansieht, — kann man auch bei Gesunden sehen.

der Koordination zwischen Handgelenkstreckern und Fingerbeugern konstatieren konnten. Angestellt wurden die Beobachtungen in der Weise, dass wir dem Kranken die Augen schlossen und ihn dann aufforderten, die schlaff herabhängende Hand kräftig zu schliessen*), ihn dann die Hand energisch öffnen und ihn diese Bewegungen mit verschiedener Schnelligkeit einige Male wiederholen liessen. Das Ergebnis war das erwähnte, dass sowohl die Synergie zwischen Handgelenksstreckern und Fingerbeugern, wie die zwischen Handgelenksbeugern und Fingerstreckern soweit erhalten war, dass wir keine merkbaren Unterschiede gegenüber dem normalen Verhalten wahrnehmen konnten und dass das Mass der synergischen Innervation im allgemeinen der Energie der Bewegung entsprach. Auch beim Gesunden finden sich im übrigen erhebliche Unterschiede. Es gibt solche, insbesondere Frauen, die beim Faustschluss den Handrücken noch nicht einmal bis in eine Linie mit dem Arm bringen.

Wir wollen nicht leugnen, dass das von Foerster behauptete Fehlen der Synergie bei Tabes „vorkommt“, aber da wir es nie gesehen haben und da die Synergie in sehr schweren Fällen und bei fast totaler Vernichtung der Sensibilität intakt sein kann, ist es uns unwahrscheinlich, dass die Synergie von der Sensibilität abhängig ist.

Zur Aufklärung dieses Widerspruchs zwischen Foerster und uns möchten wir auf die von Foerster als Paradigma des Fehlens der Synergie gegebene Abbildung**) des „Umklappens der Hand beim Faustschluss infolge fehlender Synergie usw.“ hinweisen. Hier handelt es sich um gar keinen vollen Faustschluss. Die Hand ist im Handgelenk allerdings umgeklappt, aber der zweite Finger ist nur wenig gebeugt, so dass man unter ihm hindurch die radiale Seite des dritten Fingers sieht, der die gebeugte letzte Phalanx des Daumens in der Hohlhand festhält. Beim energischen Faustschluss müssen zweiter bis fünfter Finger fest in die Hohlhand eingeschlagen sein und der Daumen wird meist dem zweiten Finger aussen angelegt, nicht von ihm in der Hohlhand festgehalten.

Ebenso möchten wir gar nicht bestreiten, dass beim Tabiker ein Umkippen im Handgelenk eintritt, wenn er sich auf seinen Stock beim Gehen stützt, wenn er schreibt, wie es Foerster angibt, aber nicht jedesmal, wenn Fingerflexoren und Handgelenksex tensoren gleichzeitig innerviert werden, handelt es sich um die impulsive Synergie dieser beiden Muskelgruppen. Auch beim Ergreifen von Gegenständen wird

*) Es ist möglich, dass diese Aufgabe missverstanden wird in dem Sinne, dass die Schliessung der Finger bei herabhängender Hand geschehen soll. Dieses Missverständnis ist uns bei einigen Gesunden, zufällig bei keinem Tabiker vorgekommen.

**) l. c. S. 266.

schon vom Normalen sehr häufig von dieser Synergie kein Gebrauch gemacht, oder die Synergie zweckmässig modifiziert. Die Synergie bezw. die synergische Kontraktion der Handgelenksextensoren kann auch vom Gesunden wie vom Tabiker bis zu einem gewissen Grade, d. h. bis zu der Grenze einer gewissen Kraftaufwendung gehemmt werden. Die reine Synergie bekommt man nur dann, wenn man einfach die Hand zur Faust ballen lässt, ohne eine bestimmte zweckvolle Aufgabe zu stellen, und diese impulsive Synergie scheint uns bei der Tabes ungestört, d. h. von der Sensibilität unabhängig zu sein. Dementsprechend würden wir also annehmen, dass diese Synergie im Zentralnervensystem präformiert ist. So nehmen auch Leyden und Goldscheider*) u. A. an, dass es einfache Synergien gibt, welche zentral bestimmt sind, und nicht, wie es Foerster will, allein durch zentripetale Impulse aufrecht gehalten werden können. Dementsprechend kann auch die sensorische Ataxie nicht als eine Störung der Synergie schlechthin begründet werden, auch dann nicht, wenn nicht noch die Störung im zeitlichen Ablauf der Bewegung als wesentlich hinzukäme.

(Aus dem psychiatrischen Institut von Reggio-Emilia.)

Ueber einige Charaktere spezifischer Antitoxine im Blutserum der Epileptiker.

Von Prof. Dr. Carlo Ceni, Direktor der wissenschaftlichen Laboratorien.

In meiner letzten Arbeit über „Das Wesen und die Spezifität der im Blutserum der Epileptiker enthaltenen toxischen Stoffe“¹⁾ bewies ich, dass das epileptogene Gift eine besondere Spezifität für den Menschen besitzt und keine spezielle toxische Wirkung auf andre Tierspezien ausübt. In zweiter Linie zeigte ich, dass dieses menschliche Gift eine bemerkenswerte Beständigkeit bei einzelnen Patienten hat, indem es keine bedeutende Schwankung im Bezug auf den accessualen Charakter der Krankheit darbietet. Die toxischen Eigenschaften des Serums stehen jedoch in direkter Verbindung mit der Schwere der Krankheit und besonders mit den schweren Perioden der Verschlimmerung, z. B. dem „Status epilepticus“, die nicht selten den regulären Verlauf der Krankheit selbst stören. In diesem Falle kann das Serum eine hypertoxische Eigenschaft an Charakter und an Intensität erlangen gleich jenem spezifischen Antiserum. Nun will ich hier kurz die Resultate meiner letzten Untersuchungen über natürliche antitoxische Substanzen des Serums der Epileptiker zusammenfassen.

Das Vorhandensein dieser Substanzen wurde schon vor zwei Jahren von mir bewiesen²⁾, da ich diese in Verbindung zu setzen suchte mit der therapeutischen spezifischen Eigenschaft dieses Serums, wie ich dies bewiesen²⁾

*) Krankheiten des Rückenmarks. S. 147.

und wie es heute durch die Resultate von Guidi⁴⁾, Wende⁵⁾, Mazzei⁶⁾, Tienzo⁷⁾, Gehartz jr.⁸⁾ und De Buck⁹⁾ bestätigt wurde.

Ich habe in der Arbeit gezeigt, dass die antitoxischen Substanzen des Blutes der Epileptiker die Eigenschaft haben, die toxische Wirkung des menschlichen epileptogenen Antiserums zu neutralisieren. Zu diesem Zwecke versuchte ich den Grad der Beständigkeit bei einzelnen Patienten festzusetzen und zu ermitteln, in welcher Beziehung diese antitoxische Eigenschaft des Blutsersums zur Schwere der Krankheit steht. Indem ich mit meinen Untersuchungen immer in gleicher Weise fortfuhr, injizierte ich Epileptikern eine Mischung von Serum der Epileptiker und spezifischem Antiserum. Es wurden zu diesem Zwecke drei Serien von Versuchen ausgeführt.

1) Versuche, welche mit Blutsersum der Epileptiker während der verschiedenen Phasen des regulären Verlaufs der Krankheit gemacht wurden.

2) Versuche, welche mit Blutsersum schwerer Epileptiker (status epilepticus) gemacht wurden.

3) Versuche mit Serum der Epileptiker, deren krankhafter Zustand sich verschlimmert hatte infolge von Injektionen mit spezifischem menschlichem Antiserum oder infolge von Injektionen mit hypertoxischem Serum anderer Epileptiker.

Hier in Kurzem das Resultat dieser Versuche, die ich an anderer Stelle ausführlich schildern werde.

I. Versuche mit Serum von Epileptikern während der verschiedenen Phasen des regulären Verlaufs der Krankheit.

Da der Zweck dieser Versuche ist, die Beständigkeit der antitoxischen Urstoffe bei einem Epileptiker zu erforschen, suchte ich die antitoxische Kraft des Blutsersums in verschiedenen Phasen der Krankheit genau zu bestimmen, d. h. sei es vor oder nach dem Anfalle, sei es während des Anfalls oder in der Ruhepause. Der Versuch wurde an einigen nicht schweren Epileptikern, welche nur alle 20—25 Tage Anfälle hatten, gemacht. 10 ccm Serum, diesen Patienten in verschiedenen Phasen entnommen, wurden nach und nach mit 0,5 ccm von Antiserum gemischt und anderen Epileptikern injiziert. Die Effekte dieser Injektionen waren ungefähr immer dieselben, da ich niemals bemerkenswerte Veränderungen der antitoxischen Wirkung des Serums eines Epileptikers in den verschiedenen Phasen der Krankheit finden konnte, und 10 ccm Serum haben fast immer gänzlich oder grösstenteils die toxische Wirkung von 0,5 ccm Antiserum neutralisiert.

II. Versuche mit Serum der Epileptiker in schwerem Zustande (status epilepticus).

Diese Versuche wurden gemacht, indem ich die antitoxische Wirkung einiger junger Epileptiker prüfte, welche seit kurzer Zeit krank waren, aber welche seit ein bis zwei Monaten eine beträchtliche Menge von Anfällen aufwiesen (täglich 10—20) oder auch älterer Epileptiker, welche sich seit längerer Zeit in der Klinik befanden und unvorhergesehen, ohne erkennbare Ursache, in ein erstes Stadium der Krankheitsverschlimmerung (status epilepticus) oder in einen ersten Zustand von Erregung geraten waren.

Bei obenerwähnten jungen Patienten war das Serum immer hypotoxisch, und allein injiziert hat es niemals Phänomene acuter Vergiftung erzeugt; im Gegenteil ist es fast ohne toxische Wirkung zum Vorschein gekommen. Wenn man 10 ccm vom Serum dieser Patienten mit $\frac{1}{2}$ ccm, auch mit $\frac{1}{4}$ ccm Anti-

serum mischte und anderen Epileptikern injizierte, traten sofort ernste Symptome akuter spezifischer Vergiftung auf.

Bei älteren Epileptikern, und wie ich schon sagte, bei solchen, die plötzlich eine Krankheitsverschlimmerung erfahren hatten, war die Prüfung der antitoxischen Wirkung des Serums nur möglich mit Proben von Serum, welches man einige Tage nach dem vollständigen Verschwinden der ernstesten Symptome erhalten hatte; weil, wie ich in oben erwähnten Arbeiten über die Natur der epileptogenen Toxine bewiesen habe¹⁾, das Serum der Epileptiker während der Verschlimmerungsphasen eine hypertoxische Eigenschaft annimmt, gleich jener desselben spezifischen Antiserums; daher kann eine Mischung beider Sera in solchem Zustande nur sehr schädlich wirken (spezifische akute Vergiftung, Fieber usw.).

Ich wiederhole, dass in diesem Falle die Kraft der antitoxischen Wirkung mit dem Serum, welches man einige Tage nach dem Aufhören der krankhaften Krisis erhalten hatte, als das Serum in den Zustand der normalen Toxicität getreten war¹⁾, geprüft wurde. Auch in diesen Zuständen bringt das Serum unsrer Epileptiker eine kaum merkbare antitoxische Wirkung hervor, und 10 ccm von diesem genügten niemals um auch nur die minimalste Dosis spezifischen Antiserums zu neutralisieren.

III. Versuche mit Serum von Epileptikern, welche infolge der Injektionen mit spezifischem Antiserum, auch infolge von Injektionen mit hypertoxischem Serum von andern Epileptikern sich verschlimmert hatten. Die Versuche beschränkten sich auf einige Epileptiker, welche ich noch einmal zu immunisieren suchte, sei es gegen das epileptogene Antiserum selbst, mittels Injektionen von sogenannten Sera in anwachsenden Dosen.

Wenn auch die Zahl dieser so behandelten Patienten klein war, so waren doch die Resultate so beständig und so klar, dass man daraus schliessen kann, dass infolge der sogenannten wiederholten Injektionen die Epileptiker, statt immun zu werden, sich bedeutend in ihrem krankhaften Zustande verschlimmerten und ihr Blutserum zugleich nach und nach seine antitoxische Eigenschaft verlor.

10 ccm Serum dieser Patienten, welches vor der Behandlung die Eigenschaft hatte, $\frac{1}{2}$ oder $\frac{1}{4}$ ccm Antiserum vollständig zu neutralisieren, verlor nach den Injektionen gänzlich diese antitoxische Eigenschaft.

Die Analogie zwischen menschlichem Antiserum, besonders zwischen Antiserum, welches man vom Serum der Epileptiker erhalten hat und von hypertoxischen Serum der Epileptiker selbst, geht aus diesen Resultaten so klar hervor, dass ich es nicht für nötig halte, weiter darauf einzugehen.

In der vollständigen Publikation werden wir den Mechanismus sehen, durch welchen beide Sera wirken, wodurch sich der krankhafte Zustand der Epileptiker verschlimmert.

Wir können also aus dem, was ich bis jetzt hier zusammengefasst habe, folgendes schliessen:

1. Die antitoxische Wirkung des Blutserums der Epileptiker gegen spezifisches Antiserum stellt keine bedeutenden Modifikationen in den verschiedenen Phasen (accessualen und interaccessualen) der Krankheit während des regulären Verlaufs dar.

2. In den ernstesten Fällen der Epilepsie oder mehr noch in den Perioden der Verschlimmerung der Krankheit (status epilepticus usw.), welche den

regulären Verlauf stören, vermindert sich das Antitoxin des Serums ganz bedeutend, bis zum Verschwinden.

3. Wenn man mit den Injektionen von Antiserum und auch mit hypertoxischem Serum der Epileptiker fortfährt, zeigt sich eine Verschlimmerung in dem Krankheitszustande eines Epileptikers und zur selben Zeit auch eine Verringerung der antitoxischen Kraft des Blutserums dieses Patienten gegen spezifisches Antiserum.

Literatur.

1. Ceni: Ueber das Wesen und Spezifität der im Blutserum der Epileptiker enthaltenen toxischen Stoffe. *Centralbl. für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 15. März 1905.
2. Ceni: Spezifische Autocytotoxine und Antiautocytotoxine im Blute der Epileptiker. „*Neurol. Centralbl.*“ No. 8, 1903. S. auch „*Rivista sperimentale di Freniatria*“, 1903.
3. Ceni: Nuove proprietà tossiche e terapeutiche del siero di sangue degli epilettici. „*Rivista sper. di Freniatria*“, Vol. XXVII, 1901.
4. Guidi: Sopra un caso di epilessia trattato col metodo Ceni. „*Annali dell' Istituto psichiatrico di Roma*“. Vol. I, 1901—1902.
5. Wende: Beiträge zur Blutserumbehandlung der genuinen Epilepsie nach Ceni. „*Psychiatrich-Neurol. Wochenschr.*“, No. 35—36, 1903.
6. Mazzei: La sieroterapia dell'epilessia col metodo Ceni. „*Riforma medica*“, No. 16, 1904.
7. Tiengo: Contributo alla cura dell'epilessia col metodo Ceni. „*Rivista sper. di Freniatria*“, Vol. XXX, 1904.
8. Heinrich Gerhartz jr.: Zur Blutserumbehandlung der Epilepsie. „*Neurologisches Centralblatt*“ No. 18, 1904.
9. Du Buck, Direktor der Irrenanstalt von Froidmont (Belgien): Nach persönlichem Bericht.

II. Vereinsberichte.

XXII. Kongress für innere Medizin.

Vom 12. bis 15. April 1905 in Wiesbaden.

Bericht von Dr. G. Liebermeister, Freiburg i. B.

Aus der Eröffnungsrede des Vorsitzenden — Erb-Heidelberg — ist dessen Stellungnahme zur Neurologie hervorzuheben. Er erkennt die Neurologie als berechnigte Spezialität vollkommen an: für den speziellen Unterricht in der Nervenheilkunde sind, wo es angänglich ist, Nervenkliniken zu errichten. Wem soll aber an kleineren Orten die Neurologie übertragen werden, dem inneren Kliniker oder dem Psychiater? Für den Psychiater sind nach Erb die somatischen Nervenkrankheiten unwichtig, sie sind ein Teil der inneren Medizin und bisher auch an vielen Orten vom inneren Kliniker vertreten. Dem Psychiater gehört die Psychiatrie, ebenso die für ihn interessanten Grenzfälle, die Nervenkrankheiten mit psychischen Störungen, Hysteropsychosen, Epilepsie, Neurasthenie, Hirntumoren etc. Durch einen derartigen Kompromiss hofft Erb die Frage am ehesten zu lösen.

196) **Heinrich Ernst Ziegler** (Jena): Ueber Vererbung. (Referat.)

Die grossen Fortschritte, welche die biologische Vererbungslehre in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, beruhen zum Teil darauf, dass der Begriff der Vererbung unter dem Einfluss der Theorien von Weismann genauer bestimmt und schärfer begrenzt worden ist, andererseits darauf, dass man zu einer besseren Kenntnis der Vorgänge bei der Reifung der Eizellen und Samenzellen gelangt ist und infolgedessen die biologische Bedeutung des Befruchtungsvorgangs bestimmter erkennen konnte.

Jedenfalls müssen zwei Vorgänge von der echten Vererbung getrennt werden, welche früher oft damit vermenget wurden, nämlich erstens der Uebergang von Krankheitserregern, z. B. Bakterien aus dem elterlichen Individuum in die Keimzellen oder in den Embryo, und zweitens die Schädigung der Keimzellen durch Gifte oder anormale Stoffwechselprodukte, wenn der elterliche Organismus mit solchen belastet ist. Ferner ist die Vererbung bei den niedersten Organismen (Protisten) ein anderer Prozess als bei den höheren Organismen (Tieren und Pflanzen); denn bei den ersteren beruht die Fortpflanzung wesentlich auf der einfachen Zellteilung, während bei den höheren Organismen besondere Zellen, die Eizellen und Samenzellen zur Bildung der neuen Individuen bestimmt sind, so dass also die Vererbung nur durch diese Zellen geschieht. Die wesentlichen Eigenschaften dieser Zellen sind bei Tieren und Pflanzen merkwürdig ähnlich, und das Folgende gilt für Tiere und Pflanzen und offenbar auch für den Menschen.

Die Kerne dieser Zellen enthalten wie alle Zellkerne sog. Chromosomen, d. h. es treten bei der Kernteilung färbare Gebilde in bestimmter Form und in bestimmter Zahl auf, welche für die Vererbung von der grössten Wichtigkeit sind. Die reife Eizelle besitzt ebensoviele Chromosomen wie die Samenzelle, und daraus erklärt sich, dass die Mutter denselben Einfluss in der Vererbung hat wie der Vater. Die Zelle, aus welcher der entstehende Organismus hervorgeht (die befruchtete Eizelle) hat also die Hälfte ihrer Chromosomen vom Vater erhalten, die Hälfte von der Mutter, und diese Eigenschaft überträgt sich bei der Zellteilung auf die weiterhin entstehenden Zellen, so dass für alle Zellen des Organismus in dieser Hinsicht dasselbe gilt wie für die befruchtete Eizelle. Die Zusammenmischung der väterlichen und mütterlichen Chromosomen übt also ihre Wirkung auf den ganzen entstehenden Organismus aus, und damit hängt die Mischung der Eigenschaften zusammen, welche von väterlicher und mütterlicher Seite auf den Organismus übergehen.

Die Wirkung dieser Mischung (Amphimixis) lässt sich am genauesten dann beobachten, wenn zwei verschiedene Tierarten oder verschiedene Varietäten derselben Art gekreuzt werden. Die Nachkommen zeigen meistens eine Mischung der Eigenschaften der Eltern, allein zuweilen beobachtet man einen Rückschlag auf einen Grossvater oder eine Grossmutter (Atavismus) oder sogar einen Rückschlag auf eine ältere Stammform. Besondere Wichtigkeit wird neuerdings dem Mendel'schen Gesetz beigelegt, welches eine bestimmte Art des Rückschlags betrifft.

Wenn man nach einer Erklärung dieser Vererbungsvorgänge sucht, muss man zunächst auf das Verhalten der Chromosomen genauer achten und die eigentümlichen Vorgänge bei der Reifung der Eizellen und Samenzellen in

Betracht ziehen. Wie die Eizelle bei ihrer Reifung die sogenannten Richtungskörperchen oder Polzellen bildet, und so gewissermassen vier Zellen (drei ganz kleine und eine grosse) aus der Eizelle hervorgehen, so werden aus jeder Samenzelle vier Samenzellen gebildet. Das Verhalten der Chromosomen ist in beiden Fällen dasselbe: Es werden sog. Vierergruppen gebildet, welche aus vier kugelförmigen oder bandförmigen Stücken bestehen. Von diesen vier Stücken stammen zwei von väterlicher Seite her, zwei von mütterlicher. In die reife Eizelle oder in eine Samenzelle gelangt jeweils ein Stück, ein Viertel aus jeder Vierergruppe (Reduktionsvorgang). Es ist bei jeder Vierergruppe eine Sache des Zufalls, welches Viertel dazu gewählt wird.

Die Keimzellen (Eizellen oder Samenzellen) eines Individuums können also verschiedenartig sein, indem die eine mehr väterliche, die andere mehr mütterliche Chromosomen enthalten kann (wobei die Gesamtzahl der Chromosomen in allen dieselbe ist, wie schon oben gesagt wurde). Da nun bei der Erzeugung jedes neuen Individuums jedesmal eine andere Kombination zur Verwendung kommt, so erklärt sich die Verschiedenartigkeit der Kinder derselben Eltern. Sind in einer der Keimzellen die väterlichen oder mütterlichen Chromosomen stark vorherrschend gewesen, so wird daraus der Rückschlag auf den Grossvater oder die Grossmutter begreiflich.

Die Konstitution eines Menschen und die damit zusammenhängende Disposition zu irgend einer Krankheit ist von den Vorfahren ererbt. Auch hier spielt die Vermischung der väterlichen und mütterlichen Anlagen die grösste Rolle und kommt oft auch Rückschlag auf Grosseltern vor. Alle Anlagen des Körpers und des Geistes sind von der Vererbung abhängig, welche die Macht eines Naturgesetzes hat. (Eigenbericht.)

197) **Martius** (Rostock): Ueber Vererbung. (Referat.)

Nicht nur für den wissenschaftlichen Theoretiker, auch für den praktischen Arzt sind die Probleme der Vererbung von grösster Wichtigkeit. Dieser kann in vielen Fällen durch geeignete Regelung der Lebensweise krankhafte Anlagen beeinflussen, so dass es zum Ausbruch der eigentlichen Krankheit gar nicht kommt. Noch wichtiger als vom Standpunkt der Individualhygiene aus werden die Vererbungsprobleme für den Rassehygieniker, dessen Aufgabe darin besteht, zu verhüten, dass jene krankhaften Anlagen überhaupt entstehen.

Die Wertung der Vererbung für die Pathogenese ist zur Zeit eine extrem verschiedene. Eine Verständigung wird dadurch erschwert, dass mit „Vererbung“ von den verschiedenen Autoren ganz verschiedene Dinge benannt werden. Wir müssen den von der Biologie geschaffenen Begriff der „Vererbung“ in strikt biologischem Sinne anwenden. Wir dürfen ihn vor allem nicht ausdehnen auf Vorgänge, die mit echter Vererbung nichts zu tun haben, z. B. mit fötaler Infektion. Ererbt (von seiten der Kinder) oder vererbt (von seiten der Eltern) sind im biologischen Sinne „nur solche Eigenschaften oder deren materielle Substrate, die als Anlagen im Keimplasma der elterlichen Geschlechtszellen enthalten waren.“ „Die ganze Erbmasse des neuen Individuums steckt materiell und virtuell in den beiden nach dem Kopulationsakte miteinander verschmelzenden Geschlechtszellen — dem Ei und dem Spermatozoon. Ist diese Verschmelzung geschehen, so ist der Akt der Vererbung vollendet.“ Was weiter hinzukommt, dürfen wir nicht als vererbt bezeichnen.

„Intrauterine Erwerbungen sind post partum als angeboren zu bezeichnen, nicht als ererbt.“ „Es gibt wohl eine kongenitale, aber keine hereditäre Syphilis.“

In dem aus dem Ei sich entwickelnden Tiere ist in allen Zellen seines Körpers gleichviel Kernsubstanz väterlichen wie mütterlichen Ursprungs. Der eigentliche Akt der Vererbung ist beendet mit der Verschmelzung der Kernsubstanzen der väterlichen und mütterlichen Geschlechtszelle. Nach dieser Verschmelzung kann der Einfluss der Mutter ein die Entwicklung modifizierender, hemmender oder fördernder sein, er kann aber der Erbmasse nichts Neues, keine „Determinante“ mehr hinzufügen. Die Habsburger Unterlippe, die grosse Nase der Orleans ist ererbt, Einarmigkeit infolge von Abschnürung durch einen Strang des Amnion ist intrauterin erworben, angeboren, aber nicht ererbt.

Es gibt demnach keine „hereditäre“ Tuberkulose oder Syphilis, es gibt überhaupt keine „hereditären“ Krankheiten. Nicht Krankheiten, wohl aber Krankheitsanlagen werden vererbt. Unter diesen Krankheitsanlagen haben wir nicht ein einheitliches Wesen zu verstehen; wie ein Schüler des Vortragenden, Schlüter, auseinandersetzt, ist die Disposition ein Zusammenwirken einer gewissen Reihe von an sich variablen anatomisch-physiologischen Faktoren.

Ereberte Krankheitsanlagen sind weiter vererbbar. Nun können aber Krankheitsdispositionen auch individuell erworben werden. Sind solche individuell erworbene Krankheitsanlagen vererbbar? Der Glaube an die Vererbbarkeit von Verstümmlungen und äusseren Verletzungen ist allgemein preisgegeben. Die Versuche, experimentell erzeugte Nervenkrankheiten erblich zu übertragen, speziell die Epilepsieversuche bei Meerschweinchen, sind nicht stichhaltig und von Sommer experimentell widerlegt. Eine — im biologischen Sinne — erbliche Uebertragung individuell erworbener Immunität ist bis jetzt niemals beobachtet worden. Bei allen in dieser Richtung angestellten Versuchen handelt es sich um intrauterine passive Immunisierung. „Individuelle Abänderungen der Somazellen schaffen keineswegs — — — entsprechende neue Determinanten des Keimplasmas.“

Nun gibt es aber exogene Schädlichkeiten, die das Keimplasma ebenso wie das Soma direkt zu schädigen vermögen, z. B. den Alkohol. Eine solche direkt keimschädigende Wirkung kann dem Gifte der Syphilis, vielleicht auch der Tuberkulose nicht abgesprochen werden. Diese direkte Keimschädigung, die ja keine eigentliche Vererbung ist, ist von eminentester Bedeutung für die Rassenhygiene. Ungeheilten Syphilitikern, unheilbaren Säufern, vielleicht auch manifest Tuberkulösen sollte in Zukunft der Ehekonsens verweigert werden.

Schwieriger wird die Frage zu beantworten sein, ob einem Gichtiker oder Neurastheniker die Ehe zu verbieten sei. Es gibt weder eine hereditäre noch eine kongenitale Gicht. Nur die Anlage zur Gicht wird übertragen, und zwar nicht etwa, weil die Gicht des Vaters sein Keimplasma beeinflusst hätte; der Vater, der von seinen Vorfahren die gichtische Anlage ererbt hat, vererbt diese Determinante weiter, event. ehe er selber an Gicht erkrankt ist.

Die Krankheitsdeterminanten des einzelnen stammen aus seiner Ahnenmasse. Die eigentliche Vererbungsfrage auch für die Pathologie ist die, wie wir im Einzelfalle erfahren, aus welcher Kombination von Determinanten ein uns praktisch interessierendes Individuum entstanden ist. Die die Gattung bestimmenden Determinanten sind allen Individuen derselben gemeinsam. Woher

kommen die Verschiedenheiten der Einzelindividuen? Neben der Kontinuität des Keimplasma, die die Art verbürgt, steht die ungeheure Variabilität des Keimplasmas. Diese Variabilität wird leicht verständlich, wenn wir bedenken, dass jeder Mensch in der siebenten Generation aufwärts schon 128, in der achten 256 usw. Ahnen gehabt hat, von denen allen er irgendwelche Determinanten geerbt haben kann. Reduktionsteilung und Amphimixis sorgen für immer neue Varianten, der Ahnenverlust als Folge von Verwandtenehen für die Fixierung gewisser Familientypen.

Auf pathologischem Gebiet müssen wir aus unserer Auffassung der Vererbung den Schluss ziehen, dass alle krankhaften Anlagen des Einzelindividuums, sofern sie nicht erworben sind, als ererbte und damit auch weiter vererbbar anzusehen sind, auch wenn die Krankheiten, zu denen diese Anlagen führen, in der Ascendenz nicht nachweisbar sind. Es handelt sich hierbei um latente Vererbung. Wie die Farbe der Augen, der Haut, der Haare ererbt sind, so auch die Widerstandsfähigkeit und Leistungsfähigkeit des Herzens, kurz alle körperlichen und geistigen Eigenschaften des Menschen, durch die ein Mensch von Haus aus sich vom anderen unterscheidet. Bei der ungeheueren Zahl von Ahnen, die im Keimplasma des Einzelindividuums zur Wirkung kommen können, ist es unmöglich, die im Einzelfalle zu erwartende „Variation“ vorauszusagen. Die Bestimmung der zu erwartenden Variation läuft auf eine einfache Wahrscheinlichkeitsrechnung hinaus (Schallmeyer), und aus dieser ergibt sich, dass die meisten in der Mitte stehen, Durchschnittsmenschen sind. Im Einzelfalle werden sich aber mehr oder weniger grosse Abweichungen zeigen; der eine erwischt die Krankheitsdeterminante seiner Ahnenreihe, der andere hat mehr Glück, wird eine „bene natus“, ein „Eugenet“, obwohl sich in seiner Ahnenreihe viele Krankheitsdeterminanten finden.

Welches sind nun die Aufgaben des Rassenhygienikers? Der Tierzüchter sucht Varianten zu erzielen, einseitige Entwicklung gewisser Eigenschaften, z. B. lange Haare bei den Schafen, Fettsucht beim Schwein, Schnelligkeit beim Pferd. Mit solcher einseitigen Züchtung ist die Gefahr der Rassendegeneration verbunden. Der Rassenhygieniker will keine einseitig veranlagten Individuen züchten, sondern solche mit möglichst guter Gesamtkonstitution. Uebrigens sorgt die Natur selbst am besten dafür, dass kumulative Vererbung schädlicher Eigenschaften oder krankhafter Veranlagung nicht vorkommt: im Kampf ums Dasein werden die Degenerierten trotz aller Individualhygiene unterdrückt.

Nicht Krankheiten sind vererbbar, sondern Krankheitsanlagen. So handelt es sich z. B. bei der konstitutionellen Albuminurie nicht um eine vererbte Krankheit, sondern um eine spezifische hereditäre Anlage. Eine solche konstitutionelle Anlage wird bei der Schrumpfniere angenommen (v. Strümpell). Auch für die nervösen Systemerkrankungen, die sich an funktionell zusammengehörige Nervenbündel halten, wird eine angeborene Schwäche bestimmter Systeme supponiert (Edinger), desgleichen bei der progressiven Muskelatrophie (Bing). Ferner setzen wir eine ererbte krankhafte Anlage voraus bei der Achylia gastrica, bei der Gruppe des Diabetes — Gicht — Fettsucht, bei der Chlorose (v. Noorden), endlich auch beim Heufieber, der Hydrorrhoea nasalis, dem Bronchialasthma, der chronischen pseudomembranösen Bronchitis (Fr. Müller).

Neben diesen Anlagen, die nur bei Einwirkung exogener Schädlichkeiten

manifest werden, können auch abnorme Zustände vererbt werden, so Farbenblindheit, Haemophilie, familiärer Diabetes insipidus, vielleicht ist auch die Thomsen'sche Krankheit hierher zu rechnen.

Endlich sind manche Krankheitsanlagen Kombinationen von Determinanten verschiedener Organe und Gewebe, die in ihrer pathogenetischen Wirkung sich steigern oder aufheben können. Hierher gehört z. B. die Disposition zur Phthise.

Exogene Krankheitsursachen lassen sich bekämpfen. Intrauterine Infektionen, toxische Keimesschädigungen können und sollen vermieden werden. Der Kampf gegen Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus ist gleich wichtig für Individual- und Rassenhygieniker.

Nicht willkürlich beherrschen lassen sich die Kombinationen der Vererbungselemente für das Einzelindividuum. Die besten Aussichten bietet hier immer eine möglichst gute Gesamtkonstitution der Eltern.

Am besten sorgt für die Erhaltung der Rasse die Natur. Der einzelne schwächliche Trieb wird zugrunde gehen; er ist es wert, dass er zugrunde geht. Ein Strom gesunden, kräftigen Lebens durchflutet das eigene Volk und die ganze Menschheit.

Die sich an diese beiden Hauptreferate anschliessenden Vorträge und die Diskussion beschäftigen sich in der Hauptsache mit der Frage der Disposition zur Tuberkulose und berühren nur wenig, was für den Psychiater oder Neurologen von Interesse wäre. Zu erwähnen ist der Vortrag von

198) **Hamburger** (Wien): Ueber eine energetische Vererbungstheorie.

Er baut darauf, dass die biochemische Struktur des Eiweisskörpers in allen Zellen eines Organismus dieselbe sei, eine Vererbungshypothese auf und sucht weitere Hypothesen für die Vererbung von Krankheitsdisposition aufzustellen.

199) **Lorand** (Karlsbad) spricht über die Beziehung der Blutgefässdrüsen zur Vererbung.

Bei Individuen, denen die Schilddrüse entfernt wird, tritt Wachstumshemmung ein. Auch die Nachkommen von solchen Schilddrüsenexstirpierten bleiben im Wachstum zurück und sind schwächlich. Aus der durch Lues bedingten Atrophie der Schilddrüse soll sich das Zurückbleiben im Wachstum bei kongenital Luetischen und bei Nachkommen von Luetikern erklären.

200) **Lüthje** (Tübingen) berichtet über interessante Inzuchtsversuche an Hunden.

Es zeigten sich nach kurzer Inzucht schon degenerative Erscheinungen, z. B. verminderte Widerstandsfähigkeit, Polyurie. Bei einem Hunde der letzten Generation fand sich Imbezillität, Taubheit, Riesenwuchs. Die Versuche werden fortgesetzt.

v. Hansemann (Berlin) betont, dass die Mischungsverhältnisse guter und schlechter Vererbungstendenzen sehr verschieden sein können, dass dies ganz besonders auch für die Vererbung von Krankheitsdispositionen gilt. So können in der gleichen Descendenz ganz gesunde und sehr disponierte Kinder vorkommen. Meist kommen Mittelstufen zustande.

v. Schrötter (Wien) spricht sich dahin aus, dass bei diesen Vererbungsfragen Ansichten des einzelnen Forschers nichts nützen, wir brauchen Fakten, und zwar Fakten, die mittelst einheitlicher Untersuchungsmethoden gewonnen sind.

Alle übrigen Diskussionsbemerkungen bezogen sich auf die Frage nach der Vererbung der Disposition zur Tuberkulose.

Vorträge neurologischen Inhalts.

201) **Kohnstamm** (Königstein i. T.): Die zentrifugale Strömung im sensiblen Nerven.

Für die Existenz einer zentrifugalen Strömung im sensiblen Endnerven, welcher mit der vasodilatatorischen und trophischen Innervation der Ektodermalgebilde im Zusammenhang steht, sind bis jetzt folgende Beweismomente beigebracht:

1. Das Auftreten elektrischer Aktionsströme am zentralen Querschnitte hinterer Wurzeln bei Reizung anderer hinterer Wurzeln (Gotch und Horsley, Mislawsky), unter Berücksichtigung des Nichtvorkommens zentrifugal gerichteter Nerven in den hinteren Wurzeln der Säugetiere (Sherrington, Vortragender, G. Köster).

2. Die cutane Gefässerweiterung bei Reizung hinterer Wurzeln bzw. sensibler Endneurone (Stricker, Bayliss).

3. Die Reizerscheinungen des Auges bei Irritation der sensiblen Trigemineurone.

4. Die Verursachung der Gürtelrose durch Entzündung der Spinalganglien und von da fortschreitende Irritation der sensiblen Endneurone.

5. Fälle von reflektorischem Herpes zoster, die durch Reizzustände innerer Organe ausgelöst werden, also entsprechend dem unter 1. angeführten Experiment Reflexe von hinterer Wurzel auf hintere Wurzel darstellen (vergl. besonders Herpes corneae menstrualis u. a.).

6. Haarausfall am Kopf nach Exstirpation des Ganglion cervicale II (M. Joseph, G. Köster).

7. Reaktive Tigrolyse der Spinalganglienzellen sowohl nach Resektion des peripherischen als des zentralen Fortsatzes (Lugaro, G. Köster).

(Eigenbericht.)

Diskussion:

Lilienstein (Nauheim) weist auf ganz neue Untersuchungen von Head-London hin, die in nächster Zeit veröffentlicht werden sollen. Dieselben werden eine Bestätigung der zentrifugalen Leitung bringen und auch in anderer Hinsicht unsere Anschauungen über die peripheren sensiblen Nerven vollständig ändern:

Head untersuchte unter anderem bei sich selbst die Art und Weise, wie die Sensibilität am Vorderarm sich wiederherstellte, nachdem der N. ulnaris experimentell durchschnitten und aseptisch wieder verheilt worden war. Er fand, dass die Wiederherstellung der Funktion in drei Etappen erfolgt, durch die alle die verschiedenen Gefühlsqualitäten in drei fest umschriebene Gruppen zerfallen. Diesen drei Gruppen müssen drei verschiedene Fasersysteme im peripheren Nerven entsprechen.

(Eigenbericht.)

202) **A. Lorand** (Karlsbad): Beitrag zur Frage über das Wesen und die Behandlung der afrikanischen Schlafkrankheit (Trypanosomiasis).

Die Schlafkrankheit ist ein von der Trypanosomiasis klinisch ganz verschiedener cachectischer Zustand, der ausser der Schlafsucht auch noch die meisten anderen Symptome des Myxoedems aufweist. Dies gilt auch bezüglich

der pathologisch-anatomischen Befunde insbesondere jener des Zentralnervensystems, sowie auch in ätiologischer Hinsicht. Ebenso wie so oft das Myxoedem (Bayon) bildet auch die Schlafkrankheit einen Folgezustand nach einer vorhergegangenen Infektionskrankheit, die Trypanosomiasis, welche wieder die meisten Symptome einer Hyperthyroidie (Basedow'sche Krankheit) aufweist, und zwar Hyperthermie, Tachycardie, Polyurie, Diarrhöen, heftiges Schwitzen, Schlaflosigkeit, Pruritus, Lymphdrüsenanschwellungen am Halse und Supraclaviculargegend, Oedeme etc. Diese Symptome dürften, wie auch bei anderen Infektionskrankheiten, von den pathologisch-anatomischen Veränderungen der Schilddrüse veranlasst werden, welche dieses Organ nach den Untersuchungen von Bayon, de Quervain, Roger und Garnier, Aispino und Torri etc. bei jeder schwereren Infektionskrankheit aufweist. Ebenso wie das Myxoedem, entwickelt sich die Schlafkrankheit in langsamer schleichender Weise, oft erst in mehreren Jahren nach der vorhergegangenen Infektionskrankheit, der Trypanosomiasis.

Vortr. beobachtete letzthin einen Fall von Schlafkrankheit bei einem vom oberen Kongo zurückgekehrten Europäer, bei dem im Liquor Cerebrospinalis Trypanosomen gefunden wurden. Die Verabreichung von Schilddrüsentabletten hatte insbesondere bezüglich der Symptome der intellektuellen Sphäre ähnliche günstige Resultate, wie man dies in Fällen von Myxoedem beobachten kann.

(Eigenbericht.)

203) **Julius Weiss** (Wien): Zur Kenntnis neuer Krankheitstypen der Neuralgien, Neurosen und des Rheumatismus.

Ursprünglich einfache Krankheitszustände haben sich durch vielfältige Beobachtungen als ein Komplex verschiedener pathologischer Zustände erwiesen. Dies lässt sich auf drei Krankheitsgebieten deutlich verfolgen: Neuralgie, Neurose, Rheumatismus. Das Forschen nach „nosologischen Einheiten“ und der Kampf um den Bestand derselben lässt sich an der Bernhard-Roth'schen Krankheit deutlich nachweisen. Durch einwandfreie Fälle typischer Art lässt sich die selbständige Existenzberechtigung der Meralgia paraesthetica begründen. Es gibt an verschiedenen Körperstellen Neuralgien unbekannter Art. Eine solche findet man in der Gegend des Herzspitzenstosses als eigenen Krankheitstypus. Auch auf dem Gebiete der Neurosen lassen sich stetig neue pathologische Zustände selbständig abgrenzen. Zu diesen gehören Zwangszustände besonderer Art (Agoraphobie, Agoraphobia paradoxa etc.), bei denen als gemeinsames ätiologisches Moment sexuelle Abstinenz nachweisbar.

Als selbständige Form des Gelenkrheumatismus ist ein chronischer bemerkenswerter Krankheitszustand, durch schmerzfreie Intervalle und heftige akute Attacken zu beobachten, welcher beweist, dass der gonorrhöische Infekt jahrelang schlummern kann, um plötzlich wieder — und zwar in den Gelenken — zu erwachen.

Ebenso gibt es Fälle von chronischem Rheumatismus ohne Gelenksaffektionen, denen typische Gewebsveränderungen (subkutanes Zellgewebe, Muskulatur) zugrunde liegen. Er zeigt typische Lokalisationen, (Ansatz des Musc. deltoideus, M. cucullaris, Kreuzbeingegend etc.), täuscht Ischias oft vor und wird ätiologisch mit Unrecht durchaus der harnsauren Diathese zugeschoben. (Eigenbericht.)

Psychiatrisch-neurologische Sektion des Königl. Aerztevereins in Budapest.

Sitzung vom 21. November 1904.

Demonstrationen.

204) **Grósz** stellt einen Fall von Sachs'scher idiotia amaurotica familiaris vor. Es ist dies der siebente Fall von Sachs'scher Krankheit, der von ihm im Bródy'schen Kinderspitale beobachtet wurde. Der Fall ist folgender:

14 Monate altes männliches Kind israelitischer Konfession. Eltern gesund; ähnliche Krankheit in der Familie nicht vorgekommen; ebenso Nerven- und Geisteskrankheit nicht. Eines von den Geschwistern im Alter von 3 Jahren an Peritonitis, ein anderes im Alter von 5 Monaten an Magen-Darmkatarrh gestorben; eines lebt und ist gesund. Das Kind war bis zum 6. Monate an der Brust, aber ausser dem Hause; vom 6.—8. Monate war es bei der Mutter und war damals gut entwickelt, konnte stehen und sitzen, kannte die Umgebung; Schlucken frei. Es wurde dann wieder in Pflege gegeben und kam erst im zehnten Monate zu den Eltern. Jetzt konnte es nicht mehr stehen und sitzen, kannte die Umgebung nicht und das Schlucken war erschwert.

Das Kind ist schwach entwickelt und genährt, Gewicht 8530 g. Knochen-system, abgesehen von den Zeichen einer mässigen Rhachitis, gut. Schädel gross, eckig, Umfang 48,2 cm, bitemp. 11 cm, bipariet. 14 cm, frontooccip. 15 cm. Gesicht symmetrisch, Lidspalten gleichweit, Pupillen mittelweit, gleich, L- und A.-reaktion gut. Lichtbrechende Medien klar. In der Gegend beider maculae luteae ein weisser Fleck in der Ausdehnung zweier Papillen, in dessen Mitte ein weichselrotes Tüpfelchen sich befindet. Keine Zähne. Flüssigkeit kann es nur saugend schlucken, mit dem Löffel gegeben, nicht. Vorgehaltenen glänzenden Gegenständen folgt es mit den Augen, doch greift es nicht nach denselben. Es scheint zu hören, doch Hyperakusie ist nicht vorhanden. Manchmal lächelt es vor sich hin und lacht sogar. Bei ruhiger Lage hält es die unteren Gliedmassen gestreckt, die oberen gebeugt. Beschäftigt man sich mit dem Kinde, so tritt in der Hals-, Stamm- und Extremitätenmuskulatur ein bedeutender Spasmus auf, der nachher, wenn das Kind sich beruhigt hat, wieder einer Schläfheit Platz macht. Haut- und Sehnenreflexe gesteigert.

Es sind also die charakteristischen Zeichen der Sachs'schen Krankheit vorhanden und nur der familiäre Charakter fehlt.

Ferenczi erwähnt einen Fall, wo dieselbe Veränderung am Augenhintergrund und auch das vom Vortr. demonstrierte klinische Bild nebst Symptomen von Gehirntumor vorhanden war, und die zwei Tage später erfolgte Obduktion ein Kleinhirntuberkel ergab.

Grósz hält den Befund am Augenhintergrund für so charakteristisch, dass dieser allein die Diagnose sichere.

205) **Frey** stellt einen Fall von homonymer Hemianopsie vor, die bei einem 40jährigen Manne fünf Wochen nach einem apoplektischen Anfall auftrat, der rechtsseitige Hemiplegie und motorische Aphasie zur Folge hatte. Ein Jahr vorher wurden epileptiforme Anfälle beobachtet. Er führt die Hemianopsie auf eine Blutung im Occipitallappen zurück.

An der Diskussion beteiligen sich: Bálint, Salgó, Donáth, Schaffer.

206) **Ferenczi**: Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit bei einem 19jährigen Schneider, der seit seinem 16. Jahre an Parästhesien der Arme leidet und gegenwärtig folgende Symptome zeigt: progrediente Ataxie; Fussverkrümmung; Tremor des Kopfes; Fehlen des Knie- und Achillessehnenreflexes; Intelligenzdefekt; Degenerationszeichen. Eine Schwester leidet an tabesähnlichen Symptomen; Vater und Grossvater Alkoholiker.

207) **Schaffer**: Ein Fall von cerebraler Hemianästhesie.

Der 35jährige Pat. stürzte vom Fahrrad herab und verlor das Bewusstsein; als er zu sich kam, war die rechte Körperhälfte gelähmt und das Sprachvermögen verloren. Die auffallendste Erscheinung neben der typischen rechtsseitigen cerebralen Hemiplegie und motorischen Aphasie, welche letztere mit teilweiser Agraphie und dem Unvermögen, Buchstaben zu erkennen, einhergeht, ist die Anästhesie der gelähmten Körperhälfte. Diese gibt sich darin kund, dass Pat. auf der rechten Körperseite bis zur Mittellinie schwache Nadelstiche nicht signalisiert; stärkere Berührungen perzipiert auch die Hand nicht, während der rechte Ober- und Vorderarm, dann die ganze rechte untere Gliedmasse stärkere Berührungen fehlerhaft lokalisiert (Topsanästhesie); die rechte Gesicht- und Stammeshälfte bezeichnet stärkere Berührungen richtig. Auffallend ist, dass die rechte Körperhälfte Berührungen mit warmem Wasser mit geringer Ausnahme nicht empfindet, während Berührungen mit kaltem Wasser ausnahmslos und zuweilen ebenso wie stärkere Berührungen schmerzhaft empfunden werden. Die Gelenkempfindlichkeit der rechtsseitigen Extremitäten ist hauptsächlich in den distalen Gelenken, stark herabgesetzt, resp. fehlend; die rechte Hand ist stereoanästhetisch. Das rechte Patellarphänomen spastisch; der rechte Plantarreflex spannend. Sonst keine Anästhesie. Am linken Auge wurde im März d. J. eine Neuroretinitis konstatiert. Gesichtsfelder normal. Die Sensibilität der rechten Hälfte der Zunge, wie des Gaumenbogens ist intakt, während die Schleimhaut der Mundhöhle rechts anästhetisch ist. Geruch und Geschmack intakt.

Benedict erwähnt drei von ihm beobachtete Fälle von dissoziierten Sensibilitätsstörungen, die im Anschlusse an Läsionen des Hirnstammes auftraten, und berichtet über einen Fall, wo bei einer zweifellos zentralen Läsion auf der gelähmten Seite exquisit segmentäre Analgesien bestanden. Der Fall sei umso schwerer verständlich, als nach den bisherigen Annahmen aufwärts vom peripheren Neuron der sensiblen Bahnen jegliche Segmentation aufhört.

Sitzung vom 19. Dezember 1904.

208) **Ferenczi** stellt einen Fall von Basalfraktur mit Nervenlähmungen und Gesichtskrampf vor.

Arbeiter, fiel am 21. v. Mts. aus einer Höhe von $5\frac{1}{2}$ m auf die rechte Körperseite. Aus dem Ohre reichlicher Blutfluss, angeblich floss ein Liter Blut ab. Pat. war anfangs nicht bewusstlos, wehklagte, blieb dann regungslos, gab wieder ein Lebenszeichen von sich und verfiel nach einigen Minuten in einen tiefen Schlaf, der vier volle Tage anhielt, während welcher er künstlich ernährt wurde. Allmählich zu sich kehrend, erschien er verwirrt und versuchte durch ein Fenster des Hochparterres zu entweichen. Bei der ersten Untersuchung (15. Dezember) fand sich erschwertes Denk- und Auffassungsvermögen

und retrograde Amnesie, doch war Pat. zeitlich und örtlich orientiert. Rechte Pupille mittelweit, träge reagierend; links weiter, sehr träge reagierend; Augenmuskeln rechts gut funktionierend, das linke Auge beim Blick nach unten etwas gehemmt; Augenhintergrund rechts normal, links ausgesprochene Papillitis; visus rechts $\frac{5}{7}$, links $\frac{5}{30}$. Der Augenast des rechten Facialis stark paretisch, die unteren Zweige vollständig gelähmt mit E.A.R. Auf der linken Seite bestand ständiger tonischer Krampf sämtlicher Gesichtsmuskeln, zeitweilig, besonders auf psychische oder optische Reize klonische Zuckungen. Links elektrische Uebererregbarkeit des Gesichtsnerven. Händkraft rechts geschwächt, was auch durch die Kontusion der rechten Schulter hervorgerufen sein konnte; in der Sensibilität kein Ausfall. Kniephänomene fehlen; Sohlenreflexe sehr träge. Am rechten Ohre hört er kaum etwas, Weber, Rinné negativ. Schwindel. Neuralgie im Gebiete des linken Trigeminus.

Schwer beschädigt ist daher der V. und VIII., links weniger schwer der Opticus, vielleicht der III., IV. und V. Den Gesichtskrampf kann man als reflektorischen, durch den Reizzustand des V. ausgelöst, annehmen. Es ist wahrscheinlich, dass die Basalfissur rechterseits am Felsenbein in der Gegend des porus acusticus erfolgte, linkerseits in der mittleren Schädelgrube derart, dass sie die Wand des Canalis opticus treffend den II. schwerer, den III., IV. und V. Hirnnerven in geringerem Grade alterierte und durch die rechtsseitige Labyrinthblutung Vertigo erzeugte. Das Fehlen des Kniephänomens kann ein nach der Gehirnerschütterung aufgetretenes Symptom sein.

209) **Hudovernig:** Zur Organotherapie der Basedow'schen Krankheit. (Aus der psychiatr. Klinik Prof. Moravcsik's in Budapest.)

Die auf die hypothyreoidische Theorie der Basedow'schen Krankheit basierten organotherapeutischen Bestrebungen haben ebensowenig zu einem Heilerfolge geführt, als die Anwendung von Thymus-, Ovarium- und Nebennierenpräparaten. Vortr. schildert die verschiedenen Organopräparate, welche auf der Möbius'schen Theorie des Hyperthyreoidismus fussen, erwähnt die nahezu durchweg günstigen Erfolge mit diesen, und beschreibt seine eigenen Erfahrungen mit dem Rodagen; letzteres hat Verf. hauptsächlich angewendet, weil dieses Präparat am leichtesten zugänglich und ohne längere Vorbereitungen beschaffbar ist. In allen vier Fällen handelt es sich um typische Basedow'sche Krankheit, davon zwei kompliziert: einer mit schwerem Herzfehler, der andere mit Hysterie. In letzterem Falle konnten die Symptome nicht als hysterischer Pseudo-Basedow-Komplex angesprochen werden, sondern es handelt sich um Vergesellschaftung der beiden Krankheiten, von welchen während der ausgesprochensten Basedow-Erscheinungen die Hysterie in den Hintergrund trat, um später, nach Heilung der Basedow'schen Krankheit neuerlich unter dem Bilde einer klimakteriellen Hysterie hervorzutreten. Fall I, bei einer 47jährigen Frau, war mit schwerer Bicuspidalis-Insufficienz in nicht kompensiertem Stadium kombiniert; nach Eintritt der Kompensation (Digitalis) wurde die organotherapeutische Behandlung der B. durchgeführt, nach einigen Monaten Heilung der Basedow'schen Krankheit, wobei der Herzfehler in Kompensationsstadium verblieb. Fall III und IV waren unkompliziert und gingen beide in Heilung über. Verf. hat nie mehr als 5—6 Gramm Rodagen täglich anwenden müssen und stets ein successives Abschwächen der Dosis vorgenommen. Be-

sonders hervorgehoben wird der rasche und günstige Einfluss auf das subjektive Befinden der Kranken, neben welchem namentlich Herzstätigkeit, Struma und Exophthalmus rasche Besserung zeigten. Nach einigen Monaten konnte Vortr. in allen Fällen Verminderung der Herzfrequenz und Rückbildung der Struma bis zum status quo nachweisen. Die auf der hyperthyreoidischen Theorie der Basedow'schen Krankheit begründete Organotherapie bildet jedenfalls eine hervorragende Bereicherung des Arzneischatzes, namentlich bei beginnenden Erkrankungen.

(In extenso erschienen: Orvosi Hetilap, „Elme-és idegkörtan“ 1905, No. 1.)

Sitzung vom 16. Januar 1905.

210) **Schaffer** demonstriert „Neurofibrillpräparate nach der Methode Bielschowsky's“.

Er schickt voraus, dass die Methode nicht nur bei normalem, sondern, was sie besonders wertvoll mache, auch bei krankhaft verändertem Material ausgezeichnet brauchbar sei, wodurch sie der im übrigen vorzüglichen Fibrill-Methode Ramón y Cajal's, welche nur eine bestimmte gürtelartige Partie des Präparates imprägniert, überlegen ist. Nach Erläuterung der Methode bemerkt er, dass die Imprägnation voller erschien, wenn er statt der von Bielschowsky vorgeschriebenen 2% Silbernitratlösung eine 4% ige benützt und die Schnitte nicht 24, sondern 48 Stunden lang in der Flüssigkeit belies. Er demonstriert mehrere in dieser Weise behandelte Präparate, die zumeist aus der motorischen Hirnrinde, zum Teil aus dem Rückenmarke des Menschen stammen und klar ersichtlich machen, dass die Neurofibrillen fadenartig den Zellkörper durchziehen, in welchen sie durch den einen Fortsatz eindringen, um in den nachbarlichen oder den gegenüberliegenden überzugehen. Oefter sah er, dass die Neurofibrillen ohne Berührung des eigentlichen Zellkörpers aus einem Dendrit in einen nachbarlichen übergangen. Er versuchte die Methode auch an pathologischem Materiale und sah interessante Dinge, über die er jedoch bei einer anderen Gelegenheit sprechen werde, heute wollte er nur den Erfolg der B.'schen Methode demonstrieren, von der er glaubt, dass sie in der normalen und pathologischen Histologie des zentralen Nervensystems in Zukunft nicht fehlen dürfe.

211) **v. Sarbó** stellt einen diagnostisch zweifelhaften Fall vor. Eine genaue klinische Aufnahme konnte noch nicht vorgenommen werden, doch bietet er auch so Interesse.

47jähriger Mann, vor 24 Jahren Lues, kein Potator. Seit einem Jahre nimmt Pat. wahr, dass die Arme schwächer werden; ausserdem leidet er an Kopfschwindel. Hirnnerven in Ordnung. Hochgradige Atrophie der Schultern und Oberarme, die Arme können nur im Ellbogengelenk bewegt werden; Gebrauch der Hände frei. Thenarmuskeln vielleicht etwas schlaff, an der rechten Hand leichte interosseale Einsenkung. Passive Bewegung in Ordnung. Fibrilläre Zuckungen sind nicht vorhanden. Lebhafter Tricepsreflex. Untere Extremitäten rigid; links ausgesprochener Babinskireflex, rechts nur zeitweilig. Geringgradiger Fussklonus. Kniephänomene sehr lebhaft. Sensibilitätsstörung nicht vorhanden, besonders hervorzuheben, dass Schmerz- und Temperaturempfindung am ganzen Körper normal ist, ebenso Stuhlgang und Urinieren.

Die Diagnose ist nicht sicher; es handelt sich um einen Tumor med. spinalis oder um eine amyotrophische Lateralsklerose. Gegen die letztere spricht der ungewöhnliche Beginn der Atrophie (Schultermuskeln). Sehr bemerkenswert ist, dass Pat. trotz der starken Einschränkung der Beweglichkeit der Arme seinem Berufe (Tischler) nachgeht und davon nichts hören will, dass er für arbeitsunfähig erklärt wurde.

Benedict und Bálint halten den Fall für Lateralsklerose.

212) **Schaffer**: Ueber die cerebralen Sensibilitätsstörungen vom klinischen und anatomischen Gesichtspunkte.

Vortr. weist auf den Umstand hin, dass die mit Hemiplegie einhergehenden Sensibilitätsstörungen klinisch sowohl, wie anatomisch noch nicht genügend erkannt sind. In erster Linie erörtert er die klinischen Merkmale der cerebralen Sensibilitätsstörungen und hebt insbesondere die Lokalisationsfehler der Hautempfindung, die sog. Topoanästhesie, als eine klinische Erscheinung hervor, die sozusagen spezifisch die cerebralen Sensibilitätsstörungen charakterisiert. Ferner weist er auf die Stereoagnosie, auf die artikulären und überhaupt die tiefen Störungen der Sensibilität hin, die im Falle von Hemianästhesie in den distalsten Gelenken am ausgesprochensten sind; auch Analgesie wird beobachtet; schliesslich hebt er die Dissoziation der Temperaturempfindung hervor, wonach die cerebral-anästhetische Haut „warm“ nicht, „kalt“ hingegen schmerzlich empfindet (Psychro-Hyperästhesie, Ferenczi). Die Sensibilität der Schleimhäute ist zumeist ungestört.

Die klinischen Formen der cerebralen Sensibilitätsstörungen teilt Vortr. in drei Gruppen: I. Auf der hemiplegischen Körperhälfte kommen unregelmässig nicht beständige hypo- und anästhetische Inseln vor, dies wäre die polyinsuläre Form. II. Der Hemiplegie superponiert kann eine Hemianästhesie vorkommen, deren er zweierlei unterscheidet: a) Die Hemianästhesie ist total und komplett, trifft genau in der Mittellinie mit der sensiblen Körperhälfte zusammen und kann leicht mit der hysterischen Hemianästhesie verwechselt werden; b) die Hemianästhesie ist in ihrer Intensität nicht gleichförmig; denn die komplette Unempfindlichkeit der distalen Gliedteile (Hand, Fuss) verringert sich allmählich gegen das proximale Ende und geht so in Hyperästhesie resp. normale Empfindlichkeit über. III. Bei beiderseitiger Hemiplegie kann eine über den ganzen Körper verbreitete Anästhesie vorkommen, bezüglich welcher er über einen seiner Abteilung entstammenden und geradezu ein Unikum darstellenden Fall berichtet. Schliesslich bespricht er die Differenzierung der cerebralen und hysterischen Hemianästhesie.

Bezüglich der anatomischen Lokalisation der cerebralen Sensibilitätsstörungen steht er ganz auf dem Déjerine-Long'schen Standpunkte, wonach die sensiblen und motorischen Fasern in der capsula int. vermengt enthalten sind. In dieser Auffassung bestärken ihn zwei Fälle. Der erste Fall bestand in einer Zerstörung des Knies und der vorderen zwei Drittel der caps. int.; klinisch wurde Hemiplegie und superponierte totale und komplette Hemianästhesie beobachtet. Im zweiten Falle wurde als Ursache der Hemiplegie und Hemianästhesie eine durch Erweichung bewirkte Zerstörung des hinteren Drittels der caps. int. gefunden. Die zwei Fälle ergänzen sich, denn miteinander beweisen sie, dass die hintere Partie der caps. int. in ihrer ganzen Ausdehnung

sensibel-motorischer Natur ist. Er erwähnt noch einen histologisch untersuchten Fall, der klinisch Jahre hindurch totale und komplette Hemianästhesie mit Hemiplegie aufwies und bei dem der mittlere Teil des Stabkranzes, gerade derjenige, welcher in die hintere Partie der caps. int. eingeht, infolge ausgedehnter Erweichung ganz fehlte. Auf Grund seiner pathologisch-histologischen Erfahrungen behauptet Votr., dass in jenen Fällen, wo nur ein Teil des hintern Astes der inneren Kapsel zerstört ist, die Hemiplegie und die superponierte Hemianästhesie nicht vollkommen sei (Form IIb); während in jenen Fällen, wo die Zerstörung eine totale ist, auch die motorischen und sensiblen Störungen vollkommen sind. Vor Augen zu halten sei der anatomische Umstand, dass das dritte Neuron der sensiblen Bahn, welches vom ventro-lateralen Kerne des Sehfeldes in der ganzen Breite des hintern Astes der innern Kapsel ausgeht, einer Garbe ähnlich ist, die sich über der Kapsel im Stabkranze fächerartig ausbreitet und so ist es verständlich, dass die in den Hemisphären gelegenen Herde (Erweichung), wie in dem von ihm erwähnten dritten Falle, sehr ausgedehnt sein müssen, damit die Hemianästhesie dauernd und vollkommen sei.

Diskussion.

Ferenczi erinnert an seine vor drei Jahren über denselben Gegenstand erfolgte Publikation und konstatiert, dass Schaffer's Untersuchungen seine Erfahrung nur bestätigen, dass die cerebralen Hemianästhesien in zweierlei Typen vorkommen (vollkommene Anästhesie oder in distaler Richtung sich häufende fleckartige anästhetische Gebiete). Auf die Dissoziation der Empfindungsqualitäten, auf die Topoanästhesie bei cerebralen Hemianästhesien wies er auch im Jahre 1902 hin. Er erwähnt ferner, dass er ausser „Psychrohyperästhesie“ bei mancher Hemihyperästhesie auch Makroästhesie beobachtet habe: in der gelähmten Hand erscheinen die Gegenstände grösser, als in der gesunden Hand, weil zum Umgreifen derselben ein grösserer Kraftaufwand nötig ist; dann beobachtete er sensible Perseveranz, indem der Patient auf die Stelle der zuletzt perzipierten Reizeinwirkung jeden folgenden Eindruck lokalisiert.

Was die zentrale Lokalisation der Empfindung betrifft, ist Ferenczi, im Gegensatz zum Votr., nicht der Ansicht, dass die Vermengung der motorischen und sensiblen Fasern in der caps. int. die Gemischtheit derselben in der Rinde beweise. Und wie die zentralen Felder der motorischen Hirnnerven nicht mit denen der sensiblen vereinigt sind (z. B. das des III. mit dem des II. oder VII. mit V.), so muss auf Grund der Analogie schon von vorneherein angenommen werden, dass auch der Stamm und die Extremitäten besondere motorische und besondere sensible Rindenfelder haben. Dies beweisen jene häufigen Fälle, wo schwere kortikale Lähmungen ohne jede Sensibilitätsstörung auftreten und jene selteneren Fälle, wo kortikale Anästhesie ohne Störung der Motilität besteht. Dafür sprechen auch die Tierversuche von Bergmann, Turner, Ferrier u. a. Die Existenz einer „zone sensitivo-motrice“ sei keineswegs in einer jeden Zweifel behebenden Weise erwiesen, es sei vielmehr wahrscheinlich, dass, wenn es vielleicht auch eine Rindenpartie gibt, wo motorische und sensible Zentren einander decken, die Empfindungen, vielleicht sogar die einzelnen Empfindungsqualitäten ihre besonderen, von den motorischen zum grossen Teil unabhängigen Rindenfelder haben.

Bálint berichtet über einen Fall, der die differential-diagnostischen Schwierigkeiten illustriert, welche sich bei den in Rede stehenden Störungen er-

geben. Es handelt sich da um eine Kombination von hysterischen und organisch (durch ein tuberculum pontis) bedingten Störungen der Sensibilität.

An der Diskussion beteiligten sich noch v. Sarbó, Salgó, Donáth und Benedict.

Epstein (Budapest).

III. Bibliographie.

LXII) Alzheimer: Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse.

LXIII) Nissl: Zur Histopathologie der paralytischen Rindenerkrankung. (Histologische und histopathologische Arbeiten, herausgegeben von Nissl. I. Bd. Jena, 1904. Gustav Fischer.)

Nissl lässt im Verlage von Gustav Fischer Arbeiten aus dem Gebiet der normalen und pathologischen Anatomie der Hirnrinde in zwanglosen Heften erscheinen. Ein erster stattlicher Band dieser Arbeiten liegt vor. Nach den einleitenden Worten des Herausgebers sollen dieselben in allererster Linie die pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten mit anbahnen helfen und deshalb stets den engsten Anschluss an die psychiatrische Klinik suchen. In zweiter Linie, aber ausschliesslich als Mittel zum Zweck, sollen Tierexperimente herangezogen werden, weil sie ganz besonders dazu geeignet sind, über eine Menge von Fragen allgemeinerer Art Aufklärung zu geben.

Die pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten ist ein Gebiet, auf das die Psychiater seit langem einen guten Teil ihrer Zeit und Arbeitskraft verwendet haben. Sie zu fördern haben mehr oder weniger alle Irrenärzte im Auge gehabt, die „hirnanatomisch“ tätig waren. Sie waren natürlich dabei abhängig von den jeweils herrschenden Anschauungen über den Bau und die Funktion des Gehirns. Der Erfolg ist bisher ein ausserordentlich geringer gewesen. Wer sich über das informieren will, was zur Zeit allgemein über pathologische Anatomie der Psychosen bekannt ist, braucht nur den Artikel von Cramer am Schluss des zweiten Bandes im „Handbuch der pathologischen Anatomie des Nervensystems“ von Flatau-Jakobsohn-Minor (1904) durchzublättern, er wird dann auch ohne weiteres die Berechtigung der pessimistischen Aeusserungen, welche die Einleitung des Artikels bilden, zugeben.

Die Faseranatomie hat seit Meynert's Zeiten die pathologische Anatomie der Psychosen trotz der grossen darauf verwendeten Mühe nur sehr wenig gefördert. Die Versuche, durch die Faseranatomie mit Hilfe der Lokalisationslehre und der Assoziationspsychologie dem Verständnis normaler wie pathologischer Vorgänge im Gehirn näher zu kommen, haben vorläufig nur einige wenige Daten auf gehirnpathologischem, keine auf psychopathologischem Gebiet ergeben. Als einen krassen Auswuchs dieser Anschauungen haben wir die Flechsig'schen Theorien erlebt. Von wirklich bemerkenswerten Arbeiten dieser Forschungsrichtung ist wohl ausser der Tuzek'schen Habilitationsschrift kaum eine zu nennen.

Dass die Golgi'sche Methode für histopathologische Zwecke unbrauchbar ist, ist oft genug von den verschiedensten Seiten hervorgehoben worden.

Die Hoffnungen, die man darauf gesetzt hatte, mit Hilfe der Nissl'schen Methode in den Veränderungen der Ganglienzellen allein eine Grundlage der pathologischen Anatomie der Psychosen finden zu können, sind als gescheitert zu betrachten; Nissl selber hatte bereits vor sieben Jahren sich dahin geäußert: „Alle bis jetzt beschriebenen Zellveränderungen sind an sich für keine Psychose spezifisch, ja nicht einmal für den Unterschied von Rindenerkrankungen zwischen Geisteskranken und Nichtgeisteskranken.“ Wahrscheinlich haben wir überhaupt die funktionelle Bedeutung der Nervenzelle als des spezifischen Ortes der nervösen Funktion bedeutend überschätzt.

Was Nissl und Alzheimer uns jetzt bringen, enthält des Neuen eine reichliche Menge. Dieses Neue liegt aber nicht auf Nissl's altem Arbeitsgebiet, dem Studium der krankhaften Veränderungen der Ganglienzellen. Nissl selber sieht den Fortschritt nicht darin, „dass wir heute über die Veränderungen der Nervenzellen und Nervenfasern sehr viel mehr wissen wie früher, sondern darin, dass wir angefangen haben, das histopathologische Gesamtbild zu erfassen, also nicht allein Nervenzellen und -Fasern, sondern auch sämtliche nicht-nervösen Bestandteile in den Kreis der histopathologischen Analyse hineinzu-beziehen.“ Für die pathologische Anatomie der übrigen Organe hat die Beobachtung des Gesamtbildes stets als selbstverständlich gegolten; der anatomisch arbeitende Psychiater, der seit Jahrzehnten unter dem Banne der Anschauungen steht, die sich Anfang der neunziger Jahre zur Neuronlehre verdichtet haben, muss daran erst wieder erinnert werden.

Das Hauptinteresse beider Arbeiten konzentriert sich auf die progressive Paralyse; ihr Hauptresultat ist die Tatsache, dass sie uns lehren, im histologischen Bilde mit leichter Mühe die progressive Paralyse zu erkennen und sie abzugrenzen von den übrigen sog. hirnatrophiischen Prozessen. Bei Alzheimer kommt dazu noch die Schilderung einer Reihe von regelmässigen Befunden bei der Arteriosklerose, der Lues cerebri und den senilen Geistesstörungen, die wir zu einem Teile bereits aus seinen früheren Arbeiten kennen.

Nissl und Alzheimer behandeln in dem vorliegenden ersten Bande beide die Paralyse. Die zwei Arbeiten ergänzen sich gegenseitig. Alzheimer gibt eine klare, leicht fassliche Darstellung des heute über die pathologische Anatomie der Paralyse Bekannten, bespricht ausführlich die anatomische Differentialdiagnose und erörtert eine Reihe von Punkten, die sich daraus für die klinische Psychiatrie ergeben. Er bringt dazu eine grosse Anzahl von ganz ausgezeichneten Bildern (14 Doppeltafeln), die wohl alles enthalten, was sich überhaupt demonstrieren lässt. Nissl fasst die Sache mehr von der historischen und kritischen Seite; er bringt den Werdegang seiner eigenen heutigen Anschauungen, berührt dabei ausführlich eine Reihe von allgemeineren pathologischen Fragen (Entzündungslehre, Plasmazellen, Glia, Körnchenzellen u. a. m.), sucht seine Auffassungen zu begründen und hebt die noch vorhandenen Schwierigkeiten hervor.

Auf die Einzelheiten des Hauptteiles der Alzheimer'schen Arbeit, der Schilderung der für die Paralyse typischen Veränderungen, kann hier unmöglich näher eingegangen werden. Als Material haben A. 320 zur Sektion gekommene Fälle von Geistesstörung aus der Frankfurter Anstalt gedient, unter denen 170 Paralysen waren.

Von den histologischen Veränderungen bei der Paralyse sind zurzeit die wichtigsten die Plasmazellenexsudate in den Gefässcheiden. Dass sie als der

Ausdruck eines Entzündungsvorganges anzusehen sind, daran zweifelt Alzheimer nicht; aber der Untergang von nervösem Gewebe bei der Paralyse ist durch diese entzündlichen Veränderungen seiner Ansicht nach nur zu einem Teil zu erklären; das wesentliche am paralytischen Prozess sieht er in Veränderungen der nervösen Substanz; die Gefäßveränderungen gehen daneben her und sind wahrscheinlich als durch dieselbe Ursache bedingt aufzufassen.

Ein eigener, sehr lesenswerter Abschnitt handelt von den „Paralysen mit Herderscheinungen“ (atypische Paralysen Lissauer's). Der Schilderung liegen acht eigene Beobachtungen zugrunde. In allen fanden sich die für die Paralyse charakteristischen Veränderungen in diffuser Ausbreitung, aber am stärksten verändert waren nicht wie gewöhnlich die beiden Frontallappen, sondern eine motorische Region, ein oder beide Schläfenlappen, die Umgebung einer Fissura Sylvii. Diese Befunde entsprachen den intra vitam bestehenden Herdsymptomen.

Bei der Besprechung der paralytischen Rückenmarksveränderungen nimmt Alzheimer Stellung zur Frage der Beziehungen zwischen Tabes und Paralyse. Er hält mit Möbius u. a. beide Erkrankungen nur für verschiedene Lokalisationen eines gleichen Krankheitsvorganges; wesentliche histologische Unterschiede zwischen den Hinterstrangveränderungen bei Tabes und Paralyse kennt er nicht.

Dem Kapitel über die histologische Differentialdiagnose der Paralyse gegenüber denluetischen Erkrankungen, der Arteriosklerose, den Demenzzuständen beim chronischen Alkoholismus und den senilen Geistesstörungen stellt Alzheimer einen Abschnitt zur Seite, in welchem er die Verwertung der histologischen Differentialdiagnose für klinische Fragen behandelt. Er bringt hier aus seinem reichen Material eine Auswahl von Fällen, die klinisch falsch diagnostiziert worden waren oder wenigstens Schwierigkeiten gemacht hatten, und die ihre Klärung durch die anatomische Untersuchung fanden. Er hebt hervor, dass es bei diesem Zusammenarbeiten von Klinik und pathologischer Anatomie wie in anderen medizinischen Disziplinen endlich auch in der Psychiatrie gelingen muss, unsere jetzigen Krankheitsbegriffe zu korrigieren resp. zu vervollständigen.

Was Alzheimer uns in übersichtlicher Schilderung bringt, sucht Nissl in seiner Arbeit wissenschaftlich zu begründen und historisch zu entwickeln. Es handelt sich für ihn dabei in erster Linie um die Auffassung der Plasmazellen und um Stellungnahme zum Entzündungsbegriff.

Im Vordergrund des Interesses beim histologischen Nachweis der Paralyse stehen zurzeit die Plasmazellen. Der Nachweis ihres Vorhandenseins allein genügt nicht unbedingt für die anatomische Diagnose, sie bilden auch nicht das einzige anatomische Kennzeichen des paralytischen Prozesses, aber allerdings schliesst das Fehlen von Plasmazelleninfiltraten in einer Rinde nach den bisherigen Erfahrungen, die sich insgesamt auf mehrere Hundert Untersuchungen stützen, das Vorhandensein eines paralytischen Prozesses mit Sicherheit aus. Obenein ist ihr Nachweis so leicht, dass er auch den Ungeübten stets gelingen muss. Die Plasmazellen sind nicht, wie Nissl selber kurze Zeit angenommen hatte, im Gehirn charakteristisch für die Paralyse, sie sind vielmehr charakteristisch für den entzündlichen Charakter des paralytischen Prozesses und finden sich ausserdem 1. bei Entzündungen, die von den Hirnhäuten aus auf das Gehirn fortgeleitet werden, 2. bei den akuten und subakuten Formen der nicht eitrigen

Encephalitis. Die Differentialdiagnose der Paralyse gegenüber diesen Erkrankungen wird klinisch recht selten in Frage kommen, und die anatomische Entscheidung wird kaum jemals schwierig sein, da es sich im Falle der Paralyse um diffuse, über die ganze Rinde ausgebreitete Veränderungen handelt, bei den genannten Entzündungsprozessen aber um Herderkrankungen. Rechnen muss man nach Nissl jedoch mit der Möglichkeit, dass es uns noch unbekannte Geisteskrankheiten gibt, bei welchem wir das histologische Gesamtbild nicht von dem uns heute bekannten Bilde der Paralyse unterscheiden können. Wichtig ist in dieser Hinsicht, dass Nissl einmal bei einem geisteskranken Hunde und zweimal zufällig bei Kaninchen solche diffusen Veränderungen gefunden hat, die in allen wesentlichen Zügen mit den paralytischen übereinstimmen.

Nissl begründet ausführlich seine Auffassung, dass die Plasmazellen haematogener Natur sind, dass sie von Lymphocyten des Blutes abstammen und in den Adventitialscheidern der Gefäße sich zu Plasmazellen umwandeln. Damit stützt er gleichzeitig seine Auffassung dieser bei der Paralyse am meisten in die Augen springenden Veränderungen als entzündlicher. Im übrigen ist er mit Alzheimer der Meinung, dass daneben degenerative Vorgänge einhergehen, die von der Entzündung unabhängig sind.

Zur Entzündungslehre nimmt Nissl sehr präzise Stellung. Er betont die unglaubliche Verwirrung, die in der Pathologie auf diesem Gebiete herrscht, und erklärt sich für diejenigen Forscher, die den Begriff am liebsten ganz fallen lassen möchten. Lesenswert sind seine Bemerkungen darüber, dass wir Exsudate nur dann histologisch als entzündlich zu erkennen vermögen, wenn ihnen zellige Elemente beigemischt sind.

Die umfangreiche Arbeit Nissl's behandelt des weiteren ausführlich die Körnchenzellenfrage, die Bedeutung der von ihm zuerst beschriebenen „Stäbchenzellen“, welche gleichfalls zum konstanten Befund bei der Paralyse gehören, seine Lehre von der „biologischen Grenzseide“ der Gefäße und den viel missbrauchten Begriff der sog. kleinzelligen Infiltration. Der Leser wird in diesen Abschnitten manches neue und viel anregendes finden; er findet ferner eine ausgezeichnete Darstellung der Entwicklung und des heutigen Standes der Lehre von der Neuroglia.

Die beiden Arbeiten von Nissl und Alzheimer bedeuten eine ganz wesentliche Bereicherung unserer Kenntnisse von der pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse; ihre Bedeutung geht aber darüber hinaus; sie lehren uns, dass heute schon eine pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten möglich ist, und dass diese mit Erfolg für die Lösung klinisch-psychiatrischer Fragen herangezogen werden kann. Ihre Eigenart gegenüber den Arbeiten der Faser-, Golgi- und Nervenzellenperiode besteht in der Berücksichtigung des histologischen Gesamtbildes, in dem zielbewussten vorläufigen Verzicht auf das Suchen nach anatomischen Erklärungen für bestimmte Symptome, das den Psychiatern durch die Beschäftigung mit Neurologie und Gehirnpathologie allzu sehr in Fleisch und Blut übergegangen ist. Als zunächst erreichbares Ziel wird das Auffinden von konstanten Veränderungen irgendwelcher Bestandteile der Rinde angestrebt unter Hintansetzung aller überwertigen Vorstellungen von der funktionellen Bedeutung bestimmter Elemente; es werden anatomische Korrelate für bekannte Krankheiten, keine anatomischen Erklärungen gesucht.

P. Schröder (Breslau).

LXIV) P. J. Möbius: Im Grenzlande. Aufsätze über Sachen des Glaubens. Ausgewählte Werke, Band VI. Leipzig, J. A. Barth 1905. Mk. 3,—.

Das Buch enthält sechs Aufsätze, von denen die Mehrzahl schon an anderer Stelle erschienen war. 1. Ueber die drei Wege des Denkens (zuerst 1891 veröffentlicht und auch unter „Grundansichten“ im ersten Heft der Neurologischen Beiträge [S. 182 ff.] abgedruckt). 2. Drei Gespräche über Religion (Stachyologie S. 31). 3. Ueber die Veredelung des menschlichen Geschlechts (Neurol. Beitr., Heft V, S. 130). 4. Drei Gespräche über Metaphysik (1901, Stachyologie S. 1). 5. Ueber den Zweck des Lebens (1904). 6. Ueber den Anthropomorphismus (1904).

Ich habe nicht die Absicht, über diese Aufsätze hier ein Referat zu geben; das, was Möbius in dem Buche ausführt, ist so knapp und konzis, dass es unmöglich ist, darüber zu berichten, ohne selbst ein Buch zu schreiben. Ich möchte nur Eines sagen: Wer als Neurologe oder Psychiater nicht bloss ein Fachgelehrter und Tatsachenfanatiker ist, wer nicht gleich spöttisch lächelt, wenn von „Metaphysik“, „Weltanschauung“ und ähnlichen Dingen gesprochen wird, wem es eine Freude ist, zu sehen, wie sich im Kopfe eines ersten, philosophisch geschulten Arztes die Grundprobleme aller Philosophie spiegeln, der nehme dieses Buch zur Hand und lese es gründlich: er wird reichen Gewinn daraus ziehen. Wem beim Lesen des ersten Aufsatzes nicht das Verständnis für Fechner's grossartige Metaphysik aufgeht, der mag vielleicht ein tüchtiger Fachgelehrter sein, aber es fehlt ihm sicher die Begabung für das Erfassen der grossen Zusammenhänge, das allem Detailwissen erst höheren Wert verleiht. Wohl gilt heute der Satz: nur der leistet im Reich der Erfahrung etwas Gutes, der mit Fleiss und Gründlichkeit sich in Spezialuntersuchungen vertieft; mit geistreichem Geplauder allein ist nichts getan. Allein es ist ebenso gewiss, dass nur dem aus der Detailarbeit wirklicher Segen erwächst, der befähigt ist, dem kleinen Einzelnen im grossen Ganzen Stellung und Wert richtig zu bestimmen. Diese philosophische Begabung ist bei Naturwissenschaftlern und Medizinern nicht allzu häufig. Möbius besitzt sie, und da er zugleich über ein grosses Einzelwissen verfügt, ist er der rechte Vermittler zwischen zwei Lagern, die sonst nicht viel voneinander wissen und wissen wollen.

Möbius schreibt bekanntlich im Unterschied von der Mehrzahl seiner Fachgenossen ein gutes und schönes Deutsch; was er sagt, ist klar; es gibt keine Halbheiten in seinen Gedanken und Worten. Auch da, wo er nur bekannte Lehren vorträgt, erfreut er durch die Art, wie er sie vorträgt.

Möbius gehört wohl zu den wissenschaftlichen Persönlichkeiten, bei deren Beurteilung Gelehrte wie Ungelehrte am meisten untereinander hadern und manches, was er schrieb, gab durch Inhalt oder Form (z. B. die Verteidigung Gall's, der „physiologische Schwachsinn des Weibes“) Anlass zu leidenschaftlichem Für und Wider. Wer über den Mann und Denker richtig urteilen und in den Kern seines Wesens hineinblicken will, der lese das Buch „Im Grenzlande“.

Gaupp.

LXV) van Brero: Die Nerven- und Geisteskrankheiten in den Tropen. Sonder-Abdruck aus dem Handbuch der Tropenkrankheiten, Bd. I. Leipzig, J. A. Barth. 1905.

Die zusammenfassende Darstellung des Verf., der in der Staatsirrenanstalt

zu Lawang (Java) Arzt ist, darf in den Kreisen der deutschen Neurologen und Psychiater auf Beachtung rechnen, namentlich nachdem immer mehr die Ansicht aufkommt, dass die „vergleichende Psychiatrie“ (Kraepelin) ein wichtiger Teil der wissenschaftlichen psychiatrischen Forschung ist. v. Brero beschreibt zunächst die Nervenkrankheiten der Tropen, wobei namentlich Latah, Rhinitis spastica vasomotoria, Hitzschlag und Sonnenstich genauer geschildert werden. Der II. Abschnitt ist dann den Psychosen gewidmet. Hier erfahren eine besondere Berücksichtigung: der Schamanismus, Amok, die Dementia paralytica, die Bedeutung mancher Gifte (Opium, Haschisch) und der Malaria. Leider sind die Schilderungen fast durchweg so kurz, dass der Leser, dem eigene Kenntnis der betr. Krankheitsformen fehlt, kein hinreichend klares Bild erfährt. van Brero ist ein Anhänger der Meynert'schen Lehren, woraus sich wohl erklärt, dass er die Amentia als die häufigste Geisteskrankheit in den Tropen bezeichnet. Gaupp.

LXVI) Ewald Stier: Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Eine psychologische, psychiatrische und militärrechtliche Studie. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. Preis 3 Mk.

Der Verf. hat in seiner Tätigkeit am Festungsgefängnis Köln Gelegenheit gehabt, sich eingehend mit einer sehr grossen Zahl wegen Fahnenflucht bestrafte Soldaten zu beschäftigen. In der vorliegenden Broschüre legt er nun in klarer und ausführlicher Weise seine Erfahrungen nieder, zieht eine Reihe interessanter Folgerungen und macht wertvolle Reformvorschläge. Fahnenflucht auf Grund planvoller Ueberlegung erklärt er für sehr selten, sehr häufig liege die Ursache in einem vorübergehenden Affektzustand, wie sexuelles Verlangen, Heimweh u. a.; nur sehr selten liege der Grund des Fortlaufens in echter Geisteskrankheit oder in einem vorübergehenden Zustande von Bewusstlosigkeit (epileptischer, hysterischer Dämmerzustand); dagegen sei sehr viel häufiger der Grund eine allgemeine psychopathische Persönlichkeit (Neurastheniker, Hysteriker u. a.) sowie allgemeiner Schwachsinn. Gross sei die Zahl derer, die im Alkoholrausch davonlaufen, hier wirken natürlich die verschiedensten Momente mit. Seit 1901 besteht in Deutschland eine amtliche Statistik über die Häufigkeit der unerlaubten Entfernung und der Fahnenflucht; nach Stier lehrt dieselbe, dass die Entweichungen bei der kaiserlichen Marine häufiger seien als beim Landheer, dass ferner bei den Mehrjährig-Freiwilligen und bei der Kavallerie ein Fortlaufen besonders häufig sei; bei den Kavalleristen, glaube ich nach eigenen Erfahrungen beifügen zu dürfen, spielt die Furcht vor dem Reiten eine oft unterschätzte Rolle bei der Desertion. Interessant ist, dass je mehr man in Deutschland westlich vorrückt, desto häufiger die Desertionen werden. Der Verf. glaubt, dass die Nähe der französischen Grenze als Erklärungsursache für dieses Phänomen überschätzt werde; vielmehr sucht er den Grund mehr im Unterschiede des Charakters und Temperaments der Nord- und Ostdeutschen gegenüber den Westdeutschen. Als bestes Vorbeugungsmittel gegen das Fortlaufen empfiehlt Verf. eine möglichst gründliche spezielle Untersuchung, die alle Schwachsinnigen und moralisch Defekten von der Armee fernhält oder baldigst wieder aus derselben entfernt. In einem eigenen Abschnitt gibt Verf. einen interessanten historischen Rundblick auf die Gesetze über die Fahnenflucht und schliesst mit einigen militärgerichtlichen Betrachtungen, in denen er u. a. die Aufnahme des Begriffes der „mildernden Umstände“ in das Militärstrafgesetz-

buch empfiehlt, sowie für eine Ausweitung eines jeden Strafmasses nach unten bis zum Fortfall der unteren Grenze plädiert, wie es z. B. im englischen und holländischen M.-St.-G.-B. vorgesehen sei.

Niemand wird die 105 Quartseiten umfassende Broschüre aus der Hand legen, ohne eine Fülle von Anregung erhalten zu haben, zumal es sich hier um ein so hochinteressantes und von Psychiatern noch so wenig betretenes Gebiet handelt.

Dreschfeld (München).

LXVII) Robert Gaupp: Ueber den Selbstmord. München. Verlag der ärztlichen Rundschau. 1905. 29 Seiten.

Gaupp hat zu dem Problem der Selbstvernichtung in einer so einwandfreien Weise Stellung genommen, dass es der Kritik schwer werden dürfte, seine Auffassung zu bemängeln oder ihr wesentliches hinzuzufügen. Das einzige wäre vielleicht noch ein Hinweis auf Heller's Feststellung des Einflusses, den die Menstruationsperiode auf das Zustandekommen des Selbstmordes ausübt.

Mit Ausnahme von Norwegen nimmt die Häufigkeit des Selbstmordes allenthalben zu. Die germanische Rasse hat leider dabei vor den andern einen nicht unerheblichen Vorsprung. Ueberall überwiegt die Zahl der Männer mit Ausnahme von Japan und Indien. Mit dem Lebensalter wächst die Neigung zur Selbstvernichtung; nur die Altersstufe von 20—25 Jahren tritt besonders scharf hervor, wohl im Zusammenhang mit der Entwicklungszeit und dem Militärdienst. Was diesen betrifft, so hebt Gaupp mit vollem Recht hervor, dass der grosse Anteil der Vorgesetzten gegen die übliche Auffassung spricht, die den Selbstmord der Soldaten auf Misshandlungen zurückführt. Die Monatskurve mit ihrem Tiefstande im Winter, ihrem Höhepunkt im Mai oder Juni beweist, dass allgemein ausserhalb des Individuums liegende Ursachen von Einfluss sind und beweist weiter, dass wirtschaftliche Not durchaus nicht die nachhaltige Wirkung ausübt, die man ihr gemeinhin zuschreibt. Das geht auch aus der geographischen Verteilung hervor. Nicht zu verkennen ist, dass die katholische Konfession eher den Selbstmord zu verhindern vermag, als die evangelische, ohne dass übrigens daraus sehr weitgehende Schlüsse zu ziehen sind, da auch bemerkenswerte Ausnahmen vorkommen.

Sehr häufig ist der Selbstmord ein Zeichen geistiger Störung und der Trunksucht und zwar in viel höherem Grade, als die offiziellen Statistiken erkennen lassen. Die Tatsache der Nachahmung aber weist mit Entschiedenheit auf die Bedeutung der Entartung hin, der Gaupp eine besonders eingehende Besprechung widmet, wobei er auf die bedenkliche Wirkung eines schrankenlosen Individualismus hinweist. „Der Selbstmord ist ein soziales, er ist ein biologisches und er ist endlich ein psychologisches Problem.“ Vielleicht regt Gaupp's fesselnde Einführung in das Problem den einen oder andern Forscher dazu an, sich an der weiteren Erforschung dieser eigenartigen Erscheinung zu beteiligen.

Aschaffenburg.

LXVIII) Fritz Auer: Zur Psychologie der Gefangenschaft. Untersuchungshaft, Gefängnis- und Zuchthausstrafe, geschildert von Entlassenen. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung. 1905. 138 Seiten.

Auer hat versucht, durch Zeugnisaufrufe ehemalige Untersuchungs- und Strafgefängnisse zu Aeusserungen über ihre Erlebnisse und Beobachtungen zu veranlassen und nach sorgfältiger Prüfung der bis auf zwei nicht anonymen

Einsender die Berichte zu veröffentlichen. Es sind im ganzen 29 Bericht-erstatte, aus verschiedenen Kreisen stammend, z. T. auch (unter den Untersuchungsgefangenen) Unschuldige. Dass die Darstellung einseitig ist, wird niemandem auffällig sein können; denn jeder Beobachter bringt etwas von seinem subjektiven Empfinden in seinen Bericht hinein. Aber die Wahrnehmungen der Sträflinge sollen auch nicht einen erschöpfenden Einblick in die Strafwirkung ermöglichen, sondern nur dem Richter, Arzt und Strafvollzugsbeamten widerspiegeln, wie auf den einzelnen Sträfling die Strafrechtspflege wirkt. Es sind Dokumente, die mit Vorsicht verwertet werden müssen, aber es sind Dokumente von dem allergrössten Wert.

Ueber manche Dinge urteilen die verschiedenen Beobachter völlig verschieden. So finden sich neben scharfen Angriffen auf die Einzelhaft, die auch Leuss aufs entschiedenste verwirft, begeisterte Lobreden. Nach meiner eignen Erfahrung wirkt auf geistig Gesunde, zumal wenn sie etwas mehr Bildung haben, die Einzelhaft äusserst wohltuend gegenüber der gemeinsamen Haft, in der sie allen Gemeinheiten ausgesetzt sind. Ebenso widersprechend sind die Bemerkungen über das sexuelle Empfinden. Manche reden direkt vom Erlöschen, andere wollen sogar eine Steigerung der Erregbarkeit gemerkt haben.

Völlig übereinstimmend dagegen lautet das Urteil über die Kost, die mangelhafte Beleuchtung, das Schweigegebot, das nirgends gehalten wird, und über die Ehrlichkeit im Zuchthaus. Nirgendwo wird so viel gestohlen und geschmuggelt; Brot, besonders aber Tabak, sind die begehrten Dinge, um deren Erlangung willen sich die Gefangenen den schwersten Disziplinarstrafen aussetzen. Unendlich sind auch die Klagen über schlechte Behandlung seitens der Gefängnisbeamten; und gerade weil fast jeder mit besonderer Dankbarkeit der vereinzelt humaneren Beamten gedenkt, verdienen die Bemerkungen Beachtung. Dass die Strafe auch nur einen gebessert hätte, kann man nach dem Durchlesen aller Berichte nicht sagen, wohl aber, dass mancher schlechter geworden ist. Schliesslich auch noch eine Bemerkung über einen Arzt, der als streng, aber gewissenhaft geschildert wird. Von ihm wird besonders hervorgehoben, dass er sich um die Wohn-, Kost- und Arbeitsverhältnisse der Häftlinge gekümmert habe, und dass viele, wenn auch noch so geringe Erleichterungen seiner Anregung zu verdanken waren. Und dann fährt der Berichterstatte fort: „Sicher hatte er aber auch zu kämpfen; ob er nicht müde geworden ist?“

Auer hat die Gefangenen selbst reden lassen und sich auf wenige einleitende und Schlussworte beschränkt. Noch ist wohl das Material zu klein, um allgemeinere Gültigkeit beanspruchen zu können. Wer den Strafvollzug nicht aus der Nähe gesehen hat, wird vielleicht wohl auch das Urteil der Sträflinge als befangen ansehen. Wer aber den Strafvollzug kennt, wird den einen grossen Mangel überall in und zwischen den Zeilen erkennen: die Unfähigkeit, im Strafvollzuge ausreichend zu individualisieren. Vor dem Gesetze mögen alle Menschen gleich sein, im Strafvollzuge aber sind sie es nicht, und darum muss mit dem Individualisieren angefangen werden, wenn man sich von den Freiheitsstrafen irgendwelchen Erfolg versprechen, ja, wenn man sie auch nur als gerecht erkennen will.

Jedenfalls ist es Auer geglückt, einen wertvollen Beitrag zur Reform der Voruntersuchung und des Strafvollzuges zu liefern. Aschaffenburg.

LXIX) Jules Morel: La réforme des asiles d'aliénés, l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie, en Suisse et en Belgique. Gand. Impr. van der Haeghen. 1905. 77 Seiten.

Morel hat sich bemüht, aus dem Bericht, den Sérieux dem Generalrat der Seine erstattet hat, das wichtigste herauszuschreiben und mit eigenen, besonders Belgien betreffenden Ergänzungen weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Sérieux hat zu Studienzwecken Deutschland, Italien, die Schweiz und einen Teil von Frankreich besucht. Ueberall tritt die Ueberlegenheit Deutschlands hervor. Es ist ein merkwürdiges Bild, das sich da vor unsern Augen entwickelt. Wachabteilungen, von Parchappe zuerst gefordert, sind in Frankreich fast nirgendwo eingerichtet. Schon 1840 wurden Dauerbäder von 30—40 Stunden empfohlen, 1869 sogar von Bonnefonds solche von Wochen. In Deutschland haben sie sich das Feld längst erobert, in Frankreich sind sie kaum bekannt. Parchappe eiferte ebenfalls schon 1875 gegen die Zellen; auch hier der gewaltige Unterschied zwischen Frankreich und Deutschland. Und alles, was in Frankreich schlecht und unzulänglich ist (dazu gehört auch der Unterricht in der Psychiatrie), ist in Belgien noch viel schlechter. Dort kann der erste beste Landarzt, in dessen Bezirk zufälligerweise eine Irrenanstalt errichtet wird, Direktor werden. Dort kann der Widerwille eines Arztes gegen Zwangsmassregeln nicht verhindern, dass durch die Leitung der Anstalten, die in Laienhänden liegt, Kranke in die Zwangsjacke gesteckt werden. Das kommt, wie Morel behauptet, weit öfter vor, als die Statistiken erkennen lassen.

Die scharfen Worte, mit denen Sérieux die Zustände in Frankreich geisselt, haben nicht verhindert, dass man seine Arbeit mit einem grossen Preise krönte, obgleich er folgendes gesagt hat: „Der germanische Geist ist von Grund auf organisatorisch veranlagt und anpassungsfähig. Die germanischen Rassen besitzen eine grosse Arbeits- und Denkfähigkeit; sie verarbeiten schnell die Entdeckungen und Fortschritte des Auslandes, verbessern und systematisieren sie und machen daraus, was daraus zu machen ist. Geborene Organisatoren, arbeiten sie mit Geduld, überlassen nichts dem Zufallsüberlegen und regeln alles im Voraus.“

So erfreulich das Lob klingt, so sind wir doch bescheiden genug, auch die Versorgung der Geisteskranken in Deutschland noch als erheblich verbesserungsbedürftig anzusehen. Nicht überall ist die Bettbehandlung auf der Höhe, der Arbeitsbetrieb genügend ausgebildet, die Zahl und Bezahlung der Aerzte ausreichend. Noch gibt es Gegner der Badebehandlung, noch Anhänger der Zellenbauten, vereinzelt sogar noch leichtere Formen der Restrainerung. Die wissenschaftliche Qualifikation der Anstaltsärzte wird nicht von jedem Anstaltsdirektor genügend geschätzt, die wissenschaftliche Arbeit nicht allenthalben genügend gefördert. Und so liesse sich wohl noch manches beanstanden. Wenn es hier an dieser Stelle, unmittelbar im Anschluss an das hohe Lob, das Deutschland gespendet wurde, geschah, so geschah es, weil ich Morel's Wort unterschreibe: Cacher un état d'infériorité n'est pas le faire disparaître, c'est l'aggraver.

Aschaffenburg.

LXX) Fromme: Die zivilrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes für sich und seine Hilfspersonen. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung. 1905. 51 Seiten.

Fromme hat sich durch seine Schrift: die rechtliche Stellung des Arztes

und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf, in ärztlichen Kreisen vorteilhaft bekannt gemacht. Auch diese neue Schrift, die den Arzt über seine durch das bürgerliche Gesetzbuch festgelegten Rechte und Pflichten aufklärt, dürfte ihm von neuem die Dankbarkeit der Aertzwelt sichern. Erfreulich allerdings ist das Bild nicht, das dem Arzte entgegentritt; allenthalben lauern Fallstricke und unangenehme Ueberraschungen, die schliesslich den Rat, sich gegen jede Ersatzpflicht aus der Praxis zu versichern, als sehr natürliche Folgerung erscheinen lassen. Der Arzt haftet für die Ungeschicklichkeit seines Personals, für die Fehler seines Assistenten, er haftet für den Schaden, den sein etwa zu spät erscheinender Vertreter durch die Verzögerung anrichtet, er haftet, wenn er — trotz Wissens von einer drohenden Gefahr — seine Hilfe verweigert. Er haftet auch, wenn er die Tatsache von der syphilitischen Erkrankung des Ehemanns der Ehefrau, von der des Dienstmädchens der Dienstherrschaft nicht mitteilt. Und dabei verbietet eben diese Mitteilung unser Strafgesetzbuch aufs entschiedenste! Eine mitgeteilte Reichsgerichtsentscheidung spricht zwar für die Berechtigung einer solchen Offenbarung eines Berufsgeheimnisses, aber andere Reichsgerichtsentscheidungen widersprechen dieser Auffassung aufs entschiedenste. Vor wenigen Wochen erst wurde ein Arzt, der von einer — allerdings falsch diagnostizierten — Geschlechtskrankheit der Familie der Erkrankten Mitteilung machte, um sie vor der drohenden Ansteckungsgefahr zu warnen, wegen unbefugten Offenbarens gemäss § 300 St.-G.-B. verurteilt. So wird also auch für den, der sich für einen „sorgfältigen und gewissenhaften Durchschnittsmusterarzt“ hält, wohl die Haftpflichtversicherung der beste Schutz gegen die Gefahren der zivilrechtlichen Verantwortlichkeit bleiben.

Aschaffenburg.

LXXI) Siegfried Türkel: Die kriminellen Geisteskranken. Ein Beitrag zur Geschichte der Irrenrechts- und Strafrechtsreform in Oesterreich (1850—1904). Wilh. Moritz Perles. 1905. 64 Seiten.

Eine historische Betrachtung, die, von dem Verlangen nach einem Irrenrechte ausgehend, die allmähliche Erweiterung der Fragestellung nach der besten Art der Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker zu der nach der besten Versorgung aller psychisch Defekten und geistig Minderwertigen umfasst, kann nicht gut in einem Referate auszugsweise wiedergegeben werden. Um so mehr fühle ich mich verpflichtet, auf das Original hinzuweisen. Jedem, der sich ernsthaft mit dem Problem beschäftigt hat, sind die Schwierigkeiten bekannt, die sich zur Zeit der Lösung entgegenstellen, und er wird deshalb mit Freuden nach einer Arbeit greifen, in der ihm die Entwicklung der Frage in Oesterreich und zum Teil in Deutschland so übersichtlich vorgeführt wird. Er wird viel aus der historischen Betrachtung und aus den zahlreichen wiedergegebenen Meinungsäusserungen der juristischen und ärztlichen Sachverständigen lernen können.

Aschaffenburg.

LXXII) Magnus Hirschfeld: Berlins drittes Geschlecht. Grossstadtdokumente, herausgegeben von Hans Ostwald. Bd. 3. Berlin, Leipzig, H. Seemann's Nachfolger. 77 Seiten.

Der unermüdete Vorkämpfer für die Abschaffung des § 175 schildert in dem kleinen Schriftchen die Berliner Urningswelt. Wie in jeder der Propagandaschriften findet man auch in dieser vereinzelte Entgleisungen, die es den Gegnern der Abschaffung — zu denen ich übrigens nicht gehöre — leicht

machen, die bedenkliche Natur des Urningtums zu beweisen. So, wenn Hirschfeld die Beziehungen der Homosexuellen zu den Soldaten und Athleten schildert. In dem Falle ist mit wenigen Ausnahmen nur der eine Teil homosexuell; und wenn es auch nicht stets zu päderastischen Handlungen kommt, so doch regelmässig zu Liebkosungen, Küssen etc. Die Parallele zwischen der Verfolgung der Urninge mit den Hexenprozessen ist wohl etwas gewagt. Ich überzeuge mich im Gegensatz zu Hirschfeld immer mehr davon, dass zur Genese einer solchen Abweichung eine psychopathische Prädisposition die Vorbedingung, eine Gelegenheitsursache der äussere Anstoss, vielfach aber die Lektüre aufklärender Schriften den definitiven Ausschlag gibt, um die Richtung der sexuellen Empfindungen dauernd zu fixieren. Aschaffenburg.

LXXIII) N. Nurmman: Ueber Nervenläsionen durch Extremitätsfracturen und ihre operative Behandlung. Diss. Kopenhagen 1904. 194 S.

Zusammenstellung von 30 gut beobachteten Fällen, von denen 18 den N. radial betreffen. Verf. unterscheidet zwischen primären und sekundären Läsionen. Während die Erscheinungen der Nervenkontusion sogleich hervortreten, wird die Zertrümmerung resp. ZerreiSSung des Nerven in den meisten Fällen erst bei Abnahme der immobilisierenden Bandage entdeckt. Die Behandlung ist hier baldige Operation; eine glatte Wundheilung ist Bedingung der restitutio ad integrum. Nervenläsionen durch ein disloziertes Fragment sah Verf. vier, die alle operativ behandelt wurden, mit drei Heilungen. Empfiehlt die Radiographie im Dienste der Diagnose. — Zwei Fälle des seltenen Anspießens der Nerven (in dem einem fehlten die Schmerzen ganz!) wurden mit Erfolg operiert. — Die sekundären Nervenläsionen waren durch Kompression durch Callus oder cicatricielle Bindegewebsmassen verursacht. Die Symptome und pathologisch-anatomischen Befunde boten keine Besonderheiten dar. Die Prognose dieser Kompressionen ist mala ohne Operation, d. h. Neurolysis (ev. mit Neurotonie). Die Operation ergab in 13 Fällen komplette, in 2 inkomplette Heilung. Das Verhalten der peripheren Muskeln bei Reizung des lädierten Nerven unterhalb der Läsionsstelle scheint prognostische Schlüsse zu gestatten; in sieben Fällen, wo diese Reizung positiv ausfiel, erfolgte Heilung. Zum Schlusse empfiehlt Verf. eine operative Behandlung aller besprochenen Nervenläsionen, der Kontusionen ausgenommen; je früher operiert wird, um so besser die Prognose. Die Nachbehandlung mit Massage, Elektrizität ist von grosser Bedeutung. Nur die Restitution der Bewegungen gibt einen Beweis ab für die Rückkehr der vollen Leistungsfähigkeit der Nerven. A. Wimmer.

LXXIV) Fr. Lange: Slagter. Jagttagelser fra en Sindsygeanstalt. Kopenhagen 1904. 146 S.

Verfasser, Direktor einer Irrenanstalt, versucht eine analytisch-synthetische Bearbeitung des verwickelten Begriffes der psychischen Degeneration. Nach seinen Beobachtungen glaubt Verf. folgende „Formen“ der Degeneration aufstellen zu können: 1. Degeneration durch Geisteskrankheiten in der Ascendenz. An den Individuen dieser Gruppen findet Verf. keine Andeutung von den seelischen Störungen (Disharmonie, Bizarrerien, hervorragende einseitige Begabung etc.), die man gewöhnt ist, als Stigmata degenerationis aufzufassen. Auch fand sich in dieser Gruppe kein Fall von Verbrechen vor. 2. Die Patienten, die durch

Alkoholismus der Vorfahren disponiert sind, stehen durchgehend unter dem normalen intellektuellen Niveau bis hinab zur ausgesprochenen Imbecillität. Sehr auffällig war die Beteiligung dieser Individuen an Verbrechen und anderen Erscheinungen der Brutalität und Perversität. 3. Die „epileptische“ Disp. schafft eine dritte Gruppe, deren Repräsentanten bis zu einem gewissen Grade denen der zweiten Gruppe gleichen. Auch hier die beträchtliche Schädigung des Intelligenz- und des Gefühlslebens, die Kriminalität etc. Diesen drei Gruppen gegenüber stellt Verf. nun eine ganz anders geartete Degeneration, die durch „die Aristokratie“ der Anstalten, „die grossen Geschlechter“ repräsentiert ist. Verf. verfügt über 44 grosse (und alte!) Geschlechter. Hier sind die Erscheinungen der Degeneration ganz andere als in den ersten drei Gruppen. Während diese sich im wesentlichsten durch Krankheit, Ausschweifungen oder Verbrechen charakterisieren, während sie nicht ein einziges Beispiel darbieten von einem Individuum, das über „das gewöhnliche Intelligenzmass emporragt, so handelt es sich hier um Geschlechter, die in sozialer Beziehung die höchste Stufe erreicht und auf intellektuellem Gebiete solches geleistet haben, das sie als hochstehende Persönlichkeiten individuell modellierte Gestalten kennzeichnet. Es findet sich in dieser Gruppe eine bedeutende Anzahl von Schriftstellern, Dichtern und Künstlern, von hohen Beamten, Professoren etc.

Diese Degeneration ist nicht das Resultat eines Krankheitsprozesses oder irgend eines fremden Faktors, sondern die reguläre Entfaltung eines Naturgesetzes: die Rückbildung und das Absterben eines Geschlechts, das seine volle Reife und Entwicklung erreicht hat. Das Bindeglied aller dieser grossen Geschlechter und das Substrat der Degeneration sieht Verf. in der „harnsauren Diathese“, und benennt darum diese Degeneration „die uratische“. Irgendwelche Beweise ausserhalb des sehr häufigen Vorkommens von „Nierengries“ bei den Mitgliedern dieser Familien erbringt Verf. aber nicht. Seine Ausführungen über den Chemismus dieser postulierten Autointoxikation sind recht banale. Und sieht man genauer zu, findet man leicht, dass in diesen grossen Geschlechtern eben dieselben Formen von psychischer Degeneration, die man in den ersten drei Gruppen antrifft, repräsentiert sind: Psychosen, habituelle Stimmungsanomalien, schlechte Begabung, Suicidium, Perversität, Trunksucht, Paranoia und auch Verbrechen; denn die „latente“ Kriminalität dieser Individuen, wie sie sich als „kleine Hausdiebstähle“ etc. entpuppt, ist gewiss gleich zu setzen den groben Verbrechen des proletarischen Entarteten. Klinisch differiert diese Form der psychischen Degeneration kaum von den übrigen durch anderes, als dass sie eben durch die „grossen Geschlechter“ repräsentiert ist. Aber das darf doch in einem kleinen Lande wie Dänemark kaum Wunder erregen; das Gegenteil wäre eher merkwürdig. Und wie Verf. sich mit dem verschwommenen Begriffe der „harnsauren“ Diathese als einzigen ätiologischen Faktors begnügen kann, ist dem Ref. auch ganz unverständlich.

A. Wimmer.

LXXV) **Bayon**: Die histologischen Untersuchungsmethoden des Nervensystems. Würzburg, A. Stuber's Verlag. 1905. Preis 3,60 M.

Der Pollack'schen „Färbetechnik des Nervensystems“ ist in dem vorliegenden kleinen Buch ein Konkurrent entstanden. Bayon beginnt mit einer Schilderung der Laboratoriumseinrichtungen, der Instrumente und Reagentien, gibt dann eine Sektionstechnik des Nervensystems, erörtert die verschiedenen

Methode der Konservierung und Fixierung, der Färbung und Imprägnation, der Mikrophotographie und endlich anhangsweise die mikroskopische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit nach Nissl's Angaben. Den Abschluss bildet ein Namenregister. Das Buch wird durch seine eingehende Schilderung der neuen Färb- und Imprägnationsmethoden (Ramon y Cajal, Bielschowsky u. a.) Vielen willkommen sein. Gaupp.

LXXVI) W. Specht: Ueber klinische Ermüdungsmessungen. I. Teil: Die Messung der geistigen Ermüdung. Mit 24 Figuren im Text. Leipzig, W. Engelmann. 1904. Sonderabdruck aus dem Archiv für die gesamte Psychologie, III.

Eine wichtige Arbeit. Specht beginnt mit einer historisch-kritischen Schilderung der bisherigen Versuche einer methodischen Messung der geistigen Ermüdung, wobei er sich eng an die Auffassung Kraepelin's anlehnt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass von allen Methoden die des fortlaufenden Addierens mit und ohne eingeschaltete Pausen die beste sei. Diese hat er auch seinen eigenen Untersuchungen zugrunde gelegt. Im Laboratorium der Heidelberger Irrenklinik stellte er an Gesunden und an Unfallnervenkranken Versuche über die „Arbeitskurve“ an, die man erhält, wenn man die Versuchspersonen zehn Minuten lang einzifferige Zahlen (in den Rechenheften) möglichst rasch addieren und bald mit, bald ohne Pause (nach 5') arbeiten lässt. Die einzelnen Versuchsreihen umfassen zwölf (bzw. achtzehn) einzelne Tagesversuche. Die Versuchsanordnung war die gleiche, wie sie in Kraepelin's Laboratorium seit langer Zeit üblich ist. Specht schildert ausführlich die Ergebnisse bei 17 gesunden Personen (Aerzte, andere gebildete Personen männlichen und weiblichen Geschlechts, Pfleger und Plegerinnen), kennzeichnet die individuellen Verschiedenheiten der Ermüdbarkeit, der Uebungsfähigkeit und der anderen persönlichen Grundeigenschaften, die bei den fortlaufenden Arbeitsmethoden zutage treten, und wendet sich dann der Darstellung des Verhaltens von sechs Kranken (traumatische Neurose) zu. Diese Darstellung ist durchweg so ausführlich und wird durch beigegebene Kurven so erläutert, dass der Leser die Richtigkeit der Folgerungen Specht's selbst kontrollieren kann. Specht fand eine hochgradige Steigerung der Ermüdbarkeit bei den Traumatikern; sie zeigten eine geringe Erholungsfähigkeit und im ganzen eine erheblich herabgesetzte Leistungsfähigkeit; die Uebungsfähigkeit erschien nicht besonders beeinträchtigt, dagegen war die Uebungsfestigkeit gering. Psychogene „Hemmung“ kommt in der Arbeitkurve deutlich zum Ausdruck.

Specht selbst und einige andere Versuchspersonen versuchten eine pathologische Arbeitskurve (analog derjenigen der Traumatiker) zu simulieren. Es gelang ihnen dies nicht, obwohl von den vier Versuchspersonen drei mit der Zusammensetzung normaler und pathologischer Arbeitskurven vertraut waren. Immer gab sich die absichtliche Darstellung „in einer hochgradigen Uebertreibung der vorgetäuschten krankhaften Störung und in Missverhältnissen der verschiedenen Vergleichswerte zu einander ohne weiteres zu erkennen.“

Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

213) **Donaggio**: Colorazione positiva delle fibre nervose nella fase iniziale della degenerazione primaria e secondaria, sistematica o diffusa del sistema nervoso centrale.

(Riv. sperim. di Freniatria Vol. XXX, fasc. I.)

214) **L. Luglato**: Degenerazioni secondarie sperimentali (da strappo dello sciatico) studiate col metodo di Donaggio per le degenerazioni.

(Prima nota ibidem p. 135.)

215) **idem**: Degenerazioni secondarie sperimentali (da strappo dello sciatico e relative radici spinali) etc.

(Seconda nota, ibidem fasc. IV, p. 826.)

Donaggio, der unlängst eine Methode zur Darstellung der Fibrillennetze veröffentlicht hat, publiziert jetzt eine Methode, um degenerative Veränderungen an den Faserbahnen des Gehirns und Rückenmarks darzustellen. Die Methode soll den Vorzug besitzen, positiv jene Fasern darzustellen, die bei primärer Degeneration in Mitleidenschaft gezogen worden sind und die mit den bis jetzt üblichen Methoden (Marchi und Weigert) nicht zur Darstellung gebracht werden konnten. Unter primärer Degeneration versteht Verf. eine langsame Atrophie des Axenzylinders und seiner Hüllen, die nicht zu einer Kontinuitätstrennung zu führen braucht. Die primäre Degeneration ist als Wirkung gewisser toxischer Einflüsse zu betrachten (bei Autointoxikationen, bei Wirkung chemischer Gifte, bei bakteriellen Toxinen). Während die Marchireaktion nur Zerfallsprodukte der Markscheiden (d. h. im ersten Stadium der sekundären Degeneration) hervorhebt, die Weigert'sche Markscheidenfärbung in den späteren Stadien der Degeneration nur Lücken zeigt, d. h. eine negative Methode darstellt, vermag Donaggio mit Hilfe seiner Methode die verletzten Fasern im Initialstadium der primären Degeneration direkt zur Ansicht zu bringen.

Die Methode beruht auf der empirisch gewonnenen Erfahrung, dass eine verletzte Faser sich weit langsamer zu entfärben pflegt, als die normale. Stücke, die in Chromsalzen gehärtet sind — eine langdauernde Einwirkung des Chroms ist absolut nicht nachteilig — werden in der üblichen Weise in Celloidin eingebettet. Die 20—30 μ dicken Schnitte werden 10—20 Minuten in einer Lösung von Hämatoxylin und ammoniakalischem Zinnchlorür gehalten. (Darstellung der Lösung: 20 % wässrige Lösung von ammoniakalischem Zinnchlorür wird zu gleichen Teilen vermischt mit einer 1 % wässrigen Lösung von Hämatoxylin, die 5—10 Tage gereift hat und in der Wärme hergestellt worden ist. Um Präzipitate zu vermeiden, muss das Hämatoxylin der Zinnsalzlösung zugegossen werden und nicht umgekehrt. Im Dunkeln aufzubewahren!)

Zur weiteren Behandlung stehen drei Methoden zur Verfügung, die sich dadurch von einander unterscheiden, dass die einzelnen Vorgänge der Färbung, Beizung und Differenzierung entweder gleichzeitig oder nacheinander vorgenommen werden. Methode 1 bringt Markscheiden und Axenzylinder gleichzeitig zur Darstellung. Nach Färbung und gleichzeitiger Beizung wird nach Pal differenziert, bis zu dem Augenblick (Kontrolle unter dem Mikroskope), in dem die verletzten Fasern noch gefärbt sind, während die andern verschwinden.

Methode 2 lässt keine Uebersicht über strukturelle Details der degenerierenden Fasern zu — Färbung: 10—20' in 0,5—1 % wässriges Hämatoxylin; direkte Ueberführung der Schnitte für 30' in eine gesättigte Lösung von

neutralem Kupferacetat, Weiterbehandlung nach Pal wie bei Methode 1; Methode 3 ermöglicht gleichzeitige Beizung und Entfärbung. Färbung in Hämatoxylin (0,5—1 %) 10—20'. Ueberführung in eine 10—20 % Eisenchloridlösung. Es erfolgt zuerst Schwärzung, dann Entfärbung der Präparate. Waschen in 0,75 % HCl-alkohol.

Die Resultate der Methode 2 und 3 entsprechen denen bei Anwendung der Marchimethode (sollte die Methode sich bewähren, so wäre sie auch aus rein ökonomischen Rücksichten bei den hohen Osmiumpreisen recht zu begrüßen [Ref.]), bieten aber vor der Marchimethode die Vorteile, dass sie deutliche Bilder geben, schneller zur Anwendung kommen können, auch an Material, das monatelang bereits in Chromsalzen lag, und endlich sowohl bei primären wie bei sekundären Degenerationen anwendbar sind.

Anwendung hat die Methode von Verf. und von Lugiato gefunden an klinisch und an experimentell gewonnenem Materiale. Ersterer konnte dort Veränderungen finden, wo sie bis jetzt der Untersuchung entgangen sind, so speziell, wenn sie nach gewissen Intoxikationen diffus aufzutreten pflegen. Auch bei den sogenannten systematisierten Fasererkrankungen hat er neben streng lokalisierten Degenerationsfeldern diffuse Degenerationen auf dem ganzen Querschnitt gefunden. Interessant ist die Tatsache, dass er auch bei Geisteskranken Veränderungen gefunden haben will, eine Tatsache, die für die toxische Natur der Erkrankung sprechen soll.

In der ersten Mitteilung vergleicht Lugiato die neue Methode mit der Marchi'schen. Er untersucht das Rückenmark von Kaninchen verschiedene Zeit lang nach Avulsion des einen Ischiadicus. Bereits nach dem zweiten Tage nach der Operation, d. h. zu einer Zeit, in der die Marchimethode negativ ausfällt, sind lokalisierte Veränderungen dort zu treffen, wo sie schwach am dritten, deutlicher am vierten Tage mit Hilfe des Osmiumverfahrens zutage treten. Der Autor macht darauf aufmerksam, dass auch bei ungenügender Differenzierung die normale Faser durch den hellen Hof (die Markscheide) von der allseitig dunklen affizierten Faser unterschieden werden kann.

In einer zweiten Arbeit wird auf Grund eines experimentell gewonnenen Materials der Nachweis gewonnen, dass bereits 32 Stunden nach Durchreissung des Ischiadicus, deutliche Degenerationen nach der Donaggio-methode in den Goll'schen Strängen nachweisbar sind; das Feld erweitert sich in den folgenden Tagen immer mehr und ergreift auch den Burdach'schen Strang; erst drei Tage nach der Operation gibt die Marchi'sche Methode positiven Befund. Von da ab lassen beide Methoden gleiche Bilder erkennen bis zum 20. Tage nach der Operation, wo nach der Donaggiomethode die Veränderungen weniger ausgedehnt erscheinen, um successive abzublassen. Nach 33 Tagen ist mit ersterer Methode fast nichts mehr zu sehen, während die Marchimethode noch bis zum etwa 90. Tage deutliche Veränderungen anzeigt. So ergänzen sich beide Methoden gegenseitig, um verschiedene Zustandsbilder der degenerierenden Faser aufzudecken. Was das anatomisch-pathologische Bild der degenerierenden Faser betrifft, so lässt der Axenzylinder als erster die erhöhte Resistenz gegen die Entfärbung erkennen, in einem weiteren Stadium beteiligt sich auch die Markscheide an dieser Eigentümlichkeit; die Zerfallsbilder derselben sind wechselnd. Die längsgetroffene Faser zeigt Bilder ähnlich denen, welche die reine Osmiumbehandlung erkennen lässt.

Merzbacher.

216) **Turner**: On the primary staining of the rat's brain by methylene blue. (Brain, Spring 1904.)

Verf. hat zwei Methoden entdeckt, die es ermöglichen, die Ehrlich'sche vitale Methylenblaufärbung auch bei totem Gewebe in Anwendung zu bringen; er nennt dies die „pseudovitale Reaktion“. Die Resultate beider Methoden sind übrigens recht wechselnd, da die Färbung durchaus nicht immer gelingt. Untersucht hat Verf. nur Rattengehirne. Die anatomischen Ergebnisse lassen sich im Rahmen eines Referats nicht wiedergeben; erwähnt sei nur, dass Verf. auf Grund der mit seiner Methylenblaufärbung gewonnenen Präparate sich durchaus der Meinung derjenigen Autoren glaubt anschliessen zu müssen, die einen glösen Ursprung der pericellulären Golginetze annehmen. Kölpin (Bonn).

217) **Hunt**: The retrograde atrophy of the pyramidal tracts.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease. 1904.)

In einem Falle sehr chronischer Kompression des untern Halsmarks durch ein Fibrom der Dura hatten in den letzten fünf Lebensjahren die Symptome einer totalen Querschnittsunterbrechung bestanden. Ausser den gewöhnlichen Degenerationen war Verf. in der Lage, eine sehr ausgesprochene retrograde Degeneration beider gekreuzten und ungekreuzten Pybahnen festzustellen, die sich bis in die Brücke hinein verfolgen liess, oberhalb der Pykreuzung jedoch erheblich an Intensität abnahm. Die retrograde Degeneration der Pybahnen im Rückenmark war so erheblich, dass Verf. zuerst an einen zweiten, weiter nach oben liegenden Herd dachte, welcher Verdacht sich indes nicht bestätigte.

Kölpin (Bonn).

218) **Sims**: Anatomical findings in two cases of Korsakoff's symptom-complex.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease. 1905. No. 3.)

In beiden Fällen — es handelte sich um Alkoholisten — fanden sich die bekannten neuritischen Veränderungen in verschiedenen peripheren Nerven und im Rückenmark. Im ersten Fall bestand ausserdem eine mässige „akute Alteration“ der Rindenzellen, im zweiten Fall Veränderungen in den Beetz'schen Zellen, akute Degenerationserscheinungen in der Radiärfaserung und schliesslich zahlreiche über das ganze Gehirn verbreitete mikroskopische Blutungen.

Kölpin (Bonn).

219) **Bayon**: Die Anwendung neuer Imprägnationsverfahren in der pathologisch-histologischen Analyse des Zentralnervensystems.

(Centralbl. für allgemeine Pathologie etc. 1905.)

Einige Bemerkungen über den Wert der neuen Achsenzylinder- und Fibrillenmethoden, besonders der Cajal'schen Silberverfahren für die Untersuchung pathologischer Objekte. Im Eingange seiner Mitteilung betont Verf. auch den Wert gelungener Golgipräparate für die Beurteilung krankhaft veränderten Nervengewebes; vor allem erhalte man an ihnen Anschluss über die Glia „in Stellen der weissen Substanz“, in welchen Golgi's Methode „prächtige Spinnzellen“ zur Darstellung bringt, die bei den „gewöhnlichen“ Methoden (auch bei Weigert's Gliafärbung!) nach den Erfahrungen des Verf. nicht sichtbar würden.

Spielmeyer.

220) **L. Edinger**: Die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems.

(Deutsche medicin. Wochenschr. 1904, No. 45, 49, 52; 1905, No. 1 und 4.)

Es erscheint fast überflüssig, diese Arbeit den Lesern dieses Central-

blattes noch besonders anzuzeigen, so sehr haben naturgemäss die Aufsätze, in denen E. jetzt — zehn Jahre nach der ersten Publikation seiner geistvollen Theorie — seine Ansichten entwickelt, das Interesse aller Nervenärzte erregt. Unmöglich vollends, und für den Jüngeren unbescheiden wäre der Versuch, im Rahmen eines Referates zu einer Anschauung Stellung zu nehmen, die wie diese auf Grund jahrelanger eigener Beobachtungen und sorgfältig gesammelter Literaturangaben von einem Forscher wie Edinger begründet wird. Dass diese Theorie vieles, so namentlich die regelmässige Lokalisation bestimmter peripherer Nervenerkrankungen, in einer Weise erklärt, die den Zweifel an ihrer Richtigkeit für diese Fälle ausschliesst, das wird wohl allgemein zugegeben werden. Für viele Erkrankungen des Rückenmarks aber und ganz besonders für die des Gehirns wird sie naturgemäss sehr viel schwerer und in bindender Weise heute vielleicht garnicht bewiesen werden können. Das spricht nicht gegen ihre Richtigkeit und gegen ihren theoretischen und praktischen Wert.

Wir genügen hier somit lediglich der Pflicht des Chronisten, wenn wir den wesentlichsten Inhalt der Schlussätze, zu denen E. gelangt, wiedergeben; die Lektüre des Originals kann und soll das Referat nicht ersetzen.

Die sämtlichen Krankheiten des Nervensystems zerfallen nach E. in Herdaffektionen, toxische und Aufbrauchkrankheiten. Ist der schon bei Gesunden nachweisbare Aufbrauch des Nervensystems (Schwund der Tigroidschollen innerhalb der Zelle, Auftreten von Zerfallsprodukten innerhalb der markhaltigen Faser) abnorm hoch, so gehen Zelle und Faser zugrunde. An die schwächer gewordenen oder leeren Stellen rückt die Glia. Diese Prozesse — und sie nennt E. „Aufbrauchkrankheiten“ — sind alle progressiv; viele führen zum völligen Untergang der geschädigten Bahnen, ganz besonders diejenigen, die auf erblicher Schwäche einzelner Teile beruhen. Denn, da die Funktion nie aussetzt, haben, wenn einige Teile geschädigt sind, die anderen oft mehr zu arbeiten. Entstehungsursachen der Aufbrauchkrankheiten sind demnach:

1. Abnorm hohe Anforderungen an normale Bahnen bei normalem Ersatz: Arbeitsatrophien, Arbeitsneuritiden;
2. ungenügender Ersatz bei normaler Funktion, meist infolge einer Vergiftung: Polyneuritiden, Tabes, kombinierte Systemerkrankungen, Paralyse;
3. primäre Schwäche einzelner Bahnen. Typus: die hereditären Nervenkrankungen, die meisten kombinierten Strangsklerosen, die spastische Paralyse, die amyotrophischen Erkrankungen in Oblongata und Rückenmark, die primäre, nichttabische Opticusatrophie, wahrscheinlich die progressive nervöse Ertaubung.

Die Folgerungen, die sich daraus für die Prophylaxe und für die Therapie dieser Erkrankungen ergeben, bedürfen keiner weiteren Erörterung.

Bunke.

221) **Reuter**: Ein neuer Handflächenreflex. (Aus der Klinik Prof. Moravcik's in Budapest.)

(Elme-é idegkórta No. 1. 1905.)

Bei einem Paralytiker mit allgemeiner Reflexsteigerung konnte Verfasser folgenden reflektorischen Vorgang konstatieren: Lässt man den Pat. den Arm im Ellbogengelenke beugen und legt dessen Hand mit dem Handrücken in die eigene, wobei darauf geachtet werden muss, dass die Armmuskeln ganz erschlaft seien, dann erfolgt auf mechanischen Reiz der Handfläche zunächst der gewöhnliche Handflächenreflex mit Palmarflexion der Finger, gleichzeitig aber

wird der Vorderarm mit einer leichten Abduktionsbewegung nach vorne gestossen und gehoben, wobei auch leichte Streckung im Ellbogengelenke erfolgt; gleichzeitig erfolgt auch eine leichte Kontraktion in der Schulter- und Claviculartion des Deltoideus und im Triceps. Epstein (Budapest).

222) **Martin Bloch**: Ein Fall von subakuter diffuser Erkrankung der Gehirne (*Encephalitis subacuta non purulenta*) im Gefolge einer angeblichen Uebertragung der „Druse“ des Pferdes auf den Menschen. (Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1904. No. 1.)

Der Kranke bot Lähmungen verschiedener Hirnnerven, beginnenden Sehnervenschwund nach entzündlicher Sehnervenschwellung, halbseitige Schwäche der rechten Gliedmassen mit Störungen der Sensibilität und Koordination. Verf. führt aus, dass es sich schwerlich um eineluetische Erkrankung handelt, dass aber eine Infektion mit der Druse des Pferdes — eine eitrig-katarrhalische Erkrankung der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut mit sekundärer Ver-eiterung der regionären Lymphdrüsen mit mannigfachen Komplikationen bezw. Metastasen — oder eine Mischinfektion wahrscheinlich sei.

Zu gleicher Zeit mit dem oben erwähnten Patienten war der Tierarzt, der mit diesem zusammen drüsenkranke Pferde behandelt hatte, schwer erkrankt und zwar unter anfangs ähnlichen Symptomen. Schultze.

223) **Ernst Neisser** und **Kurt Pollack**: Die Hirnpunktion. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. XIII, S. 807 ff. 1904.)

Die Punktion und Probepunktion des Gehirns ist bei einiger Uebung leicht auszuführen. Die Technik ist folgende: Nachdem an dem rasierten Schädel die zu punktierenden Stellen markiert sind, wird die Haut desinfiziert und unter Aethylchlorid-Anästhesie mit einem elektrisch betriebenen feinen Bohrer von grosser Umdrehungszahl (ca. 1200) Haut, Weichteile und Knochen durchbohrt. Darnach wird durch den Bohrkanal eine feine, mit Centimeter-einteilung versehene Punktionsnadel eingeführt. Die grösste Tiefe, bis zu der man gehen kann, ist 5 cm. Unter Ansaugen wird die Nadel wieder zurückgezogen.

In einem anatomischen Teil wird die Wahl der Punktionsstelle besprochen, Punkte, an denen man auf bestimmte Hirnpartien trifft, ferner Punkte, die den von bestimmten Affektionen besonders häufig befallenen Bezirken entsprechen. Die Punkte werden so gewählt, dass bei der Punktion Gefahren möglichst vermieden werden, so besonders Blutungen aus der A. meningea media und ihren Aesten und aus den Hirnsinus.

Verf. haben mit ihrem Verfahren 138 Hirnpunktionen gemacht, grossenteils bei Kranken mit sehr infauster Prognose. Bei elf Fällen wurde altes Blut, bei einem Fall Haematoidinkristalle, bei zwei Fällen Cystenflüssigkeit, bei fünf Liquor cerebrospinalis in grösseren Mengen, bei einem zitronengelbe Meningealflüssigkeit, bei zwei Eiter, bei 3 seröseitrige Flüssigkeit und bei je einem Fall nekrotisches Hirngewebe und Tumorgewebe aspiriert. In einem Teil der Fälle war die Punktion für Diagnose und Wahl des Heilverfahrens von bestimmendem Einfluss, in einigen Fällen brachte die Punktion selber teils Besserung, teils Heilung.

Unangenehme Zwischenfälle und schlimme Folgen sahen Verf. von der Punktion nur selten. Bei einem Gliom kam es, wie dies ja auch im Anschluss an die Lumbalpunktion beobachtet ist, zum Exitus durch Blutung in den Tumor mit Durchbruch nach der Hirnbasis. Ganz kleine Blutaustritte an der Punk-

tionsstelle kamen in seltenen Fällen vor, nie dagegen arterielle Blutungen oder Sinusblutungen. Verf. empfehlen die Hirnpunktion in zweifelhaften Fällen dringend, da sie in grösseren Krankenhäusern und Kliniken, die sich das dazu nötige Instrumentarium anzuschaffen in der Lage sind, leicht und ohne Gefahr ausführbar und in einer Reihe von Fällen direkt lebensrettend ist.

Am Schluss der Arbeit sind die zum Teil sehr instruktiven Krankengeschichten beigefügt. G. Liebermeister (Freiburg).

224) **Ludwig Mann:** Ueber elektrotherapeutische Versuche bei Optikus-Erkrankungen.

(Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie. 1904, Bd. VIII, Heft 8, S. 417—427.)

Um Erfolg bei der elektrischen Behandlung eines nervösen Organs zu haben, stellt Verf. folgende Forderungen auf: Einmal muss dasselbe elektrisch reizbar sein und zum andern muss der Nachweis geliefert werden können, dass der elektrische Strom unmittelbar nach seiner Applikation eine Veränderung der Erregbarkeit hinterlässt. Beide Bedingungen sind an dem Nervus opticus, mit dem sich Verf. hier beschäftigt, erfüllt, wie die Litteraturnachweise uns zeigen.

Seine Versuche erstrecken sich auf zwei Fälle, an denen sie zum Teil sehr häufig wiederholt wurden, so dass insgesamt weit mehr als hundert Versuche vorliegen. Sie wurden gemeinsam mit dem Assistenten der königl. Augenklinik in Breslau unternommen. Diese 12 Fälle betreffen je einen Fall von arteriosklerotischer Atrophie, neuritischer Atrophie, Hemianopsie, 2 Fälle von retrobulbärer Neuritis, 3 von Intoxikationsamblyopie und 4 von tabischer Atrophie. Der konstante Strom wurde teils in der Längsrichtung (aufsteigend), teils in der Querrichtung angewendet, mit einer durchschnittlichen Intensität von 10 M.-A. Verf. machte dabei die Erfahrung, dass entgegen den sonstigen Beobachtungen diese höhere Stromstärke eine erheblich günstigere Einwirkung auf die Sehfunktion ausübt, als geringere Intensitäten. Wiederholt trat bei 2—3 M.-A., selbst bei 5 M.-A. noch keine Besserung ein, indessen deutlich, als die Stromstärke auf 10 M.-A. gesteigert wurde. Die Dauer der Sitzung wurde stets ziemlich lang ausgedehnt, sie schwankte zwischen einer Viertel- und einer ganzen Stunde.

Von den untersuchten Fällen liess sich in zweien (tabische Atrophie und Intoxikationsamblyopie) gar keine oder eine nur geringe Beeinflussung des Sehvermögens erzielen. Die übrigen Fälle wiesen einen positiven Erfolg durchweg auf. Zunächst gaben die Patienten an, dass sie nach der Sitzung die Empfindung grösserer Helligkeit besässen.

Objektiv liess sich bei jeder Sitzung in deutlicher Weise eine Besserung der zentralen Sehschärfe nachweisen. Verf. führt hierfür einige recht in die Augen springende Beispiele an. Ausserdem zeigte sich, dass die an dem einen Tage erreichte Besserung am nächsten Tage wieder etwas zurückgegangen war; indessen ergab sich doch immer im Ganzen bei regelmässiger Fortsetzung der Behandlung eine stetige Zunahme der Sehschärfe. Am längsten und mit dem besten Erfolg behandelt wurde ein Fall von tabischer Atrophie und einer von arteriosklerotischer Atrophie. Auch wurde mehrfach ein deutlicher Einfluss auf das Gesichtsfeld beobachtet. Zentrale Skotome verkleinerten sich, die peripheren Gesichtsfeldgrenzen wurden oft um einige Grad weiter. Schliesslich

liess sich auch eine günstige Beeinflussung des Farbensinns wiederholt deutlich nachweisen.

Die weiteren Versuche des Verfassers gingen darauf hinaus, festzustellen, ob auch durch Prüfung elektrischer Reize eine Funktionssteigerung des optischen Apparates, d. h. eine Erregbarkeitssteigerung sich erzielen liesse. Mittels der Methode der Kondensatoren-Entladungen gelang ihm der Nachweis, dass die Erregbarkeit des Nervus opticus während der Galvanisation deutlich anstieg. Im besonderen wurde beobachtet, dass die Erregbarkeit während der Galvanisation erst nach und nach ansteigt und unmittelbar nach dem Aufhören des Stromes zwar bis zu einem gewissen Grade zurückkehrt, aber doch noch eine geraume Zeit nach Beendigung nachweisbar ist. Ob bei regelmässiger Galvanisation die Erregbarkeit für den Kondensatorenreiz dauernd ansteigt, wurde nicht untersucht, erscheint dem Verf. jedoch sehr wahrscheinlich.

Als Resultat der Untersuchungen ergibt sich also, dass die Galvanisation bei hoher Stromstärke und längerer Dauer eine Besserung der Funktion des kranken Sehnerven und eine Steigerung seiner elektrischen Erregbarkeit während der Anwendung und eine geraume Zeit hinterher hervorruft. Ob bei wiederholter Anwendung des Stromes wirklich ein dauernder therapeutischer Erfolg in derartigen Fällen sich ergeben wird, ist zur Zeit noch nicht mit Sicherheit festzustellen, erscheint dem Verf. jedoch annehmbar.

Buschan.

225) **Aub:** Verwendung des Ergographen bei der Untersuchung auf Ataxie nebst einigen anderen ergographischen Ergebnissen bei Nervenerkrankungen.

(Monatsschr. f. Psych. XVI. 1904. S. 457.)

Verf. benutzte den von Kraepelin modifizierten Mosso'schen Ergographen bei seinen unter Ziehen's Leitung angestellten Untersuchungen. Er bezeichnet diese Methode als geeignet, zahlenmässig exakt über die mechanische Kraftleistung Auskunft zu geben und speziell die Ataxie unter bestimmten Umständen graphisch zu registrieren.

Bumke.

226) **Diehl:** Der Kopfschmerz beim manisch-depressiven Irresein.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XV. 1904. S. 419.)

Verf. macht darauf aufmerksam, dass beim manisch-depressiven Irresein, insbesondere in den „Mischzuständen“ der Kopfschmerz oft das einzige Symptom sei, das den Kranken zum Arzt führte. Es sei unrecht, sich bei der Diagnose „Kopfschmerz“ zu beruhigen und den Kranken mit chemischen Mitteln zu behandeln; oft handle es sich um ausgesprochene psychomotorische Hemmung, die bei den Patienten das schwere Krankheitsgefühl erzeuge, für das sie dann den als Begleitsymptom auftretenden Kopfschmerz verantwortlich machten.

Bumke.

227) **W. Försterling:** Ein Fall von Motilitätspsychose mit vorwiegender Beteiligung der Sprache.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XV. 1904. S. 282.)

Die ausführlich und gut mitgeteilte Krankengeschichte dieses Falles, der im Sinne Kraepelin's wohl als katatonischer Erregungszustand mit Stereotypen, Bizarrerien und Infantilismus der Sprache aufzufassen wäre, muss im Originale nachgelesen werden.

Bumke.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Er erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—8 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang.

1. Juni 1905.

Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Janet's Werk: Les obsessions et la psychasthénie.*)

Eine kritische Besprechung. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Zwangszuständen.

Von Dr. Max Friedmann (Mannheim).

Schon vor dem Löwenfeld'schen Werke über die Zwangszustände, welches im vorigen Jahre an dieser Stelle**) von mir besprochen wurde, hatte die französische Literatur über das gleiche Thema eine ähnliche noch umfangreichere zweibändige Monographie erhalten durch den bekannten Psychologen und Hysterieforscher P. Janet. Auch dieses Buch nun verdient eine ausführliche Würdigung und Wiedergabe, und es wird diese auch nach der Arbeit des deutschen Autors das Interesse der deutschen Fachgenossen fesseln, nicht allein deshalb weil ein so umfassendes und im ganzen neues Thema durch einen anderen Forscher von vornherein verschiedenartig behandelt werden wird, sondern noch mehr darum, weil Janet's Leistung überhaupt eine durchaus originelle und schon in der starken Hervorhebung des psychologischen Momentes eigenartige ist. Wenn Löwenfeld sich die Aufgabe gestellt hatte, das eigene und fremde Material vom klinischen Standpunkte aus zu sichten und vor allem übersichtlich zusammenzufassen, so war es Janet darum zu tun, mit Hilfe eines ganz ungewöhnlich tiefen Eindringens in das subjektive Erleben der

*) Les Obsessions et la Psychasthénie, vol. I. Études cliniques et expérimentales etc. par Pierre Janet, et vol. II, gleicher Titel, fragments des leçons cliniques du Mardi par F. Raymond et Pierre Janet, Paris (Félix Alcan) 1903, 764 u. 543 pp.

**) Löwenfeld's Buch über die „psychischen Zwangsercheinungen“, eine kritische Besprechung, zugleich ein Beitrag zur Natur und Genese der Zwangszustände, von M. Friedmann, dieses Centralblatt No. 175, 1904, XXVII. Jahrgang.

Kranken das neue und schwierige Problem des psychologischen Begriffes der Zwangszustände zu lösen, welches eine Summe durchweg einseitiger Erklärungsversuche bereits gezeitigt hatte; und er strebte zweitens, den kaum mehr zu übersehenden Wirrwarr der Einzel- und Unterformen durch die Einordnung in einen einzigen einheitlichen psychologischen und zugleich klinischen Gattungsbegriff zu erhellen. Als letzterer wurde, wie bekannt, von ihm die Psychasthenie aufgestellt, und in ihr gipfelt seine umfassende Theorie, welche nicht nur neu, sondern auch von fruchtbaren Gesichtspunkten eingegeben ist; zu dieser Anerkennung bin ich naturgemäss um so eher geneigt, als die Lehre Janet's in wesentlichen Punkten mit meiner eigenen neuen Auffassung übereinstimmt, welche ich in meinem Aufsätze in der psychiatrischen Wochenschrift*) und vor allem bei der Kritik des Löwenfeld'schen Buches entwickelt hatte. Dabei sei bemerkt, dass wir beide völlig unabhängig von einander unsere Deutungen ausgearbeitet hatten, wie sie denn auch in anderen wesentlichen Momenten auseinandergehen.

Neben der grossen Hingabe des Autors an seine Aufgabe, welche schon aus dem relativ beträchtlichen und leider zu grossen Umfange des Werkes erhellt, hat ihm auch eine bedeutende Zahl von über 300 Einzelfällen als Material gedient, die grösstenteils im zweiten Bande einzeln in der Kasuistik angeführt worden sind. Allerdings hat diese letztere für den Erfahrenen, der selbst die Fälle häufig zu sehen bekommt, einen beschränkteren Wert, so wenigstens, wie dieser kasuistische Teil angelegt ist. Und damit komme ich zu zwei allgemeinen kritischen Bemerkungen über die ganze Anlage des Buches, welche ich bei aller Hochachtung für dasselbe doch nicht unterdrücken möchte. Fürs eine nämlich ist der Autor, wie ja seine Landsleute gewöhnlich es sind, ein sehr systematischer Kopf, und so wird namentlich im theoretischen Teile die Entwicklung der Lehre mit grosser Klarheit und Folgerichtigkeit von Stufe zu Stufe ansteigend durchgeführt. Leider tut er dabei für mein Gefühl des Guten zu viel; er geht gar zu pedantisch in die Breite, jeder Punkt wird bis in die letzten Konsequenzen, jede Idee in jeden Seitenkanal verfolgt. Das ist überflüssig, besonders hier, wo es sich doch meist um die weitschweifigen subjektiven Aeusserungen der Patienten handelt. So schildert er — um dies an einem ausgeprägten Beispiele zu erläutern —, ein einzelnes „Stigma“ der Psychasthenie, die Unvollkommenheit der Willenskraft der Psychastheniker, in folgenden speziellen Unterkapiteln: 1. Indolenz. 2. Entschlussunfähigkeit. 3. Langsamkeit im Handeln. 4. Verzögerung darin. 5. Schwächlichkeit der Anstrengungen. 6. Ermüdbarkeit. 7. Ungeordnetheit im Handeln. 8. Unvollständigkeit. 9. Widerstandslosigkeit. 10. Misoneismus. 11. Befangenheit und Schüchternheit. 12. Abulie und Hemmung überhaupt. 13. Abulien bei der Berufsarbeit. 14. die unüberwindlichen Ermüdungen. 15. die Trägheitsmomente. Und diese Art der Beschreibung in jeweils zahllosen Unterkapiteln geht durch das ganze Werk hindurch; der Sache selbst wäre durch eine kürzere und zusammenhängende Analysierung sicherlich mehr gedient gewesen, und der Umfang des Bandes hätte sich so ohne Schaden auf die Hälfte reduzieren lassen.

Ferner war die Zerlegung des Werkes in einen symptomatologischen und theoretischen und in einen klinischen Teil der Sache nicht förderlich, wenn sie

*) M. Friedmann, Ueber die Grundlage der Zwangsvorstellungen, Psychiatrische Wochenschr. 1901, No. 40.

auch durch die Beteiligung Raymond's an dem zweiten Bande herbeigeführt worden sein mag. Infolgedessen fehlt es an einer zusammenhängenden Schilderung der klinischen Einzel- und Unterformen überhaupt; denn der kasuistische Teil vermeidet längere Erörterungen, und der erste Hauptband muss nicht allein gänzlich auf richtige Krankengeschichten verzichten (so viel Detail sachlicher Art er auch im einzelnen eingeflochten bekommt), sondern infolge der leitenden Idee, dass es nur eine Zwangsideenkrankheit, die Psychasthenie nämlich, gebe, werden auch die Symptombilder fast geflissentlich auseinandergerissen. Dass man Fälle antrifft, die nur aus hypochondrischen Zwangsideen, aus einer Agoraphobie, einem Suicidalimpulse, der metaphysischen Grübelsucht, der Berührungangst, irgend einem Tic, musikalischen Zwangserinnerungen, der Errötungsfurcht, den Zwangspantasiaen usw. usw. bestehen, ja dass diese Fälle von isolierten Zwangsvorgängen geradezu die Ueberzahl in der Praxis bilden, das erfährt der Leser höchstens aus gelegentlichen Bemerkungen und wenn er später die Kasuistik im einzelnen durchgeht. Eine Beschreibung der speziellen klinischen Formen, wie sie bei Löwenfeld vielfach durchgeführt ist, erhält man nicht. Dass im übrigen gerade diese Aufgabe bei der grossen Vielgestaltigkeit der Bilder und bei der ungemein wechselnden Kombination derselben in gewissen Fällen eine schwierige innerhalb der technischen Anlage dieser Monographien sein muss, soll bereitwillig zugestanden werden.

Im übrigen, wie die ganze Anordnung auf die einheitliche Auffassung des Krankheitsbegriffes zugeschnitten ist, so ist doch auch gerade umgekehrt die Durchbildung der grossen Theorie einseitig gelenkt worden dadurch, dass Janet, wie er selbst zu Anfang mitteilt, stets eine kleine Auslese von fünf der schwersten und kompliziertesten Fälle vor Augen hat, nach welcher sein Begriff der Psychasthenie geformt ist, welche er fast auf jeder Seite irgendwie anführt und denen er eben alle übrigen Fälle und Formen anzupassen sich bemüht. Dabei hat Janet sich auch nicht näher mit dem wichtigen und schwierigen Probleme*) einer empirischen Definition des Begriffes der Zwangszustände befasst und nicht die Frage der Ausscheidung und Abgrenzung verwandter Dinge spezieller erörtert, so einer Reihe von impulsiven Manien (z. B. Dromomanie, Kleptomanie, sexuellen Trieben) und gewisser Angstneurosen — und dies wäre hier doch um so näher gelegen, da die französische Sprache ohnehin keinen gemeinsamen Ausdruck für die Zwangszustände besitzt. Denn das gewöhnliche Wort, die *obsession*, bedeutet eigentlich nur Besessenheit und kann somit nur für intellektuelle Vorgänge gebraucht werden.

Nachdem ich damit die verschiedenen Einwände gegen die Anlage des Werkes gleich zu Anfang zusammen erledigt habe, wiederhole ich um so lebhafter, dass in ihm eine äusserst intensive und selbständige Gedankenarbeit niedergelegt ist, dass die Fülle der sachlichen und namentlich psychologischen Details, ferner der feinen Beobachtungen und Bemerkungen eine erstaunliche ist, und dass zu alledem das Studium auch darum besonders lohnt, weil bei der Uebereinstimmung der Krankheitsbilder im allgemeinen mit unseren einheimischen doch wieder mannigfaltige eigenartige Züge darin hervortreten, durch welche eine spezifische Psychologie des französischen Volkscharakters sich be-

*) Infolgedessen wird merkwürdigerweise in dem ganzen Buche die berühmte Definition Westphal's nirgends genannt oder zitiert.

kundet. So fällt namentlich der Umfang und die Leidenschaftlichkeit der motorischen Aktionen auf, die Neigung zur Phantastik und Symbolik in den Ideen und schliesslich die beträchtliche Vorliebe für religiösen und sakrilegischen Inhalt in dem Zwangsdanken.

Der wesentliche Inhalt des Buches liegt nach dem schon Angedeuteten in der Symptomatologie und in der theoretischen Deutung derselben. In der Tat beginnt es sofort mit der ersteren, sogar ohne dass eine historische Einführung gegeben wird; später werden allerdings literarische Notizen wiederholt eingeflochten, bei welchen auch die deutschen Autoren gerne genannt werden. Charakteristisch ist schon äusserlich die Verteilung des Stoffes in dem ersten und Hauptbände, mit dem wir uns hier näher zu beschäftigen haben: Die ersten 235 Seiten dienen der Darstellung der Symptomatologie, dann folgen fast 400 Seiten für die Grundlegung und Ausführung der Theorie (Seite 235 bis 606) und auf den letzten 130 Seiten werden Aetiologie, Verlauf und namentlich die Therapie behandelt. Ziemlich kurz gestreift wird das Verhältnis zu den Psychosen. Zu rühmen ist die Uebersichtlichkeit der Anordnung und das genaue Sachregister. Die wie bekannt recht schwierige Einteilung der Symptomatik ist auch bei Janet nicht ganz geglückt. Die Gliederung ist zwar durchsichtig und verständlich, aber erstlich wird das Vorstellungselement zu sehr in den Hintergrund gedrängt, und es wird zwischen Zwangsidee und Zwangsimpuls zu wenig unterschieden; und dann ist manches darin gekünstelt und nur mit Rücksicht auf die nachfolgende Theorie zurecht gemacht.

Der Grundplan ist folgender: von vornherein werden zwei grosse Hauptabteilungen gebildet, deren erste nur die einfachen Zwangsvorstellungen und Zwangsimpulse (*obsessions* oder *idées obsédantes*) in sich fasst, während die zweite unter dem ziemlich unbestimmten Titel der „*agitations forcées*“ (etwa gleich zwangsmässige Erregtheit oder Zwangszustände) alles andere einschliesst. Diese zweite Hauptgruppe, die komplexen Formen also, erhalten ihre Untereinteilung nach den drei Kategorien des Denkens, Handelns und Fühlens in *agitations forcées mentales*, *motrices* und *émotionelles*; und in jeder dieser drei grossen Untergruppen wird die agitation systematisée der agitation diffuse entgegengestellt. Dieser Zug ist eine besondere Eigentümlichkeit des Systems.

In den *agit. forc. mentales* begreift nun die systematisierte Kategorie im wesentlichen die Zwangssuchten in sich, nämlich die Zweifelsucht (*manies d'oscillation*), die Uebertreibungssucht (*manies de l'au delà*) und die Stöhnungs- oder Kompensationssucht (*manies de réparation*). Als diffuse Formen werden bezeichnet das anfallsweise Bandwurmreden in Zweifeln und Skrupeln, als *rumination mentale* benannt, und das zwangsmässige Phantasiearbeiten, *réverie forcée*.

Bei den *agitations forcées motrices* werden untergebracht erstlich die Tics, die als die systematisierte Form gelten, und zweitens Anfälle von motorischen Exzessen (speziell die *crises d'effort*, *crises de la marche* et *de parole* und *crises d'excitation*), die diffuse Form darstellend. — In der dritten Hauptgruppe, den *agitat. forcées émotionelles*, wird die systematisierte Form durch die Phobien dargestellt, die diffuse durch die inhaltlosen Angstanfälle. Bei den Phobien werden unterschieden die *phobies du corps*, welche die zahllosen hypochondrischen Zwangsbefürchtungen und die Funktionshemmungen, z. B. beim Schlucken und Urinlassen enthalten; ferner die *phobies des objets*,

die Scheu vor Gegenständen, Hunden, Messern, vor Berührung und Infektion überhaupt, dann auch die Scheu vor dem Gebrauch der Berufsinstrumente, die Berufspubien; dazu drittens die phobies des situations, Agora-, Claustrophobie, Scheu vor sozialen Situationen einschliesslich der Schüchternheit und Erythroder besser Ereuthophobie; endlich viertens die phobies des idées, z. B. Furcht vor dem Heiraten, Lebendigbegrabenwerden usf.

Wir wollen dieses System zunächst in einer schematischen Uebersicht wiederholen und dann einige Erläuterungen daran anknüpfen.

A. Idées obsédantes.

1. Obsession du sacrilège.
2. Obsession du crime (einschliesslich der suicidalen und homicidalen Impulse).
3. Obsession de la honte de soi.
4. Obsession de la honte du corps.
5. Obsessions hypocondriaques.

B. Agitations forcées.

I. Agitations mentales.

1. Manies de l'oscillation (a. manies de l'interrogation, b. manies de l'hésitation et de la délibération, c. manies du présage ou de l'interrogation du sort).

2. Manies de l'au delà (a. manies de la précision, de l'ordre, du contraste, de micromanie etc., b. manies arithmétiques, c. manies de la recherche du passé, de l'avenir, d. manies de l'explication, e. manies de précautions, f. manies de la répétition et du retour en arrière, g. manies des procédés et de la perfection, h. manies de l'extrême et du l'infini).

3. Manies de la réparation (a. manies de la compensation, b. manies de l'expiation, c. manies des pactes et de conjuration).

4. Agitations mentales diffuses, (a. ruminantion mentale, b. la rêverie forcée).

II. Agitations motrices.

1. Agitations motrices systematisées, les tics, (a. tics de perfectionnement, b. tics de défense).

2. Agitations motrices diffuses, crises d'agitation, (a. crises d'effort, b. crises de la marche et de parole, c. crises d'excitation).

III. Agitations forcées émotionnelles.

1. Agitations émotionnelles systematisées, les Phobies, (a. les algies, b. les phobies des fonctions corporelles, c. les phobies des objets, délire du contact, d. les phobies de situation, Agoraphobie, phobies sociales, Ereuthophobie, e. phobies des idées).

2. Agitations émotionnelles diffuses, les angoisses.

In diesem Systeme nun muss man zunächst sich klar machen, was nur äusserliche Einkleidung ist; damit meine ich einmal die allgemeine Gegenüberstellung der einfachen Zwangsideen und Zwangsimpulse gegen die komplexen Zwangsvorgänge, welche letzteren in Wirklichkeit die Hälfte der Zwangsideen, z. B. in den Algien und der Manie de l'au delà noch in sich schliessen. Sodann meine ich die zu starke und eigentlich nicht recht logische Heraushebung der Anfälle oder „Krisen“ von Aufgeregtheit, welche hier zu besonderen und imponierenden Symptomgruppen, den dreierlei „agitations forcées diffuses“ werden. Wir werden freilich sehen, welche grosse Rolle in der

Theorie sie zu spielen berufen sind. Ganz künstlich darunter ist die „*ruminatio mentale*“, womit nur ein aufgeregtes Gerede bei den Kranken gemeint ist; es handelt sich also um kein irgendwie neues Symptom dabei und man versteht nicht recht, wie dicht daneben im Systeme die ohnehin seltene „*réverie forcée*“ erscheint, die ein eng begrenztes und fast stets für sich allein auftretendes Symptomenbild darbietet. Die eingehend geschilderten motorischen Krisen ferner sind an sich recht interessant; in der Mehrzahl der Fälle sind es tobende Verzweigungsausbrüche, teils Herumwälzen mit Zerschlagen und Zerkratzen des eigenen Körpers, teils vielstündiges „Käfiglaufen“ oder Schwatzen, um damit eine Erleichterung oder Entladung der quälenden inneren Unruhe zu erreichen. Aber immerhin liegen doch hier mehr klinische Besonderheiten, Eigentümlichkeiten des Verlaufs als tatsächliche Zwangssymptome vor. Im Uebrigen werden sie freilich nur bei wirklich schweren Krankheitsformen berichtet, aber auch so scheinen sie bei den Patienten Janet's ganz ohne Vergleich häufiger als bei unseren deutschen Kranken zu sein, unter welchen lange noch nicht der zehnte Teil nach meiner Erfahrung derartige Krisen aufweist. Etwas häufiger habe ich als Aeusserung der inneren Ungeduld Wutparoxysmen und noch öfter Wutimpulse gesehen, welche sich aber direkt gegen die Umgebung richteten — eine Modifikation, welche indessen wiederum von Janet nicht ins Auge gefasst wurde.

Sieht man nun von diesen mehr unorganischen Einschiebungen ab, so läuft das ganze System auf eine Vierteilung hinaus, die einfach und ziemlich zweckmässig ist. Es werden nämlich unterschieden die Zwangsideen und -impulse, die Zwangssuchten, die Tics und die Phobien. Die Unterabteilungen werden dabei mit Vorliebe nach dem Vorstellungsinhalte der Zwangszustände gemacht. Einige wichtigere Punkte der durchweg wertvollen Schilderungen Janet's mögen hier angeschlossen werden, namentlich insoweit darin allgemeinere Gesichtspunkte zutage treten. Bei der ersten Kategorie, den *idées obsédantes* oder den *obsessions scrupuleuses*, wie sie auch gerne genannt werden, sind vier allgemeine Charaktere zu bemerken: die Neigung sich in die Erinnerung zu drängen, der ihnen beiwohnende Impuls zur Handlung, ferner die Tendenz, zur plastischen Halluzination sich zu gestalten und endlich die eigenartige Form der Ueberzeugung. Darunter sind speziell die Gesichts- und Gefühls-halluzinationen häufig (z. B. sieht ein Mädchen jeweils zugleich mit sacrilegischen Vorstellungen ein *membre virile*); aber es handelt sich doch nicht um klare deutliche Gesichtsbilder, sondern jeweils um „eingebildete“, um Pseudo-halluzinationen. Sodann findet weder ein wirklicher Glaube, noch eine wirkliche Kritik gegenüber den Zwangsideen statt; es findet sich ein „*état intermédiaire de croyance rempli de contradictions*“; eine Frau, die sich einbildet einen Hut gestohlen zu haben, weiss einfach nicht, ob dies zutrifft oder nicht zutrifft. Es sind eben „Ideen von sehr unvollkommener Entwicklung“.

Bei den Zwangssuchten hat die Untereinteilung nach dem Gedankeninhalte wieder zu einer merkwürdig grossen Zahl von vielfach unbedeutenden Unterformen geführt. Interessant dabei und wohl neu ist die Gruppe der „*Uebertreibungsmanien*“ (*manies de l'au delà*), in der eine wichtige Seite der Zwangsvorgänge berührt wird; zugleich freilich wird damit eine Sammelstätte geliefert, in welcher die verschiedenartigen Lücken des Systems verdeckt und untergebracht werden können. Neben den Aeusserungen der Skrupelsucht

und der Irrtumsangst figurieren darin auch die ganz harmlosen und mechanischen Zwangstriebtriebe wie das Schilderbuchstabieren, Zählmanie, besondere Schrittführungen. Und trotz aller Einzelformen hat der Urtypus der Zwangsvorgänge, die Zwangserinnerung an Verse und Melodien u. ä. nirgends Unterkunft gefunden; andererseits muss die Berührungsfurcht und Waschmanie gleichzeitig an dieser Stelle wie in dem folgenden Abschnitte der Phobien abgehandelt werden. Die Grübelsucht findet sich etwas unerwartet unter dem Titel der „manie de l'explication“; die allgemeine Hemmung des Handelns, namentlich beim An- und Auskleiden häufig, treffen wir unter den „manies de précaution“, das zwangsmässige Suchen nach entfallenen Personennamen, die Onomatomanie, unter den „manies de la recherche“. Kurz diese ganze Gruppe erweist sich als eine äusserst reiche Fundgrube von vielem Detail, ist aber doch etwas ungleichartig zusammengesetzt.

Reich an schönen Beobachtungen und originell in der Darstellung ist weiterhin der Abschnitt über die Tics, ein Symptom, das man wieder bei französischen Patienten relativ häufiger als hier zu Lande beobachtet. Trousseau hatte schon die Schnelligkeit und Kleinheit der Bewegungen, Charcot ihre ständige Gleichheit und die Aehnlichkeit mit absichtlichen Bewegungen, Brissaud den systematischen Charakter hervorgehoben, so dass mehrere Nervengebiete zugleich ergriffen sind, welche einer Funktion, z. B. der Atmung oder der Mimik vorstehen. Janet sagt, der Tic sei ausserdem die „Karikatur einer Willensaktion“; ursprünglich liege jeweils eine bestimmte Absicht zugrunde, aber die Bewegungen werden darnach unvollkommen und klein. So führt z. B. eine Person zunächst anhaltend ihren Zeigefinger ans Ohr, um nachzusehen, ob dieses noch intakt sei; daraus wird später eine einfache Erschütterung des Zeigefingers. Die Ursache der Tics liegt durchgängig in einer der vorher beschriebenen Manien der Vollkommenheit, Präzision oder der Kompensation. Bald soll der Körper oder die Kleidung im Spiegel rasch geprüft werden, woraus dann Verdrehungen der Augen entstehen, bald erfolgt ein Kopfschütteln, um zu sehen, ob der Hals nicht beengt ist, oder ein Springen mit beiden Füßen infolge einer Manie der Symmetrie, ein Faustmachen als „Symbol“ der Leugnung Gottes. Infolge einer „Kontrastmanie“ kommt es zur Koprolalie an Stelle der in Wirklichkeit beabsichtigten und unausführbaren Höflichkeitsformen, bei Furcht vor Katzen und Hunden stellt sich ein „Miau-, Miau-Schreien“ ein; um sich zur Arbeit zu reizen, reisst sich ein junges Mädchen die Kopfhaare aus, so dass es zur Glatze kommt. Viele andere Tics geschehen ursprünglich zur Abwehr, z. B. Bewegungen des Wegstossens mit der Hand, Brechimpulse bei Vorstellung einer Magenstörung, Reiben des Bauches, weil darin ein „Spinnenwurm“ sitzen soll.

Als Phobien werden die mit peinlichen Affekten und Gefühlen verbundenen Zwangsvorstellungen zusammengefasst, und es erscheint darunter zunächst eine grosse Gruppe von sonst sogenannten Zwangsempfindungen oder hypochondrischen Zwangsideen, die hier als „algies“ oder „phobies des algies“ bezeichnet werden. Dahin gehören sowohl die enormen psychischen Hyperalgesien und Hyperästhesien, z. B. in den Genitalien, als auch die gewaltige Angst vor eingebildeten Schmerzen, z. B. des Kopfes, die Ueberschätzung irgend einer Fingerverletzung, eines Brustschmerzes („topalgien“), wobei die Personen Tag und Nacht von den bezüglichen Empfindungen und Befürchtungen gequält werden: Symptome, die ziemlich häufig zu beobachten sind und bei deren

Trägern Janet keineswegs eine objektive Hyperästhesie, sondern sogar eher leichtere Abstumpfung der Empfindung festgestellt hat. Die übrigen Phobien, welche bei körperlichen Funktionen und namentlich bei regelmässig sich wiederholenden Handlungen und Situationen sich einstellen und deren heute schon ein unabsehbares Heer von Einzelformen beobachtet und beschrieben ist, werden auch hier in einer ziemlichen Vollständigkeit aufgezählt und gerade da erweist sich das Einteilungsprinzip nach dem Vorstellungsinhalt als praktisch nützlich, um all der vielen Variationen zu gedenken und um sie sozusagen in ein System einzufangen zu können. Uebrigens wird doch auch hier — wie bei der ersten Hauptgruppe — bunt durcheinander bald eine Phobie des Vorstellens genannt, wie die Furcht zu erblinden, Scheu vor Geräuschen schwacher Art (Mikrophonophobie), vor Gerüchen, vor Insekten, welche durch die Nase ins Gehirn steigen, bald eine Aktionsphobie wie die Stehfurcht (basophobie), Schluckphobie, Scheu vor der Defäkation usw. Etwas künstlich wird dabei die Berührungsfurcht in die „phobies des objets“ eingereiht; Janet schreibt ihr eine so grosse Häufigkeit zu, dass er sie recht selten bei seinen Patienten vermisst habe, und er findet, dass in der Regel ihr eine bestimmte Idee zugrunde liege; einmal sei die Berührung der Möbel gefürchtet worden, weil Rattenurin daran klebe, ein andermal wollte auf der Strasse eine Frau den anderen Personen anhaftenden Duft der Hostie meiden, ein drittes Mal konnte keine Flasche berührt werden, weil darin Abortivmittel hätten sein können, eine vierte Person fürchtet andere Leute durch ihr anhängende Katzenhaare und Speichel zu infizieren. Diese Anschauungen über die Berührungsfurcht und ihre ausserordentliche Häufigkeit schiessen nach meiner Erfahrung etwas über das Ziel hinaus, und etwa in der Hälfte der Fälle dürfte es sich nur um einfache direkte Ekelvorstellungen dabei handeln.

Als sehr häufig werden mit Recht die sozialen Phobien bezeichnet, die Erscheinungen der Schüchternheit, des Errötens und der Erschwerung aller Handlungen, des Redens, Schreibens, Hantierens in Gegenwart von Respektpersonen und ferner die hier besonders häufigen Symptome der „Furcht vor der Furcht“. Ganz gut ist auch die später wiederholte Bemerkung, dass bei allen Phobien je nach dem Zusammenhange ebenso leicht impulsive Manien wie Aktionshemmungen auftreten; eine Person, die zu erblinden fürchtet, zündet nachts unzählige Mal das Licht an, um die Augen zu prüfen, Kinder mit Schulangst meiden nicht nur den Unterricht, sondern verkriechen sich oft tagelang in Keller und Speicher (eigene Beobachtung). Sodann gehen gerade die verschiedenen Phobien äusserst leicht ineinander über und wechseln bei der gleichen Person miteinander ab; das Wesentliche ist immer die Angst, welche Phobie entstehe, darüber entscheiden gewöhnlich die äusseren Umstände.

Ausführlich behandelt werden schliesslich die inhaltlosen Angstanfälle unter Besprechung und Kritisierung der Freud'schen Lehre darüber und ausserdem werden experimentelle Untersuchungen der physiologischen und vasomotorischen Wirkungen der Angst mit reichlichem exakten Detail mitgeteilt. Allerdings kommt Janet bei vorsichtiger Abwägung seiner Befunde nicht zu einfachen und schlüssigen Resultaten und er schliesst, die Angst sei nicht nur visceral, sondern gleicherweise geistig und cerebral.

Vor Beginn der theoretischen Erörterung wird ein eigener Abschnitt eingefügt, um darzulegen, dass überhaupt die sämtlichen „agitations forcées“ genetisch einander nahe verwandt seien; einzelne Personen besitzen die Tics, die Ruminaton und Phobien jeder Art gleichzeitig. Legrand du Saullle hatte ein Entwicklungsschema aufgestellt, wonach zuerst die Zweifelsucht und dann die Phobien (die Berührungsfurcht) sich einstellen; ebenso oft kommt aber das Umgekehrte vor, z. B. auf eine genitale Berührungspubie folgt das Zwangsfragen bezüglich der Genitalfunktionen, oder es folgen sich Furcht vor Messern und Grübelsucht, andere Male zuerst ein Tic und dann eine Phobie. Ja es kommt ein förmliches Vicariieren vor, wobei ein Ersatz der Fragesucht oder der Ruminatonen durch Tics und motorische Krisen beobachtet wird. Was speziell die Ursachen der Anfälle oder Krisen (der agitations forcées diffuses) anlangt, so treten diese bei psychasthenisch veranlagten Personen in die Erscheinung erstlich und hauptsächlich bei Willensanstrengungen, z. B. der Berufsarbeit, bei körperlichen Funktionen und dergl., zweitens bei dem Versuch, die Aufmerksamkeit anzuspannen; so zeigte sich bei einem jungen Mädchen ein Schütteltic allemal zu Beginn des Unterrichtes. „Weil“ das Diktat schwierig ist, muss es dabei nämlich fortwährend an seine Schamhaare denken. Drittens zeigen sie sich bei jeder eintretenden Erregtheit, wie denn Ruminatonen und Tics beim Versuche der Kohabitation sich einstellen; endlich viertens sogar manchmal beim Versuche einzuschlafen. Wenn nun so beispielsweise eine Frau, statt Material für eine Freitagssuppe zu holen, sich in eine Ruminaton von zahllosen Skrupeln, ob sie am Freitag Fleisch kochen dürfe, verliert, so darf man sagen, dass die Ruminaton als „Substitution“ des normalen physischen Aktes aufgetreten sei.

Das ist nun das Wesentliche bei dem Vorgange; minder wichtig sind die seither von den Autoren betonten Eigenschaften der Zwangsvorgänge, nämlich die Erhaltung der Kritik, die Unwiderstehlichkeit und die Befriedigung nach Ausführung eines Impulses; denn der Zwang ist kein objektiver, sondern lediglich ein vorgestellter und subjektiver; irgend ein Tic, z. B. eine Koprolalie kann jederzeit vor Fremden unterdrückt werden. Auch die Kritik ist keine vollständige, die Patienten verharren vielmehr im Stadium des Zweifels bezüglich ihrer Ideen; und wirklich unerwünschte Impulse, etwa die eigenen Kinder zu töten, werden nie ernsthaft versucht. In dem Gesagten ist nun schon der Grundgedanke der Theorie Janet's im Keime entwickelt, und man muss sich diesen für die nachfolgenden komplizierten Ausführungen vor Augen halten, der Gedanke nämlich, dass alle Zwangssymptome direkt aus einer gewissen unvollkommenen psychischen Anlage der Personen hervorgehen, welche allen Einzelformen gemeinsam ist und welche eben als Psychasthenie bezeichnet wird. Aus dieser einen Grundursache entsteht also speziell das Reizsymptom des Zwanges lediglich nach den Gesetzen der normalen Psychologie und unter der Mitwirkung einer Anzahl von äusseren Nebenumständen, aber ohne dass ein weiteres und neues pathologisches Moment mitwirkt. Durch diese zweite Annahme, welche ein starkes Reizsymptom lediglich mit Hilfe eines passiven Defektes erklären will, werden die verschiedenen scharfsinnigen, aber komplizierten Hilfshypothesen der Theorie erforderlich, welche zudem ihre Entwicklung so sehr weitläufig gestalten. In dem Kern der Idee, dass das Symptom des Zwanges grossenteils aus normalen Denk-

gesetzen hervorgehe, begegnet sich indessen die Lehre Janet's mit meinen eigenen früheren Darlegungen.

Zunächst werden in drei grossen Kapiteln die „Stigmata der Psychasthenie“ geschildert, deren Wesen auf einen fundamentalen Begriff der „Insuffisance“ oder mit einem neugebildeten Worte der „Incomplétude“ hinausläuft, ein Begriff, welcher der von mir früher betonten „Unabgeschlossenheit“ oder „Abschlussunfähigkeit“ nahe kommt, und der mehr wörtlich mit „Nichtvollendbarkeit“ oder noch besser mit „Unzulänglichkeit“ zu übersetzen ist. Diese Eigenschaft wird aufgezeigt zuvörderst bezüglich der subjektiven Wahrnehmung der Patienten (der „sentiments d'incomplétude“) bei ihren Handlungen, Verstandesoperationen und bei ihren Gemütsbewegungen, endlich auch bezüglich der Ausbildung ihres Selbstbewusstseins (der perception personnelle). Ihnen fehlt das Gefühl des Entschlusses und der Zufriedenheit mit sich; daher halten sie sich für moralisch schlecht, ein innerliches Widerstreben und Gedrängtsein zugleich (ein Automatismus) beherrscht sie, vielfach aber auch die Empfindung, als ob sie eigentlich Komödie spielen, ferner Scham, Entmutigung und damit befangene Schüchternheit. Die Wahrnehmungen leiden unter der Schwierigkeit, ihre Aufmerksamkeit anzuspannen, alles ist diesen Kranken fremdartig und nicht-real. Daher kommen die Zweifel, zunächst in Bezug auf das Schwierige, z. B. den religiösen Glauben und zuletzt bei dem Gewöhnlichsten und Alltäglichsten, bei ihrer eigenen Vergangenheit und sogar der Gegenwart. Und endlich sind auch ihre Gefühle leer und gleichgültig, ihre eigenen Kinder stören sie; das Staunen und die Scheu vor dem Fremdartigen hat aufgehört.

Physiologisch dagegen sind keine Besonderheiten zu verzeichnen, z. B. keine Anästhesie oder Hyperästhesie, wie sie der Hysterie das Gepräge geben. Alles ist vielmehr rein psychisch. Namentlich wird von Janet die Schwierigkeit betont, diese Psychasthenischen in hypnotischen Schlaf zu versenken, eine Wahrnehmung, welche ich (teilweise im Gegensatze zu Löwenfeld) nach mehrfachen Versuchen bestätigen kann. Man versteht dies leicht nach dem soeben Erörterten.

In dem zweiten Abschnitte der Stigmata werden wieder in den üblichen zahlreichen Unterkapiteln die objektiven Zeichen, die insuffisances psychologiques, besprochen, wobei es sich in vielen Stücken nur um die Schilderung der gleichen Dinge wie vorher unter objektiven Gesichtspunkten handelt. So wird die Abulie und Indolenz, die Langsamkeit, Verschleppung und Kraftlosigkeit (letztere sogar am Dynamometer nachweisbar) bei den Willensakten ausführlich beschrieben, ferner die Unordnung im Handeln und Arbeiten, der Misoneismus u. s. f. Bezeichnend und treffend sind dabei zwei Bemerkungen: „es gibt kein schmutzigeres Zimmer als das einer Frau, welche an Reinlichkeitsmanie leidet“ (man denke dabei an den ungläublichen Fall, den Jahrmärker ausführlich mitgeteilt hat) und dann: „ihr Kampf gegen ihre Impulse ist leicht, weil diese meist nur eingebildete sind“. Dass vor Zeugen keine Arbeit gelingen will, liegt wesentlich wieder an der Willensschwäche der Personen, welche bei jedem Hindernis oder jeglicher Schwierigkeit versagt. Das wichtigere Moment wird aber hier m. E. durch die eintretende Aufgeregtheit und Befangenheit gegeben, welche die Anspannung der Aufmerksamkeit vereitelt. Prinzipiell wichtig und fein ist auch der Satz Janet's, „zwischen aktiven und

hemmenden Impulsen gibt es keinen wirklichen Unterschied; dieser liegt nur in unserem Standpunkte, in der Art der Auffassung der Handlungen“. Wenn eine Frau sich gezwungen sieht, jeden Tag und bei jedem Wetter ohne Zweck bis zu dem gleichen Baum hinzulaufen, wenn ein Mann keine Ruhe hat, bis er alle Papierfetzen auf der Strasse aufgelesen hat, so unterliegen diese Personen der gleichen Willensschwäche, wie wenn ein anderer allein eine Brücke, einen Fabrikhof, einen freien Platz nicht sich zu überschreiten getraut.

Intellektuell sind die Kranken oft recht gut begabt, sie besitzen kritisches Urteil und können wohl unterrichtet sein, was ihnen anhaftet, ist der Mangel an Ordnung und Disposition in ihrem Denken, sie sind stets zerstreut, leiden an Erinnerungsschwäche, die Aufmerksamkeit erlahmt, sie träumen dahin und können so, wie schon Krafft-Ebing und Ribot betonte, zu keinem Abschlusse und zu keinem definitiven Resultate gelangen. Ich selbst glaube diese Eigenschaft früher noch schärfer durch das „mangelnde Geltungsgefühl“ bei ihren Urteilsprozessen und Rückerinnerungen ausgedrückt zu haben.

Der folgende Abschnitt über die „physiologischen Unzulänglichkeiten“ kann hier übergangen werden; es ist eine an sich recht gute und wie immer sehr genaue Schilderung der neurasthenischen Schmerzen und Funktionsschwächen, welche gewöhnlich bei diesen Patienten noch zu finden sind.

Wir kommen damit zur Anwendung des bisher Erörterten auf die Theorie des Autors. Bei unseren Patienten, sagt er zunächst, sind drei Reihen von pathologischen Erscheinungen zu beobachten: 1. die bestimmten und einzelnen Zwangsideen, die *idées obsédantes*, 2. die komplizierten Angstzustände, die *agitations forcées* und 3. die Stigmata der Psychasthenie, welche den Patienten dauernd eigen sind. Die bisherigen Theorien, welche bei dieser Gelegenheit ausführlicher, wenn auch unvollständig historisch beleuchtet werden (dabei mit eingehender Berücksichtigung mehrerer deutscher Autoren) hatten bald die erste, bald die zweite jener Symptomgruppen zum Ausgangspunkte genommen. Janet dagegen erblickt in den Eigentümlichkeiten der Psychasthenie auch die wesentliche Grundlage der Zwangsvorgänge, und zwar mit folgendem Gedankengange.

In den psychischen Prozessen überhaupt gibt es eine regelmässige und wichtige Rangordnung, eine Hierarchie; zu oberst steht die „*fonction du réel*“, d. h. die bewusste und denkende Erfassung der Aussenwelt, wörtlicher etwa das „Realitätsurteil“, und es wird durch die Handhabung des Willens und der Aufmerksamkeit unter begleitenden Allgemein- und Spannungsgefühlen hergestellt. Die unteren psychischen Akte dagegen werden durch die koordinierten und mechanischen Leistungen, den Automatismus, repräsentiert. Uebrigens ist sich Janet bewusst, mit dieser „*fonction du réel*“ einen von der herkömmlichen und besonders der populären Psychologie abweichenden Begriff geschaffen zu haben, der eine exaktere Auffassung des Psychischen ermöglige; dabei wird aber konsequent jede Berührung oder auch nur Nennung des bereits bestehenden Begriffes der „Apperzeption“ vermieden. Wir kommen darauf alsbald zurück.

Diese Funktion der Wirklichkeit ist es nun hauptsächlich, welche durch eine Herabsetzung der psychischen Spannung, ein „*abaissement de la tension psychologique*“ geschädigt wird, während dann dafür das automatische und Tribleben stärker hervortritt. Es kommt dann zu einem Mangel der

geistigen Synthese und weiter zu einer Verarmung des Vorstellungsinhaltes, und damit eben wird das Wirklichkeits- und Persönlichkeitsgefühl herabgemindert. Daher die Fremdartigkeit und Unzulänglichkeit in allen Wahrnehmungen und Handlungen. Dieses „abaissement“ der psychologischen Spannung ist also das ursprüngliche und wesentliche Element des psychasthenischen Zustandes, aus ihm resultieren die Stigmata der „incomplétude“ und „insuffisance“.

Wie entsteht aber daraus der Zwangszustand selbst? Dafür tritt die grosse Hilfshypothese der „Derivation“ ein und zweitens eine tatsächliche Behauptung, die nämlich, dass die diffusen Zwangszustände (die Ruminatio, die Krisen von Angst und von motorischen Exzessen) stets die erste und grundlegende Aeusserung des ganzen Krankheitszustandes seien. „Wenn nun, sagt Janet, eine Kraft, welche für die Erzeugung einer bestimmten Leistung bestimmt ist, unverbraucht bleibt, weil diese Leistung unmöglich geworden ist, so erzeugen sich Derivationen, d. h. diese Kraft wird verbraucht, indem sie andere nicht vorgesehene und unnütze Leistungen hervorbringt“. Da die höheren Akte eines vollzogenen Willensimpulses oder einer Denkkoperation nicht ausführbar sind infolge der Unzulänglichkeit der geistigen Mittel der Person, so entwickeln sich brüsk die niederen mechanischen und automatischen Kategorien, welche zwecklos sind — das sind aber jene Anfälle von Krisen. Dabei geschehen überdies die fraglichen „Substitutionen“ relativ viel massiver und umfassender als der ursprüngliche nicht vollendete Akt. Die Person selbst aber ist dabei gleichsam um mehrere Grade auf der psychischen Stufenleiter herabgesunken.

Auch damit indessen ist die Theorie noch keineswegs fertig. Nunmehr kommt noch hinzu die Spezialisierung und die Systematisierung der Derivation, vermöge welcher aus den agitations diffuses die spezialisierten Zwangszustände sich herausbilden, nämlich die Tics, die Phobien und die Manien, und erst aus diesen wieder resultieren schliesslich die einfachen Zwangsvorstellungen, die idées obsédantes, durch eine nochmalige Spezialisierung. Es sind dafür wieder Hilfsannahmen erforderlich, deren wesentlicher Inhalt sich in folgender Weise darstellen lässt: ausser den allgemeinen Unzulänglichkeiten des Wollens und Denkens gibt es auch spezialisierte, d. h. für jede Person existieren unter dem Einflusse der persönlichen Anlage und ihrer sozialen Verhältnisse bestimmte Handlungen, welche gerade für sie die schwierigsten sind. So kann dies bei einem Musiker das Blasen und Treffen der Töne im Orchesterzusammenspiel sein, bei einem jungen Ehemann die Cohabitation. Und da stellt sich alsdann statt der nicht vollendeten Leistung die entsprechende Phobie oder ein bestimmter Tic als Substitut ein. Ganz allgemein zeigt sich dieser Hergang bei den sozialen Abulien oder bei der Leistung des Alleinausgehens. Drei Viertel aller Kranken Janet's haben mit Krisen von religiösen Skrupeln begonnen; diese Kinder können dann lesen, arbeiten, kurz alles tun, nur können sie nicht zur Messe gehen, weil sich gerade hier ihrem Denken die grössten und unlösbaren Schwierigkeiten entgegenstellen. Die Tics wieder sind Derivationen für bestimmte Willenshandlungen, welche unmöglich geworden sind; statt der beabsichtigten Präzisionsmanie erscheint dann die abortive Bewegung, als welche der Tic zufolge des früher Entwickelten sich darstellt.

Die eigentliche obsession oder Zwangsvorstellung ist, wie eben gesagt, ein sekundärer oder tertiärer Vorgang, und zwar wesentlich endogenen Ursprunges;

sie ist das Erzeugnis einer geistigen Arbeit, welche sich während der Krisen von psychischer Agitation (d. h. der Ruminatio oder „Psycholepsie“) vollzieht und welche eben die Ruminatio erfüllt. Die Zwangsidee ist die Erklärung, welche der Kranke sich selbst von seinen elementaren psychischen Störungen macht, und zwar nach den Gesetzen der „geistigen Manien“. Von Anfang an wird durch die Herabsetzung der geistigen Spannung, welche nützlich handeln und Beobachten in den Hintergrund drängt, das Nachsinnen und Grübeln befördert; die Kranken lieben es, das Mysteriöse dem Realen vorzuziehen. Nachdem z. B. monatelang eine Fragesucht über das Benehmen und Tun des Ehegatten geherrscht hat, kommt die Idee, dass dieser sie getäuscht und hintergangen hat. Eine Kranke hat schwere motorische Krisen, welche sie zur Masturbation verführen; nun verbünden sich diese zugleich mit transzendenten Fragen und mit Selbstanklagen, und daraus entspringt die Zwangsidee, dass die Kranke die Hostie entweiht habe, und schliesslich erblickt sie an Stelle der letzteren ein membrum virile. Aehnlich führt das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit zur Zwangsidee der Scham vor sich selbst, der Idee, seinen Beruf verfehlt zu haben, seine Kinder zu misshandeln. Eine Dame im Eisenbahnwagen misstraut ihrer Gewalt über die eigenen Hände, es kommt die Furcht, sie könne die Türe öffnen und herausstürzen; „nur ein Schritt“ ist von da bis zum Impuls, dies zu tun.

Dadurch dass die zugrunde liegenden psychischen Unzulänglichkeiten an sich dauernde sind, erklärt sich auch die Andauer der entsprechenden Zwangsideen. Hier wirkt aber noch ein Moment mit: die Kranken fühlen sich gedrängt, fortwährend Proben mit ihrer Besessenheit anzustellen, sich zu überzeugen, ob diese noch da ist; der Kranke will immer wieder wissen, ob er die gefürchtete Handlung wirklich ausführen kann, er muss überlegen, ob er das Verbrechen, das er sich zuschreibt, in der Tat begangen habe. Hier wirkt die ihm innewohnende „manie de précision“ drängend ein. Jedesmal, wo der Kranke sich unglücklich, d. h. unzulänglich fühlt, muss er nachsehen, ob seine obsession in ihm noch steckt, ob er die Impulse eines Verbrechers oder die Unfähigkeit zur nützlichen Leistung noch besitzt.

Anzufügen ist hier noch, dass diese ganze Eigenart der Psychasthenie mit der herabgesetzten psychischen Spannung und den Stigmata der Unzulänglichkeit, samt den resultierenden Zwangszuständen auch klinisch eine spezifische Krankheitsgattung darstellt. Sie kommt zwar in einer einfacheren und einer vollständigeren Ausbildung vor, je nach dem Entwicklungsstadium der Krankheit, aber stets ist sie etwas Besonderes. Von der Hysterie entfernt sie sich erheblich; dagegen besteht bezüglich der motorischen Krisen eine eigentümliche Verwandtschaft mit der Epilepsie, es liegt hier, kann man sagen, eine Art von in die Länge gezogenem chronischen epileptischen Zustand vor, den man daher als „Psycholepsie“ bezeichnen kann. Noch näher berührt sich die Psychasthenie mit der Neurasthenie, mit welcher sie besonders auf körperlichem Gebiete Vieles gemein hat; andererseits ist sie aber doch nicht mit ihr zu vereinigen, sie ist, wie gesagt, eine Krankheit sui generis.

Soweit nun die Theorie Janet's. Sie ist mit grossem Scharfsinn und mit eindringender Kenntnis des ganzen Stoffes verfasst, sie bringt gegenüber den Vorgängern eine Reihe neuer und originaler Auffassungen, und sie hat das beträchtliche Verdienst, klar die Art und die Bedeutsamkeit der psychischen

Defektanlage bei den Trägern der Zwangszustände dargelegt zu haben. Andererseits ist es allerdings nicht schwer, die Uebertreibungen und die überflüssigen Künsteleien der Theorie zu erkennen. Sie entspringen hauptsächlich der starken Ueberspannung des Begriffes der Psychasthenie, ausserdem aber ist eine gewisse Neigung nicht abzustreiten, komplizierte Umwege da zu machen, wo der gerade Weg sich ohne Schwierigkeit geöffnet hätte. Irreführend musste es schon sein, dass die ganze Schilderung der Stigmata von den schwersten Fällen angeborener Grübel- und Skrupelsucht entnommen ist, und dass sich dann Janet bemüht, den Weg zu dem einfachsten Symptom, den obsessions, rückwärts von den komplexesten Erscheinungen, den „crises d'agitation“, zu finden. So gelangt er zu der gezwungenen Substitutions-Theorie und von da zu der Derivationshypothese, zur Lehre von der psychischen Spannung und der „Fonction du réel“, endlich noch zu dem Spezialisations- und Systematisationsprinzip.

Die Sachlage ist doch in Wirklichkeit viel einfacher zu fassen: nehmen wir an, eine Person könne den Entschluss nicht finden, ihr Haus zu verkaufen, oder wenn es geschehen ist, sie könne die Skrupel, damit einen Fehler begangen zu haben, nicht los werden. Was geschieht nun, wenn daraus eine Zwangsidee wird? Doch gewiss nicht zunächst allgemein eine Krise von motorischen Exzessen u. dergl., sondern die Idee des Hauskaufs wird sich immer wieder vordrängen, und die Person kann dennoch weder den gewünschten Entschluss fassen, noch auch die Idee, nachdem sie ihr lästig geworden ist, aus ihren Gedanken treiben. Einem ängstlich erregten Herrn kommt der Einfall, „hast du nicht neulich im Scherz dein Vermögen deinem Gehilfen versprochen und kann dieser nicht Ernst aus dem Scherze machen?“ Er kann weder diese Frage erledigen durch Vernunftgründe, noch auch sich davon befreien. Wie in dieser, so entstehen in der gewaltigen Ueberzahl aller Fälle die Zwangsideen ohne Umwege ganz direkt aus Skrupeln, die sich im Moment einstellen und sich auch gleich fest einnisten. Wir haben dabei überhaupt nur zwei Faktoren vor uns, die einzelne psychische Vorstellung, welche sich anarchisch vordrängt, und die leitende Kraft des Denkens, welche schwächlich versagt. Nun ist auch diese zentrale Kraft eigentlich ohne Not von Janet in eine möglichst komplizierte Fassung gebracht worden. Dabei ist es doch merkwürdig genug, dass gerade die Zwangsvorgänge denjenigen pathologischen Prozess darstellen, bei welchem inmitten eines sonst normalen Denkvermögens sämtliche Seiten der sogenannten Apperzeption oder sagen wir der „apperzeptiven und regulativen Funktionen“ affiziert und der Reihe nach geschwächt erscheinen, wie ich ebenfalls schon früher ausgeführt hatte.

Erstens und am allgemeinsten hat Not gelitten unsere Fähigkeit, das Auftauchen und Verschwinden von Vorstellungen zu beherrschen, und es gibt Fälle, wo nur diese Funktion geschwächt ist, z. B. bei dem Erinnerungszwang. Ebenso steht es mit der Anspannung der Aufmerksamkeit und es findet auch Zwang umgekehrt statt, auf Dinge zu achten, die als peinlich gemieden werden sollen. Drittens wird der Abschluss von Urteilen erschwert und sogar das Geltungsgefühl gegenüber früheren Entscheidungen und auch Rück Erinnerungen entschwindet. Viertens versagt die Willenskraft sowohl um Zwangsimpulse los zu werden, als auch um irgend welche Hemmnisse zu besiegen. Alle diese Momente sind von Janet sehr gut auseinandergesetzt worden und er hat auch schön gezeigt, wie die Zwangsvorstellungen in dem eigen-

tümlich „intermediären“ Zustände verbleiben, d. h. es sind eben keine wirklich vollzogenen Urteile oder Entschlüsse, oder anders ausgedrückt, sie sind nicht richtig „apperzipiert“. Dass der Begriff der Apperzeption ein streitiger ist, ja, dass an ihn sich das wichtigste Problem in der ganzen Psychologie knüpft, das ist freilich richtig; aber die Tatsache dieser Leistungen besteht und ein pathologischer Prozess wie derjenige der Zwangsvorgänge gibt keinen Anlass, dabei jene Grundfrage der Psychologie entscheiden zu wollen.

Nun existiert der fernere Tatbestand, dass bei der gleichen Person neben- oder nacheinander die verschiedensten Zwangsformen nicht selten zu beobachten sind; ein Herr, den die Idee des Verrücktwerdens verfolgt, wird sehr oft gleichzeitig eine Berufs- oder Agoraphobie oder beide zusammen darbieten, es kann ein Zwangsimpuls und eine Zwangserinnerung hinzutreten; dann sieht man sicherlich oft, was Janet so sehr betont, dass diesen Personen eine allgemeine Willenschwäche und Unentschlossenheit gegenüber jeder verantwortlichen Aktion eigen ist: kurz es steht nichts im Wege, als den einen grossen Faktor bei den Zwangszuständen die Schwäche der apperzeptiven Funktionen zu bezeichnen. Da aber diese Funktionen längst in der Psychologie ihren festen Platz besitzen, war es nicht nötig, an Stelle dessen die komplizierten Begriffe des „abaissement de la tension psychologique“ mit den verschiedenen Hilfsannahmen einzuführen.

Wie wird aber aus diesem Defektzustand das Reizsymptom des Zwangsdenkens? Auch da ist der Sachverhalt viel einfacher als Janet es darstellt. Es ist gar kein Zweifel, dass starke Erregungsvorgänge ängstlicher Natur in diesen Fällen als zweiter Faktor hinzutreten. Die Erregung konzentriert sich auf den psychischen Akt, der leicht von statten geht und der im Bewusstsein nahe an der Oberfläche liegt. So wird ein normaler erregter Mensch schon sich auf die Sorge erfahrungsgemäss stürzen, die gerade auftaucht, die Schwierigkeiten erscheinen dann eminent vergrössert und ein zorniger Impuls wird um so leidenschaftlicher. Umgekehrt werden aber auch die Hemmungen durch Angstgefühle gesteigert. Wenn also bei geschwächter apperzeptiver Kraft eine ängstliche Erregung ausbricht und so z. B. unterwegs ein nervöser Anfall vorkommt, eine wichtige Arbeit misslingt oder eine Furcht vor Infektion die Person befallen hat, so ist damit ein Moment für ängstliche Sorgen und Skrupel gegeben, deren der Patient aus eigener Kraft nicht Herr wird. Und damit verbündet sich nun noch das zweite psychologische Moment, das ich selbst früher und das ebenso auch Janet in den Vordergrund gerückt hat: der Kranke wiederholt seine Versuche, die Zwangsidee oder den Impuls zu überwinden, und jeweils mit schlechtem Erfolg. Gedrängt dazu wird er durch den Zwang, der bei jeder unabgeschlossenen wichtigen Idee uns verfolgt, sie zum Abschluss durchzudenken oder bei einem lästigen Eindringling durch den Trieb, ihn los zu werden. Durch diese nutzlosen Versuche gewinnt die Zwangsidee aber an suggestiver Kraft und namentlich die Furcht, und die Furcht vor dieser Furcht steigert sich so immermehr.

Ferner ist es gar nicht nötig, den Inhalt der Zwangsvorgänge in der Weise abzuleiten, dass hier gerade diejenige Leistung in Betracht komme, welche für die Person unter allen die schwierigste sei; fast jeder Mensch neigt zu Sorgen und Skrupeln mannigfacher Art, fast Jedermann ist gelegentlichen unpassenden Kontrasteinfällen und auch ab und zu einem sinnlosen und schäd-

lichen Aktionsimpulse ausgesetzt. Für den Normalen sind das kleine Episoden und anarchische Momente im geistigen Erleben, welche sofort und leicht abgeschüttelt werden; der ängstlich Erregte aber erschrickt darüber und verliert damit die ohnehin schwachen Zügel. Das nächste Mal bei einer ähnlichen Situation fürchtet er schon vorher die Wiederkehr der Idee, z. B. einer Agoraphobie und befördert dadurch um so mehr deren Eintreten. So kommt eine grosse Menge einfach neurasthenischer Zwangsvorgänge zustande und schon bei der gewöhnlichen „psychischen Neurasthenie“ lässt sich der Gegensatz beobachten, dass jede Aeusserung, welche abgemessenes Ueberlegen und Handeln erheischt, geschwächt und gehemmt wird, während das impulsive Triebleben und das Spiel der ängstlichen Phantasie um so stärker emporwuchert. Richtig ist aber, dass vor allem gerade die hereditären Minderwertigkeiten sich auszeichnen durch die Dürftigkeit ihres Fonds an regulativen geistigen Kräften. Treffend hat Janet es geschildert, wie statt der nützlichen Denkarbeit und des zweckbewussten Handelns, welche die geregelte Anspannung der geistigen Kräfte erfordern würden, hier bei diesen Hereditariern ein Hang zu unfruchtbaren Grübeleien und zu kleinlichen „Uebertreibungsmanien“ in den Lebensgewohnheiten gezüchtet und gross gezogen wird, weil diese ohne wirkliche Verstandesleistungen gleichsam sportsmässig verfolgt werden können. Aber es scheint mir doch auch, dass diesen degenerativen Naturen an sich eine besondere Zähigkeit und Hartnäckigkeit in ihren krankhaften Affekten eigen ist, welche sie nicht mehr zur Ruhe kommen lässt, so dass gerade hier die Zwangsvorgänge, wenn sie einmal etabliert sind, ein ganzes Leben hindurch oder doch auf Jahre hinaus andauern.

Uebrigens ist schliesslich auch die Meinung Janet's nicht gut annehmbar, dass die Zwangsvorgänge selbst zunächst einen automatischen Mechanismus darstellten, der (etwa entsprechend den bekannten Meynert'schen Theoremen) um so leichter sich hervordrängen könne, je mehr die oberste Instanz des Geistes geschwächt sei. Tatsächlich lässt sich dies nur von den relativ selteneren mechanischen und rein assoziativen Formen, z. B. den Zwangserinnerungen und den Zwangsphantasien sagen; alle übrigen besitzen die logische Form entweder eines Suggestivaktes, so z. B. bei der Idee, „du hast einen Totschlag oder die Entweihung der Hostie begangen“ und bei einem Zwangsimpulse, oder aber es ist die Form eines un abgeschlossenen Urtheiles bzw. einer gehemmten Willenshandlung. Hier findet jeweils ein regelrechter apperzeptiver Akt statt, nur kommt dieser nicht über eine Unsumme krampfhafter Ansätze hinaus, ganz ähnlich wie beim Stottern die staxenden Sprachversuche regelrechten, aber unvollendeten Willensinnervationen entsprechen. Wollte man die Erklärungsweise Janet's auf das Stottern übertragen, so müsste man sagen: das Sprechen misslingt, statt dessen beobachtet man manchmal einen förmlichen choreatischen Bewegungsexzess in allen Extremitäten; wenn sich dieser systematisiert und spezialisiert, so treten schliesslich die Stotterbewegungen auf. Der gekünstelte Umweg ist hier noch deutlicher, aber dem Sinne nach der gleiche wie bei Janet's Theorie der Zwangsvorgänge.

Janet's Lehre von der Psychasthenie enthält, um es nochmals zu sagen, einen richtigen Kern; aber in ihrer exklusiven Fassung ist sie stark einseitig übertrieben. Klinisch sind die Zwangsvorgänge am häufigsten bei der gewöhnlichen „psychischen Neurasthenie“ zu finden; die ganz schweren Fälle

aber beruhen auf einer angeborenen degenerativen Anlage und sind als spezifische „Zwangsideenkrankheit“ mit Recht anzusprechen. Aber auch bei der Neurasthenie tritt das Zwangssymptom um so leichter hervor, je stärker die hereditär erworbene Schwäche der regulativen geistigen Kräfte in der Person sich ausprägt. Symptomatologisch hat die Idee Janet's, dass die Stigmata der psychischen Unzulänglichkeit den einzigen wesentlichen Faktor in den Zwangsvorgängen repräsentieren, zuerst zu der Lehre von der Substitution der Willensakte durch die komplexen Zwangsexzesse und dann zu jener Verkettung scharfsinniger Hypothesen geführt.*) Dabei hat er selbst sehr schön gezeigt, wie die obsessions in Wirklichkeit unvollkommene Denkoperationen seien; er hätte nur als zweiten Faktor die Wirkung des hinzutretenden Angsteffektes einzuführen brauchen, um zu sehen, dass die Zwangsvorgänge selbst einfache krampfhaft Denkprozesse sind. Entweder liegen Einfälle und Eindringlinge ins Denken vor, die nicht beseitigt werden können, oder aber die Denkprozesse verharren überhaupt mit Vorliebe im Stadium der Nichtvollendung. Ist ihr Inhalt durch den herrschenden ängstlichen Affekt ein aufregender und reizender, so werden es vorzugsweise Skrupel und Hemmungen von Willensakten sein, die sich einstellen, und auch da misslingen dann die sich wiederholenden Versuche, sie zu beherrschen und zu erledigen. Herrscht keine ängstliche Erregtheit, so liegt eine einfache „Grübelnsucht“ vor.

Die älteren Theorien fanden ihren Ausgang bisher in der Regel von dem zweiten, dem Erregheitsfaktor; teils war es die Angst, teils ein assoziativer Zwang und Auftrieb, wodurch das Symptom sich erklären sollte. Andere hatten zwar schon die Willensschwäche, die Abulie, als wesentlich erkannt. Aber erst Janet hat die allgemeine Unzulänglichkeit der höheren regulativen Funktionen eingehend und in allen Konsequenzen gewürdigt, und er hat diese so hoch geschätzt, dass er in der Psychasthenie eine ganz neue und überdies das Symptomenbild erschöpfend erklärende psychopathische Abnormalität zu erkennen glaubte. Meine eigene Lehre, welche ich bereits bei Besprechung des Löwenfeld'schen Buches ganz ebenso wie heute entwickelt hatte, vermeidet, wie ich glaube, die Einseitigkeit des Janet'schen Standpunktes, stimmt aber in den wichtigsten Momenten überein mit ihm. Gerade dadurch, dass ich hier die Ueberflüssigkeit des künstlichen und sekundären Hypothesenkrankes bei Janet dargelegt habe, glaube ich dem wichtigen und gehaltvollen Kerne der Lehre und des ganzen Buches genützt zu haben, vorausgesetzt, dass meine Erörterungen dabei das Richtige getroffen haben.

*) Der Deutlichkeit wegen wollen wir hier nochmals die Grundgedanken von Janet's ganzer Theorie in ein paar Sätzen zusammenfassen: 1. Alle Zwangsvorgänge beruhen auf der Psychasthenie. Deren Wesen ist die Herabsetzung der psychischen Spannung. 2. Diese konstituiert resp. stellt dar eine eigenartige Neurose, welche der Neurasthenie, Epilepsie und Hysterie zwar verwandt, aber mit keiner gemeinsam ist. 3. In sich ist die Psychasthenie ein einziger bestimmter Typus von bestimmtem Verlauf, zu dessen Beginn allemal die diffuse Agitation erscheint und dessen Entwicklung mit der obsession abschliesst. — Der ganze starre Schematismus entstand so, dass das psychologische Erklärungsprinzip (das Stigma) zum physiologischen und das letztere wieder zum klinischen Gattungsbegriff umgeschaffen wurde, und zwar nach dem Muster wie mit wesentlich mehr Glück aus dem Prinzip der reizbaren Schwäche die Krankheit der Neurasthenie entwickelt worden war.

Wir müssen noch mit einigen Worten auf den letzten Abschnitt des Werkes eingehen, der von der Aetiologie, dem Verlauf und der Therapie der Zwangszustände handelt, und der wieder eine sehr grosse Summe eigener Beobachtungen und Erfahrungen verarbeitet und auch diese zu gleicher Zeit möglichst im Zusammenhange mit der generellen Auffassung von der Psychasthenie zu ordnen und zu verwerten trachtet.

Bei dem Kapitel der Aetiologie wird zunächst die ungemein grosse Häufigkeit des Leidens betont, von welchem Janet allein in wenig Jahren 325 Fälle beobachten konnte; die leichtesten Fälle, welche sich unter dem Namen der Nervosität und Neurasthenie verbergen, müssten enorm zahlreich vorkommen. Die weitaus wichtigste Ursache ist die hereditäre neuropathische Belastung, Pitres und Régis haben sie in $\frac{1}{5}$ aller Fälle konstatiert; Janet fand bei 8% keine Erblichkeit, in 20% Gicht und Tuberkulose der Erzeuger, in 70% nervöse Belastung (darunter in 28 vom Hundert „*hérédité similaire*“ und in 12% dabei die echten Zwangszustände). Dem Geschlecht nach fand er dreimal soviel Frauen als Männer bei seinen Kranken (während Löwenfeld und ich selbst ziemlich ebenso viele Männer als Frauen beobachten). Janet selbst erklärt dieses Vorwiegen der Frauen durch deren geringere geistige Energie und ihren stärkeren Hang zum Träumen und zur Phantastik. Wichtig sind die Angaben über das Alter der Kranken; in die ärztliche Behandlung traten Kinder selten, die meisten Patienten zwischen 30—40 Jahren, wenige im Greisenalter. Der wirkliche Beginn, soweit er zu ermitteln war, ist damit nicht identisch; Pitres und Régis fanden hier das Maximum schon im Alter von 11—15 Jahren, und zwar bei mehr als der Hälfte aller Fälle; mehr als $\frac{3}{4}$ hatten vor dem 30. Lebensjahre begonnen. Es tritt dabei der grosse Einfluss der Pubertät hervor, besonders für die Zweifelsucht. Janet's Zahlen entfernen sich davon nicht sehr wesentlich.

Wesentlich geringer wird der Einfluss der Gelegenheitsursachen eingeschätzt. Bezüglich der bekannten Theorie Freud's von der sexuellen Verursachung wird das nicht gerade seltene Vorkommen geschlechtlicher Störungen anerkannt, wenn auch lange nicht in Uebereinstimmung mit Freud's Anschauungen. Namentlich aber wird ihre Rolle ganz anders gedeutet, es liege hier nicht eine Ursache, sondern ein Symptom vor, nämlich eine „*Insuffisance de l'émotion sexuelle*“, analog den zahlreichen anderen *sentiments d'insuffisance*. Auch ich halte diese Erklärung für die zutreffende; infolge ihrer Schüchternheit neigen jedoch diese Naturen mehr zur Masturbation als andere und immerhin wird eine eigenartige Beobachtungsfurcht ungewöhnlich oft bei sexuellen Neurasthenikern getroffen. Mit Recht wird der Einfluss wichtiger Lebensepochen hervorgehoben, so besonders des Entschlusses zur Heirat; in einer Zahl von 29 Fällen kam die Krankheit durch die Erregungen der ersten Kommunion zum Ausbruche. Etwas zu gering wird nach meiner Erfahrung die Bedeutung einer *chocartig* wirkenden einmaligen Aufregung gewertet; Todesfälle, schwere Herzattacken, einen bedrohlichen Ueberfall, Anblick eines Epileptikers, Erhängten und ähnliches habe ich ganz auffällig oft die Zwangsvorstellungen auslösen sehen. Uebrigens wird bezüglich des Charakters der Personen mit Recht dessen zarte Empfindlichkeit erwähnt sowohl für die Rechtsansprüche anderer als auch der eigenen.

Schliesslich wird hiernach die Unterscheidung einer angeborenen und einer erworbenen Form der Zwangskrankheit anerkannt, aber es wird die

letztere für erheblich selten erklärt, während Mittel- und Uebergangsformen zwischen beiden in der Praxis häufig seien. Ein wichtiges Kapitel, welches der Autor in der bekannten Weise mit reichem tatsächlichem Beobachtungsmaterial zu versorgen und zu beleben weiss, handelt von den Vorläufern und der ersten Entwicklung des Leidens. Bedenkliche Zeichen bei Kindern sind eine allgemeine psychische Unruhe oder schon religiöse Skrupel, ferner traurige Verstimmtheit, endlich Schüchternheit vor Fremden und Geringschätzung der eigenen Person (sie bezeichnen sich als abschreckend hässlich und borniert). Dazu kommt dann bald die verdächtige Isolierung von Altersgenossen, weiter sieht man Beispiele heftigen plötzlich erwachten Starrsinns und schon richtige Tics, Reinlichkeitsmanie u. dergl.

Hier ist nun der Ort, wo sich einige Bemerkungen über die klinischen Varietäten finden; leider sind gerade diese letzteren nur theoretisch verzeichnet, sie entbehren im Gegensatze zu dem sonstigen Charakter des Buches der klinischen Beispiele, und gerade da macht sich die Verweisung aller Krankengeschichten aus dem systematischen in den kasuistischen Teil des Werkes unangenehm bemerkbar. Janet hält die bisherigen Versuche einer klinischen Systematik für nicht genügend, und er stellt selbst die klinischen Formen in enge Beziehung zu seiner symptomatologischen Gruppierung. Daraus resultieren drei klinische Hauptformen: 1. die insuffisances psychologiques, 2. die phénomènes de dérivation oder crises de psycholepsie und 3. die obsessions intellectualisées, und als deren Unterformen bezeichnet er weiter der Reihe nach die neurasthenischen und die psychasthenischen Zustände; ferner die Bewegungskrisen und Tics, die Angstanfälle und Phobien, die Ruminationen (dem Sinne nach = Grübelsucht*) und psychischen Manien, während die obsessions die bekannte Gliederung erfahren. Diese Reihenfolge soll zugleich so ziemlich, wie wir schon wissen, den Stadien der Entwicklung der ganzen Krankheit entsprechen. Ich halte gerade diesen kurzen Abschnitt der klinischen Systematik für stark schematisiert; es bedürfte einer förmlichen, mit grossem klinischen Materiale von Krankengeschichten belegten Untersuchung, um dieses dornenreiche und wichtige Problem zu lösen, welches nach dem symptomatologischen Studium eine der nächsten Aufgaben der Lehre von den Zwangszuständen bildet. Für Janet ist stets die unbewiesene Anschauung massgebend und verhängnisvoll, dass die schweren komplizierten Fälle den für alle übrigen Formen auch geltenden Typus darstellen.

Eingehender wird wieder der allgemeine Verlauf der Krankheit erörtert; einen akuten Verlauf mit Heilung in mehreren Monaten hat Janet nur in einer geringfügigen Minderzahl der Fälle (meist Phobien und Ruminationen) gesehen. Dies kann ich nur insofern bestätigen, als die meisten Fälle mit kurzem Verlaufe deutlich periodische Verstimmungen darstellen, die ich indessen in dieser Weise ziemlich häufig beobachten konnte.***) Im übrigen ist der Gang der Krankheit eminent chronisch, doch so, dass neben einem kontinuierlichen Verlaufe häufig auch ein remittierender und ein intermittierender vorkommt. Im letzteren Falle können die Pausen lange sein;

*) Die Bedeutung des Begriffes der Rumination (wörtlich = Wiederkauen) hat im Fortschreiten des Buches bei Janet immer mehr an Ausdehnung zugenommen.

**) Es gibt aber auch nicht allzuseiten Formen von Zwangsskrupeln, die lediglich infolge von geistiger Ueberarbeitung auftreten und rasch genesen können.

so verzeichnete eine Frau ihren ersten Anfall mit 20, den zweiten mit 27 und den dritten mit 37 Jahren. Häufig sind Exacerbationen, die jeweils mit den Menses erscheinen, und sehr interessant ist die Besserung, welche sich für gewöhnlich in der Schwangerschaft einstellt, freilich um nach Ablauf derselben wieder zu verschwinden, wenigstens zumeist. Bezüglich der Ausgänge wird allgemein der gleichartige, nicht progrediente Charakter der Krankheit als im Wesen derselben liegend verzeichnet; zum Schwinden der Intelligenz kommt es also nicht. Wohl aber können die Kranken praktisch zu völligen geistigen Ruinen werden, welche infolge der Zunahme und Verknöcherung ihrer absurden Manien und Hemmungen in fast bewegungslose brütende Apathie verfallen, sich kaum mehr vom Lehnstuhl oder Sofa erheben und dergleichen. Glücklicherweise ist dies aber nur die Ausnahme; schon in der Statistik war die rapide Abnahme der Patienten mit dem höheren Alter aufgefallen, und in der Tat bildet schon das 40. Lebensjahr einen Wendepunkt, von wo ab infolge der eingetretenen geistigen Reife und der Abnahme des erregbaren phantastischen Elementes die Zwangszustände ihrer gänzlichen Heilung mit starken Schritten entgegengehen.

Ich halte auch diese sehr wichtige Angabe für zutreffend, muss aber doch bemerken, dass ich Zwangsformen typischer Art immer noch leidlich häufig bei Personen in den 50er Jahren*) und noch später beobachtet habe und reichlicher, als dies die Janet'sche Statistik verzeichnet. Ebenso stimme ich, und zwar hier durchaus mit unserem Autor überein, wenn er konstatiert, dass er selbst noch nie einen Selbstmord bei seinen Patienten erlebt habe, was bei der Willensschwäche derselben — im Gegensatz freilich zu abweichenden Angaben, z. B. von Seglas — sich begreift.

Den vielfach erörterten Uebergang in Geisteskrankheit beobachtete Janet 23 mal unter seinen 325 Kranken und er hält diese Zahl für noch nicht ausreichend. Auch dieses komplizierte Kapitel hätte einer eingehenden psychiatrischen Bearbeitung bedurft, natürlich mit Einfügung der Krankengeschichten (der kasuistische Teil bringt freilich deren ein volles Dutzend); immerhin ist es sehr lesenswert, wiewohl es auch von einer Verwertung der vorhandenen Literatur darüber absieht.

Endlich ist es selbstverständlich, dass gerade ein Arzt und Autor von der Art Janet's, der sich so liebevoll in das verworrene Seelenleben seiner Patienten vertieft hat, in dem letzten Kapitel, das über die Prognose und Behandlung der Psychasthenie sich verbreitet, dass hier Janet, sage ich, besonders gehört zu werden verdient und dass wir von ihm die Früchte einer reichen persönlichen Erfahrung und Belehrung gewinnen. Natürlich steht da die „psychische Therapie“ im Vordergrund, der Arzt muss in ein persönliches Verhältnis zu den Kranken treten, ihr Leben regeln, ihren Willen stärken. Da ein Referat dieses Kapitels aber sich nicht geben lässt, so sei nur erwähnt, dass auch Janet die Anstaltskur nur in Ausnahmefällen empfiehlt, wie bereits Westphal es riet, und dass er von der Hypnose einen Nutzen mit Bezug auf einzelne lästige Symptome sah, da wo sie eben gelang. Arzneimittel haben nur sekundäre Bedeutung, von Morphininjektionen bei schweren Zuständen,

*) Bei Frauen ist speziell das Klimakterium eine Zeitepoche, wo Zwangsideen auffallend oft und zum ersten Male im Leben auftauchen.

zu welchen er sich übrigens nur zögernd entschloss, hat er sicheren Nutzen gesehen.

Soweit reicht der Inhalt des ersten Bandes. Dass über den zweiten kasuistischen Teil, welcher die verblüffend grosse Zahl von 236 Krankengeschichten*) meist im Auszuge, zum Teil aber auch ausführlich und unter Beigabe von Abbildungen beschreibt, ein Referat weder gut auszuführen, noch auch erspriesslich wäre, wird mir wohl zugestanden werden. Der Inhalt dieses Teiles, welcher die Form der klinischen Vorlesung wahr, dabei aber sich auf die speziellen Erörterungen der einzelnen Fälle beschränkt, ist zum Privatstudium wertvoll und dafür zu empfehlen. Dass auch der Erfahrene, zudem auf einem so unerschöpflichen Gebiete, so manches neue darin findet, davon haben mich einige Stichproben aus dem Bande belehrt.

Diese ganze Besprechung hat überdies schon einen ungewöhnlich grossen Umfang erreicht. Das Buch ist eines der Werke, welche man von Anfang bis Ende durchlesen muss, um in seinen Inhalt einzudringen, Bruchstücke davon sind schwer verständlich und nützen auch wenig, denn das ganze Buch ist die systematische Ausführung eines psychologischen Grundgedankens. Das Studium desselben ist daher auch ziemlich zeitraubend, und dies um so mehr, je gewaltiger die Summe der einzelnen Bausteine ist, aus welchen das System sich zusammenfügt. Schon aus diesem äusseren Grunde schien es nützlich, den Gedankengang einigermaßen herauszuschälen. So werden es künftige Leser leichter haben, mit geringerem Zeitaufwande Nutzen aus dem mühevollen Werke Janet's zu ziehen. Das Studium an sich ist lohnend und genussreich. Janet ist eine ausgeprägte schriftstellerische Individualität, lebensvoll und direkt auf empirische Beobachtung gebaut ist alles, was er sagt, auch wo er den Bau seiner Hypothesen etwas künstlich zurechtet. So finde ich auch den Versuch, den Apperzeptionsbegriff durch den allgemeineren Begriff der psychischen Spannung zu umgehen, interessant, um so mehr, da ich selbst die Wundt'sche Fassung der Lehre nicht für befriedigend halte. Geglückt ist allerdings meines Erachtens der Versuch nicht. Besonders anziehend war mir, wie ich ausführlich darlegte, der meiner eigenen Theorie nahestehende Grundgedanke Janet's. Wenn ich im einzelnen nicht Weniges angezweifelt und bestritten habe, so geschah dies, weil ich bei dieser Gelegenheit mir wieder erlauben wollte, meine Ideen über das Gebiet, mit dem ich mich viel befasst habe, zur Geltung zu bringen. Sodann darf man nie aus den Augen verlieren, dass in der an Schwierigkeiten so reichen Psychopathologie vielleicht kein Kapitel existiert, welches der systematischen Beherrschung und Ordnung so sehr widerstrebt, wie das der Zwangszustände. Dabei gab es vor Janet zwar viele fragmentarische, aber keine zusammenhängende und in grösserem Stile gehaltene Bearbeitung des Gebietes. Hier auf den ersten Wurf allseitig das Richtige zu treffen, ist überhaupt kaum möglich; aber eine wichtige Etappe, wenn nicht die wichtigste auf dem Wege zum Ziele, wird das Werk stets nach meinem Urteile bleiben.

Es empfiehlt sich, den Ausdruck der Psychasthenie beizubehalten, zwar nicht im Sinne einer spezifischen Krankheitsgattung, wohl aber um die gemeinsame Grundlage aller Zwangszustände, die Unzulänglichkeit der regulativen

*) Löwenfeld bringt bei ebenfalls grosser Kasuistik nur 142 Beobachtungen zum Abdrucke.

psychischen Kräfte mit einem kurzen Merkworte zu bezeichnen. Wie viel übrigens die wissenschaftliche Arbeit gerade der jüngsten drei Jahre zur Klärung der Lehre von den Zwangszuständen beigetragen hat, dafür hat die neueste mühevollste Publikation eines Autors, Warda, ein bemerkenswertes Zeugnis abgelegt, der im Band XXXIX des Archivs für Psychiatrie in unerreichter Vollständigkeit das gewaltige literarische Material dieses Gebietes zusammengetragen, seine Arbeit indessen schon vor drei Jahren zum Drucke abgeschlossen hatte. Des Eindruckes, dass seine darauf gegründeten eigenen kritischen Versuche (bei welchen die Freud'sche Lehre allen anderen vorgezogen wird) bereits einem antiquierten Standpunkte angehören, werden sich wohl auch andere Fachgenossen nicht erwehren können.

II. Vereinsberichte.

Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Dresden, 28. und 29. April 1905.

Die Versammlung war gut besucht, den Vorsitz führte Moeli-Berlin, Laehr sen. wurde zum ersten Ehrenmitglied des Vereins ernannt.

Die beiden Sitzungen des ersten Tages wurden fast völlig ausgefüllt von dem Referat (Weygandt, über Idiotie) und den sich daran anschliessenden Vorträgen und Diskussionen über die Idioten- und Schwachsinnigenfürsorge. Die Diskussion wurde zeitweise ganz ungewöhnlich lebhaft. Es wurden zum Schluss die Beschlüsse der Frankfurter Versammlung vom Jahre 1894 erneuert, und Stellung genommen gegenüber den inzwischen erfolgreich gewesenen Bestrebungen von seiten der Pädagogen und Geistlichen, einen guten Teil der Schwachsinnigenfürsorge der psychiatrischen Aufsicht zu entziehen.

Das umfangreiche Referat Weygandt's gab in seiner ersten Hälfte eine Zusammenstellung dessen, was über die anatomische Grundlage der Idiotie zurzeit bekannt ist, dann einen Ueberblick über die Geschichte der Idiotenfürsorge, schliesslich eigene Erfahrungen bei Besuch von Anstalten. Symptomatologie und Klinik kamen nicht zur Besprechung.

Stellung gegen die geistliche Leitung nahm darauf in seinem Vortrage Kluge-Potsdam (Ueber die Unterbringung und Behandlung psychisch abnormer Fürsorge-Pfleglinge); er berichtete über das ihm zur Verfügung stehende Material der Potsdamer Anstalten und schloss daran eine Reihe von Vorschlägen.

Nach ihm kamen zwei Vortragende zu Wort, die an pädagogisch resp. geistlich geleiteten Anstalten tätig sind.

Meltzer (Gross-Hennersdorf) erwähnt, dass in Sachsen die Anstalten für Bildungsunfähige und Bildungsfähige von einander getrennt sind; für erstere (Pflegeanstalten) verlangt er unbedingt psychiatrische Leitung, für letztere (Erziehungsanstalten) ist eine solche Leitung nicht nötig und vielleicht nicht einmal opportun; es genügt die Koordination eines psychiatrisch gebildeten

Arztes, hier ist die Hauptsache der Unterricht. Er will diese Anstalten den Hilfsschulen für Schwachsinnige näher gestellt wissen als den Idiotenanstalten.

Tippel-Kaiserswerth (Fürsorgeerziehung und Psychiatrie) gab recht interessante Angaben über das Leben der Fürsorgepfleglinge vor ihrem Eintritt in die Anstalt. Von 164 weiblichen Zöglingen der letzten vier Jahre waren 3% geisteskrank, 66% geistig minderwertig. Es fanden sich am häufigsten Hebefrenie, Hysterie und verschiedene Schwachsinnformen. Erbliche Belastung in 44% der geistig Abnormen, Alkoholismus der Eltern ungemein häufig und sehr oft frühzeitiger sexueller Missbrauch; 90% hatten venerische Erkrankungen. Sehr instruktiv sind die Resultate seiner Enquete bei allen Anstalten der Rheinprovinz. Von 39 Anstalten antworteten 14, es seien seit vier Jahren überhaupt keine geistig minderwertigen oder psychischen Zöglinge aufgenommen worden, in den übrigen so wenige, dass sich für die Minderwertigen die Prozentzahl 2,3, für Psychosen 0,3 ergab, also etwa 25 mal weniger als in Kaiserswerth.

Im Anschluss daran sprach Hess-Görlitz (Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen) über Kahlbaum's Heboidophrenie, ihre klinische Stellung, ihre engen Beziehungen zur Dementia praecox, ihre Heilungsmöglichkeit und forensische Bedeutung (s. Eigenbericht am Schluss).

In der Diskussion erwähnte u. a. Schnitzer, dass nach seinen Erfahrungen weitaus die Mehrzahl der Idioten an Entzündungen des Gehirns und der Häute leidet; die eigentlichen Missbildungen ständen den entzündlichen Prozessen mit nur etwa 25% gegenüber. Exazerbationen und Rezidive seien klinisch häufig zu beobachten. Demnach sei die Idiotie sehr vielfach nicht ein abgeschlossener, sondern ein progredienter Prozess.

Jenssen ist derselben Meinung.

Tuczek bespricht die „Denkschrift betr. die besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse der Anstalten für Idioten und Epileptische, herausgegeben von der Vereinigung der Deutschen Anstalten für Idioten und Epileptiker“. Er beantragt eine Resolution, die die Frankfurter Beschlüsse vom Jahre 1894 erneuert.

Jenssen will noch weiter gehen und verlangt, dass die Versammlung Stellung nehme zu der genannten „Denkschrift“, die schon in ihrem Titel eine Unrichtigkeit enthalte, indem sie den Anschein zu erwecken suche, als sei sie im Sinne aller Anstalten geschrieben worden. Er bedauert die Ausführungen von Meltzer und betont die Unmöglichkeit, Bildungsfähige von Bildungsunfähigen scharf zu sondern.

Siemens beleuchtet nochmals die Bestrebungen der pädagogischen Anstaltsleiter bezügl. Verdrängung der Psychiater aus der Idiotenfürsorge und widmet dabei sehr warme Worte der Anerkennung dem verstorbenen Zinn.

An der Debatte beteiligten sich ferner Binswanger, Kreuser, Neisser, Pelmann, Möller, Seelig und Ganser.

Ein Antrag von Anton „Der Verein beschliesst, einen Ausschuss zu wählen, welcher fortgesetzt die Frage der Idiotenforschung und Idiotenfürsorge zu verfolgen und dem Verein Bericht zu erstatten hat“ wird einstimmig angenommen. In die Kommission werden gewählt: Anton, Weygandt, Tuczek und Möller.

Desgleichen wird ein Antrag Siemens des Inhaltes, dass der Verein im Hinblick auf die fortgesetzten Bestrebungen, die Leitung der Idioten- und Epileptikeranstalten den Aerzten vorzuenthalten, erkläre, dass er nach wie vor

auf dem Boden der Frankfurter Versammlung stehe, im Prinzip einstimmig angenommen; die genaue Formulierung der Erklärung soll dem Vorstand überlassen werden.

Auf Antrag Ganser's wird dazu folgender Zusatz angenommen: Von diesem Beschluss ist sämtlichen deutschen Regierungen Kenntnis zu geben.

Schüle-Illenaу hatte der Versammlung einen umfangreichen Fragebogen für Feststellung der Erblichkeit vorgelegt und dazu noch Thesen gefügt zur Beratung der Frage, wie man die Heiraten von Geisteskranken und Belasteten verhindern könne. Schüle selber war durch Krankheit verhindert, der Versammlung beizuwohnen. Für ihn begründeten seine Vorschläge Thoma-Illenaу und Mendel-Berlin.

Alzheimer-München äusserte in der Besprechung die schwersten Bedenken gegen die Art der Forschung des Schüle'schen Fragebogens. Die Anstaltsärzte haben mit Beantwortung von Fragebogen gerade genug zu tun, die klinischen Krankheitsformen, die Sch. aufstellt, werden an anderen Orten nicht als berechtigt angesehen; A. schlägt vor zu warten, bis etwa Mendel, Wernicke und Kraepelin sich über die Grundelemente eines Einteilungsprinzips geeinigt haben. Er verspricht sich einen gedeihlichen Erfolg aus einer eingehenden Beschäftigung Schüle's mit derartigen Fragen, aber nicht aus einer zwangsmässigen Enquete, die naturgemäss oberflächlich werden muss. Er warnt ferner ernstlich davor, das Ansehen der Irrenärzte noch weiter zu schmälern durch den Versuch eines Eingriffes in die Rassenhygiene (Verhinderung der Ehe).

Nach einigen Aeusserungen von Moeli und Mendel wird die Debatte über die Frage geschlossen, ohne dass die Versammlung in der einen oder anderen Richtung Stellung nimmt.

Klinische Thematа behandelten Meyer-Königsberg, Schultze-Greifswald, Seelig-Lichtenberg (siehe die Eigenberichte am Schluss).

Cramer-Göttingen sprach über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus. Er führt aus, dass die Gemeingefährlichkeit ein gemeingefährlicher Begriff, dehnbar wie Kautschuk sei, und auf alten Vorurteilen basiere. In letzter Zeit ist in der Verwendung des Begriffes eine unverkennbare Wendung zum schlimmeren eingetreten. Das traurige Vorrecht, als gemeingefährlich angesehen zu werden, haben nur die Geisteskranken, nicht etwa auch andere Kranke, wie solche mit venerischen und anderen Infektionskrankheiten. Die Gefährlichkeit der Geisteskranken wird im allgemeinen überschätzt, und zweitens wird dem Umstand im Publikum viel zu wenig Rechnung getragen, dass die einmal bestehende Gefährlichkeit durch geeignete Behandlung wieder schwinden kann. Der wichtigste Faktor zur Beschränkung der Gemeingefährlichkeit ist die Erleichterung der Aufnahmebedingungen; daneben sind nötig: Aufklärung des Publikums und bessere, sachgemässere Aufsicht der Kranken nach der Entlassung.

Näcke-Hubertusburg (Spätepilepsie im Verlauf chronischer Psychosen) berichtete über 12 Fälle, von denen 11 der grossen Gruppe der *Dementia praecox* angehörten. Der erste Anfall trat nach 4—30jähriger Anstaltsbehandlung auf und zwar im Alter von 38—76 Jahren. In 5 Fällen wurde nur ein einziger Anfall beobachtet.

In der Diskussion warnte Pick davor, bei einem einmaligen epileptischen Anfall schon von Epilepsie im klinischen Sinne zu sprechen. Dass solche vereinzelte Anfälle bei chronischen Psychosen vorkommen, wusste schon Westphal.

Heilbronner-Utrecht: Ueber Haftenbleiben und Stereotypie. Der Vortrag erscheint ausführlich. Die Ausführungen bezogen sich der Hauptsache nach auf Beobachtungen an Epileptikern.

In der Diskussion hob Pick die praktische Wichtigkeit der Heilbronner-schen Experimente für die Erkennung von vorübergegangenen epileptischen Anfällen hervor. — Weiter beteiligten sich Neisser und Moeli.

Engelken-Alt-Scherbitz berichtete über „Psychiatrisches aus England und Schottland“. Der Bericht betraf Anstaltsbauten und die Organisation der Irrenfürsorge.

Hübner-Lichtenberg (Untersuchungen über die Erweiterung der Pupille auf psychische und schmerzhaft Reize) bestätigte im allgemeinen die bekannten Resultate von Bumke.

Rohde-Königsbrunn verlas ein langes Manuskript über die psychiatrischen Aufgaben bei der Behandlung Nervenkranker in offenen Heilstätten.

Anatomische Beiträge lieferten Vogt-Langenhagen, Reich-Lichtenberg und Alzheimer-München (s. Eigenberichte). Vogt besprach die Bedeutung und die Ziele des in letzter Zeit von Monakow betriebenen Studiums hochdifferenzierter Missbildungen des Zentralnervensystems. Reich gab interessante Details über den Aufbau der peripheren Nerven; ob seine Ausblicke auf die bevorstehende Revolution in der Auffassung der Glia berechtigt sind, muss wohl noch abgewartet werden. Alzheimer sprach zum Schluss über die anatomische und klinische Differentialdiagnose zwischen Paralyse und endarteriitischer Lues des Gehirns.

Ich lasse im Anschluss hieran einige Eigenberichte folgen, die mir zur Verfügung gestellt worden sind. Schröder (Breslau).

228) Weygandt (Würzburg): Ueber Idiotie.

Wenn auch dem Wunsche des Vorstandes entsprechend hier vor allem die Forderungen zum Ausdruck kommen werden, die vom ärztlichen Standpunkte an die Idiotenfürsorge gestellt werden, soll doch zunächst erörtert werden, was vom wissenschaftlichen Standpunkte unter Idiotie zu verstehen ist. Erst Esquirol hat die Gruppe des angeborenen Schwachsinnens den erworbenen Schwachsinnformen gegenüber gestellt. Alle Kranke, deren Hirnentwicklung von Geburt oder den frühesten Jugendjahren an unterbrochen wurde, haben den gemeinsamen Zug, dass es bei ihnen nie zur vollen Entwicklung einer geistigen Persönlichkeit kam, einerlei, welche Ursache die Hirnentwicklung gestört hat. Gegenüber der graduellen Abstufung, die ihre klinisch-therapeutische Bedeutung hat, muss eine Gruppierung der verschiedenen, durch die Aetiologie, Anatomie und Verlaufsweise charakterisierten Formen vorgenommen werden.

Eine streng abgeschlossene Gruppe bildet die sogenannte familiäre, amaurotische Idiotie nach Tay und Sachs. Solche Kinder gehen schon im zweiten Jahre unter Verblödung, Lähmungserscheinungen und eigenartigen Augensymptomen zugrunde. Von grossem Interesse ist der histologische Befund, vor allem eine besondere fettige Entartung der Ganglienzellen.

Ebenso eine besondere Gruppe bilden die thyreogenen Fälle des endemischen und sporadischen Kretinismus, sowie der Cachexia thyreopriva, wozu als weitere endemische Gruppe der stramöse Schwachsinn zu rechnen ist.

Idiotie auf Grund von Anlagemangel, unabhängig von Krankheitsprozessen, findet sich in verschiedener Weise. Die schwersten Missbildungen, Anencephalie usw., leben nur ganz kurz; Fälle von Cyklopie, von Verschmelzung der Hemisphären manchmal länger, ja Balkenmangel oder Heterotopie der grauen Substanz kann ohne Intelligenzstörung bestehen.

Besonders Mikrocephaliefälle mit einem Hirn von makrogyrem Typus oder mit der Windungsordnung des Neugeborenen beruhen auf dieser Entwicklungshemmung im engeren Sinne.

Häufig sind die Idiotiefälle auf Grund vasculärer Störung, meistens entzündlicher Vorgänge. Die Encephalitis kann sehr verschieden nach Zeit, Lokalisation und Intensität auftreten. Selbst die schwersten Porencephalieförmungen können dadurch bedingt sein, während manche Fälle von Hirnentzündung ohne Defekt vorübergehen. Die Unterscheidung von echter und von Pseudoporencephalie nach Bourneville ist nicht aufrecht zu erhalten.

Auch die Mikrogyrie findet sich in vielen Fällen als Resterscheinung einer entzündlichen Affektion. Sie ist nicht streng abzutrennen von der sogen. atrophischen Sklerose Bourneville's. Je nach der Ausdehnung des Entzündungsprozesses kann es auch zu vollständiger halbseitiger Atrophie des Grosshirns kommen, manchmal unter vikariierender Hypertrophie anderer Teile.

Weiterhin auf entzündlicher Basis beruhen die meisten Fälle von Hydrocephalus; gewöhnlich handelt es sich um meningitische Prozesse und entzündliche Veränderung des Plexus choroideus und des Ependyms, verbunden mit Erschwerung des Flüssigkeitsablaufes. Leichte Fälle bleiben zweifellos ohne Intelligenzstörung.

Die Meningitis bei Idioten beruht meist auf Syphilis. Daneben finden sich auch in Idiotenanstalten manchmal infantile Paralysen. Ferner kommt auch syphilitische Affektion des kindlichen Zentralnervensystems ohne ausgesprochene Idiotie vor.

Diesen Gruppen gegenüber stellt die hypertrophische tuberöse Sklerose einen degenerativen Prozess dar.

Einen eigenen Typ bilden die mongoloiden Idioten, die Vortragender besonders in England studiert hat, allem Anschein nach auf Grund von entarteter Entwicklung beruhend, mit dem Syndrom der mongoloiden Gesichtsbildung, der rissigen papillösen Zunge und der Gelenkweichheit.

Epilepsie tritt sekundär bei $\frac{1}{3}$ der Idioten auf, kann aber auch als genuine Epilepsie kindlichen Schwachsinn verursachen.

Das Schädeltrauma spielt eine einwandfreie Rolle weit seltener als gewöhnlich angenommen wird.

Kurz berührt wird die Kombination mit chronischer Chorea, Athetose und Little'scher Krankheit, dann die Idiotie polysarcique und die angiodysplastische Entwicklungsverlangsamung, sowie Fürstner's sensorielle Idiotie. Ablehnend verhält sich Vortragender gegenüber der Idiocy by deprivation, den Wolfs boys, ferner gegenüber dem angeborenen degenerativen Schwachsinn bei anatomischer Intaktheit des Hirns und schliesslich auch gegenüber der Annahme von Frühformen der Dementia praecox.

Hervorzuheben ist, dass zahlreiche Fälle trotz der von früh auf bestehenden Entwicklungsstörung doch noch beträchtliche Schwankungen im Verhalten zeigen, epileptische Zufälle, Erregungen, Wahnbildungen und vieles andere, was darauf hinweist, dass die Hirnprozesse noch keineswegs abgeschlossen sind; auch für ärztliche Behandlung gibt es daher noch eine Reihe von Angriffspunkten und Aufgaben.

Die Bearbeitung der vielen noch offen stehenden Probleme ist erschwert durch die Eigenart der Fürsorge der Idioten. In Frankreich wurden die ersten Anstalten eingerichtet. Im deutschen Sprachgebiete sind während der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts mehrere Anstalten auf Anregung von Aerzten und Lehrern gegründet worden; manche Idiotenlehrer haben noch nachträglich Medizin studiert. Später wurden auf geistliche Anregung Wohltätigkeitsinstitute für schwachsinnige Kinder eingerichtet, bis seit den 90er Jahren die preussischen Provinzen angehalten wurden, für Anstalten zu sorgen.

Zur Zeit hat Deutschland 108 Anstalten, ungefähr die Hälfte steht unter geistlichem Einfluss, nur 21 sind staatlich und nur ein kleiner Teil davon steht unter ärztlicher Leitung. Von den ca. 150 000 Schwachsinnigen Deutschlands sind etwa 23 000 in Anstalten untergebracht, etwa 5000 davon werden unterrichtet, 8000 sind arbeitsfähig. So verdienstlich die Schaffung von Unterkunftsmöglichkeiten für Schwachsinnige war, so sind doch viele berechtigte ärztliche Wünsche noch unerfüllt und manche Mängel verlangen dringende Abhilfe.

Eine Anstalt von 2000 Köpfen hat den nächsten Arzt in mehreren km Entfernung. Die Tuberkulose verursacht eine ausserordentlich hohe Ziffer in der Mortalität, so 39 von 40 Todesfällen in einer Anstalt. Bedenklich sind Ohr-Blutgeschwülste, Wundliegen, ferner der scheussliche Gestank infolge des Bettnässens. Zwangsmittel sind in einigen Anstalten vorhanden, Zwangsjacken und Zwangsstühle, ferner finden sich vereinzelt noch Straflisten, in denen Kostentziehung, Einsperren oder Schläge für widerspenstiges Verhalten der schwachsinnigen Kinder vorgesehen sind, oder auch mit plötzlicher Entlassung bei Ungehorsam gedroht wird. Die behördliche Revision ist mancherorts recht selten.

In Frankreich liegt die Idiotenfürsorge fast ganz in ärztlichen Händen. Bicêtre unter Bourneville ist eine Musteranstalt in Bezug auf eine medizinisch-pädagogische Behandlung, wie auch wissenschaftliche Beobachtung und Materialsammlung. England, dessen Idiotenfürsorge auch unter ärztlichem Einfluss steht und über reiche Mittel verfügt, hat in Lancaster, Darenth, Starcross usw. muster-gültige Institute.

In Deutschland ist wohl Rücksicht auf die bisherige Leitung der Anstaltsgründer und -Unterhalter angebracht, doch kann für die vielen noch unversorgten Kinder eine ausreichende Fürsorge nicht durch Privatwohltätigkeit, sondern nur von staatlicher Seite geleistet werden. Vor allem ist Durchführung des preussischen Gesetzes vom 11. VII. 1891 zu wünschen. Bei Neugründungen ist auf folgendes zu achten: Bildungsunfähige Schwachsinnige gehören unter allen Umständen unter ärztliche Leitung, auch von Pädagogen wird das neuerdings mehrfach anerkannt. Bildungsfähige, die womöglich einmal selbständig ihr Brot verdienen können, sind möglichst davon zu trennen, bei ihrer Behandlung liegt ein Hauptgewicht auf dem Elementar- und dem Handwerkerunterricht; an grösseren Anstalten für solche sollte jedoch ein Hausarzt koordiniert sein. Die erwachsenen, arbeits- aber nicht entlassungsfähigen Idioten

sind ganz wie die sekundär verblödeten Irren in Anstalten mit Kolonialbetrieb zu behandeln.

Der Schaffung separater Idiotenanstalten aus praktischen Gründen vorzuziehen wäre es, wenn man bei der Gründung neuer Anstalten als Appendix, in der Art eines Vorwerkes, auch für 2—300 Idioten Fürsorge treffen würde. Die Verärztlichung der Idiotenpflege ist das Ergebnis jeder wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Gegenstande und entspricht am meisten dem Wohl dieser Kranken.

(Das Referat wird illustriert durch eine Sammlung von Abbildungen idiotischer Hirne, mikroskopischen Bildern von idiotischen Hirnrinden und anderen bildlichen Darstellungen.) (Eigenbericht.)

229) Hess (Görlitz): Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen.

Vortr. bespricht die Organisation und den Betrieb des von Kahlbaum begründeten ärztlichen Pädagogiums in Görlitz, in dem Patienten verschiedenster Nationalität im Alter von 10—25 Jahren neben der psychiatrischen Behandlung wissenschaftlichen und praktischen Unterricht erhalten. Psychosen im akuten Stadium sind hierfür nicht geeignet, wohl aber bieten ziemlich alle Psychosen im ruhigen Stadium ausser Paralyse und schwerster Idiotie brauchbares Material. Von besonderer Wichtigkeit sind die moralischen Defektzustände (Prichard's moral insanity, Scholz' moralische Anästhesie) ohne grobe intellektuelle Störungen. Von dem angeborenen, mit der Imbezillität korrespondierenden „moralischen Schwachsinn“ ist sehr wohl die erworbene moralische Defektuosität zu unterscheiden, die, von Kahlbaum als Heboidophrenie beschrieben, gewissermassen einen Abschnitt aus dem Symptomenbild der Hebephrenie bildet und zur Dementia praecox-Gruppe gehört. Während die Hebephrenie im allgemeinen unheilbar ist, hat die Heboidophrenie eine günstigere Prognose und gelangt vielfach zur Heilung. Die hierher gehörigen Patienten, bei denen Abschwächung, aber im Gegensatz auch hohe Entwicklung der Intelligenz vorhanden sein kann, kommen in der Regel wegen Verfehlungen auf ethischem Gebiet in psychiatrische Behandlung. Häufig ist die Heboidophrenie die Ursache von Alkoholismus, Prostitution, Verbrechen; bei allen jugendlichen, scheinbar „strafeinsichtigen“ Verbrechen muss an Heboidophrenie gedacht werden und an die Stelle der nutzlosen und schädlichen Strafe die Erziehung treten. Für psychiatrisch-pädagogische Behandlung passen nur kleine Abteilungen, die nicht selbständige Institute sind, sondern Teile einer allgemeinen Irrenanstalt sein müssen. Alkoholabstinenz, strenge Disziplin, aber keine Weltabgeschlossenheit, keine „Strafen“ im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Der eigentliche Unterricht soll dort weiterfahren, wo der Patient auf der Schule, die er vorher besuchte, abgebrochen hat. Unterrichtsziel: Ablegung eines Examens (Einjähriges, Abiturium) oder Rückkehr zur Schule in eine höhere Klasse oder Uebergang in einen praktischen Beruf. Dauer der Pädagogiumerziehung bei Heboiden etwa zwei Jahre; solche, die einen praktischen Beruf ergreifen, bleiben zunächst noch etwa ein Jahr lang in Anstaltsbehandlung und werden während dieser Zeit in geeigneten kaufmännischen, technischen, landwirtschaftlichen Betrieben als Volontäre beschäftigt. Neben Erfolgen natürlich Misserfolge, wo man sich damit begnügen muss, die Patienten zu passablen Anstaltspflöglingen, die den Zusammen-

hang mit der Welt nicht ganz verlieren, oder zu unschädlichen Rentnern zu erziehen. In ausgesprochene Demenz geht Hebidophrenie nie über. Bei vielen hervorragenden Personen in Kunst und Wissenschaft lassen sich in den Entwicklungsjahren hebidophrene Störungen nachweisen. Zur Illustration seiner Ausführungen gibt Votr. kurz die Krankengeschichte eines Hebidophrenen wieder, der in seinem 17.—19. Lebensjahre von Kahlbaum behandelt wurde und nun seit Jahren eine Universitätsprofessur bekleidet. (Eigenbericht.)

230) **E. Meyer** (Königsberg i. Pr.): Ueber psychische Infektion (induziertes Irresein).

Meyer weist zuerst darauf hin, dass die Bedingungen der spezifischen psychischen Infektion im Sinne Schönfeldt's vor allem durch die Psychosen Erfüllung finden, die durch dauernd oder für längere Zeit bestehende, lebhaft betonte Wahnideen charakterisiert sind. Es handelt sich, wie die Literatur auch zeigt, fast stets um Paranoia oder Dementia paranoides (Weygandt). Affektiven und motorischen Störungen misst M. bei der psychischen Infektion Einzelner nur geringe Bedeutung zu. Wohl muss man bei der induzierten Paranoia eine frühzeitige Mitbeteiligung der Affekte ebenso voraussetzen wie bei der Entstehung der Paranoia überhaupt, aber darin liegt noch nicht der Nachweis der Uebertragung der affektiven Störung an sich. Man wird vielmehr in solchen Fällen in der Regel in der primären affektiven Psychose, z. B. der Melancholie, nur die auslösende, nicht die spezifische Ursache der zweiten Erkrankung sehen. Die eigentlichen Träger der Infektion sind nach M. dauernd und mit starker gemüthlicher Erregung vorgetragene Wahnideen.

Meyer berichtet dann über die psychische Erkrankung zweier Schwestern, von denen die jüngere, jetzt 36jährige, seit 18 Jahren an hypochondrischen Ideen (Einspritzung von Gift etc.) und anderen Beeinträchtigungsideen leidet, dabei durch gewisse Eigenheiten der Dementia paranoides nahe steht. Bei der älteren, 46jährigen Schwester, die die jüngere stets gepflegt hat, hat sich allmählich eine typische Paranoia entwickelt: Wahnideen, dass die Schwester von allen Aerzten „zu stark“ behandelt sei, dass in einer Privatanstalt etwas besonderes mit derselben vorgenommen sei, wodurch sie verändert wäre, kurz, dass die „krankhafte“ Idee der Schwester von der Gifteinspritzung durch die Schuld der Aerzte hervorgerufen und fixiert sei, ferner wahnhaftige Erinnerungsfälschungen, deren Richtigkeit sie vor Gericht beweisen will, und endlich krankhafte Erregbarkeit (sie will sich bei längerer Festhaltung der Schwester das Leben nehmen). M. führt aus, dass die ältere Schwester somit eine Art Erklärungswahnsystem zu den Wahnvorstellungen der Schwester gebildet hat.

Er hält es weiter nicht für berechtigt, die Fälle von psychischer Infektion zwischen Geschwistern und nahen Verwandten wegen der gleichartigen Veranlagung von dem eigentlichen induzierten Irresein abzutrennen. Auch bei ihnen liege es näher, in der primären Paranoia die spezifische Ursache für Entwicklung und weiteren Verlauf der zweiten Erkrankung zu sehen, als letztere nur aus der angeborenen gleichartigen Anlage entstehen zu lassen. Man müsse auch bei nicht Verwandten für die psychische Infektion Einzelner eine gewisse besondere Disposition annehmen, könne nicht von Uebertragung geistiger Störung auf völlig „Gesunde“ sprechen. Dass man für die Entstehung geistiger Störung auch bei anscheinend ganz Gesunden eine solche latente Veranlagung oft annehmen müsse, dafür führt M. zum Schluss als Beispiel die Erkrankung eines

nicht mit einander verwandten Ehepaars an *Dementia praecox* an. Bei dem Manne, der zuerst erkrankte, bestand dauernd ein apathisch-mutacistischer Zustand; bei der Frau ein unausgesetzter Wechsel von Stupor, Stereotypien, Verbigeration, Erregung und läppischer Zerfahrenheit. Hier lag keine eigentliche psychische Infektion vor, sondern die Erkrankung war bei der nicht belasteten Frau durch die Erregung über den Mutismus des Mannes und materielle Sorgen ausgelöst; doch können diese ursächlichen Momente ohne eine besondere Disposition nicht als ausreichend angesehen werden, um eine solche Psychose hervorzurufen. (Ausführliche Veröffentlichung in der Berliner klinischen Wochenschrift.) (Eigenbericht.)

231) **Schultze** (Greifswald): Weitere Beobachtungen über Militärgefangene.

Schultze berichtet über 51 Militärgefangene, die er während $1\frac{1}{2}$ Jahren in der Bonner Prov.-Heil- und Pflgeanstalt zu beobachten Gelegenheit hatte.

Vier litten an Imbezillität. Sch. schildert diese Fälle etwas genauer und betont, dass ihre Intelligenzschwäche nicht mehr physiologisch ist, denn einmal findet sich bei den anderen Militärgefangenen kein derartiger Defekt; dann aber zeigen diese Imbezillen eine Reihe anderweitiger psychischer Anomalien und auch körperliche Störungen: schliesslich hatten sie durch ihr Vorleben und Verhalten beim Militär ihre Krankheit bekundet.

Sieben zeigen das Bild des manisch-depressiven Irreseins, vorwiegend in der Form der Depression, zehn das Bild der *Dementia praecox* in der Form der Hebephrenie. 14 Militärgefangene wurden als epileptisch angesprochen, 12 als hysterisch. Einer von diesen letzteren litt an einer hysterischen Parese eines Armes, die sich an eine leichte Verletzung angeschlossen hatte; bei allen anderen handelte es sich um hysterische Dämmerzustände.

Hierzu kamen noch je ein Fall von typischem degenerativem Irresein, von Verschobenheit, von ausgesprochener pathologischer hochgradigster Reizbarkeit und schliesslich ein Neurastheniker, der im Gefängnis erkrankt war und sich einen Meineid hatte zu schulden kommen lassen.

Schulze verfügt jetzt über ein Material von 100 Militärgefangenen, die während eines Zeitraumes von $5\frac{1}{2}$ Jahren den Anstalten Andernach und Bonn zugeführt worden sind. 7 sind unehelich geboren, 25 sind als unsicher eingestellt. Ein Diagramm veranschaulicht die Zusammensetzung des ganzen Materials nach den verschiedenen Krankheitsbildern. Unter den Imbezillen überwiegen die Arbeitssoldaten. Die *Dementia praecox* ist mehrmals zufällig während der Behandlung eines körperlichen Leidens im Lazaret entdeckt worden. Epilepsie und Hysterie sind annähernd mit der gleichen Zahl vertreten; das gilt nicht nur für die Militärgefangenen, sondern auch für die Arbeitssoldaten allein. Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Hysterie durch die Einzelhaft ausgelöst wurde, wie dies Sch. früher annahm. Relativ gross ist die Zahl der Bestrafungen wegen Diebstahls bei den Hysterischen, wie die wegen Majestätsbeleidigungen bei den Epileptikern.

Die Hälfte der an Imbezillität und *Dementia praecox* Erkrankten ist wegen Fahnenflucht oder unerlaubter Entfernung bestraft; die Zahl der entsprechenden Fälle ist sowohl bei der Hysterie als auch Epilepsie und dem manisch-depressivem Irresein etwa $\frac{2}{3}$.

26 Individuen haben sich einen tödlichen Angriff auf einen Vorgesetzten

zu schulden kommen lassen. Der pathologische Rausch spielt hierbei eine grosse Rolle.

Der grösste Teil der Militärgefangenen, etwa $\frac{2}{3}$, ist auch ziviler vorbestraft. Nur sehr selten wurde seitens der bürgerlichen Gerichte die Frage der Zurechnungsfähigkeit angeschnitten.

Die gebotenen Krankheitsbilder waren in einer sehr grossen Zahl schwer zu deuten. Sch. begründet kurz noch einige weitere Forderungen.

Nicht nur im bürgerlichen Leben, sondern auch in der Armee und Marine wird der Psychiatrie in letzter Zeit berechtigterweise sehr viel mehr Beachtung geschenkt. Forderungen psychiatrischen Inhalts sind schon erfüllt durch das verständnisvolle Entgegenkommen der Heeresverwaltung. Die Erfüllung der noch bestehenden Wünsche ist danach sicher zu erwarten. (Eigenbericht.)

232 Seelig (Lichtenberg): Ueber Wechselwirkungen zwischen Alkoholismus und der Entstehung chronischer Psychosen.

Schlussthesen: 1. Falls einer Bezeichnung nach der Aetiologie Wert beigelegt wird, empfiehlt es sich dort von alkoholistischen Psychosen zu reden, wo Alkoholismus bei der Genese eine hervorragende Komponente gewesen ist.

2. Bei der Entstehung der meisten atypischen und vieler chronischen Erkrankungen der Gewohnheitstrinker ist ein individueller psychotischer Faktor bemerkbar, der mit dem chronischen Alkoholismus in Wechselwirkung tritt. (Es steht dies im Einklang mit ähnlichen Wirkungen bei manchen anderen äusseren ätiologischen Momenten.)

3. Bezüglich der Prognose ist zu entnehmen, dass die nichtalkoholistische Komponente schon für resp. gegen die Durchführbarkeit der Abstinenz und in diesem Sinne wirksam sein kann. Aber auch ohne Alkoholzufuhr ist diese Komponente zur Bewertung der weiteren Krankheitserscheinungen heranzuziehen.

4. Die Tatsache, dass bei den geschilderten Krankheitszuständen in der Regel eine Wechselwirkung zwischen Disposition oder individueller Anlage und Alkoholismus vorliegt, ist in den Fällen zu berücksichtigen (z. B. bei Ehescheidungen, Kassen- und Unterstützungsfragen, zweifelhafter strafrechtlicher Verantwortlichkeit), wo ein durch Trunkfälligkeit entstandener pathologischer Zustand noch als durch eigenes Verschulden hervorgerufen angesehen wird. (Eigenbericht).

233) H. Vogt (Langenhagen): Das Studium hochdifferenzierter Missbildungen des Zentralnervensystems.

Das Studium der hochdifferenzierten Missbildungen bildet den Inhalt einer besonderen Forschungsrichtung der teratologischen Hirnforschungsmethode (v. Monakow), deren Zweck es ist, nicht allein eine Erkenntnis der anatomischen Form dieser Objekte zu erreichen, sondern vielmehr diese nutzbar zu machen für die Entwicklungsgeschichte des Gehirns überhaupt. Einerseits kann eine genetische Betrachtungsweise dieser Anomalien, da es sich ja um Resultate einer gestörten Entwicklung handelt, als die anspruchloseste gelten, die nicht allein die mannigfachen z. T. jeder Analogie entbehrenden anatomischen Merkwürdigkeiten uns erschliessen hilft, sondern es wird auch eine der Aufgaben dabei in Angriff genommen, die sich uns bieten bei der Frage nach der Anatomie des Zentralnervensystems idiotischer Individuen.

Die Entwicklung jedes Organs zerfällt in zwei Abschnitte, von denen der erste, die formative Phase, die Anlage der prinzipalen Organteile (beim Gehirn der fünf Hirnbläschen) darstellt. Auf dieser bauen die Vorgänge der zweiten organogenetischen Phase auf, während welcher der innere Ausbau, die Herstellung der spezifischen Struktur erfolgt. Beim Gehirn besteht die Leistung der organogenetischen Entwicklungsphase in dem Ausbau der Architektonik. Die Schwierigkeit der Betrachtung besteht in der zeitlichen Koinzidenz, in der alle Hirnteile sich architektonisch ausgestalten, so dass eine Möglichkeit der histologischen Unterscheidung der einzelnen Elemente, ebenso wie eine genaue Abgrenzung der einzelnen Verbandsteile nicht besteht. Damit fallen für diejenigen Untersuchungsmethoden, die für die formative Phase so erschöpfendes leisten, die Angriffspunkte weg. Wie würde dennoch ein Einblick sich ermöglichen? Offenbar dadurch, dass es gelänge, einen Teil, losgelöst von dem Zusammenhang mit den übrigen, isoliert für sich zu betrachten. Die Erfüllung eben dieser Bedingungen haben wir in den höher differenzierten Missbildungen vor uns.

Wenn die Leistung der organogenetischen Phase in der Herstellung der Architektonik liegt, so muss eine Störung in dieser Entwicklungszeit notwendig eine Durchbrechung der Architektonik mit sich bringen. In der Tat ist dies der Fall. Diese Störungen der Architektonik, die bei den höheren Missbildungen niemals fehlen, bestehen

1. in den sog. „Heterotopien“ der grauen Substanz,
2. in Anomalien der Markbildung (Fensterblumenfiguren, aberrierte Bündel etc.),
3. in der unfertigen Innenstruktur der grauen Verbände.

An den Heterotopien sind wir imstande, die Entwicklung der grauen Verbände zu studieren. Die bisher bekannten Formen (Untersuchungen besonders der Züricher Schule, dann von Anton, Probst etc.) bilden eine genetische Reihe parallel den Entwicklungsstadien der grauen Verbände. Es lassen sich dementsprechend verschiedene Formen von Heterotopien in einer zusammenhängenden Kette normieren, die von der ersten Anlage grauer Verbandsteile (einzeln versprengte Ganglienzellen) hinüberleiten zu den fertigen Formen derselben (verlagerte Rindenkomplexe). Besonders interessant sind die Heterotopien der Kleinhirnrinde. Hier zeigt sich, dass die Purkinje'schen Zellen stets dieselben Lagebeziehungen an der Grenze der granulierten und der Körnerschicht (also wie in der normalen Rinde) bewahren. Andererseits zeigt die bisher dreimal beobachtete Heterotopie der Olive (Marchand, Meine, v. Monakow) stets dieselben topographischen Lagebeziehungen innerhalb der Medulla oblongata. Diese Gesetzmässigkeiten, die sich in verschiedenartigen Fällen prinzipiell wiederholen, zeigen, dass nicht Willkür, sondern ein bestimmter Modus auch die pathologische Entwicklung beherrscht.

Diese Gesetzmässigkeiten am normalen Objekt zu studieren, ist unmöglich, weil hier die Genese des einzelnen Teils verdeckt wird im Gleichschritt der Gesamtentwicklung. Deshalb ging Roux, um die Wirkungsweise der Einzel-faktoren zu erkunden, auf die Isolierung in der Entfaltung der Kräfte aus, und er tat es, indem er Missbildungen erzeugte durch das Experiment. Die Entwicklung der im Zweizellenstadium des Froscheies isolierten einen Eihälfte zeigt, inwieweit Selbständigkeit und Abhängigkeit der Entwicklung die

Genese derselben beherrscht. Diese Grundfaktoren werden auch in der Hirnentwicklung offenbar. Dieselben Wirkungstätigkeiten, welche die Genese der ersten Anlage beherrschen, kehren wieder in der Entwicklung des hochkomplizierten Organs (Roux). So wird von der experimentellen zur menschlichen Teratologie die willkommene Brücke geschlagen (v. Monakow).

Die Selbständigkeit der Entwicklung im Gehirn, die Selbstdifferenzierung zeigt sich z. B. an den Sinnesorganen, wo bei völligem Hirnmangel doch die spezifischen Teile entstehen. (Ohr-Veraguth, Auge-Petrén, Leonowa, Olfaktorius-v. Muralt.) Bei Anencephalie fand Veraguth die sensiblen Kopfganglien differenziert. Die Spinalganglien entwickeln sich selbständig bei Spina bifida (erste Beobachtung dieser Art v. Monakow), usw. Die Kraft der Selbstdifferenzierung geht so weit, dass eher ganz paradoxe Faserverbindungen geschaffen werden, als dass die ganze Anlage zugrunde geht (Fall Nägeli). Die Architektur ist ebenso wie die Myelinisation unabhängig von der Frage, ob auf dem geschaffenen Boden eine Funktion möglich ist.

Die Abhängigkeit der Differenzierung bezieht sich darauf, dass im Laufe der Entwicklung bestimmte Hirnteile berufen sind, successive in die Gestaltung anderer einzugreifen. Der Thalamus legt sich auch bei völligem Mangel des Hirnmantels in rudimentärer Weise an, eine Differenzierung seiner Kerne tritt aber nur bei normaler Grosshirnentwicklung ein.

Selbstverständlich kann nur eine kritische Betrachtung der Missbildungen und ihres anatomischen Befundes zu einer Verwertung für die Gesetze der normalen Entwicklung führen. Eine Analyse der Erscheinungen der Missbildung ist daher Vorbedingung. Der Grundzug des Wesens der Missbildung ist die Fixation einer bestimmten Entwicklungsphase. Es liegt im Wesen des Keimgewebes begründet, dass diese Phase in der Folgezeit allerlei Modifikationen erleiden kann. Pathologische Prozesse, die der Missbildung zugrunde liegen, oder die eine sekundäre Erkrankung darstellen, können das Bild verwischen.

Die teratologische Hirnforschung ist eine Methode für sich zur Erforschung der Evolution des Gehirns. (Eigenbericht.)

234) **Reich:** Ueber die feinere Struktur der Zelle der peripheren Nerven (mit Demonstration mikroskopischer Präparate).

Es finden sich in den peripherischen Nerven in eigentümlich regelmässiger Weise verteilt eigentümliche grosse Zellen mit grossen Granulationen, die sich mit basischen Anilinfarbstoffen intensiv metachromatisch färben. Es sind diese Dinge identisch mit den von Adamkiewich als Nervenkörperchen bezeichneten Gebilden. Adamkiewich hielt diese Gebilde für Dinge ganz eigener Art, die mit den „Kernen der Schwann'schen Scheide“ in keiner Beziehung stehen und die nur beim Menschen vorkommen. Die Eigenart dieser Gebilde wurde von Rosenheim, der zuerst wahrnahm, dass dieselben eine intensiv basophile Granulation besitzen, bestritten. Rosenheim erklärt sie für Mastzellen.

Vortr. konnte durch Verwendung einer eigenen Methode (Schüttelzentrifugierung) nachweisen, dass die Kerne, um welche herum die betreffenden Granulationen angehäuft sind, jedesmal entsprechend der Mitte der interannulären Segmente gelagert sind, dass sie also tatsächlich die „Kerne der Schwann'schen Scheide“ sind, und dass die Granulation in den bindegewebigen Anteilen des Nerven nicht vorkommt.

Weiterhin wies Votr. nach, dass diese Granulation trotz ihrer ausgesprochen basophilen Natur mit der Mastzellengranulation nichts zu tun hat, sondern eine neue, bisher nicht bekannte, nur in den Zellen des Nerven vorkommende und für diese charakteristische Granulation ist, die wahrscheinlich als Protagon anzusehen ist.

Sie ist ebenso wie das aus dem Nerven chemisch dargestellte Protagon unlöslich in kaltem Alkohol und Aether, löslich in warmem Alkohol. Sie färbt sich in deutlicher Weise metachromatisch mit basischen Anilinfarbstoffen, wird durch Osmiumsäure nicht geschwärzt und färbt sich mit dem Fettfarbstoff scharlachrot in einem rotgelben Farbenton.

Weiterhin konnte Votr. in der Umgebung der Kerne ein webiges Maschenwerk darstellen, dass die Protagonkörner zusammenhält. Dieses Maschenwerk geht, wie sich besonders deutlich an Nerven, die durch Extraktion mit Aether und warmem Alkohol ihrer Marksubstanz völlig beraubt waren, nachweisen liess, einerseits in die innerste Scheide des Nervenmarkes, andererseits in die nach der Extraktion zurückbleibende Zwischentrichtersubstanz und vermittelt das Mark durchsetzender Verbindungsbrücken in die feine Scheide des Achsenzylinders über. Votr. erhielt genau dasselbe Gerüst, wenn er mit Aether und warmem Alkohol behandelte Nerven der Verdauung oder der Behandlung mit Kalilauge unterwarf. Es ist also dieses Gerüst, mit dem der Leib der Zelle „der Schwann'schen Scheide“ in Beziehung steht, und das aus einem äusseren dem Mark aufliegenden und einer inneren den Achsenzylinder einschliessenden feinen Scheide, sowie einem dieselben verbindenden feinen Gerüstwerk besteht, das sich aus feinen in Form von trichterartig angeordneten, stark lichtbrechenden Balken und Netzen zusammensetzt, mit dem Neurokeratin zu identifizieren. Der Kern der interannulären Segmente hat demnach mit der Schwann'schen Scheide, wie bisher angenommen wurde, nichts zu tun, sondern er gehört der markhaltigen Nervenfasern selbst an. Es setzt sich jeder Nerv zusammen aus einer Reihe von langgestreckten Zellen, die einen grossen blassen Kern besitzen, in dessen Umgebung sich eine Anhäufung von Protagongranulationen vorfindet. Im Innern der Zelle, die von dem Achsenzylinder durchzogen wird, dessen Axoplasma auch der Zelle angehört, befindet sich das Mark, das durch eine Anzahl von neurokeratinhaltigen Trichtern in eine Reihe von Marktrichtern geteilt wird. Die Neurokeratintrichter, die der Votr. in genau der gleichen Weise wie an Alkoholpräparaten auch durch besondere Färbungsverfahren an Müllerpräparaten des Nerven darstellen konnte, entsprechen der Koch-Schiefferdecker'schen Zwischentrichtersubstanz, sie gehen nach aussen in die äussere, nach dem Achsenzylinder zu in die innere Neurokeratinscheide über. Die Zwischentrichter dürften, da sie sich sowohl bei der markzerstörenden Alkoholbehandlung als auch bei der markkonservierenden Müllerhärtung im Nerven vorfinden, nicht als Kunstprodukte der Härtung angesehen werden. Die Frage, ob das Neurokeratingerüst von Natur eine feste Konsistenz besitzt, oder ob es diese erst durch die Härtung annimmt, muss noch offen bleiben. Wahrscheinlich ist das letztere der Fall. Die charakteristischen Protagongranulationen der Nervenzelle — wie Votr. die nunmehr als zellige Gebilde festgestellten interannulären Segmente im Gegensatz zu den zentralen Nervenzellen, den Ganglienzellen, bezeichnen möchte — finden sich beim Menschen regelmässig etwa vom 6. Lebensjahre an, sie konnten auch bei Tieren, einer Anzahl von

Affen, beim Esel, bei der Krähe aufgefunden werden, und sind daher ein normaler Bestandteil der Nervenzelle. Sie finden sich auch an den der Schwann'schen Scheide entbehrenden Nerven des zentralen Nervensystems. Es ist daher wohl nur ein Teil der Zellen des zentralen Nervensystems zur Neuroglia zu rechnen, während ein anderer Teil der vorhandenen Kerne direkt zu den Nervenfasern selbst gehört. Die Lehre von den Neurogliazellen bedarf daher einer von Grund aus neuen Bearbeitung. (Eigenbericht.)

235) **Alzheimer** (München): Progressive Paralyse und endarteriitische Hirnlues.

Auf einer verhältnismässig sicheren Grundlage stehen wir bei der klinischen Beurteilung und anatomischen Erkenntnis jener Formen syphilitischer Hirnerkrankung, welche durch gummöse Herde und meningitische Infiltrationen verursacht werden. Die Besonderheiten in der Anordnung der Krankheitsherde, gewisse Eigentümlichkeiten in der Ausbildung und Dauer der Herdsymptome, namentlich auch Erscheinungen, welche auf eine Mitbeteiligung der Meningen und der Hirnnerven hinweisen, geben uns mancherlei wichtige Fingerzeige für eine richtige Deutung des Krankheitsbildes, und sollten sie nicht ausreichen, so genügt nach dem Tode schon die Betrachtung des Gehirnes, um über eine etwa zweifelhaft gebliebene Diagnose zur Klarheit zu kommen. Dasselbe gilt auch von denluetischen Hirnerkrankungen, welche durch Erweichungen nach endarteriitischem Verschluss grösserer Gefässe bedingt werden. So besitzen wir genügsam sichere Beobachtungen, um die Erscheinungsformen dieser Krankheiten festhalten zu können, und sind auch in der Lage, sie immer noch um neue zu vermehren.

Viel schwankender wird der Boden unter unseren Füssen, wenn es sich um eine andere Gruppeluetischer Geistesstörungen handelt, bei welcher eine verbreitetere Erkrankung der Hirnrinde die Grundlage bildet, weniger Herdsymptome, als allgemeinere psychotische Erscheinungen das Bild beherrschen, und Zeichen einer Beteiligung des Projektionssystems, des Rückenmarks und der Hirnnerven stark in den Hintergrund treten, wenn sie wohl auch nie ganz fehlen. Es werden so Bilder zustande kommen, die sich der progressiven Paralyse nähern.

Wir finden nun wohl in der Literatur solche Fälle unter der syphilitischen Pseudoparalyse oder auch als diffuse Hirnlues beschrieben. Aber es scheint gleich unmöglich, aus der reichen Kasuistik klinische Merkmale von einer differentialdiagnostischen Bedeutung zwischen Paralyse und Pseudoparalyse, wie einen für die letztere bezeichnenden histologischen Befund herauszufinden. Ja, es dürfte sicher sein, dass wir unter diesen Fällen manchen Fällen echter Paralyse mit etwas eigenartigem Verlauf, Fällen, welche der ersterwähnten Gruppeluetischer Erkrankungen und unklaren, jetzt kaum mehr deutbaren Beobachtungen begegnen.

So bedeutet es einen wichtigen Fortschritt in diesem unklaren Gebiete, dass es zuerst Nissl gelang, wenigstens für einen Teil hierhergehöriger Fälle einen eigenartigen anatomischen Befund festzustellen. Weitere Beobachtungen haben ergeben, dass es sich um eine keineswegs allzuseitene Erkrankung handelt.

Kennzeichnend für die histologischen Veränderungen ist ein Wucherungsvorgang an den Gefässen des Gehirns, besonders der kleinen und kleinsten der

Hirnrinde, die zur Bildung riesiger Endothel- und Adventitialzellen, oft in mehreren Schichten, zu einer Vermehrung der Elastika und zur Neubildung zahlreicher Gefässe führt. Nun fehlen ja auch bei der Paralyse Wucherungsvorgänge an den fixen Gefässzellen nicht, sie halten sich aber, abgesehen von ganz wenigen ihrer Stellung nach noch dunklen Fällen, in viel bescheideneren Grenzen. Namentlich kommt es nicht zu einer so starken Mitwucherung der Elemente der äusseren Gefässhaut. Dagegen fehlen wieder als wichtiges Unterscheidungsmerkmal die die Paralyse kennzeichnenden Infiltrationszellen (Plasmazellen und Lymphocyten). Bei beiden kommt es dann zu Ausfällen im nervösen Gewebe, doch werden sie bei der Lues kaum so massig, und die Zellarchitektonik bleibt viel besser erhalten. Dagegen wuchert die Pia ganz besonders stark, und auf Rechnung dieser Wucherung, wie der starken Gefässvermehrung ist es wohl zu setzen, dass das Hirngewicht in einzelnen Fällen eher vermehrt als vermindert scheint. Die stärkeren Schädigungen der Gefässwand bedingen schliesslich häufiger als bei der Paralyse kleine Blutungen und Erweichungen.

Es ist also hier ein eigenartiger anatomischer Krankheitsprozess erkannt worden, und es erwächst uns die Aufgabe, seine klinischen Besonderheiten festzustellen. Wohl sicher werden diese Fälle heute noch vielfach für Paralysen gehalten, weil man sich das Bild der Hirnlues anders vorstellt, und weil der makroskopische Hirnbefund nichts für Lues bezeichnendes ergibt. Dies ist besonders auch deswegen zu beklagen, weil einige, allerdings auch durch die anatomische Untersuchung bestätigte, aber auch ihrer ganzen Erscheinungsform wohl sicher hierhergehörige Fälle auf eine antiluetische Behandlung aufs beste reagierten.

Nun ist zunächst auch für die histologische Erkennung dieser Fälle noch eine Eigenart bemerkenswert. Die geschilderten Veränderungen können in sehr ungleicher Art über den Hirnmantel verbreitet sein. Ich habe bei meiner ersten Beobachtung viele Stücke der Hirnrinde untersucht und zu meinem grössten Erstaunen nichts besonderes gefunden, bis ein weiteres Stück die hochgradigsten Gefässwucherungen zeigte. Während es also bei der Paralyse im allgemeinen genügen dürfte, zur Sicherung der Diagnose ein Stückchen der Hirnrinde zu untersuchen, erweist es sich hier als nötig, grössere Hirnbezirke anzusehen. Manchmal werden leicht angedeutete Herdsymptome auf den Sitz schwerer Veränderungen hinweisen.

Dieses Verhalten des anatomischen Prozesses erklärt nun auch eine Besonderheit. Gegenüber der viel gleichmässiger ausgebreiteten paralytischen Erkrankung mit ihrer allgemeinen Demenz bedingt hier die inselartige Anordnung stärkerer Krankheitsherde das bessere Erhaltenbleiben einzelner Leistungen. So bleibt wohl zunächst ein gewisser Rest der alten Persönlichkeit bestehen und womöglich auch ein mehr oder minder ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Doch kommen sicher auch dieselben blödsinnigen Grössenideen vor, wie bei der Paralyse. Wie der anatomische Befund zeigt, handelt es sich in einzelnen Fällen um eine rapide Krankheitsentwicklung, in anderen um ein schleichendes Weiterkriechen, um teilweise Rückbildung an den gewucherten Gefässen.

Die ersteren Fälle scheinen mit häufigen epileptiformen Anfällen einherzugehen, denen sich oft delirante Zustände mit lebhaften Sinnestäuschungen

auf verschiedenen Gebieten, je nach der Krankheitsanordnung, anschliessen. So kann das Bild einer Epilepsie mit Dämmerzuständen ähnlich werden. Vor einer Verwechslung wird meist die körperliche Untersuchung bewahren können. Lichtstarre der Pupillen kommt jedenfalls vor, eine Störung der Sprache scheint kaum zu fehlen, aber jedenfalls wird eine typisch paralytische Schrift- und Sprachstörung kaum beobachtet.

Manche Fälle führen in wenigen Monaten zum Tode, andere dauern Jahre, bei wieder anderen scheint auf einen akuten Schub ein längerer Stillstand zu folgen. Möglicherweise enden einzelne Fälle an sich nicht tödlich. Vielleicht pflegt wenigstens im Durchschnitt die endarterielle Lues rascher auf die syphilitische Ansteckung zu folgen, als die Paralyse.

Der Zweck dieser Mitteilung soll nur der sein, zur Nachuntersuchung anzuregen. Die histologischen Merkmale der Krankheit sind so eindeutig, dass es keiner Schwierigkeit begegnen kann, die Zugehörigkeit eines Falles zu dieser Krankheit festzustellen. Aber erst ein grösseres bis zur histologischen Untersuchung durchgeprüftes kasuistisches Material wird uns in die Lage setzen, ebenso sichere klinische Kennzeichen der Krankheit zu finden, als wir jetzt schon histologische haben. (Eigenbericht.)

III. Referate und Kritiken.

236) **Mitchell**: Types of alcoholic insanity, with analysis of cases. (Amerik. Jour. of Insanity. Vol. 61, No. 2.)

Unter 1129 männlichen Aufnahmen im Danvers Insane Hospital während eines Zeitraumes von fünf Jahren befanden sich 148 (13,1%) alkoholische Psychosen. Hiervon erwiesen sich 41 Fälle als Delirium tremens, 33 Fälle als akute und 25 Fälle als subakute Halluzinosis; in 34 Fällen handelte es sich um den halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker und in den übrigen Fällen um alkoholistische Demenz. (Auffallend ist das Fehlen Korsakow'scher Psychosen. Ref.) Eine Reihe von Krankengeschichten illustrieren die verschiedenen Typen. Einige Fälle akuter Halluzinosis möchte mancher vielleicht als atypische Form des Delirium tremens ansprechen; sonst sind die Diagnosen wohl einwandfrei.

Zum Schluss seiner Arbeit stellt Verf. folgende Sätze auf:

Belastung durch Geisteskrankheit oder Trunksucht ist häufig und übt einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf des Leidens aus.

Das Bestehen taktiler und olfaktorischer Halluzinationen in Fällen subakuter Halluzinosis macht die Prognose ungünstig.

Somatische und Grössenwahnideen beim halluzinatorischen Wahnsinn der Trinker deuten auf einen chronischen Verlauf der Krankheit mit wahrscheinlich ungünstigem Ausgang hin.

Beim Delirium tremens und der Halluzinosis findet sich öfter ein mehr periodisches Potatorium, beim halluzinatorischen Wahnsinn und der alkoholischen Demenz wurde meist andauernd getrunken.

In allen Fällen ohne Ausnahme liess sich ein reichlicher Konsum destillierter Getränke feststellen.

Die Halluzinosis entwickelt sich nur selten in direktem Anschluss an einen Anfall von Delirium, doch sind öfters ein oder mehrere Anfälle früher vorangegangen.

Eine Halluzinosis gibt oft die Basis ab, auf der sich das Wahnsystem des halluzinatorischen Wahnsinns aufbaut. Kölpin (Bonn).

237) **Stedman**: A case of moral insanity with repeated homicides and incendiarism and late development of delusions.

(Amerik. Journ. of Insanity. Vol. 61, No. 2.)

Eine Krankenwärterin hatte bei der Ausübung ihres Berufes im Laufe der Zeit eine grössere Anzahl von Personen — sie selbst sprach von 31 — mit Morphium vergiftet, auch mehrmals Feuer angelegt. Für die Ausführung dieser Taten fehlte jedes Motiv. Die Untersuchung des Geisteszustandes ergab, dass die Angeklagte aus einer Familie stammte, in der Trunksucht und Geisteskrankheit zu Hause waren. Schon in der Kindheit machte sich bei ihr ein unbezähmbarer Hang zur Lüge, Unehrllichkeit und zum Unheilanstiften bemerkbar. Die in jeder Hinsicht gute Erziehung, die sie genoss, blieb ohne allen Einfluss. Wegen ihrer Verbrechen empfand sie nicht die geringste Reue, trotzdem sie wusste, dass sie Unrecht getan. In der Haft war sie guter Stimmung, war sich augenscheinlich des Ernstes ihrer Lage gar nicht bewusst. Eigentliche Gedächtnis- und Intelligenzdefekte bestanden nicht. Die Gutachter waren übereinstimmend der Ansicht, dass hier ein Fall von moral insanity vorliege. Der Gerichtshof sprach daraufhin die Angeklagte frei und dieselbe wurde einer Irrenanstalt überwiesen. Hier entwickelten sich nach einem Jahre Verfolgungs- und Vergiftungsideen, die zeitweise zu anhaltender Nahrungsverweigerung führten.

Kölpin (Bonn.)

238) **Hoppe**: Soul paralysis.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease. March. 1905.)

Verf. teilt folgenden bemerkenswerten Fall von „Seelenlähmung“ mit: 47jährige Frau; amnestische Aphasie, leichte Paraphasie, rechtsseitige Hemiplegie. Auf der rechten Seite fehlten Muskelsinn und Lagegefühl vollkommen; daneben bestand Astereognosis, komplette Thermanaesthesia und partielle Analgesie. Von ihren rechten Extremitäten sprach die Kranke nur in der dritten Person, als wenn sie gar nicht zu ihr gehörten, beklagte sich, dass sie, wenn sie im Bett läge, gar nicht wüsste, wo dieselben seien. Die Extremitäten machten zunächst den Eindruck total gelähmter Glieder, konnten willkürlich überhaupt nicht bewegt werden. Spasmen bestanden nirgends. Forderte man die Kranke indes auf, vorgemachte Bewegungen nachzuahmen, so ging dies nach einigen Versuchen unter Kontrolle der Augen ganz gut. Im Laufe von acht Monaten ganz erhebliche Besserung, nur die feinen Fingerbewegungen gingen noch schlecht von statten; der Gang war der einer Hemiplegischen. Die Sensibilitätsstörungen blieben unverändert. Geringe motorische Schwäche.

Bei der Erklärung des Falles schliesst Verf. sich Bruns an.

Kölpin (Bonn).

239) **Edsall**: Typhoidal insanity in childhood, with some notes as to its character and prognosis.

(Amerik. Journ. of Med. Sciences. Febr. 1905.)

Typhuspsychosen bei Kindern sind zwar nicht häufig, aber doch nicht

so selten, wie man vielfach anzunehmen geneigt ist. Verf. konnte 36 Fälle von Manie, 26 von Demenz, 6 von Melancholie, 14 von deliranten halluzinatorischen Zuständen in der Rekonvaleszenz und 1 Fall von chronischer Paranoia zusammenstellen. (Die Klassifikation dieser Fälle ist, wie Verf. selbst zugibt, eine recht willkürliche; so rechnet er z. B. alle Fälle mit stärkeren Erregungszuständen zur Manie!) Die schlechteste Prognose geben die Fälle von Demenz, insofern von ihnen fast $\frac{2}{3}$ in chronische Geisteskrankheit übergehen, während dies bei den Manien in nur 13,89% und bei den Melancholien in 16,66% der Fall war; eine durchweg gute Prognose geben die deliranten Zustände in der Rekonvaleszenz. Für die Genese der Typhuspsychosen sind neben der Toxinwirkung noch allgemeine Ernährungsstörungen von Wichtigkeit; in Verf.'s Fällen war der Kräftezustand der erkrankten Kinder jedesmal ein ausserordentlich schlechter. Da bei den melancholischen Fällen häufig ein sehr intensives Gefühl von Heimweh besteht, empfiehlt es sich oft, diese Kinder nicht im Krankenhaus, sondern in ihrer Familie zu behandeln. Kölpin (Bonn).

240) G. Angiolella e R. Galdi: Sulle psicosi da sifilide pei.

(Giorn. di Psichiatria e teon. manicom. Anno XXXII, fasc. I—II.)

Die Verf. bemühen sich, den Satz zu stützen, dass die Syphilis durch Vermittlung von Toxinen imstande ist, Psychosen zu erzeugen, die vom klinischen Standpunkte aus verschiedene Formen annehmen können und die in allmählichen Uebergängen zum Bilde der progressiven Paralyse führen. Die Erkennung der Aetiologie solcher Fälle sei deshalb von Bedeutung, weil die Einleitung einer antisypilitischen Kur die krankhaften Erscheinungen aufheben kann. Durch eine Anzahl von Krankengeschichten soll dieser Satz gestützt werden. Ref. erscheinen die klinischen Mitteilungen absolut nicht beweiskräftig, teils scheint es sich um Dementia praecox-Kranke zu handeln, die sich infiziert haben und bei denen Remissionen sich eingestellt haben — auch nach einer spezifischen Behandlung, teils um Paralytiker in den Anfangsstadien (der somatische Befund spricht dafür), die Remissionen zeigen und bei denen eine Entscheidung erst die weitere Beobachtung bringen könnte. Endlich wird bei einer Anzahl von Fällen, die zur Sektion kamen und die ganz paralytische Symptome zu haben scheinen, die Existenz einer echten Paralyse geleugnet, weil der pathologische Befund teils negativ ausgefallen sei, teils nur die Erscheinungen zeitigte, die bei toxischen Erkrankungen gefunden werden sollen. Der negative Ausfall des histopathologischen Befundes erscheint Ref. durch eine mangelhafte Technik erklärlich. Merzbacher.

IV. Vermischtes.

E. Merck's Jahresbericht über den 18. Jahrgang (1904) ist erschienen. Er bringt auf 249 Seiten in der bekannten alphabetischen Anordnung eine Uebersicht über die neuen pharmaceutischen Errungenschaften unter Anführung der zugehörigen medizinischen Literatur. G.

Der 10. internationale Kongress gegen den Alkoholismus findet vom 11.—16. September 1905 in Budapest statt. Aus dem reichhaltigen Programm sei hier nur Einiges erwähnt:

Laitinen (Helsingfors): Der Einfluss des Alkohols auf die Widerstandsfähigkeit des menschlichen und tierischen Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Vererbung.

Forel: Alkohol und Geschlechtsleben.

Kassowitz: Ist Alkohol ein Nahrungsmittel?

Vandervelde und Kiss: Die kulturellen Bestrebungen der Arbeiter und der Alkohol.

Lombroso: Die soziale Prophylaxe des Alkoholismus.

Bleuler: Die Behandlung der Alkoholverbrechen.

Vámbery: Der Alkohol als sozialer Faktor der Kriminalität. G.

Wissenschaftliches Programm der Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater (13. VI. und 14. VI. 1905 in München):

Alzheimer (München): Ergibt sich ein annähernd gleicher Krankheitsprozess bei allen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund?

Ast (München): Einige Fälle von induziertem Irresein.

Busch (München): Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen verlängerter Bäder.

Fausser (Stuttgart): Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken.

Gaupp (München): Die Depressionszustände des höheren Alters.

Gudden (München): Ueber Schlaftrunkenheit.

Kraepelin (München): Fragestellungen in der klinischen Psychiatrie.

Nissl (Heidelberg): Psychiatrische Fehldiagnosen.

Ranke (München): Ueber eine besondere Form von Entwicklungshemmung der Grosshirnrinde.

Rehm (München): Weitere Erfahrungen über Lumbalpunktion.

Reichart (Würzburg): Ueber die Bestimmung der Schädelkapazität an der Leiche.

Specht (Erlangen): Chronische Manie und Paranoia.

Specht (Tübingen): Einige Bemerkungen zur Lehre von der traumatischen Neurose.

Stransky (Wien): Zur Lehre von der Sprachverwirrtheit.

Vocke (München): Liquidation in Strafsachen.

Weiler (München): Demonstration eines neuen Pupillenmessapparates.

Weygandt (Würzburg): Ueber Mongolismus.

Am 15. VI. 1905 kann die neue oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München besichtigt werden. G.

Die 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte findet vom 24.—30. September 1905 in Meran statt. Geschäftsführer: Dr. S. Huber (Meran) und Professor E. Heinricher (Innsbruck). Einführende der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie sind: Dr. v. Kaan (Meran), Prof. K. Mayer (Innsbruck), Dr. Offer (Hall), Dr. Slatorovich (Pergine).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. Juni 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Zur Frage der „Lenksamkeit“.

Von Dr. phil. et med. Willy Hellpach (Karlsruhe).

Die Vorstellungen, die ich mir über die Entstehung der Hysterie gebildet habe,*) sind etwa diese: damit Hysterie zustande kommt, müssen zwei Ursachen zusammenwirken, eine konstitutionelle und eine accidentelle; die konstitutionelle liegt vor in einem Seelenzustand, den ich Lenksamkeit nenne; die accidentelle in seelischen Erlebnissen, die als Verdrängung begrifflich zusammengefasst werden können. Ausnahmsweise nur, in extremen Fällen, reicht einmal die Lenksamkeit oder reicht die Verdrängung allein, ohne Zutun der andern, für die Entstehung einer Hysterie aus; für die Verdrängung kann ich diese Möglichkeit überhaupt nur als Denkmöglichkeit gelten lassen, die Lenksamkeit aber genügt schon darum zur Hysteriebildung, weil das lenksame Seelenleben immerwährend geringfügige Verdrängungen mit sich bringt, Verdrängung also implicite in der Lenksamkeit enthalten ist, desto stärker, je ausgeprägter und allseitiger die Lenksamkeit, so dass bei hinreichender Lenksamkeit die Psyche keiner accidentellen Verdrängungen bedarf, um sich zu hysterisieren. Immerhin bleibt für das Gros der Hysterien die Herleitung aus dem Zusammentreffen von (konstitutioneller) Lenksamkeit mit (accidenteller) Verdrängung bestehen.

Nur ein paar Worte über die Verdrängung. Bei Freud fallen, da er

*) „Grenzwissenschaften der Psychologie“ (Leipzig 1902) Kap. 34, S. 379—390. — „Psychologie und Nervenheilkunde“, Beitrag zur Festschrift für Wundt (Leipzig 1902). — „Nervosität und Kultur“ (Berlin 1903), Einleitung. — „Analytische Untersuchungen zur Psychologie der Hysterie“, dieses Centralblatt, Jahrg. 1903, No. 167. — „Rentenhysterie und Sozialgesetzgebung“, Schlesische Zeitung 1905, No. 22, 25, 28, 31. — „Die Hysterie und die moderne Schule“, Internat. Archiv für Schulhygiene“, 1905, Heft 2. — „Grundlinien einer Psychologie der Hysterie (Leipzig 1904). Auf diese Publikation allein stützen sich die obigen Betrachtungen.

die Hysterie ausschliesslich auf infantile sexuelle Verdrängung zurückführt, alle andern Verdrängungsmöglichkeiten unter den Tisch. Ich hatte die Empfindung, dass die Verdrängung ein sehr wertvoller psychopathologischer Begriff, die Freud'sche Einengung aufs Infantile und Sexuelle aber für die Möglichkeiten der Hysterisierung nicht erschöpfend sei. So entschloss ich mich zu einer Analyse der Verdrängung als eines seelischen Prozesses schlechthin, sonderte einmal Vorstellungs-, Affekt- und Ausdrucksverdrängung, sodann die absichtliche (gewollte) Verdrängung von der ungewollten (ja unbemerkten; hier verdrängt eine seelische Erscheinungsgruppe ohne Zutun des selbstbewussten Willens eine andere) — und als ich nach getaner Arbeit die Hysterie ansah, fand ich, dass alle diese Verdrängungsmöglichkeiten den Ausgangspunkt hysterischer Symptombildung abgeben können, ja, dass sehr viele Hysterisierungen bei dieser Verallgemeinerung sich besser entwirren lassen, als bei der Beschränkung aufs Infantile und Sexuelle, und manche nicht bloss besser, sondern überhaupt erst so. Wenn das falsch ist, wenn Freud mit seinem infantil-sexuellen Monopol recht behält, oder wenn diejenigen seiner Gegner, die von der Verdrängung überhaupt nichts wissen wollen, recht behalten, so tröste ich mich doch damit, der Psychologie mit der analytischen Untersuchung der Verdrängungsvorgänge einen kleinen Dienst geleistet zu haben, mag auch meine Arbeit für die Theorie der Hysterie ohne Belang gewesen sein. Nachdrücklich betonen möchte ich nur, dass ich statistisch die pathogenetische Geltung der Verdrängung nicht eingeschränkt habe. Stehe ich auch der Hysterie aus purer Verdrängung skeptisch gegenüber, so bleibe ich doch dabei, dass es ohne Verdrängung keine Hysterisierung gibt. Denn auch dort, wo keine accidentellen Verdrängungen die Hysterisierung einleiten, halte ich die Verdrängung doch unter allen Umständen für den Anfangsprozess der Hysterisierung. Nicht einer Geltungsschablone zuliebe; sondern diese Geltung ergab sich nur zu meiner eigenen grossen Ueberraschung, als ich die Lenksamkeit im Hinblick auf die Hysterie analysierte und im Wirken lenksamer Seelenverfassung überall auf Verdrängungsprozesse (vom Typus natürlich der ungewollten und unbemerkten Verdrängung) stiess.

Alle Hysterisierung beginnt also mit Verdrängung — sei es mit der Verdrängung eines gemütsstarken Erlebnisses, einer seelischen Katastrophe (die wiederum Vorstellungs-, Affekt- oder Ausdrucksverdrängung sein kann), sei es damit, dass die in der lenksamen Seele sich dauernd abspielenden Verdrängungen chronisch durch Steigerung der Lenksamkeit mitgesteigert werden (z. B. in der Erziehung). Aber auch jene accidentellen Verdrängungen bedürfen der Lenksamkeit, um ihr Spiel voll zu entfalten, oder anders gewendet: es ist wiederum die lenksame Psyche, die überhaupt zur accidentellen Verdrängung hinneigt.

Kurzum, die Verdrängung ist immer nur das „Mittel zum Zweck“. Schwache oder partielle Lenksamkeit bedarf accidenteller Verdrängungen, um zu hysterischer Gestaltung des Seelenlebens fortzuschreiten. Starke (auch starke partielle) oder allseitige Lenksamkeit besorgt die zur Hysterisierung nötigen Verdrängungsprozesse ohne Accidentien aus sich selber heraus. Genösse ich das (für Publikationen über die Hysterie unschätzbare) Glück, ein französischer Autor zu sein, so würde ich etwa sagen: die Lenksamkeit gleicht einem Heuhaufen; meist bedarf er des Anzündens (accidentelle Verdrängung), um Feuer zu fangen (hysterisch zu werden); ist er aber von einer gewissen Beschaffenheit,

nämlich feucht und festgestopft, so fängt er ganz von selber an zu schwehlen und zu brennen. Als deutscher Autor aber sage ich, dass dies nur eine Analogie ist und noch dazu (wie die meisten Analogien) eine schlechte, und hoffe, ohne sie verständlich geworden zu sein.

Lenksamkeit also: sie erachte ich für die seelische Grundlage, auf der und aus der Hysterie zu entstehen pfl egt. Die Ansicht ist recht verschieden aufgenommen worden; meist kopfschüttelnd. Lamprecht hat den Terminus in seine deutsche Geschichte übernommen, ohne aber den Begriff historisch weiter zu bilden oder kritisch zu bestimmen; er bringt nur gelegentlich einmal das Wort „Lenksamkeit“ in dem von mir gebrauchten Sinne. Julian Markuse bezweifelt, dass man der Hysterie eine Lenksamkeit so substituieren dürfe, wie der Nervosität eine Reizsamkeit. A. Eulenburg weist die Lenksamkeit von der Erfahrung aus ab, dass die Hysterischen in der Regel nichts weniger als lenksam seien. Jung (Burghölzli) sieht in der Lenksamkeit das „harmlose“ Wiederauftauchen der Suggestibilität; offensichtlich scheint sie ihm so harmlos, dass er ihr keine weitere Würdigung schenkt. Eindringliche und verständnisvolle Kritik (die aber schliesslich auch zur Ablehnung gelangt) hat Moebius geübt, und präzis erfasst finde ich die Lenksamkeits-Theorie ferner von dem Hnl.-Referenten des „Literarischen Centralblatts“, der überhaupt eine meisterhaft klare Darstellung des Gedankenganges meiner „Grundlinien“ geleistet hat; leider enthält diese Besprechung sich jeglicher kritischen Stellungnahme. Unter diesen Umständen ist es vielleicht von Nutzen, wenn ich einmal in knappen Sätzen darlege, was es mit der Lenksamkeit selber auf sich hat — oder mir zu haben scheint.

Studien über die Statistik der Hysterie, das Trockenste also an der trockenen Wirklichkeit, haben mich auf den Begriff der Lenksamkeit geführt. Die Hysterie ist häufiger bei Weibern als bei Männern, häufiger in den untern als in den oberen Volksschichten, war häufiger im Mittelalter als jemals später und ist schliesslich die häufigste „Neurose“ des Kindesalters (oder auch: die Neuropathien des Kindesalters haben in der Mehrzahl hysterische Färbung). Um diese merkwürdige Statistik kommt man nicht herum, ohne sich Gedanken darüber zu machen. Es liegt nahe, etwas Gemeinsames zu vermuten, das den Ungebildeten, das Weib, das Kind und den mittelalterlichen Menschen für die Hysterie geeigneter macht. Man fordere immerhin eine unbedingt degenerative Basis für die Hysterie, so ergibt sich dann eben, dass diese Art Degeneration mit Vorliebe in jenen vier Gruppen von menschlichen Wesen sich lokalisiert hat. Und wenn man diese selektive Lokalisation nicht dem Zufall oder sonst einem bequemen X aufs Konto schreiben will, so kommt man dazu, einen den vier Gruppen gemeinsamen Seelenzustand zu suchen (oder einen seelischen Zug mindestens), der alle vier der Hysterisierung zugänglich macht. Den gemeinsamen Zug, freilich ohne Aspekten auf die Hysterie hin und lediglich als Grundlage der Suggestionsempfänglichkeit, erkennt Moebius partiell wenigstens an — als „Leichtgläubigkeit“ nämlich. Ich finde, dass die Leichtgläubigkeit nur eine Seite eines breiteren Seelenzustandes ist, den jene vier Menschenkategorien gemein haben und diesen Zustand nenne ich Lenksamkeit. Nicht um einen ebenso schönen Namen erfunden zu haben, wie es die „Reizsamkeit“ ist, sondern um ein sprachgebräuchliches Wort, ohne jede Vergewaltigung seiner üblichen Bedeutung, der

psychologischen Begriffsklärung nutzbar zu machen. Und da mich gerade die Statistik der Hysterie aufs Postulat der Lenksamkeit geführt hat, so mache ich es natürlich nicht wie Moebius es mit der Leichtgläubigkeit macht, d. h. ich konstatiere nicht Lenksamkeit als ein den vier Gruppen Gemeinsames, um weiterhin den Kausalnexus zwischen ihr und der Hysterie zu leugnen oder dahingestellt sein zu lassen, sondern ich vermute notwendig in der Lenksamkeit das Gemeinsame, das die gemeinsame Neigung zur Hysterie bedingt.

Die nächste Aufgabe ist: Analyse der Lenksamkeit.

Ein Stück der Lenksamkeit ist die Leichtgläubigkeit, das andere Stück die Folgsamkeit. Jenes ist Lenksamkeit des Intellekts, dieses Lenksamkeit des Willens; auch assoziative und psychomotorische Lenksamkeit (oder ähnlich) könnte man unterscheidend sagen. Psychologisch betrachtet nun ist Leichtgläubigkeit das Ausbleiben logischer Widerstände gegen Mitteilungen oder Vermutungen (das Ausbleiben affektiver Widerstände heisst Vertrauensseligkeit). Dieser Mangel findet sich regelmässig bei phantasiemässiger Seelenanlage; er ist sozusagen ihr Schatten. Man begreift das, wenn man sich klar macht, dass die Phantasienaturen eben durch sinnlich kräftiges Erleben auch der reproduktiven Seelenvorgänge und durch Verarbeitung alles Seelischen nach seinem sinnlichen Werte charakterisiert sind, während die Verstandesnatur auch die Eindrücke sofort unter begriffliche Gesichtspunkte bringt. Es gibt da natürlich viele Stufen, die Grenzen fließen, aber die Enden sind ausgeprägt. Die Phantasienatur steht mehr uferm Banne der Eindrücke und schliesslich unterm Banne ihrer eigenen Erinnerungen und Vorstellungskombinationen, als wären es Eindrücke. Sie ist passiver in ihrer Apperzeption (wen das Wort ängstigt, mag Erfassen oder Assoziieren oder sonstwie sagen; es bleibt dasselbe). Selbst wenn das Ich sich aktiv den herankommenden Erlebnissen gegenüber verhalten will, das Erlebnis ist immer wieder stärker, es drängt sich auf, es nimmt Besitz — oder welche Ausdrücke zur Beschreibung dieser Dinge man nun vorzieht. Es ist immer wieder apperzeptive Passivität vorherrschend. Verhindert schon die Phantasienatur eine ausgiebige Begriffsbildung, so steht erst recht die passive Apperzeption der Urteilsbildung im Wege. Darum fehlt bei diesen Leuten die Kritik, das logische Misstrauen sogar, oder wo es sich regt, wird es doch leicht durch Steigerung der Sinnlichkeit eines Erlebnisses, also durch einfache Wiederholung, z. B. einer Mitteilung etwa, überwunden: Leichtgläubigkeit, intellektuelle Lenksamkeit ist das Ergebnis der phantastischen Seelenanlage.

Analytisch muss von ihr die psychomotorische Lenksamkeit gesondert werden. Sie charakterisiert sich durch den Mangel an Widerstandsphänomenen gegen Zumutungen jeglicher Art. Der Lenksame handelt nicht mit unterdrücktem Unwillen (wie z. B. der gehorchende Soldat), sondern sein Affektausdruck ist frei, ungezwungen, natürlich. Die Widerstandsdrucks-Erscheinungen sind auffallend schwach. Auch die affektiven Widerstände selber? Hier ist der zentrale Punkt, in dem die Schwierigkeit des Lenksamkeitsproblems mit der Schwierigkeit des Hysterieproblems zusammenfällt. Wir erschliessen des Mitmenschen Affekte aus ihrem Ausdruck oder aus ihren Folgen. Und die Folgen enthüllen uns gerade bei den lenksamen (ganz wie bei den hysterischen) Naturen oft eine Tiefe der Wirkung eines Erlebnisses, die der unmittelbare Ausdruck nie vermuten liess. Das Volk behält schon recht: mit seinen stillen

Wassern nämlich. Bei diesen Naturen besteht ein psychophysisches Missverhältnis. Ihr Ausdruck ist abnorm schwach im Verhältnis zum Affekt. Daraus folgt zweierlei. Erstens gehen nun auch alle jene wichtigen Wirkungen verloren, die der Affekt hinsichtlich seines weiteren Ablaufes vom Ausdruck her empfängt*); die leiseren Affekte vornehmlich werden zu schwach, um handelnden Widerstand einzuleiten: „Lenksamkeit“. Zweitens ermangeln sie aber auch des gründlichen Auslebens („Abreagierens“), das allein die ausreichende Entladung im Ausdruck ihnen verbürgt; ihr normaler Ausklang wird suspendiert, sie werden in den psychischen Hintergrund geschoben, auf phantastische Bindungen verwiesen — „verdrängt“.

Besteht nun zwischen intellektueller und psychomotorischer Lenksamkeit eine feste Beziehung? Moebius scheint die Leichtgläubigkeit für die Quelle auch der Folgsamkeit zu halten. Ich sehe den Nexus umgekehrt. Vergessen wir nicht, dass auch das intellektuelle Leben von feinen Gefühlslebnissen dirigiert wird, die ihre ebenso feinen Ausdrucksmittel haben. Besteht nun hier jenes psychophysische Missverhältnis, d. h. ist der Ausdruck zu schwach, so bekommt das intellektuelle Leben die Folgen zu spüren, die wir soeben fürs psychomotorische feststellten. Die Intellektsaffekte („Interessen“) werden momentan zu kräftiger Wirkung unfähig, aber sie bleiben auch ungelöst, sie werden zu unklaren Intellektsstimmungen, die, durch allerlei zufällige Assoziationen entbunden, dem gedanklichen Leben die Festigung verwehren, seine ordnende Verarbeitung durchkreuzen, intellektuelle Zerfahrenheit und Unberechenbarkeit züchten. Dadurch ist wieder der Uebermacht der Eindrücke die Tür geöffnet, es entwickelt sich phantastische Apperzeption. So kann es sein. Es muss nicht überall so sein. Denn phantastisches Apperzipieren ist wohl oft das Ursprüngliche, und intellektuelle Lenksamkeit bleibt oft das Einzige: der Leichtgläubige braucht kein Folgsamer zu sein und vice versa. Auch kann erst das Leben selber die fehlende Ausdrucksschwäche durch Ausdrucksunterdrückung ersetzen, und das passiert den Phantasienaturen in unserer Erziehung recht oft; sie müssen ihre Ekstase, ihren Rausch in sich hineinschlucken. So oder so (und intellektuelle und psychomotorische, originale und gezüchtete Lenksamkeit verflechten sich sicher in zahllosen anderen Mischungsverhältnissen) — ein Erfolg liegt in aller Lenksamkeit vorbereitet: das mit der Zeit wachsende Hervortreten der faktischen Unlenksamkeit, des Störrischen, unmotiviert Widerständischen, wie eben jene im lenksamen Charakter unvermeidlichen Verdrängungen es nach und nach erzeugen müssen. Desto sicherer, je rücksichtsloser Erziehung und Leben die Lenksamkeit zur Lenkung ausnutzen wollen. Und diese Linie ist zugleich die Linie der Hysterisierung.

Ihre Etappen kann ich in dieser Skizze nicht einmal andeuten; ihnen hat der III. Teil meiner „Grundlinien“ ausführlich zu folgen versucht. Hier war es mir nur darum zu tun, dem zu steuern, dass in Missverständnissen, die schliesslich von einem zum andern übernommen werden, die Lenksamkeit zu einem mystischen Monstrum verzerrt werde, das konstruierender Phantastik allein seine Existenz verdanke. Darum habe ich einmal ganz kurz erzählt, wie ich lediglich von den Tatsachen her zur Lenksamkeit kam, und wie ich sie, immer an der Hand der Empirie, analytisch mir selber klärte

*) Wundt, Völkerpsychologie. 1. Band: Die Sprache. Kap. 1: Die Ausdrucksbewegungen (S. 31—129).

und umgrenzte. Einen bösen Stein habe ich freilich dem medizinischen Leser in den Weg gewälzt: bei mir steht nun nicht bloss ein (wie bei Freud), sondern stehen zwei Begriffe als Hysterie-Ursachen, die mit lebendigen deutschen Wörtern gedeckt werden: Verdrängung — Lenksamkeit. Und ich verspreche Moebius feierlich, in dem nächsten Buche, das ich schreibe, auch nach Möglichkeit alle die „greulichen Ausdrücke“ noch auszumerzen, die ich diesmal stehen gelassen habe. Denn er hat ganz recht: „die deutsche Sprache ist wirklich imstande, alle klaren Gedanken auszudrücken“. Die Volkswirtschaftslehre z. B. weiss das und deckt ihren ganzen Begriffsbedarf aus dem unerschöpflichen Reichtum der Umgangssprache. Aber von dieser Einsicht ist die kompakte Majorität der Kollegen noch weit entfernt. Wir haben doch die grosse humanistische Tradition und korrespondieren nicht umsonst sogar mit dem Apotheker lateinisch. Mit deutschen Wörtern ist für uns nichts anzufangen. Dagegen, hat man eine Erscheinungsgruppe „psychogen“, oder „egozentrisch“, oder „kryptomnestisch“ genannt: wie genau weiss man doch dann, was sie bedeutet

II. Vereinsberichte.

Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Sitzung vom 10. Januar 1905.

Bericht von E. Ralmann (Wien).

241) A. Fuchs demonstriert einen jetzt 11jährigen Knaben, bei welchem im Alter von 15 Monaten im Verlauf einer Masernerkrankung plötzlich vollkommene Lähmung aller vier Extremitäten auftrat, die sich nach einigen Tagen langsam zurückzubilden begann. Gegenwärtig findet man ausgedehnte Atrophien am Schultergürtel, besonders rechts, teils komplette teils partielle Atrophien an den oberen und unteren Extremitäten, schlaffe Lähmung mit stark herabgesetzter elektrischer Erregbarkeit. Die tiefen Reflexe sind erhalten, und bemerkenswert ist, dass rechts der Babinski'sche Reflex auslösbar ist; es besteht das Tibialisphänomen. Wenn Oppenheim das Vorhandensein des Babinski'schen Reflexes in eigenen Beobachtungen von Poliomyelitis damit erklärt, dass von allen Fussmuskeln nur der Ext. hall. long. intakt geblieben sei und jeden Sohlenreiz mit einer Kontraktion beantworte, so trifft das für den vorliegenden Fall nicht zu, wo alle Flexoren wesentlich besser funktionieren als die Strecker. Fuchs ist geneigt, ein Uebergreifen des Prozesses auf den Seitenstrang anzunehmen.

Diskussion: A. Schüller, Marburg, Redlich, v. Wagner, Obersteiner.

242) A. Fuchs demonstriert eine 28 Jahre alte Frau, welche das seltene Phänomen der Mitbewegungen bietet bei sonst intaktem Nervensystem; allerdings bestanden in frühester Kindheit Fraisen, im Alter von 12 und 14 Jahren Chorea. Die Mitbewegungen betreffen die Finger, am meisten die Strecker und Beuger. Schreiben geht; hingegen hat die Pat. beim Erlernen von Handfertigkeiten grosse Schwierigkeiten.

Diskussion: Obersteiner, Kolben.

243) **Schacherl** demonstriert makroskopische und mikroskopische Präparate von Gebilden, die er in der Schädelhöhle von zwei Exemplaren von *Lophius piscatorius* gefunden hat. Es handelt sich um Kolonien des Protozoons *Glugea lophi* (vide Doflein, Zoolog. Jahrb. 1898).

244) **E. Zuckerandl**: Zur vergleichenden Anatomie des menschlichen Hinterhauptlappens.

An der Hand einer grossen Zahl von Präparaten und Zeichnungen bespricht Z. die verschiedenen Varietäten der Furchenanordnung am menschlichen Hinterhauptlappen, die Merkzeichen, die Differenzierung und Bedeutung der einzelnen Furchen unter Heranziehung der vergleichenden Anatomie.

Sitzung vom 14. Februar und 21. Februar 1905.

Diskussionsabende über das Thema: Inwiefern ist beim Vorliegen einer Neurose oder Psychose künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft medizinisch indiziert und juristisch gestattet?

245) **J. Wagner v. Jauregg**. Vor allem muss ein hoher Grad von Gefahr für die Mutter vorhanden sein, und diese Gefahr muss durch die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft behoben werden, dann ist der Eingriff berechtigt. Auf die Psychosen angewandt, lauten diese Sätze: Wenn eine Schwangere von der Gefahr bedroht ist, in schwere unheilbare Geistesstörung zu verfallen, und diese Gefahr durch Einleitung des künstlichen Abortus gebannt werden kann, ist dieser gerechtfertigt.

Die Statistik lehrt, dass 60—70% der Schwangerschaftspsychosen ungeheilt bleiben, allerdings nur von den schweren Fällen, die in Irrenanstalten kommen. Da ein einwandfrei vergleichbares Material fehlt, lässt sich nicht sagen, ob die Gefahr bei Schwangerschaftspsychosen grösser ist als bei gleichartigen Psychosen, die nicht im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft stehen. Was den zweiten Punkt betrifft, so stimmen die Autoren darin überein, dass die Entbindung am normalen Schwangerschaftsende keinen, wenigstens keinen günstigen Einfluss auf die Psychose hat und zwar auch in jenen Fällen, welche ihre Heilbarkeit durch eine später erfolgte Genesung bekunden. Spekulativ kann man die Frage nicht beantworten, vor allem weil die Schwangerschaftspsychosen keine einheitliche Krankheitsform darstellen, und in vielen Fällen die Schwangerschaft nicht die Ursache, sondern nur der Anlass zum Ausbruche der Geistesstörung ist. Schliesslich muss berücksichtigt werden, dass schon die normale Entbindung die Quelle einer Geistesstörung, einer Puerperalpsychose werden kann, ein Abortus nicht minder. Ob also die Einleitung des künstlichen Abortus ein geeignetes Mittel zur Beseitigung der Gefahr einer schweren unheilbaren Geistesstörung ist, bleibt überaus fraglich.

Soviel im allgemeinen; konkret kann das Urteil anders ausfallen. Es treten bei schwangeren Frauen nicht selten psychopathische Zustände auf, welche direkt durch die Schwangerschaft hervorgerufen, allerdings psychisch vermittelt werden: tiefe Gemütsdepression oder ängstliche Erregung, pessimistische Gedanken. Nicht selten sind es anfangs äussere Verhältnisse, welche die Angst vor der Schwangerschaft motivieren; aber der Affekt kann sich zu patho-

logischer Höhe steigern, es kann hie und da eine echte Geistesstörung sich daraus entwickeln; in vielen Fällen kommt es zu Lebensüberdruß, Selbstmordversuchen. Hier liegt also direkt Lebensgefahr vor, welche durch Einleitung des künstlichen Abortus sofort verschwindet, ja oft genügt die blosse Zusicherung des Eingriffes. Es ist um so schwieriger, das Richtige zu treffen, als die Wünsche der Umgebung mit jenen der Schwangeren übereinstimmen; die Internierung in einer Heilanstalt, wenn sie nicht verweigert wird, ist auch kein absoluter Schutz gegen Selbstmord. Die meisten Autoren sind darum der Ansicht, dass man in solchen Fällen berechtigt sei, den künstlichen Abortus einzuleiten; vide Diskussion auf der Naturforscherversammlung Hamburg 1901. Man wird aber bei Stellung dieser Indikation mit der allergrössten Vorsicht zu Werke gehen müssen, soll dieselbe nicht schwer diskreditiert werden; Gemüts-erregung, wie Selbstmordgefahr können vorgetäuscht werden. Die Weigerung des Arztes wird in diesen Fällen die Einleitung des Abortus zwar nicht verhindern, aber die unlauteren Absichten zwingen zu unlauteren Mitteln zu greifen. Auch in unverdächtigen Fällen ist es dringend geboten, nicht rasch vorzugehen, indem diese Erregungszustände ablassen, erwachende mütterliche Instinkte die Idee der Fruchtabtreibung verdrängen. Nicht selten wird von den Angehörigen als Argument ins Treffen geführt, dass das Kind der geisteskranken Frau einmal selbst geisteskrank werden könnte. Es ist wohl eine gar zu gründliche Prophylaxe der Geistesstörung, wenn man die von ihr Bedrohten gleich im Mutterleib umbringt. Als Indikation für die Einleitung des Abortus kann einzig und allein die Gefahr gelten, welche die Mutter bedroht.

v. Wagner hat nur in zwei Fällen der Einleitung des künstlichen Abortus zugestimmt und würde in dem einen die Indikation heute nicht mehr aufrecht erhalten. Beides waren Fälle von Erregungszuständen auf Grund überwertiger Ideen. Er hat weiter die Erfahrung gemacht, dass meist, wenn er die Zustimmung verweigerte, der Abortus doch ausgeführt wurde; man übernimmt also durch die Ablehnung eine geringere Verantwortung, die man nur im Falle der Zustimmung allein trägt.

Neben den Psychosen spielen die Nervenkrankheiten als Indikationen zur Einleitung des Abortus nur eine untergeordnete Rolle. Bei Chorea gravidarum wäre in leichteren Fällen zunächst zuzuwarten, und erst wenn die Chorea keine Tendenz zur Heilung zeigt, der Abort einzuleiten. Bei Epilepsie könnte man nur daran denken, wenn Anfälle im Verlauf der Schwangerschaft sich bedrohlich häufen; es fehlen aber Erfahrungen über einen günstigen Einfluss des Abortus bei dieser Krankheit. Bei Hysterie, Tetanie, Polyneuritis, Morb. Basedowii besteht im allgemeinen keine Indikation, wohl aber bei Eklampsie.

Schliesslich gibt es noch eine Einleitung der Frühgeburt wegen Gefahr für das Kind, bei letalen Erkrankungen, auch Nervenerkrankungen der Mutter.

246) **A. Haberda** erörtert allgemein die Frage, wie der Arzt sein Vorgehen bei Einleitung des künstlichen Abortus zu einem legalen machen könne. Er konstatiert, dass die Straflosigkeit des aus ärztlichen Gründen eingeleiteten Abortus ein Zugeständnis an die medizinische Wissenschaft, kein Privileg des einzelnen Arztes sei und warnt vor ungerechtfertigter Erweiterung der Indikationsstellung, die er durch drastische Beispiele belegt. Nur wenn eine Gefährdung der Mutter durch die Gravidität bedingt ist und der Abortus als Heilmittel für die Mutter gelten kann, darf der Arzt der Gegenwart die Frucht im Interesse

ihrer Trägerin opfern, sonst nicht. Das gilt auch beim Vorliegen einer Neurose oder Psychose.

247) **Hans Gross** (Prag) untersucht zunächst allgemein die Zulässigkeit der Fruchtabtreibung; er vergleicht die bezüglichlichen Gesetzbestimmungen verschiedener Staaten, kritisiert das zur juristisch-wissenschaftlichen Seite der Frage Vorgebrachte. In spezieller Anwendung fasst er seine Anschauung in folgende Thesen zusammen:

1. Beim Vorliegen einer Psychose oder Neurose der Gebärenden hat der Arzt dieselben Grundsätze zu befolgen wie in jedem anderen Falle, in welchem es sich um Einleitung einer Frühgeburt, eines Abortus oder einer Perforation etc. handelt.

2. In erster Linie hat die Mutter geradeso wie jeder andere Pat. zu entscheiden, ob und welche Operation sie an sich vornehmen lassen will oder nicht.

3. Irgend eine Stellvertretung der Mutter durch eine andere Person ist im Gesetze nicht vorgesehen und daher ausgeschlossen.

4. Kann oder will die Mutter eine Erklärung nicht abgeben, oder handelt es sich darum, ihr auf ihr Verlangen zu raten, so hat einzig und allein der Arzt zu entscheiden und nach bestem Gewissen und dem augenblicklichen Stande seiner Wissenschaft zu handeln.

5. Dass es Fälle gibt, in welchen die Wissenschaft Tötung der Frucht verlangt, bezweifelt heute niemand; es kann nur gefragt werden, ob man bei Fixierung der Fälle einer engeren oder weiteren Auffassung zu sein hat, und diesfalls hat sich der Arzt im allgemeinen und im besonderen Falle zu entscheiden.

6. Hierbei wird für ihn, pro foro interno, die Ueberlegung massgebend sein, dass das Leben der existierenden, das Leben empfindenden und das Sterben fürchtenden Mutter fast unter allen Umständen mehr wert ist, als das des fühllosen Embryo, der als jedenfalls hereditär belastet, für die Gesellschaft ein Zuwachs von mindestens zweifelhaftem Werte sein wird.

7. Gestatten es die Umstände, so wird der Arzt zu seinem eigenen Schutze eine Beratung mit einem Kollegen — in unseren Fällen am besten mit einem Psychiater — vorausgehen lassen.

8. Dem Richter verantwortlich bleibt der Arzt nur, wenn er dolose vorgeht oder sich eines Kunstfehlers oder einer Fahrlässigkeit schuldig gemacht hat.

Diskussion: O. Fellner nimmt im Auftrag von Schauta zu einigen der in Rede stehenden Fragen Stellung. Er verzeichnet auf 20000 Geburten nur vier Fälle von Schwangerschaftspsychose, deren Prognose er als viel günstiger auffasst. Er stimmt mit dem ersten Referenten darin überein, dass Geburt oder Abortus keinen wesentlichen Heilfaktor bedeutet. Selbstmordideen dürfen niemals die Indikation zum Abortus abgeben; solche Kranke gehören in eine Anstalt. Die Epilepsie auch bei drohender Gefahr der Geistesstörung gebe keine Indikation, wohl aber stark herabgekommener Zustand der Pat., wenn die Entbindung noch in weiter Ferne liegt, und die Polyneuritis gravidarum.

Hirschl konstatiert dem Vorredner gegenüber, dass auf der Klinik v. Wagner unter 50 weiblichen Geisteskranken derzeit 3 Fälle von Graviditätspsychose sich befinden, darunter zwei Fälle mit Chorea gravidarum und einer mit maladie de tic. Auch bezüglich der Selbstmordgefahr sehen die Irrenärzte

viele schwere Fälle, bezüglich deren das von den Gynäkologen empfohlene „Zureden“ gewiss nichts nützt.

v. Wagner macht auf die besondere Gefährlichkeit gerade der pathologischen Affektzustände mit ihrer sonst völligen Luzidität und dem dadurch gegebenen Raffinement aufmerksam. Was soll geschehen, wenn sich ausserdem die Angehörigen einer Anstaltsinternierung widersetzen?

Um Missbräuche, die auf dem Gebiete des künstlichen Abortus vorkommen können, zu verhüten, ist eine Ingerenz der Behörden gewiss erwägenswert. v. Wagner stellt sich die Sache etwa nach Art einer Anzeigepflicht vor unter Beilegung eines Protokolls; es handle sich hier nicht um eine Belästigung, sondern um Schutz der Aerzte.

Haberda meint, die Aerzte sollten jeden Fall dem Totenbeschauer anzeigen, der seinerseits die Behörden verständigen könnte.

Gross setzt nochmals auseinander, dass in den Fällen der Spitalsbehandlung der Arzt allein zu entscheiden habe. In der Privatpraxis möge gleichfalls dem Sachverständigen die Entscheidung überlassen werden.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 1. Mai 1905.

Bericht von Dr. Max Edel (Charlottenburg).

248) Remak: Krankenvorstellung.

Remak stellt einen 60jährigen Arbeiter vor, der zuerst 1886 mit einer leichten degenerativen Lähmung des Handgebietes des rechten Ulnaris kam, die er darauf zurückführt, dass er seit einiger Zeit bei der Arbeit einem andern Arbeiter einen eisernen Bolzen entgegenstemmen musste. Eine zwei Jahr zuvor erlittene Verwundung über dem rechten Handgelenk hatte keine Störung hinterlassen. Es wurde die Diagnose auf eine professionelle Neuritis des Ulnaris gestellt. Die Störung bildete sich damals in wenigen Wochen zurück und es war von ihr nichts mehr nachweisbar, als er im Dezember 1902 wiederkam, weil seit September d. J. sich unter Appetitlosigkeit und Schmerzen in der Gegend des linken Schultergelenks sich Schwäche und Abmagerung der linken Hand entwickelt hatte. Es bestand Druckschmerzhaftigkeit des linken Plexus über der Clavicula, leichte Atrophie des linken Daumenballens, der Interossei, Schwäche der Opposition des Daumens, leichte Sensibilitätsstörungen in den Endverbreitungen sowohl des linken Medianus als des Ulnaris, Herabsetzung der elektrischen Nervenregbarkeit des Medianus und Ulnaris über dem Handgelenk, EAR einzelner Handmuskeln. Keine Thermanaesthesie. Nirgends fibrilläre Zuckungen. Es wurde die Diagnose auf eine rekurrende Neuritis gestellt, deren Aetiologie diesmal unklar blieb, da der Verdacht auf ein Magencarcinom sich nicht bestätigte, Alkoholismus usw. auszuschliessen waren. Der Verlauf schien die Diagnose zu bestätigen, da die Motilität unter Fortbestehen der Atrophie sich bis Mai 1903 bis zur Arbeitsfähigkeit besserte. Auch bei einem Rückfall im Winter 1903/1904 lag kein Grund vor, die

Diagnose zu ändern. Dies wurde erst nötig, als er im Dezember 1904 zum vierten Male zur Aufnahme kam, weil seit drei Monaten unter verhältnismässig leichter Tätigkeit die linke Hand wieder unter Schmerzen in der linken Schultergegend merklich schwächer geworden war, und er seit etwa ebensolange, besonders beim Treppensteigen, linksseitigen Wadenkrampf bekam und bei längerem Gehen das linke Bein etwas schlappen musste.

Die Untersuchung ergibt eine sehr starke Atrophie sämtlicher Binnenmuskeln der linken Hand, Unfähigkeit den Daumen irgend einem andern Finger zu opponieren. Keine Sensibilitätsstörungen; sehr schwere Erregbarkeitsveränderungen im Ulnaris und Medianus. Klauenstellung der Finger besteht nicht, weil jetzt auch das Radialisgebiet durch Parese der Extensoren des 3. und 4. Fingers beteiligt ist, in welchen die Mittelform der EAR nachweisbar ist. Der Atrophie des linken Vorderarms entspricht ein um 3 cm gegen rechts verminderter Umfang. Relativ gut erhalten ist der Supinator longus. Man bemerkt jetzt dauernd lebhaft fibrilläre Zuckungen im linken Deltoideus Triceps, Biceps, zuweilen auch im Supinator longus, die sich besonders im Biceps mitunter zu einem Muskelwogen (Myokymie) steigern. Nach wie vor keine Thermanaesthesia, keine oculopupilläre Erscheinungen, keine Skoliose. Die Sehnenphänomene sind an den Oberextremitäten nicht gesteigert und links nur der Atrophie entsprechend herabgesetzt.

Am linken nicht atrophischen Bein besteht motorische Schwäche, ist das Kniephänomen gesteigert und ist links Fussphänomen nachweisbar. Keine Sensibilitätsstörungen an den Unterextremitäten. Während rechts auf Reizung der Planta Plantarflexion der Zehen auftritt, kommt es links zunächst zu einer Spreizung der 3., 4. und 5. Zehe (Abduction des orteils oder Signe de l'éventail nach Babinski) und erst bei starker Reizung zur Extension des Hallux (Babinskischer Reflex). Die Spreizung der Zehe tritt links auf als assoziierte Bewegung, zuweilen bei wiederholtem Anziehen der Beine an den Leib, aber kein Tibialisphänomen. Der Oppenheim'sche Reflex gelang nicht.

Nach diesen Befunden kommt man mit der Diagnose Neuritis nicht mehr aus, sondern es muss ein spinaler Prozess angewendet werden. Bei den starken fibrillären Zuckungen würde man früher den Fall der progressiven Muskelatrophie (Aran-Duchenne'scher Typus) zugerechnet haben. Der Votr. hat selbst in Beobachtung XI seiner 1879 veröffentlichten Arbeit über die Lokalisation atrophischer Spinallähmungen und spinaler Muskelatrophien, allerdings mit einem Fragezeichen, einen ganz ähnlich lokalisierten Fall von linksseitiger Atrophie hierher gerechnet, obgleich zwei Jahre nach der Entwicklung des Symptomenkomplexes eine doppelte, links stark spastische Spinallähmung hinzugetreten war. Denn die amyotrophische Lateralsklerose ist stets eine doppelte Affektion auch in den Oberextremitäten der systematischen Erkrankung entsprechend. Wahrscheinlicher ist nun eine Syringomyelie des Halsmarks mit besonderer Lokalisation des Prozesses im linken Vorderhorn in der Höhe des ersten Dorsal- und der beiden untersten Cervicalsegmente mit Uebergreifen auf den linken Seitenstrang. R. hat selbst schon 1888 in einem Fall von Syringomyelie mit Oedem der Oberextremitäten auf spinaler Basis spastische Paresen einer Unterextremität beschrieben. Nach Schlesinger gehört sogar Steigerung der Sehnenphänomene in den Unterextremitäten zu den Kardinal-Symptomen der Syringomyelie. Allerdings kann das Fehlen der

charakteristischen Sensibilitätsstörungen, der trophischen Erscheinungen, der Skoliose gegen diese mehr per exclusionem zu stellende Diagnose geltend gemacht werden.

Bernhardt bemerkt, dass, wenn weder an der oberen noch an der unteren Extremität eine Sensibilitätsstörung nachgewiesen ist, ihm die Diagnose Syringomyelie nicht begründet zu sein scheint. Es gäbe wohl eine syringomyelische Sensibilitätsstörung ohne Muskelatrophien und Paresen, aber letztere ohne charakteristische Sensibilitätsstörung seien ihm neu. Bernhardt fragt noch nach Störungen im Bereich des Sympathikus, welche von Remak negiert werden, und neigt eher zu einem Prozess des Rückenmarks, der die Seiten- und Vorderstränge betroffen hat (amyotrophische Lateralsklerose).

Oppenheim zweifelt gleichfalls an der Diagnose Syringomyelie und fragt Remak, warum er einen extraduralen Tumor mit Kompression des Halsmarks ausschliesst, zumal das Leiden mit Schmerzen einhergehe. Freilich müssten sich am Bein der gekreuzten Seite Sensibilitäts(Temperatursinn)störungen geltend machen. Was das Babinski'sche Zeichen anlangt, so beweise die Dorsalflexion der grossen Zehe nichts, wenn der Reiz so stark sei, dass es zur Dorsalflexion des Fusses kommt. Man müsse einen schwachen Reiz anwenden. Er demonstriert sodann das Oppenheim'sche Phänomen durch kräftigen Druck mit der Pulpa des Daumens auf die innere Fläche des Unterschenkels. Seine Diagnose stütze sich auf einen von ihm beobachteten Fall von extraduraler Neubildung an den unteren Wurzeln des Halsmarks, in dem der Symptomenkomplex ausserordentlich ähnlich war, aber eine geringe Sensibilitätsstörung im kontralateralen Bein bestand. Der Tumor wurde bei der Operation bestätigt.

Bloch verweist bezüglich des Vorkommens von Syringomyelie ohne Sensibilitätsstörungen auf Fälle von Déjérine, Westphal, Schlesinger u. a.

Remak gibt Oppenheim zu, dass der linke Seitenstrang ebensogut wie von innen durch Gliose auch von aussen durch einen Tumor gedrückt werden könnte, auch wenn die Erscheinungen der Brown-Sequard'schen Lähmung, wie in diesem Fall, fehlten. Aber es liegen keine Beweise dafür vor, dass ein solcher flacher Tumor andauernd fibrilläre Zuckungen veranlassen kann, die für eine Erkrankung der grauen Vorderhörner charakteristisch sind. Den Einwand Bernhardt's, dass die charakteristischen Sensibilitätsstörungen der Syringomyelie fehlen, habe Redner sich selbst gemacht und gerade deswegen den Fall vorgestellt. Uebrigens hat Schlesinger bereits in seinem Bericht auf Grund der von Bloch erwähnten Fälle eine wesentlich rein motorische Form der Syringomyelie unterschieden. Die Diagnose der amyotrophischen Lateralsklerose ist bei der einseitigen Begrenzung der Atrophie abzuweisen.

(Eigenbericht.)

249) **Maas:** Ein Fall von multipler Sklerose mit pontinem Beginn.

Im Laufe der letzten Jahre haben wir verschiedene Formen der nichteitrigen Encephalitis kennen gelernt. Das Interesse der Kliniker für dieselbe wurde namentlich durch die von Prof. Oppenheim beschriebene Encephalitis pontis geweckt, da die Prognose derselben eine relativ günstige war. (Nonne.)

Aber gerade wegen der günstigen Prognose dieser Form ist über das definitive Schicksal der Patienten, bei denen diese Diagnose gestellt wurde, wenig bekannt, da die Patienten dem behandelnden Kliniker meist aus den Augen kamen.

Ich möchte daher über einen Fall berichten, bei dem Prof. Oppenheim anfangs die Diagnose Encephalitis pontis gestellt hatte und den ich einige Jahre später zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Krankengeschichte, die früher von G. Flatau (Berl. klin. Wochenschrift 1899) publiziert worden war, lautete im wesentlichen folgendermassen:

Patientin erkrankte, ohne eine Ursache angeben zu können, an Sehstörung, Schwindelanfällen, Taubheitsgefühl in den Beinen, Erbrechen, Durstgefühl, Kauschwäche. Bei der objektiven Untersuchung fand sich Blicklähmung nach der linken Seite, die linke Pupille ist etwas enger als die rechte, Augenhintergrund ist normal, rechts besteht geringe Ptosis. Der Lippenschluss ist links schwächer als rechts, und es findet sich deutliche partielle EAR im linken Facialis. Der Unterkiefer weicht beim Öffnen des Mundes etwas nach links, die Sensibilität ist ungestört im Gesicht sowohl wie am Rumpf und den Extremitäten. Kniephänomen ist beiderseits sehr stark, kein Patellar- oder Fussklonus. Grobe Kraft in den rechtsseitigen Extremitäten stärker herabgesetzt als links. Keine Ataxie, kein Wackeltremor. Alle diese Symptome verschwanden bis auf ein geringes Taubheitsgefühl in den Fusssohlen innerhalb von drei Monaten.

Als ich fünf Jahre später, im Frühjahr 1903, die Patientin im Siechenhause sah, bot sie alle Zeichen einer vorgeschrittenen multiplen Sklerose. Diese Diagnose hat sich dann auch bei der anatomischen Untersuchung bestätigt. (Die Präparate werden demonstriert, ein besonders grosser Herd findet sich im unteren Teil des Pons.)

Es fragt sich nun, ob die multiple Sklerose tatsächlich aus einer Encephalitis hervorgegangen sein kann.

Meines Erachtens ist das durchaus möglich, dafür sprechen anatomische Untersuchungen, wie sie namentlich von Börst, Bielschowsky und Sträuber ausgeführt wurden; ebenso glaube ich, dass das, was wir über die Entstehung der multiplen Sklerose und über ihre Symptome wissen, dieser Annahme günstig ist. (Ausführliche Mitteilung soll in nächster Zeit erfolgen.)

(Eigenbericht.)

Schuster hat 1896 bei einem in 6 Monaten abgelaufenen Fall denselben Standpunkt wie Maas über die Beziehungen der Herde zu den Gefässen und der multiplen Sklerose zu den subakuten encephalitischen Prozessen vertreten. Er macht auf zwei häufig bei der multiplen Sklerose vorkommende Erscheinungen aufmerksam, das Zwangslachen und das weite Aufstehen der Lidspalten ohne Exophthalmus und ohne Krampf oder Lähmung der Lidmuskulatur.

Oppenheim hält den Fall für interessant wegen der Frage, ob es möglich ist, im ersten Stadium eines solchen Leidens eine sichere Diagnose zu stellen, nämlich akute Encephalitis mit Ausgang in vollständige Heilung, oder ob die Reserve zu machen ist, dass es das erste Stadium einer multiplen Sklerose sein könne. Nach seinen umfassenden Erfahrungen bekenne er, dass er eine Sicherheit zur Entscheidung dieser Frage nicht besitze. Vielleicht gebe die Zukunft noch Handhaben. Er behauptet, dass die Mehrzahl dieser Fälle von akuter lokalisierter Encephalitis mit pontinen oder bulbären Symptomen im weiteren Verlauf den Uebergang in multiple Sklerose zeigte, oft in der Weise wie hier, dass zunächst der ganze Symptomenkomplex eine vollständige Rückbildung erfuhr, die selbst einer Heilung gleichzukommen schien. Oppenheim bespricht dann die Verhältnisse, unter welchen das Leiden auftritt und das

davon betroffene Lebensalter. Bei der grossen Häufigkeit, mit der sich akute encephalitische Prozesse an Influenza anschliessen, werde man auf Heilbarkeit rechnen dürfen. Aber angesichts der auch von O. beobachteten Fälle, in denen sich multiple Sklerose im Anschluss an Influenza entwickelte, habe man dafür keine Sicherheit. Mehr Berechtigung, eine akute heilbare Encephalitis anzunehmen, habe man beim Auftreten des Leidens in früher Kindheit, weil die multiple Sklerose im frühen Kindesalter eine ausserordentlich seltene Affektion ist. Jedenfalls müsse man auch bei recht günstigem Verlauf das Bedenken haben, dass in Zukunft, vielleicht erst nach Jahren, eine neue Attacke auftritt, welche zeigt, dass es sich um einen Schub der multiplen Sklerose handelt. Er stehe auch auf dem Standpunkt, dass eine akute Encephalitis auch in anatomischem Sinne in eine multiple Sklerose übergehen könne, und dass eine gewisse Disposition die Entstehung dieses Leidens begünstige, weicht aber von Maas insofern ab, als er nicht wenige Fälle von multipler Sklerose mit Entwicklungshemmungen gesehen hat. Das Zwangslachen als Symptom der multiplen Sklerose sei bekannt; er habe zuerst betont, dass es nicht als Folgeerscheinung psychischen Zerfalls aufzufassen, sondern auf das Betroffensein der Hemmungsbahnen für die mimischen Affekte zurückzuführen sei. Dass der Blick bei multipler Sklerose häufig eigentümlich starr ist, habe er beobachtet, diese Erscheinung aber nie recht einwandfrei deuten können.

250) Seiffer: Ein seltener Tumor der Schädelbasis.

Seiffer berichtet über einen Fall von seltener Geschwulstbildung der Schädelbasis, den er in der Nervenklinik der Charité beobachtet hat. Es handelte sich um einen 33jährigen Mann, welcher seit 4—5 Jahren zeitweilig an heftigen Hinterkopfschmerzen gelitten hatte. Dazu gesellte sich eine allmählich zunehmende linksseitige Körperschwäche, hin und wieder Erbrechen und Schwindel. Die Untersuchung ergab im grossen ganzen das Bild einer linksseitigen spastischen Hemiparese ohne wesentliche andere Symptome, keine Stauungspapille.

Während der klinischen Beobachtung nahmen die Kopfschmerzen zu. Pat. klagte auch viel über Genickschmerzen und es bestand eine gewisse Empfindlichkeit und Steifigkeit des Nackens bei aktiven und passiven Bewegungen. Ohne besondere Veränderungen des Befundes starb der Kranke plötzlich unter Collapserscheinungen. Die klinische Diagnose nahm einen Tumor des Schädelinnern an, dessen Lokalisation im genaueren nicht möglich war, doch sprach die grösste Wahrscheinlichkeit für die Hinterschädelgrube.

Bei der Obduktion fand sich ein vor dem Foramen magnum gelegener, aus der Schädelbasis herausgewachsener, knolliger Tumor von fast weicher Konsistenz, etwa Kastaniengrösse und glatter Oberfläche, welcher nach dem Schädelinnern zu gewachsen war und die Medulla oblongata ziemlich stark platt gedrückt hatte. Die histologische Untersuchung ergab eine Knorpelstruktur von auffallendem Charakter: bläschenförmige Zellen in eigentümlicher Anordnung, welche dem von Virchow beschriebenen Bau der „Ekchondrosis sphenoccipitalis physaliphora“ entsprach. Diese aus den Resten der Knorpelfuge zwischen Keilbein und Hinterhauptsbein entstehende Ekchondrose wurde bekanntlich von anderen Autoren (H. Müller, Ribbert) wegen des eigentümlichen histologischen Baues, der sonst nur in der Chorda dorsalis vorkommt, als eine, auf Reste der Chorda zurückzuführende Geschwulstbildung angesprochen und dementsprechend als Chordom bezeichnet.

Nach dem histologischen Bau der vorliegenden Geschwulst, nach ihrem typischen Sitz und der am Präparat nachweisbaren Entstehung aus demjenigen Teile des Clivus Blumenbachii, welcher der Sphenö-occipital-Fuge entspricht, muss sie als Chordom bezeichnet werden, obwohl ihre Grösse diejenige aller bisher beschriebenen Geschwülste solcher Art ganz erheblich übertrifft. Die Grösse der Geschwulst, die starke Kompression der Medulla oblongata und die klinischen Erscheinungen beweisen, dass diesen seltenen Geschwülsten doch eine praktische Bedeutung zukommen kann, was von anderen Autoren bei der sonst stets beobachteten Kleinheit des Tumors in Abrede gestellt wurde.

III. Bibliographie.

LXXVII) **Otfried Förster**: Das Wesen der choreatischen Bewegungsstörung. Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard von Volkmann. Leipzig 1904. Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

Verf. unterscheidet bei der choreatischen Bewegungsstörung zwei Elemente; einerseits sog. choreatische Spontanbewegungen, d. i. klonische kurzdauernde Krämpfe einzelner Muskeln oder Muskelgruppen, Krämpfe, die gekennzeichnet sind durch ihren raschen Ablauf, ihre relativ grosse Exkursion (ausfahrende Bewegungen) und einen bunten Wechsel der Anordnung; sodann kommt als zweite weniger deutliche und weniger beachtete Komponente eine richtige Koordinationsstörung hinzu; „die bei Willkürbewegungen, seien es einfache oder zusammengesetzte in Aktion tretenden Hauptagonisten werden prompt innerviert, aber die Innervation ist dem Grade nach unbeständig, ja in schweren Fällen entschieden herabgesetzt, so dass deutliche Paresen bestehen. Der Impuls für die Hauptagonisten irradiert ferner fast stets auf Muskeln, die mit der Bewegung an sich nichts zu tun haben; es kommt zu mehr oder weniger zweckmässigen Mitbewegungen.“

„Die bei vielen unserer Willkürbewegungen allerdings ohne besondere Willensintention mit in Aktion tretenden agonistischen, antagonistischen kollateralen und rotatorischen Synergisten werden in schwereren Fällen gar nicht oder nur mangelhaft innerviert.“

Während die Spontanbewegungen ein Reizsymptom sind, soll die Koordinationsstörung eine Ausfallserscheinung sein, beides beruhend auf einer toxisch infektiösen Schädigung des Kleinhirns.

„Der gleiche Prozess unterbricht einerseits die Zuleitung der für die Koordination notwendigen zentripetalen Erregungen zum Kleinhirn und hebt damit auch deren Weiterbeförderung zum Grosshirn auf, andererseits wirkt er als pathologischer Reiz auf die Elemente des Cerebellums und löst dadurch die choreatischen Spontanbewegungen aus.“

Der Versuch des Verfassers, den unbestimmten Begriff der choreatischen Bewegungsstörung zu analysieren, die Erkrankung mit bestimmten anatomischen Bahnen und Zentren in Verbindung zu bringen und so ein in sich zusammenhängendes klinisch und anatomisch verständliches Krankheitsbild zu schaffen, bedeutet entschieden ein Verdienst, sofern das Studium der Chorea dadurch

sicher eine Vertiefung zu erfahren vermag. Ob aber die vorläufige Konstruktion sich als erschöpfend und entgeltig richtig herausstellen wird, scheint mir doch fraglich.

Warncke.

LXXVIII) Wilhelm Weygandt: Leicht abnorme Kinder. Halle, C. Marhold. 1905.

Vergl. den ausführlichen Eigenbericht des Verf. (dieses Centralblatt 1905, Seite 24—28).

Gaupp.

LXXIX) Karl Heilbronner: Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 1905. 141 S. Mk. 3.

Die Schrift enthält eine gute, klare Darstellung aller für den praktischen Arzt und speziell für den Psychiater wichtigen Fragen über die Begutachtung der Trinker. Sie hebt die Schwierigkeiten dieser Aufgabe genügend hervor, gibt aber auch zugleich eine Reihe wertvoller Winke zu ihrer Ueberwindung.

Im 1. Kapitel bespricht H. die allgemeinen Gesichtspunkte für die forense Beurteilung alkoholischer Störungen: die individuell verschiedenen Wirkungen des Alkohols, Gutachten bei unzureichendem Material und Anstaltsbeobachtungen.

Das 2. Kapitel behandelt die einfache Trunkenheit. Ueber sie hat sich der Arzt als Sachverständiger nur bei Vorliegen krankhafter Momente zu äussern. Dazu gehört u. a. Intoleranz gegen Alkohol, die nicht zusammenzuwerfen ist mit der Neigung zu pathologischen Rauschzuständen. An sich ist Intoleranz nach H.'s Ansicht noch kein Beweis einer Minderwertigkeit des Zentralnervensystems.

Unter den pathologischen Rauschzuständen unterscheidet der Verf. die delirante und die epileptoide Form und geht genauer auf die Schwierigkeiten des nachträglichen Nachweises eines solchen Rauschzustandes ein. Die darin begangenen Delikte sind vor allem Beleidigung, Bedrohung, Widerstand und dann unglaublich brutale Verbrechen gegen das Leben. Bezüglich der Trunkenheitszustände bei Imbezillen, Degenerierten usw. stellt sich H. auf den Standpunkt, dass bei Individuen, die im nüchternen Zustande sonst noch gerade als zurechnungsfähig bezeichnet werden müssen, sobald sie betrunken sind, der § 51 anzuwenden ist. Das gilt auch für eine Reihe von Exhibitionisten und für Menschen, die an genuiner Epilepsie leiden, wenn sie unter Alkoholwirkung gestanden haben.

Im 3. Kapitel (Die Dipsomanie) wird der Unterschied zwischen dieser und der Pseudodipsomanie und ihre verschiedene forense Bedeutung, im 4. Kapitel das Delirium tremens dargestellt. Besonders gefährlich sind die initialen und abortiven Formen des letzteren. In dieses Kapitel gehören auch die depressiven Alkoholpsychosen (Angstpsychosen) mit ängstlicher Hemmung und scheinbarer Gleichgültigkeit (manchmal verwechselt mit „Verstocktheit“) und gelegentlichen Selbstanzeigen, die forens wichtig werden können. — Eine grosse strafrechtliche Bedeutung hat weiterhin die akute Halluzinose der Trinker, vor allem wegen der oft wohl vorbereiteten Gewalttätigkeiten. Dass diese Halluzinose zugleich der „Einzelhaftpsychose“ besonders nahe steht, muss auch bei der Strafvollstreckung der Trinker berücksichtigt werden. Die Korsakoff'sche Psychose hat hauptsächlich wegen ihrer Ausgangszustände (krankhafte Reizbarkeit und Intoleranz) strafrechtliche Bedeutung.

Im 5. Kapitel (Die chronischen Alkoholpsychosen) unterscheidet H. zwei Formen von Eifersuchtswahn: eine langsam, wenn auch oft nicht bis zur völligen

Korrektur sich bessernde Form und eine solche mit fortschreitender Wahnbildung. Letztere ist vielleicht nur eine Paranoia mit alkohol. Färbung der Wahnideen und an sie schliesst sich als klinisch verwandt an eine Psychose, bei der sich ein ausgeprägtes Verfolgungssystem gegen die Behörden entwickelt (Analogon: Querulantenwahn). Die forense Wichtigkeit dieser Formen ist sehr gross (schwere Gewalttaten, Beleidigungen, Meineide etc.), Anstaltsbeobachtung stets angezeigt. Auf Seite 118—126 gibt H. wichtige Winke für die Differentialdiagnose zwischen Paralyse und alkohol. Pseudoparalyse und warnt vor der Verwendung halb verblödeter Potatoren als Zeugen.

Kapitel 6 betont im Anschluss an die Schilderung des Habitualzustandes des Säufers, dass der Arzt sich des Gutachtens über die forense Bewertung des chronischen Alkoholismus zu enthalten hat, wenn sich nicht krankhafte Momente im engeren Sinne nachweisen lassen, und Kapitel 7 bespricht die Versorgung krimineller und gemeingefährlicher Trinker.

Überall merkt man, dass der Verfasser aus eigenen Beobachtungen und eigenem Nachdenken schöpfte; das macht die Krankheits schilderungen anschaulich und lebendig und das Studium angenehm und anregend. Mohr.

LXXX) H. Bosma: Nervöse Kinder. (Medizinische, pädagogische und allgemeine Bemerkungen. Aus dem Holländischen übersetzt.) Giessen 1904. J. Ricker'scher Verlag. Preis 1,60 Mk.

Der Verfasser der kleinen populären Schrift ist wohl ein Pädagoge, der mancherlei Medizinisches gelesen hat, aber diesen Dingen merklich viel zu fremd gegenübersteht, um kritisch auszuwählen. Daher machen seine Ausführungen vielfach einen laienhaften Eindruck, abgesehen davon, dass sie nichts Neues bringen, und verlieren sich mitunter in gutgemeinten Phantastereien, wie sie Ellen Key in ihrem Buche über das Jahrhundert des Kindes schon viel bestechender, ich möchte sagen künstlerischer vorgetragen hat.

Thiemich (Breslau).

LXXXI) Arno Fuchs: Dispositionsschwankungen bei normalen und schwachsinnigen Kindern. Beiträge zur Pädagogischen Pathologie. Heft V. Gütersloh 1904. Preis 1,20 Mk.

Der Verf. zeigt an der Hand seiner pädagogischen Untersuchungen das Vorhandensein, die praktische Bedeutung und die Ursachen von zum Teil sehr erheblichen Schwankungen im intellektuellen und affektiven Leben der Schulkinder. Häufig gehen diesen psychischen Veränderungen physische parallel oder kündigen sich durch dieselben an.

Die hauptsächlichsten Untersuchungen des Verf. beziehen sich auf schwachsinnige Kinder, bei denen er ganz generell eine pathologische Steigerung dieser Dispositionsschwankungen behauptet, ein Punkt, der dem Ref. anfechtbar erscheint, weil wohl nicht jedes schwachsinnige Kind ein labiler Neurastheniker ist.

Die — hauptsächlich für Pädagogen wichtigen — Einzelergebnisse müssen im Originale nachgelesen werden.

Thiemich (Breslau).

LXXXII) Paul Pessler: Zur Feststellung des Geisteszustandes der Beschuldigten im Strafverfahren (§ 51 R.-Str.-G.-B., § 81 Str.-Pr.-O.). Kriminalpsychiatrische Plauderei nebst einer Sammlung von Strafrechtsfällen. Braunschweig 1905. Verlag von Joh. Heinr. Meyer. 157 S. Preis 2,40 Mk.

Das vorliegende Werkchen enthält 24 Strafrechtsfälle aus der Praxis des

Verfassers. Sie sollen zunächst dessen langjährige Erfahrungen jüngeren Juristen zugänglich machen, sind aber auch für den Mediziner teilweise recht lehrreich. Den Autor haben immer drei Fragen besonders interessiert: 1. Ob es überhaupt Sache des Psychiaters ist, im Einzelfalle die Entscheidung über den Ausschluss der freien Willensbestimmung zu treffen; 2. wie sich der Sachverständige bezüglich der Verwertung aktenmässiger, aber noch nicht bewiesener Angaben verhalten soll; 3. ob es eine partielle Zurechnungsfähigkeit gibt.

Leider teilt der Verfasser nicht seine eigene Ansicht mit; dafür gibt er diejenige eines Strafjustizbeamten, eines Irrenanstalts-Direktors und eines Gerichtsarztes wieder. Der Richter spricht sich zu Punkt 1 dabei aus, der Arzt habe sich auf Feststellung krankhafter Symptome, Bezeichnung der Geisteskrankheit und den Hinweis zu beschränken, dass in ähnlichen Fällen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen sein könne. Aerztlicherseits kann wohl dieser Ansicht nicht lebhaft genug widersprochen werden. In Punkt 2 schlägt der Irrenanstalts-Direktor vor, dass in jedem Falle eine Hauptverhandlung anberaumt werden möge.

Das Buch ist teilweise mit Humor geschrieben und ein erfreuliches Zeichen des wachsenden Interesses für juristisch-medizinische Grenzfragen.

Liebetrau (Trier).

LXXXIII) Paul Maré: Die Hygiene des Geistes. Leipzig, Krüger & Co. 1905. 100 S. 1,50 Mk.

Eine populäre Darstellung bekannter Dinge und ein Lob der arzneilosen physikalisch-diätetischen Therapie nervöser Störungen bei Geistesarbeitern. G.

LXXXIV) J. Finckh: Die Nervenkrankheiten. Eine gemeinverständliche Darstellung. 3. Auflage. München, Verlag der ärztlichen Rundschau. 1905. 82 S. 1,20 Mk.

Finckh's in 3. Auflage vorliegende populäre Schrift hat in ihrer jetzigen erweiterten Form an Anschaulichkeit erheblich gewonnen, so dass der Vorwurf, der in diesem Centralblatt beim Erscheinen der 1. Auflage von Storch erhoben wurde, nunmehr nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Die neu aufgenommenen Kapitel (z. B. über die nervösen Symptome im Kindesalter, über die Bedeutung des Alkoholismus) können als besonders gelungen bezeichnet werden.

Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

1. Psychiatrie.

251) **Reuter:** Auf Grundlage von Imbezillität entstehende Psychosen. (Aus der psychiatrischen Klinik des Prof. Moravcsik in Budapest.)

(„Elme-és idegkörtan. No. 1. 1905.)

Verf. bringt die Krankengeschichten von sechs imbezillen Individuen, bei denen akute Psychosen zutage traten. Seine Beobachtungen erweisen ihm, dass die Behauptung von Krafft-Ebing's, die auf imbeziller Grundlage sich entwickelnden Psychosen hätten einen langwierigeren Verlauf, nicht stichhaltig sei; er findet diesbezüglich gegenüber dem vorher Geistesgesunden kaum einen Unterschied. Hingegen erscheint ihm wichtig jene Eigentümlichkeit der auf

schwachsinniger Grundlage entstehenden Psychosen, dass dieselben gewissermassen nur ein Rudiment der gewöhnlichen Krankheitsformen darstellen. Die manischen Zustände z. B. haben etwas Blödes, Einfältiges an sich; bei melancholischen Formen ist das depressive Element nicht so drückend, die ganze Persönlichkeit erfassend usw. — Die degenerative Grundlage war in den meisten Fällen nachweisbar und in allen fand er eine Bestätigung jener Behauptung Kraepelin's, dass bei der Entstehung dieser Psychosen neben der Imbezillität noch eine besondere Ursache tätig sei. Epstein (Budapest).

252) **Pfersdorff**: Die Remissionen der Dementia praecox.

(Zeitschr. f. klin. Medizin. 55. Bd.)

Ref. hat an 150 von 1890 bis 1900 in der Strassburger Klinik zum ersten Mal behandelten Fällen von Dementia praecox die Symptome der Remissionen einer näheren Untersuchung unterzogen. Als Resultat derselben glaubt er, die Fälle in fünf Gruppen sondern zu können. Die erste umfasst die, bei denen nach 3—5 Jahren das erste Rezidiv auftritt, welches im weiteren Verlauf zu einer schubweisen Beschleunigung der Verblödung führt, — die gewöhnliche Form der Dementia praecox. Ihre Remissionen sollen sich von denen der anderen vier Gruppen grundsätzlich unterscheiden durch den Verlust von Vorstellungen und durch „die Entstehung neuer pathologischer Assoziationen“, der „Vorbeireaktionen im weitesten Sinne des Wortes“. Im Gegensatz hierzu weisen die übrigen vier Gruppen im wesentlichen keine Reduktion des geistigen Besitzstandes auf, ihr gemeinsames Merkmal ist lediglich die durch den akuten Schub gesetzte Dissoziation der geistigen Fähigkeiten. Sie enthalten die „sogenannten Geheilten“, sozial Möglichen, bei denen seit der ersten Erkrankung noch kein Rezidiv auftrat. Die Dauer der Remission schwankt in den einzelnen Fällen von 4 bis zu 17 Jahren. In welchen Formen eines partiellen Defektes die Dissoziation sich äussert, wird an 30 Katamnesen zu zeigen versucht. Sie zerfallen ihrerseits wieder in vier Gruppen. Die Kranken der zweiten Gruppe sind ausgezeichnet durch Rededrang mit äusserlicher Euphorie. Die Dissoziation zeigt sich bei ihnen dadurch, dass die bei ihnen bestehenden motorischen Reizerscheinungen selbständig, ohne eine affektive Komponente, verlaufen. Die fünfte Gruppe unterscheidet sich von den anderen durch die Labilität des Affektes. Die Dissoziation besteht hier in dem Unvermögen, Vorstellungen anders als auf emotiver Basis zu assoziieren, Reize anders als mit Affektschwankungen zu beantworten. Bei der dritten und vierten Gruppe fallen Reizerscheinungen (motorische Erregung der zweiten und Labilität des Affektes der fünften) weg und kommt die Dissoziation rein zum Ausdruck in der Unfähigkeit, andere als die gut eingeübten Assoziationen zu mobilisieren, „Fassungslosigkeit bei ungewohnten Ereignissen“ etc. Bei den Kranken der zweiten und fünften Gruppe sind öfters Phasen depressiven Verhaltens zu konstatieren, die, zumal da die katatonischen Symptome zurücktreten, bewirken, dass sie vielfach zum manisch-depressiven Irresein gerechnet werden. Diese Phasen sind aber nach Ref. nichts anderes als Vertiefungen des Partialdefektes, Schwankungen der Reizsymptome bis zur Ausbildung des entgegengesetzten Zustandes, wodurch also in der zweiten Gruppe das Bild der Gebundenheit, in der fünften das der Depression mit Eigenbeziehung entstehen kann. Die Kranken der letzten vier Gruppen sind sämtlich sozial möglich und arbeitsfähig, da zwar nur in früher Zeit eingeübte Handlungen produziert werden, diese selbst aber an sich nicht krankhaft sind.

Die geistreiche und bestechende Beweisführung des Verfassers kann im einzelnen nicht referiert, sondern muss gelesen werden. Ob bei der Deutung mancher recht allgemeiner Symptome nicht einige Willkür mit unterlaufen ist, kann bei der Kürze der gegebenen Katamnesen nicht beurteilt werden. Eine ausführliche Mitteilung derselben wäre auch aus dem Grunde wünschenswert gewesen, weil bei manchem, auch für den, der den klinischen Standpunkt des Verfassers teilt, die Diagnose *Dementia praecox* zweifelhaft bleibt.

Ast (München).

253) **Raecke:** Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia.

(Archiv f. Psychiatrio. Bd. 39. Heft 2.)

Nach einer kritischen Würdigung der über die chronischen Geistesstörungen der Trinker vorliegenden Literatur gelangt R. zur Aufstellung von drei Gruppen: 1. die terminalen Schwächezustände im Sinne Kraepelin's, welche nach *Delirium tremens* oder akutem halluzinatorischen Wahnsinn zurückbleiben; 2. transitorische paranoide Erregungen, welche, durch Trinkexzesse gelegentlich und immer wieder ausgelöst, eine chronisch remittierende Psychose darstellen, die bei Abstinenz schliesslich in Genesung übergeht; 3. die chronische Alkoholparanoia. Die letztere, obwohl schon öfters beschrieben, habe wegen ihrer Seltenheit noch keine allgemeine Anerkennung als wohlcharakterisierte Krankheitsform gefunden. Als typische Beispiele einer solchen beschreibt R. ausführlich fünf Fälle, bei denen unter dem Einfluss jahrelangen Potus teils schleichend, teils im Anschluss an *Delirium tremens* akut einsetzend, ähnlich der klassischen Paranoia eine systematische fortschreitende Wahnbildung mit Umwandlung der gesamten Lebensauffassung bei gut erhaltener formaler Logik sich entwickelte. In allen Fällen spielte der Eifersuchtswahn eine grosse Rolle, in zwei Fällen gesellte sich Grössenwahn hinzu. Allen eigentümlich war eine hartnäckige Neigung zum Querulieren. In einem Fall fand sich zugleich Alkohol-epilepsie. Die Krankheitsgeschichten sind überzeugend. Die Beobachtungszeit schwankt zwischen 3 und 14 Jahren. Die den Fällen zum Teil anhaftende Urteilschwäche mit moralischen Defekten genügt nach R. nicht, um sie in die terminalen Schwächezustände Kraepelin's einzureihen, da es sich nicht um einen Endzustand, sondern um stete Fortentwicklung handle. Von den paranoiden Erregungen (s. o.) unterscheiden sie sich durch den Ausgang. Eine Genesung, auch bei vollständiger Abstinenz, tritt nicht ein, ebensowenig eigentliche Verblödung. Die Annahme einer zufälligen Kombination zwischen Alkoholismus und Paranoia lehnt R. mit Hinweis auf die Art der Krankheitsentwicklung in seinen Fällen als gezwungen ab. Dagegen lässt er die Frage einer erbten paranoiden Veranlagung offen, wenn auch die Hereditätsverhältnisse seiner Fälle nicht zu ihren Gunsten sprechen.

Ast (München).

254) **A. Schott:** Ueber Hypochondrie und hypochondrische Zustände.

(Berliner klin. Wochenschr. 1904. No. 51.)

Schott schildert zunächst die geschichtliche Entwicklung der Lehre von der Hypochondrie bis zur neuesten Zeit (Raecke, Wollenberg) und gibt dann in Kürze seine eigenen Anschauungen. Er erklärt die Hypochondrie für keine nosologische Einheit, sondern für einen Ausdruck der Entartung. Hypochondrische Zustände seien häufig bei Neurasthenie und Hysterie, kommen gelegentlich bei allen Psychosen vor; sie werden bei der *Dementia praecox* oft in ihrer Bedeutung verkannt und als Symptome neurasthenischer oder hysterischer Er-

krankung aufgefasst. Sie führen leicht zum Selbstmord, bezw. zur Selbstbeschädigung. Hypochondrisch Verrückte werden nicht selten gemeingefährlich. Beimischung hypochondrischer Züge bei heilbaren Psychosen lässt meist einen etwas protrahierten Verlauf erwarten. Bei allen hypochondrischen Zuständen empfiehlt sich eine sorgfältige körperliche Untersuchung; periphere Reizzustände sind zu beseitigen. Mit der Verabreichung von Arzneimitteln muss man bei Hypochondern besonders vorsichtig sein. Gaupp.

255) **Leppmann**: Querulantenwahn und Zwangsvorstellungen.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung. 1903. No. 14.)

Es gibt vereinzelte Fälle von Querulanten, die weder zum ausgesprochenen Schwachsinn gehören, noch die die deutlich ausgesprochene paranoische Verallgemeinerung von Beeinträchtigungsvorstellungen zeigen, und bei denen sich dennoch der Arzt der Ueberzeugung nicht verschliessen kann, dass dieses Reagieren gegen vermeintlich erlittenes Unrecht mit einer freien Willensbestimmung nicht mehr vereinbar ist.

Solche Individuen sind gedrückt, wehmütig; sie haben eine Einsicht dabei, dass es für sie am besten wäre, zu schweigen; sie versuchen auch ihre Gedanken von ihren Prozess- und Rechtsangelegenheiten abzuwenden, aber sie unterliegen dem mit der Gemütsverstimmung einhergehenden Zwange. Resigniert äussern sie: ich kann nicht anders.

Verf. subsumiert derartige Fälle unter Irresein mit Zwangsvorstellungen.

Diese Kranken sind meist belastet und haben schon vor Eintritt des Querulantentums gewisse seelische Anomalien, besonders der Stimmung, gezeigt. Bei ihnen ist die Möglichkeit eines Nachlassens der Krankheit viel grösser als bei den anderen Formen; auch hier kann die Entmündigung nicht selten heilsam wirken.

Verf. teilt eine einschlägige Beobachtung nebst Gutachten ausführlich mit.

Ernst Schultze.

256) **M. Friedmann**: Ueber neurasthenische Melancholie.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XV. 1904. S. 301 u. 358.)

Vergl. Friedmann's Vortrag (Karlsruhe, 14. XI. 3.): dieses Centralblatt XIV. 1903. S. 780.

Bumke.

257) **Sipőcz**: Ueber konjugale Paralyse. (Aus der psychiatrischen Klinik Prof. Moravcsik's in Budapest.)

(Orvosi Hetilap, 1905. „Elme- és idegkörtan“. No. 1.)

Aus dem in den letzten 11 Jahren beobachteten Krankenmateriale der Klinik stellt Verf. drei Fälle konjugaler Paralyse, von denen einer bereits früher von Ringer publiziert wurde, und einen von Paralyse des Mannes und Tabes der Frau zusammen. Lues in den drei ersten Fällen unzweifelhaft nachgewiesen, im vierten mehr als wahrscheinlich (die Frau war puella publica). Somit sicher nachweisbare Lues in 75 %, was mit den Beobachtungen anderer Autoren in Uebereinstimmung ist. Verlässliche Daten bezüglich Heredität waren nicht erhältlich. Von anderen ätiologischen Momenten kamen materielle Sorgen, angestrengte Arbeit etc. in Betracht.

Epstein (Budapest).

258) **L. Marchand**: Un cas de paralysie générale juvenile avec examen micrographique.

(Rev. de psych. Mars 1903.)

Verf. fasst sein Ergebnis dahin zusammen: Die Diagnose ist im Beginn

der jugendlichen allgemeinen Paralyse oft schwierig. Aetiologisch liess sich nichts eruieren. Klinisch bot sich das Bild einfacher Demenz. Die motorischen Störungen waren im vorliegenden Falle sehr wenig ausgesprochen. Das Rückenmark bot wenig Veränderungen dar. Die Rindenveränderungen entsprachen durchaus denen bei erwachsenen Paralytikern. Schott.

259) **Mönkemöller**: Zum Kapitel der konjugalen Paralyse.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung. 1905. No. 2.)

Verf. benutzt die vorliegende kasuistische Mitteilung, um auf die praktische Bedeutung des Auftretens von Paralyse bei Ehegatten für die Stellung der Diagnose und Prognose bei dem später erkrankenden Gatten hinzuweisen, zumal die Anfangsstadien der Paralyse oft unklare Krankheitsbilder darstellen. Vielleicht wird der Richter sich durch eine solche Argumentation auch beeinflussen lassen. Ernst Schultze.

260) **Klippel**: Lésions de la moelle et des nerfs spinaux dans la paralysie générale. (Rev. de psych. Oct. 1903.)

Nach Verf. haben die spinalen Veränderungen im Gefolge der allgemeinen Paralyse einen doppelten Ursprung: 1. ausgehend von den primären Krankheitsherden im Rückenmark, 2. in Zusammenhang stehend mit den sekundären encephalitischen Prozessen. Schott.

261) **L. Marchand**: Ein Fall von sich rapid entwickelnder Tabes bei allgemeiner Paralyse. (Rev. de psych. Oct. 1902.) Schott.

Kasuistische Mitteilung.

262) **W. Alter**: Ein Fall von Sprachstörung.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XV. 1904. S. 214.)

Bei einem Paralytiker trat plötzlich Wortstummheit auf; am zweiten Tage bestand seine Sprache nur aus Verbindungen der fünf Vokale mit einem tief gutturalen R, derart, dass statt Ofen: orror, statt Bett: err, rerrr, statt Liebe: rriro gesagt wurde. Später wechselte dieser Zustand mit völlig normaler, nur artikulatorisch gestörter Sprache ab. Verf. nimmt eine subkortikale Störung an. Bumke.

263) **Schäfer**: Zur Kasuistik der progressiven Paralyse.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LX, 4.)

Der eine der mitgeteilten Fälle ist bemerkenswert durch seine lange Dauer (zum mindesten 16 Jahre), der andere durch eine zweijährige so gute Remission, dass der Kranke auf neuen Tätigkeitsgebieten sich einarbeitete und Tüchtiges leistete, so dass die Entmündigung aufgehoben werden musste und die Diagnose zweifelhaft wurde. Der Weiterverlauf bestätigte sie aber, wie sie auch im ersten Fall sicher gestellt ist. Chotzen.

264) **Donath**: Behandlung der progressiven Paralyse sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusion.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LX, 4.)

Verf. machte Paralytikern Infusionen mit einer dem Blute isotonischen Lösung verschiedener Natrium- und Kaliumsalze (die genaue Zusammensetzung muss im Original nachgesehen werden) und will stets günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden gesehen haben. Schlaf und Appetit besserten sich, auch die körperlichen und psychischen Symptome liessen nach. Ebenso glaubt er die rasche Heilung einer Tetanie und die Besserung einer Melancholie auf

solche Infusionen zurückführen zu können. Es wurden 500—800 ccm in einer Sitzung infundiert; bei Paralytikern folgt darauf Temperatursteigerung bis 38,0—39,0°, die aber ohne schlimme Bedeutung ist. Kochsalzlösung leistete dasselbe. Chotzen.

265) **Buder**: Einseitige Grosshirnatrophie mit gekreuzter Kleinhirnatrophie bei einem Fall von progressiver Paralyse mit Herderscheinungen. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LX, 4.)

Bei einer unter dem klinischen Bilde der progressiven Paralyse verlaufenen Erkrankung mit dauernder rechtsseitiger Hemiplegie, die nach Anfällen zurückgeblieben war, fand sich neben allgemeiner Atrophie des Gehirns eine besonders hochgradige der linken Grosshirn- und der rechten Kleinhirnhemisphäre, in ersterer hauptsächlich über Stirnhirn und vordere Zentralwindung verbreitet, in letzterer herdförmig. Der Befund muss als eine Lokalisierung des paralytischen Prozesses im Sinne Lissauer's gedeutet werden; gegen eine schon vorher bestehende Asymmetrie spricht die Symmetrie des Schädels, seine normale Kapazität und die fehlende Hypoplasie des zugehörigen Hirnschenkelfusses. Die Ursache der Lähmung war in der hochgradigen Degeneration der Zellen der motorischen Rinde zu finden.

Die in den Pyramidenvorder- und Seitensträngen gefundenen Degenerationen werden nicht als abhängig von der des Gehirns, sondern als primäre aufgefasst. Mit der Ausbreitung der Erkrankung auf die Seitenstränge wird nach Gaupp die Wiederkehr der geschwundenen gewesenen Patellarreflexe erklärt. Chotzen.

266) **Boss**: Erfahrungen über die Verwertbarkeit des Borneyvals. (Medizinische Klinik 1905.)

Nach den klinischen Untersuchungen des Verf. soll das Borneyval gegenwärtig „das beste Analeptikum“ (?) sein, es soll bei neurasthenischen und hysterischen Zuständen eine „stets gute und wohlthätige Wirkung entfalten“ und soll auf nervöse Herzbeschwerden einen fast spezifischen Einfluss haben.

Spielmeyer.

267) **M. Rosenfeld**: Ueber Herdsymptome bei den zur Verblödung führenden Psychosen.

(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 56, S. 49 ff., 1905.)

Bei 9 Fällen von Demenz bei chronischem Alkoholismus, Dementia seniles, Demenz nach Epilepsie, katatonischer Demenz und Dementia praecox finden sich Ausfallserscheinungen, die Verf. mit einer gewissen Reserve als Herdsymptome bezeichnet: Störungen des Benennungsvermögens, asymbolieartige Störungen, Paraphasie, Echolalie, apperceptive Blindheit, Störung des Nachsprechens und Nachschreibens, endlich schlaffe und spastische Hemiplegien, anfallsweise auftretender Sprachverlust, zentrale Facialisparesie. G. Liebermeister.

268) **A. Hoche**: Zur Frage der „erblichen Belastung“ bei Geisteskrankheiten. (Medizinische Klinik 1905, No. 18.)

In Form einer Vorlesung schildert der Freiburger Kliniker unser Wissen (oder man könnte fast mit mehr Recht sagen: unser Nichtwissen) über das Wesen und die Umgrenzung des Begriffes „erbliche Belastung“, wie er in der Psychiatrie gebräuchlich ist. Er erläutert die Mängel jeder Massentatistik, weist auf die Lorenz'schen Anschauungen (Ahnentafel statt Stammbaum notwendig!) hin, betont die völlige Wertlosigkeit unserer amtlichen Erb-

lichkeitsstatistik und erwartet mit Recht nur von einer sorgfältigen Individualstatistik einen Fortschritt unserer Erkenntnis. Auf diesem Gebiet winke namentlich den Aerzten der Privatheilanstalten eine lohnende Aufgabe. Gaupp.

269) A. Pick: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Psychiatrie und Neurologie.

(Wiener klinische Wochenschr. 1905, No. 1, 2 und 7.)

I. Weiterer Beitrag zur Lehre von der Mikrographie.

Pick reiht seinen vor kurzem mitgeteilten Fällen von Mikrographie einen weiteren an, der eine Hysterische mit Dämmerzuständen betraf. In den letzteren war zeitweilig Mikrographie verbunden mit Makropsie zu beobachten. Pick glaubte anfänglich die naheliegende Erklärung des ersteren Symptoms als eine durch die Makropsie bedingte Urteilstäuschung abweisen zu müssen, da eine solche bei normalem Verhalten der Sensibilität und des Muskelsinnes sofort eine Korrektur erfahren müsste. Es seien vielmehr beide Symptome Folge eben einer Störung des Muskelsinnes, der Kinästhesie in dem Sinne, dass kleine Bewegungen sowohl der inneren Augen- wie der Handmuskeln ausserordentlich gross erscheinen, weshalb gegebene Objekte gesehen und auszuführende Bewegungen kleiner bemessen werden müssen. Diese gesetzmässige Beziehung zwischen Makropsie und Mikrographie schien gestützt durch einen anderen Fall aus der Literatur, in dem eine Störung der Kinästhesie im umgekehrten Sinn Mikropsie und Ueberschätzung der Bewegungen zur Folge gehabt hatte. Im weiteren Verlauf konnte aber festgestellt werden, dass die Kranke keinerlei kinästhetische Störungen in den Handbewegungen oder sonstwo aufwies, und beim Schliessen beider Augen normal schrieb. Es war also die Annahme einer durch die Sehstörung bedingten Urteilstäuschung richtig. Den Grund für das Ausbleiben der Korrektur von seiten des Muskelsinnes vermutet der Verf. in der durch den Dämmerzustand bedingten Dissoziation.

II. Ueber anfallsweise auftretende euphorische Stimmung bei Hirntumor.

Bei einem Fall von Hirntumor mit epileptiformen Anfällen waren, ohne sichtlichen Zusammenhang mit letzteren, Anfälle von Euphorie zu beobachten. Da es sich um eine symptomatische Epilepsie handle, die ähnliche Zustände wie die echte Epilepsie schaffe, glaubt Verf. diese euphorischen Krisen mit den psychischen Aequivalenten der Epileptiker in eine Reihe zu stellen und als Aequivalente des rindenepileptischen Anfalls ansprechen zu dürfen.

III. Ueber entoptische Wahrnehmung des eigenen Blutkreislaufes und ihre Bedeutung in der Lehre von den Gesichtshalluzinationen.

Ein Tabiker mit Sehnervenatrophie, völliger Amaurose — aber auch früheren Halluzinationen auf akustischem Gebiet — schilderte Gesichtswahrnehmungen ganz ähnlich den von Helmholtz, Exner u. a. über die Wahrnehmung des eigenen Blutkreislaufes berichteten. Auf Grund dieser Uebereinstimmung glaubt P. jene ebenfalls als entoptische Wahrnehmungen des Blutkreislaufes ansprechen zu müssen. Die Möglichkeit hierzu sei gegeben, da selbst in den ältesten Atrophien sich noch Achsenzylinder mit Fibrillen vorfänden. Die Amaurose wirke vielleicht begünstigend auf die Wahrnehmung der subjektiven Erscheinungen.

IV. Ueber Halluzinationen in pathologisch veränderten sensorischen Mechanismen.

Ein früher luetischer Kranker mit ungleichen Pupillen, Facialisdifferenz, Steigerung der Patellarreflexe, Euphorie und schwachsinnigen Grössenideen, ferner linksseitigen Krampfanfällen erlitt, kombiniert mit einem Anfall von rechtsseitigem sensiblen Jackson eine sensorische Aphasie mit Paraphasie von eintägiger Dauer. Am folgenden Tag halluzinierte er auf dem rechten Ohr, und zwar ebenfalls verstümmelte, sinnlose Silben, am Abend halluzinierte er noch, aber nicht mehr paraphasisch, bis nach 4 Tagen die Halluzinationen ganz aufhörten. Verf. glaubt, dass das erkrankte Gehörorgan durch mechanische Erschütterung (Fahren vom Bett in den Hörsaal) oder auch durch adäquate Reize zur Produktion von Halluzinationen gereizt wurde. Neben dem Nachweis der kortikalen Auslösung einseitiger Gehörhalluzinationen sieht er den Hauptwert der Beobachtung in der durch sie bewiesenen (?) Tatsache, dass defekte cerebrale Mechanismen auch mit entsprechender defekter Funktion auf Reize reagieren.

Ast (München).

270) **W. Seiffer** (Berlin): Ueber psychische, insbesondere Intelligenzstörungen bei multipler Sklerose.

(Arch. f. Psychiatrie, Bd. 40, Heft 1.)

Auf Grund von 10 psychologisch genau untersuchten Fällen stellt Seiffer folgendes fest: Es gibt in bezug auf Intelligenz völlig intakte Fälle von multipler Sklerose, sie sind aber viel seltener, als bisher infolge des Mangels systematischer Intelligenzprüfungen angenommen wurde. Die „polysklerotische Demenz“ zeigt vor allem Störungen im Gedächtnis für jüngst vergangene, aber auch für weit zurückliegende Eindrücke, Störungen der Ideenassoziationen, besonders der rückläufigen und der Aufmerksamkeit, ferner eine Verlangsamung des Tempos der intellektuellen Leistungen. Sie verbindet sich beinahe immer mit deutlicher Euphorie oder Neigung zu plötzlichem Stimmungswechsel, der quantitativ lange Zeit in keinem Verhältnis steht zu dem meist geringen Grade der Demenz. Mit Recht betont übrigens der Verfasser, dass es weiterhin, um ganz klare Resultate zu bekommen, der Untersuchung Gesunder aus demselben Milieu mit denselben Methoden und ferner derselben Kranken nach Ablauf längerer Zeit bedürfe, eine Aufgabe, der er sich noch unterziehen will. Dass solche „Intelligenzprüfungen“ heute noch an mancherlei Mängeln notwendigerweise kranken, schmälert das Verdienst dieser Arbeit nicht.

Mohr.

271) **Melvine**: On the influence of mode of life upon the blood of inmates of a hospital for the insane.

(Amer. Journ. of Insanity. Vol. 61, No. 1.)

Verf. fand, dass bei neu in die Anstalt aufgenommenen Kranken der Hämoglobingehalt des Blutes 60—70% betrug; bei chronischen Anstaltsinsassen schwankte er zwischen 50 und 70%, und bei den mit Aussenarbeiten beschäftigten Kranken betrug er 70—90%.

Kölpin (Bonn).

272) **Dunton**: Some observations upon blood pressure in the insane.

(Amer. Journ. of Insanity. Vol. 61, No. 1.)

Auf Grund seiner Untersuchungen kann Verf. die Angaben früherer Autoren, dass der Blutdruck bei Depressionszuständen verstärkt und bei Excitationszuständen vermindert sei, sowie dass das Verhalten der Motilität von grösserem Einfluss auf den Blutdruck sei, wie das psychische Verhalten bestätigen. Eine feuchte Haut hat nach Verf. keinen Einfluss auf den Blutdruck.

Einen konstanten Wechsel des Blutdrucks, wie er von Schaeffer u. a. behauptet worden ist, konnte Verf. nicht feststellen. Kölpin (Bonn).

273) **Coriat**: Reduplicative Paramnesia.

(Journ. of Nerv. and. Ment. Disease. 1904.)

Verf. ist in der Lage gewesen, 2 Fälle zu beobachten, die die Erscheinung einer vor kurzem von Pick beschriebenen eigenartigen Form der Erinnerungstäuschung, der reduplikativen Paramnesie, zeigten.

1. Fall. 38jähr. Mann; Potator; mehrmals Delirium; zeigte den Korsakow'schen Symptomenkomplex mit polyneuritischen Erscheinungen. Lange Zeit hindurch gab er an, es existiere ein Mann desselben Namens wie er; dieser sei vor mehreren Jahren in der Anstalt gewesen, wo er — Pat. — ihn mehrmals besucht habe. Weiterhin beschrieb er, wie die Anstalt damals ausgesehen, wer die Aerzte gewesen etc. Den Doppelgänger beschrieb er mit geringfügigen Abweichungen als sich selber. Er versetzte also confabulatorisch sein imaginäres zweites Ich — von dem er übrigens immer nur in der dritten Person sprach — in seine augenblickliche Lage, verlegte das Erlebnis aber mehrere Jahre zurück.

2. Fall. 40jähr. Mann; Potator; Alkoholdegeneration; Herabsetzung der Merkfähigkeit. Orientierung erhalten. Dieser Kranke versicherte eine Zeit hindurch aufs Bestimmteste, dass er schon mehrmals in früheren Jahren und unter gleichen Verhältnissen in der Anstalt gewesen.

Verf. glaubt, dass die reduplicative Paramnesie zurückzuführen sei auf Dissoziationsvorgänge und Störungen des „Bekanntheitsgefühls“. Die Erscheinung ist anzutreffen bei der Paralyse, der senilen Demenz, dem Delirium tremens und anderen alkoholistischen Psychosen, also stets bei Erkrankungen, die mit starker Schädigung der Merkfähigkeit und Neigung zu „Confabulationen“ einhergehen. Kölpin (Bonn).

274) **Folin**: Some metabolism studies. With spezial reference to mental disorders.

(Amer. Journ. of Insanity. Vol. 60 u. 61.)

Auf Grund ausgedehntester Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultat, dass es keine nachweisbare Störung des Stoffwechsels gebe, die für die eine oder andere Form psychischer Erkrankung irgendwie charakteristisch sei. Behauptungen, dahin gehend, dass bei bestimmten Psychosen gewisse Bestandteile des Urins vermehrt oder vermindert seien, müssten als unglaubwürdig gelten.

Kölpin (Bonn).

275) **A. Pick**: Zur Psychologie des Vergessens bei Geistes- und Nervenkrankheiten.

(Arch. f. Kriminal-Anthropolog. u. Kriminalistik.)

P. betont, dass der besonders von Freud für die Psychopathologie des Alltagslebens gewürdigte Mechanismus des Vergessens auch auf dem Gebiet der Geistes- und Nervenkrankheiten eine häufig unterschätzte Rolle spielt und stellt die diesbezüglichen Erscheinungen zusammen. Dieser Mechanismus besteht bekanntlich darin, dass sich das mit gewissen vergessenen Vorstellungen verknüpfte Unlustgefühl gegen die Reproduktion derselben sträubt und letztere unbewusst verhindern kann. Er ist im Spiel bei den Erinnerungsdefekten und -Täuschungen der Querulanten, der senilen Dementia (wofür zwei sehr prägnante Beispiele mitgeteilt werden), bei den verschiedenen Formen der hysterischen

Amnesie. Auch das Ganser'sche Symptom, wenigstens das in den kriminellen Fällen beobachtete, gehöre zum Teil hierher. A. St.

276) **Sanger Brown**: A report of three medicolegal cases involving the diagnosis of chronic delusional insanity.

(Amer. Journal of Med. Sciences. Jan. 1904.)

Verf. teilt drei Fälle von Eifersuchtswahn mit. Der erste Kranke befand sich im Alter von 54 Jahren. In keinem der Fälle bestand Alkoholismus oder dergleichen. Halluzinationen wurden nicht beobachtet. Der erste und dritte Fall blieben ungeheilt, beim zweiten verschwanden alle krankhaften Symptome — die Berechtigung, den ersten Fall überhaupt als Irresein zu bezeichnen, erscheint Ref. fraglich. Die deutsche Litteratur über ähnliche Fälle scheint dem Verf. unbekannt zu sein. Kölpin (Bonn).

277) **Vigouroux und Juqueller**: Délire et petit brightisme.

(Arch. de Neurol. Juli, August, September 1903.)

Acht einschlägige Fälle, in denen Beziehungen zwischen den psychischen Erscheinungen (deliriöse oder depressive Zustände) und leichten urämischen Attacken zu bestehen scheinen; sie sind nicht alle einwandfrei, in einzelnen dürfte der Alkohol eine nicht unwesentliche Rolle spielen.

Die Verfasser beanspruchen mit ihren Ausführungen nicht, einen abgeschlossenen klinischen Typus zu konstituieren, sondern begnügen sich mit der Feststellung eines Zusammenhanges zwischen Psychose und somatischen Krankheitserscheinungen. Bennecke (Dresden).

278) **Bernstein**: Ueber die Dementia praecox.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LX, 4.)

Verf. findet den Namen „Dementia praecox“ für die von Kraepelin charakterisierte Psychose nicht passend, einmal wegen der möglichen Verwechslung mit Formen, die von andren unter demselben Namen beschrieben wurden, dann weil das eigentlich Charakteristische der Erkrankung, die Eigentümlichkeit der motorischen Erscheinungen, darin nicht zum Ausdruck kommt. Die katatonischen motorischen Symptome sind von der Attonität und der Flexibilitas cerea des zirkulären Stupors wesentlich verschieden. Sie sind ganz unabhängig vom emotionellen Zustand des Pat., „rein gymnastische“ und zwar ebenso wie die Stereotypien, auch Stupor und Mutazismus, der hier nicht auf Denkhemmung und Mangel an Aktivität beruht, sondern auf einem hinzutretenden aktiven Moment, dem Negativismus. Dieser strebt vom Bewusstseinszustand unabhängig immer nur das Gegenteil der geforderten Bewegung zu verwirklichen — die negative Seite der Subordination unter äussere Einflüsse, deren positive die Befehlsautomatie ist. Die Unabhängigkeit und Plötzlichkeit der motorischen Erscheinungen beruht auf der Abstumpfung der emotionellen Erregbarkeit, sie sind nicht der Ausfluss eines normalen Willens, d. h. also Resultat des emotionellen Kampfes widerstreitender Motive, sondern die automatischen Momente, eingeprägte und eingetübte Schablonen und die „Inerz“ überwiegen.

Diese motorischen Phänomene haben nun muskuläre Begleiterscheinungen in der Verlangsamung der Erregungsleitung und Pseudohypertonie, wie sie im sogenannten Muskelwulst in die Erscheinung treten, einem Kennzeichen der gesteigerten Erschöpfbarkeit, die ausser in der Pubertät hauptsächlich bei Stoffwechselstörungen und Autointoxikationen vorkommt, so also auch bei der

Dementia praecox. Nach diesen paratonischen Spannungen schlägt nun Verf. vor, die Krankheit zu nennen und analog der „*Dementia paralytica progressiva*“ von einer „*Dementia paratonica progressiva*“ oder kurz „*Paratonia progressiva*“ zu sprechen.

Für einen grossen Teil der hebephrenen und paranoiden Formen wäre dieser Name aber doch wohl kaum charakteristischer als „*Dementia praecox*“?
Chotzen.

279) **Brodmann, K.**: Experimenteller und klinischer Beitrag zur Psychopathologie der polyneuritischen Psychose. B. Experimenteller Teil. (Journ. f. Psychol. u. Neurolog. Bd. III. 1904. S. 1—48.)

An zwei Kranken mit Korsakow'schem Symptomenkomplex, welche er in Bd. I der gleichen Zeitschrift, S. 225 ff, klinisch beschrieben hatte, nahm B. psychologische Versuchsreihen während 8 Monaten auf. Bei einem konnten die Experimente bis in die Zeit völliger Genesung fortgesetzt werden.

Von psychologischen Methoden kamen das Erlernungsverfahren sinnloser Silben von Ebbinghaus, vor allem aber das zu pathologischen Studien besonders geeignete Trefferverfahren nach Müller und Pilzecker zur Verwendung. Es wurden längere und kürzere Reihen von je zwei sinnlosen Silben öfters wiederholt und nachher geprüft, wie oft zu einer gegebenen ersten Silbe die richtige Nachsilbe von der Versuchsperson reproduziert werden kann. Die aus zwei Konsonanten und einem Vokal bestehenden Silben wurden zur Vermeidung von Assoziationen durch Koexistenz rein akustisch durch Vorlesen in trochäischem, mit der Uhr kontrolliertem Takte eingeprägt. Sofortige Prüfungen ergaben, dass die Auffassung in der Regel eine gute war. Die Versuchsergebnisse konnten also zur Beurteilung der Gedächtnisfunktionen verwendet werden.

Beim Erlernungsverfahren zeigte es sich, dass die Kranken im Höhestadium der polyneuritischen Psychose überhaupt nicht imstande sind, zusammenhängende Vorstellungsreihen von bestimmter Beschaffenheit sich derart einzuprägen, dass sie reproduziert werden können. Selbst hohe Wiederholungszahl ist fruchtlos und stiftet eher Verwirrung. Eine einmal gemachte Fehlreaktion perseveriert mit grösster Hartnäckigkeit und die Kranken geben an, diese falschen Silben drängen sich förmlich gewaltsam ins Bewusstsein. Auch nach weit vorgeschrittener klinischer Genesung bleibt eine starke Herabsetzung der Merkfähigkeit nach dem Verfahren der unmittelbaren Erlernung. „Die Steigerung der Merkfähigkeit im psychologischen Versuch hält nicht gleiche Schritte mit der Besserung der klinischen Symptome“.

Beim Trefferverfahren sind die verschiedenen Versuchsbedingungen von Einfluss auf den Ausfall des Experimentes. Mit zunehmender Länge der Silbenreihen werden die Treffer äusserst gering. Der Verf. nimmt an, die Krankheit erzeuge eine Assoziationshemmung, welche sich um so stärker zeige, je grösser die Zahl der Assoziationsglieder ist. Mit der Genesung gleichen sich diese Hemmungen aus und zwar an langen Reihen in verhältnismässig höherem Grade als an kurzen. Grosse Zahl der Wiederholungen hat bei den langen, zwölf-silbigen Reihen keine entsprechende Vermehrung der Treffer zur Folge, während bei kurzen Reihen die relative Trefferzahl mit den Wiederholungen wächst. In der Genesung nehmen die Trefferzahlen fortwährend zu und zwar verhältnismässig mehr für die hohen Wiederholungszahlen als für die niedrigen

und rascher an den langen Silbenreihen als an den kurzen. Mit wachsendem Zeitintervall zwischen Einprägung und Reproduktion ist eine zunehmende Verminderung der richtigen Fälle zu konstatieren und zwar schreitet die Abnahme der Trefferzahl relativ rascher fort, als die Zeitintervalle zunehmen, die Zahl der falschen Fälle wächst stetig. Schon nach einer Stunde wurden keine richtigen Nachsilben zu den vorgelesenen Vorsilben mehr reproduziert. Die Assoziationen müssen also bei der Korsakow'schen Psychose lediglich unter dem Einfluss der Zeit sehr rasch an Kraft verlieren.

Die klinische Beobachtung hatte es wahrscheinlich gemacht, dass Vorstellungen, welche nach ihrer Aufnahme ins Bewusstsein soweit verdunkelt und vergessen waren, dass sie nicht mehr frei reproduziert werden können, gleichwohl latente Erinnerungsspuren im Gedächtnis zurücklassen. Mit der Methode des wiederholten Erlernens könnte diese Erscheinung auch experimentell nachgewiesen werden. Die scheinbar gänzlich vernichteten Vorstellungen wirken als latente Disposition fort.

Besonders wichtig ist die Untersuchung der Fehlreaktionen. Während der Krankheit überwiegen sie in starkem Masse zu Ungunsten hauptsächlich der richtigen, weniger der Nullfälle. In der Genesung zeigt sich eine zunehmende Verminderung der Fehler neben einer entsprechenden Vermehrung der Treffer und der Nullfälle. Unter den Fehlern sind in der Krankheit die Teiltreffer (zwei Buchstaben der Silbe richtig) und die reihenrichtigen falschen Fälle erheblich vermehrt. Auch die übrigen Fehler sind meistens aus der Versuchskonstellation zu erklären, es sind Umkehrungen, Kombinationen aus dagewesenen Silben, Silben aus anderen Reihen, wobei Perseverationstendenzen, rückläufige Assoziationen, Assoziationen durch mittelbare Folge und ähnliches wirksam sind.

Sehr schön zeigt sich im Experiment die vermehrte Perseverationstendenz der Korsakow'schen Psychose, die vermehrte Neigung gewisser Vorstellungen, frei ins Bewusstsein zu steigen oder ein abnorm langes Verharren derselben im Bewusstsein. Die perseverierenden Silben haben hier einen sechs und mehrfach höheren Prozentsatz als in den normalen Versuchsreihen von Müller und Pilzecker. Diese Steigerung hat auch extensiven Charakter, sie ist von längerer Nachdauer.

Schiesslich wurde mit einer besonderen Variation der Methode noch geprüft, wie viele Silben nach bestimmter Zeit unter einer neuen Folge von Silben als schon dagewesen richtig wiedererkannt werden. Auf der Höhe der Erkrankung trat in 25 % aller Fälle eine Fälschung der Erinnerung ein, nach vorgeschrittener Genesung dagegen nur noch in 6 %. Leider konnten hier, wie in den anderen Fragen die Versuchsreihen nicht mit gleichwertigen Versuchen an Gesunden verglichen werden. Die Versuche anderer Autoren sind doch nur ein ungenügender Ersatz.

Die Arbeit gibt eine sehr schöne Bestätigung und psychologische Vertiefung der klinisch bekannten Symptome der polyneuritischen Psychose.

v. Muralt.

280) **Raecke**: Ein Fall von Korsakow'schem Symptomenkomplex nach Strangulation.

(Journ. f. Psycholog. u. Neurolog. Bd. III. 1904. S. 165—169.)

Bei einer 37jährigen Patientin stellten sich nach schwerem Erhängungs-

versuch zuerst epileptiforme Krampfanfälle, dann ein delirioses Stadium und nachher schwere Störung der Orientierung und Merkfähigkeit ein. Konfabulation war nur angedeutet, Grössenideen fehlten ganz. Nach drei Monaten war der Ausfall noch stark, nach elf Monaten noch nicht ausgeglichen. Der Fall ist ein neuer Beweis dafür, dass durch Strangulation dieselben Schädigungen akut erzeugt werden können, wie durch organische Hirnleiden. v. Muralt.

281) **Römheld**: Mitteilungen aus dem Sanatorium Schloss Hornegg.

(Med. Korrespondenzbl. des württemb. ärztl. Landesvereins. 1905. No. 16, 17.)

Eine psychogene Epidemie: Ein etwa zwölfjähriges Mädchen erkrankte in der Weise, dass sie plötzlich ohne auffindbaren Grund den rechten Arm im Ellenbogengelenk krampfhaft gestreckt hielt. Auch eine psychische Aetiologie konnte nicht nachgewiesen werden. In ganz derselben Weise erkrankten neun Mädchen derselben Schulklasse, ohne irgendwie sonst Anlage zur Hysterie zu haben; ausserdem erkrankten zu gleicher Zeit mehrere jüngere Mädchen mit vagen Schmerzen in Armen und Beinen, ohne Veränderungen der Gelenke, so dass sie wochenlang nicht gehen konnten. Ausser Oedemen traten keine Komplikationen auf. Durch geeignete psychische und körperliche Behandlung traten die Erscheinungen, die zuletzt hauptsächlich in Schreibkrampf bestanden, zurück, auch bei dem schwersten in Behandlung stehenden Falle.

Fall von tonischer Pupillenstarre (vergl. Münch. med. Wochenschr. 1904, No. 46) ohne Besonderheiten.

Korsakow'sche Psychose bei Hirnlues. Kranke, 46 Jahr alt, korpulent, anämisch, mit Druckempfindlichkeit der linken Schädelhälfte, Pupillen 2—3 mm, reagieren langsam und träge. Rechte Gesichtshälfte schlaff, rechter Mundwinkel etwas tiefer als der linke, konstantes Abweichen der Zunge nach rechts, sehr häufig tikähnliche Zuckungen der rechten Gesichtshälfte. An den Armen nichts abnormes, an den Beinen Patellarreflex links deutlich, rechts sehr schwach, Achillesreflex undeutlich, Romberg positiv. Keine Sensibilitätsstörung. Völlige Apathie, zögernde, langsame, aber nicht dysarthrische Sprache, mangelhafte zeitliche und örtliche Orientiertheit, dreistellige Zahlen oder vorgessagte Namen werden nach zwei Minuten vergessen. Schulkenntnisse ziemlich gut, ebenso Rechnen mit einstelligen Zahlen, Urteilsvermögen nicht wesentlich gestört, Stimmung reizbar, zeitweilig unmotiviertes Lachen. Krankheitsgefühl. Während der Beobachtungszeit Unreinlichkeit, häufig Schwindelanfälle, Bewusstlosigkeitszustände, erschwerte Aussprache, Doppeltsehen, häufiges Fabulieren, hochgradig gestörte Merkfähigkeit. Augenhintergrund: stark injizierte erweiterte Gefässe, peripapilläre Trübung. Diagnose: Korsakow'scher Symptomenkomplex auf der Basis einer schweren cerebralen Affektion. Traitement mixte. Entlassung nach zwei Monaten. Beklopfen des Kopfes links noch unangenehm, Stauungspapille beiderseits, doch hat die Schwellung der Papille wesentlich nachgelassen, Pupillenreaktion prompt, Gesicht beiderseits gleich innerviert, Zunge weicht noch konstant nach rechts ab, Patellarreflex links = rechts, schwach, sonst körperlich nichts krankhaftes mehr. Das psychische Verhalten der Kranken ist völlig normal, für die Zeit der Erkrankung besteht Amnesie. Alkoholismus ist nachweislich ausgeschlossen, es muss also Hirnlues als Ursache des Korsakow'schen Symptomenbildes angesehen werden.

Krauss (Kennenburg).

282) **J. Finckh** (Tübingen): Ueber einen forensisch interessanten Fall hochgradigen Schwachsinn, nebst Bemerkungen zur Prüfung der Intelligenz.

(Sep.-Abdruck aus Friedreich's Blättern für gerichtliche Medizin 1905.)

Mitteilung eines interessanten Falls von absolutem Fehlen oder doch völliger Unwirksamkeit der moralischen Gefühle bei einem intellektuell noch bis zu einem gewissen Grade bildungsfähigen, wenn auch hochgradig schwachsinnigen Individuum, bei dem ausserdem das Moment „einer spezifischen Anreizung zum Verbrechen“ und „einer aktiven Reizung im Triebleben von frühester Kindheit an besonders deutlich hervortrat und mit Notwendigkeit auf die Bahn des Verbrechens geführt hat.“ Der Fall beweist zwar, wie der Verf. betont, nicht das Vorkommen eines „moralischen Schwachsinn“, wohl aber den Satz, dass Intellekt und moralische Gefühle nur bis zu einem gewissen Grade voneinander abhängig sind. Er ist ferner ätiologisch merkwürdig: Mutter gesund, Vater bis 1877 ebenfalls, dann bekam er eine Psychose mit schwerer Depression, Hemmung, Selbstmordneigung (vielleicht im Zusammenhang mit einem Trauma). 1882 Geburt des 8. Kindes, das, im Gegensatz zu den vor 1877 geborenen 7 anderen Kindern, die alle gesund sind, hitzig, alkoholintolerant, trunkstüchtig und schon zweimal mit Gefängnis bestraft ist. Das 9. Kind starb früh; mit dem 10. ging die Frau schwanger in einer Zeit, wo der Vater wieder schwer psychisch krank war (erschlug seine eigene Mutter unter halluzinatorischen Einflüssen mit der Axt). Im Anschluss an diesem Fall teilt F. eine von ihm mit Erfolg angewandte Methode der Intelligenzprüfung mit, die gegenüber der seiner Ansicht nach nur bei Gebildeten verwendbaren „Fabelmethode“ Moeller's den Vorzug hat, speziell bei Leuten aus dem Volke gut verwertbar zu sein. Er stellte sich eine grosse Menge von Sprichwörtern zusammen, die er nach ihrer Schwierigkeit in aufsteigender Reihenfolge anordnete. Auch benützt er die Gegenüberstellung einander nach Wortlaut oder Sinn, ganz oder teilweise widersprechender oder ergänzender Sprichwörter. Die Kranken mussten den Sinn erklären und gaben dann oft mühelos auch ihre Erfahrungen und Urteile gerade über praktische Fragen preis. Auf die Prüfung dieses Verhältnisses zur Praxis aber kommt es bei der Intelligenzprüfung solcher Leute mehr an, als auf die Kenntnisse in theoretischen Fächern, bezw. auf das Erhaltenensein von Schulkenntnissen.

Die Methode ist meines Erachtens glücklich gewählt und vermindert zweifellos manche der von dem Verf. mit Recht getadelten Fehler und Lücken anderer Methoden. Uebrigens soll sie natürlich andere nur ergänzen bez. verbessern, nicht aber sie ausschliesslich ersetzen. Mohr.

283) **Baecke** (Kiel): Zur Lehre vom hysterischen Irresein.

(Archiv f. Psychiatrie, Bd. 40, Heft 1.)

Ein verdienstvoller Versuch, in das Gewirre sich widersprechender Ansichten über diesen Gegenstand auf Grund von 170 Krankengeschichten mehr Klarheit zu bringen. R. trennt zwei Hauptgruppen von einander: die einfachen und die zusammengesetzten Geistesstörungen der Hysteriker. Die psychischen Momente müssen dabei direkt Ausflüsse des hysterischen Krankheitsprozesses sein, dürfen auch keine Defektzustände herbeiführen. Unter den einfachen hysterischen Psychosen unterscheidet er den Raptus hystericus (anfallsweise auftretende Angst- und Depressionszustände) mit ziemlich oberflächlichem Affekt,

dann den Furor hystericus, beide minuten- bis tagelang dauernd; ferner die maniakalischen Exaltationszustände von dem Charakter der Moria, neuerdings wegen der Nachahmung des Kindlichen in Worten und Taten Puérilisme genannt. Bei allen diesen Affektstörungen Neigung zu zeitweiser Bewusstseins-trübung und zu Halluzinationen. Zwangsvorstellungen, paranoide Episoden, Pseudologia phantastica, Wachträumen, Noctambulismus oder Somnambulismus können sich damit verbinden. Häufiges Auftreten des letzten Zustandes kann zur Ausbildung einer zweiten Persönlichkeit führen und schliesslich können sich beliebig viele getrennte Persönlichkeiten entwickeln. R. meint, es handle sich dabei um mehr oder minder gut gespielte Rollen; ob mit Recht, ist nicht sicher, so lange man, wie er selbst, annimmt, dass der Abbruch der Erinnerungslücken zwischen Wachbewusstsein und somnambulen Bewusstsein eine Voraussetzung bei der Entstehung der neuen Persönlichkeit sei. Für die „systematischen Amnesien“ und für einen Teil der Fälle von Vorbeireden gibt er (S. 187 u. 188) eine ganz interessante Erklärung.

Zur ersten Gruppe gehören ferner noch: der hysterische Stupor (Lethargie), nicht selten mit Stereotypien und Negativismus verbunden, dabei aber saubere Haltung, Nahrungsaufnahme und andere zweckmässige Reaktionen. Oft ist der Lethargus auch mit delirösen Zuständen verknüpft. R. unterscheidet ein Reminiscenzdelirium, ein Beschäftigungsdelirium, ein Delirium mit Grössenideen und ein Verwandlungsdelirium. Von diesen Delirien wird vielfach noch abgetrennt die hysterische halluzinatorische Verwirrtheit.

Zusammengesetzte Formen der hysterischen Psychosen: die depressive, paranoische und maniakalische Form. Mit Recht vermeidet R. die Namen Hysteromelancholie und hysterische Paranoia. Auch leugnet er bei der paranoischen Form entschieden den Uebergang in die klassische Paranoia oder den Schwachsinn. Differentialdiagnostisch wertvoll gegenüber der Dementia praecox ist die Entstehung der hysterischen Psychose im Anschluss an äussere Ursachen und die Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs von solchen, der Zusammenhang mit Krampf- und Dämmerzuständen, das Zusammenfallen mit den Menses (letzteres doch wohl mit grosser Vorsicht zu verwenden! Ref.). Bei der hysterischen Depression fällt die Oberflächlichkeit des Affekts auf, bei den paranoischen Formen das starke Hervorkehren von Wahnideen und Halluzinationen, ohne dass die Pat. wirklich davon beherrscht würden. Wichtig ist ferner die Suggestibilität und die körperlichen Symptome. Abgrenzung des hysterischen Stupors vom katatonischen gelingt nicht immer. Gegenüber Nissl betont R., dass in keinem seiner Fälle von typischem Vorbeireden Verblödung eingetreten ist.

Mohr.

284) **Hans Gudden** (München): Das Bierdelirium.

(Archiv f. Psychiatrie, Bd. 40, Heft 1.)

Nach den Erfahrungen, die der Verf. in München gemacht hat, ist er überzeugt, dass nicht allein Schnaps und andere schwere geistige Getränke die verschiedenen Alkoholpsychosen hervorbringen können, sondern auch das Bier. Er teilt ausführlich zwei Fälle mit, die klinisch das Bild der akuten Halluzinose boten. Beide Patienten haben sehr viel Bier, nur ab und zu ganz wenig Schnaps getrunken. Der eine wurde nach zwei Jahren geheilt entlassen, der andere ist noch heute krank. Beide waren erblich direkt belastet. G. glaubt die lange Dauer als eine spezifische Wirkung des Bieres betrachten zu dürfen

und meint, dass das „Bierdelirium“ — übrigens keine eigentlich zutreffende Bezeichnung! — nur deshalb relativ so selten sei, weil die meisten Biertrinker infolge von anderen Krankheiten „die Möglichkeit des Ausbruchs“ gar nicht erleben. Auf Grund dieser zwei Fälle lassen sich weitgehende Schlüsse kaum ziehen; weitere Arbeiten müssen entscheiden, ob die Vermutungen des Verf. richtig sind. F. Mohr.

285) **Bourneville**: Fin de l'histoire d'un idiot myxoedémateuse.

(Arch. de Neurol. August 1903.)

Sektionsbefund eines myxoedematösen Idioten, dessen Krankheitsgeschichte an anderer Stelle veröffentlicht wurde; besonders eingehend ist das ganze Skelett untersucht worden. Bennecke (Dresden).

286) **Wagner von Jauregg**: Die psychiatrischen und neurologischen Indikationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Wiener klin. Wochenschrift. No. 13.)

W. hält den Eingriff für gerechtfertigt, wenn Gefahr für die Mutter vorhanden ist und diese Gefahr durch die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft behoben wird. Geistesstörung in der Schwangerschaft bedeutet eine Gefahr für die Mutter, ob aber die Einleitung des künstlichen Abortus ein geeignetes Mittel zur Beseitigung der Gefahr ist, muss zum mindesten als Kontroverse bezeichnet werden. Auf Grund des bis jetzt vorhandenen Tatsachenmaterials ist eine Entscheidung unmöglich. Wagner bespricht die Indikation bei Fällen von Depression mit Erregung, bei lebhaftem Selbstmordtrieb, wobei er zu grosser Zurückhaltung rät. Auch in der Anstalt ist Selbstmord nicht ausgeschlossen; die Weigerung der Angehörigen zur Verbringung in die Anstalt kann zu dem Eingriff zwingen, der meist rasch Besserung bringt. Die Einleitung der Frühgeburt mit Rücksicht auf hereditäre Belastung lehnt W. unbedingt ab.

Von Nervenkrankheiten, für welche die Indikation zu stellen ist, führt W. an: die schweren Fälle von Chorea, die keine Neigung zur Heilung zeigen, seltene Fälle von Epilepsie, wenn dauernde Gefahr einer Geisteskrankheit droht. Dagegen lehnt W. Hysterie als Indikation ab. Zum Schluss bespricht er noch einige Zustände bei Nervenkrankheiten, bei denen es sich darum handelt, das Kind zu entwickeln, so lange die Mutter noch lebt (Hirntumoren, Status eklampticus, epilepticus, Meningitis).

Krauss (Kennenburg).

287) **Haberda**: Ueber die Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt. Referat aus Anlass der Diskussion über das vorstehende Thema.

(Wiener klin. Wochenschrift 1905. No. 10.)

Haberda bespricht die Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt vom Standpunkte des Gynäkologen, behandelt ausführlich die Stellung der Juristen in der Frage. Er lehnt den Eingriff mit Rücksicht auf die Heredität ebenfalls ab und schliesst, was für die Leser dieses Blattes hauptsächlich in Betracht kommt: „Nur wenn eine Gefährdung der Mutter durch die Gravidität bedingt ist und der Abortus als Heilmittel für die Mutter gelten kann, darf der Arzt der Gegenwart die Frucht im Interesse ihrer Trägerin opfern, sonst nicht. Dies gilt auch beim Vorliegen einer Neurose oder Psychose.

Krauss (Kennenburg).

288) **M. Laehr**: Bemerkungen zur Arbeitsbehandlung Nervenkranker.
(Zeitschr. f. klin. Med. 1904. Bd. 53, S. 169 ff.)

Verf. empfiehlt auf Grund vierjähriger Tätigkeit in der Heilstätte Haus Schönow die Arbeitsbehandlung aufs wärmste. Besonders empfiehlt sich Gartenarbeit, Tischlerei, Buchbinderei, Handarbeit, Bürstenbinderei, Photographieren. Es ist nicht möglich, die anregenden Ausführungen in einem kurzen Referat wiederzugeben. Ref. empfiehlt daher die Lektüre der Originalarbeit, der ein Literaturverzeichnis über den wichtigen Gegenstand beigegeben ist.

G. Liebermeister.

289) **Max Laehr** (Zehlendorf, Haus Schönow): Wie sichern wir den Heilerfolg der Anstalten für Nervenranke?

(Arch. f. Psychiatrie. Bd. 40, H. 1.)

Soll den betreffenden Patienten wirklich geholfen werden, so muss ihnen die Möglichkeit gegeben sein, ihre Leistungsfähigkeit einwandfrei zu erweisen, dass sie bald wieder private Anstellung finden können. Zu diesem Zweck schlägt L. die Gründung von Arbeitsstätten vor, wo in monatelanger Arbeit dieser Nachweis erbracht werden kann. Als Ergänzung müsste noch eine Zentralstelle für Arbeitsnachweis hinzutreten. Zugleich können diese Arbeitsstätten, die sich dem Milieu der betreffenden Gegend und dem Charakter der Heilstätte anzupassen hätten, auch Durchgangsstationen sanitärer Art für viele Kranke selbst bemittelter Stände sein. Versuche im Zusammenhang mit Haus Schönow („Birkenhof“) haben die Ausführungsmöglichkeit bewiesen. Für Frauen müssten ähnliche Einrichtungen geschaffen werden, wenn es für sie auch wegen der Berufsart meist schwieriger sein wird. Für viele Fälle würde wichtiger die Schaffung einer Art Pension sein, wo sie noch längere Zeit Schutz finden. Uebrigens würden durch solche Einrichtungen auch die Heilstätten selbst entlastet. Diese Vorschläge verdienen in der Tat weitgehende Beachtung; der Verf. begründet sie in durchaus einleuchtender Weise. F. Mohr.

290) **Snell**: Ueber die leitenden ärztlichen Gesichtspunkte bei dem Bau von Irrenanstalten.

(Aerztliches Korrespondenzblatt für Niedersachsen, III, No. 21.)

Kurze, mehr für den praktischen Arzt als für den Irrenarzt bestimmte Darstellung, nach welchen Gesichtspunkten moderne Anstalten gebaut werden.
Aschaffenburg.

291) **E. Meyer**: Fürsorge für die Geisteskranken in England und Schottland.

(Archiv für Psychiatrie, B. 39, H. 3.)

Der interessante Bericht, der auf Grund einer sechswöchentlichen Reise durch Schottland und England erstattet ist, befasst sich zuerst mit der in beiden Ländern gleichen Organisation der Irrenpflege. An ihrer Spitze steht bekanntlich der „Board of commissioners in lunacy“. Ein unschätzbare Vorzug dieses Kollegiums, das als oberste Aufsichtsbehörde nicht nur über die öffentlichen Anstalten, sondern über alle irgendwie untergebrachten Geisteskranken fungiert, sei, dass es durch die ihm eingeräumten weitgehenden Macht- und Strafbefugnisse Privaten und Lokalbehörden gegenüber, eine Beaufsichtigung gerade derjenigen Einrichtungen ermöglihe, die der öffentlichen Kontrolle schwerer zugänglich sind, wie Armenhäuser, Familienpflege usw.

Die zu einer länger dauernden Aufnahme in eine Anstalt nötigen Formalitäten sind, wie bei uns, mehr mit Rücksicht auf das Publikum, als den

Kranken festgesetzt. Es bedarf zweier ärztlicher Zeugnisse, sowie der Vollmacht von einem Sheriff oder Magistrate, was einer öffentlichen Erklärung als geisteskrank fast gleichkommt. Um diesem Mißstand zu begegnen, ist nun eine lebhaftere Bewegung im Gang für die Einrichtungen von Abteilungen für psychische Kranke in den allgemeinen Krankenhäusern; es existieren solche in England noch nicht in dem Masse wie bei uns. Ueberhaupt ist das Bestreben, die Behandlungsweise der Geisteskrankheiten der des körperlichen Kranken möglichst ähnlich zu gestalten, eine ebenso brennende Tagesfrage wie bei uns. Mit diesen psych. Abteilungen soll der klinische Unterricht verknüpft werden. Kliniken für Psychiatrie gibt es in England und Schottland nicht. Der Unterricht und die Ausbildung ist noch lediglich an die Anstalten geknüpft, wo die Leiter als „lecturers“ fungieren.

Die Bauart der Anstalten ist je nach ihrem Alter, eine geschlossene oder Pavillonsystem. Letzteres findet jedoch nur zögernde Anwendung, in dem auch in den neuesten ein umfangreiches, einen grossen Teil der Kranken aufnehmendes Hauptgebäude vorhanden ist oder die verschiedenen Pavillons durch Gänge miteinander verknüpft sind. In manchen Anstalten existiert eine räumlich völlig gesonderte Aufnahmeabteilung für Kranke mit günstiger Prognose, die man dadurch dem Einfluss der Unheilbaren entziehen will. Die innere Einrichtung ist viel luxuriöser, wie bei uns. Die Anstalten sind meist sehr gross (2000 bis 3000 Insassen), was die bekannten Nachteile mit sich bringt: Ueberhäufung des Leiters mit Verwaltungsgeschäften, zu geringe Anzahl der Assistenten usw. Nur wenige Aerzte haben eine Lebensstellung mit der Möglichkeit zu heiraten. Die Einrichtungen für wissenschaftliche Zwecke, insbesondere pathologisch-anatomische, sind an manchen Anstalten glänzend. Das Pflegepersonal machte dem Verf. einen sehr vorteilhaften Eindruck. In einigen Anstalten ist auch die Fürsorge für die geisteskranken Männer der weiblichen Pflege übertragen, wie versichert wird, mit gutem Erfolg. Was die Behandlung anlangt, so fiel dem Verf. die befremdend grosse Anzahl von Isolierräumen auf. Die Anwendung von Dauerbädern hat er nirgends angetroffen. Von der Bettbehandlung wird nur wenig Gebrauch gemacht.

Neben den eigentlichen öffentlichen Anstalten existieren, vorwiegend zur Aufnahme von Privatkranken bestimmt, noch eine Reihe öffentlicher, auf wohlthätigen Stiftungen basierender Anstalten, die zum Teil mit grösstem Luxus ausgestattet sind; ausserdem gibt es zahlreiche im Privatbesitz befindliche, die unseren Privatanstalten entsprechen (z. B. die seit über hundert Jahren im Besitz der Familie Newton befindliche). Die oft beschriebene Familienpflege in Schottland, in der fast der 6. Teil aller Geisteskranken untergebracht ist, hat der Verf. an zwei verschiedenen Plätzen (Foerness und Gartmore bei Glasgow) studiert und zollt ihr lebhaftere Anerkennung.

Ast.

292) **H. Stadelmann**: Wie kann die unterrichtliche Behandlung abnormer Kinder die Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten unterstützen?

(Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, XVII. Jahrg., 1904.)

Nach Ansicht des Verf. haben alle die verschiedenen abnormen Anlagen im Kindesalter einen gemeinsamen Zug „die leichtere Dissoziationsmöglichkeit“. Die dissoziativen Erscheinungen sind die Folge der Ermüdung. Das abnorme Kind ermüdet früher und zeigt deshalb solche schon bei mässigen Anforderungen.

Es wird deshalb die abnorme Anlage vom Verf. als „Ermüdungsanlage“ bezeichnet. Sie äussert sich beim Unterricht in zwei Graden; die untere Stufe bilden die Dummen und Unbeholfenen, die höhere die Zerstreuten, Gedankenlosen. Da „Psychosen unter primärer Bildung dissoziativer psychischer Vorgänge sich entfalten“, muss die Prophylaxe derselben die zur Dissoziation neigende Anlage bekämpfen, d. h. es handelt sich um Beibringung von Bildungstoff unter möglichst geringer Inanspruchnahme der psychischen Kraft. — Am besten wird dieser Forderung nach dem Verf. die von ihm angewandte sogenannte „Assoziationsmethode“ gerecht, die, wie er sagt, „geradezu heilend“ wirkt. Sie besteht darin, dass alle Unterrichtszweige von einem Thema ausgehen. Während der Fachunterricht für jedes Fach neue Gedankenkreise schafft und dadurch die Dissoziationsmöglichkeit erhöht, lässt der „assoziierende Unterricht“ alle Lehrfächer von einem Punkt ausgehen und erreicht dadurch eine erleichterte assoziative Gehirntätigkeit und Erinnerungsmöglichkeit.

Ast (München).

293) **B. Laquer** (Wiesbaden): Ueber Winterkuren im Hochgebirge. (Deutsche Aerzteztg. 1904. Heft 23, S. 536.)

Funktionelle Nervenleiden, Erschöpfungszustände, insbesondere solche, die durch berufliche Ueberanstrengung herbeigeführt sind, werden günstig beeinflusst durch Winterkuren in Davos, Arosa, im Engadin, St. Moritz, auf dem Semmering, oder auch auf den Höhen des Schwarzwaldes, Thüringens, des Harzes, des Taunus. Notwendig ist, dass der Patient in Etappen ins Hochgebirge reist und dass kontraindizierende Erkrankungen (Herz-, Gefäss-, Nierenerkrankungen; schwere organische Nervenleiden) durch eine genaue Untersuchung ausgeschlossen sind.

Bumke.

294) **Montagnini**: Klinische Beobachtungen über das neue Hypnoticum Isopral. (Allg. Med. Centr.-Ztg. 1904. No. 35.)

295) **Muthmann**: Ueber das Isopral, ein neues Hypnotikum. (Münch. med. Wochenschr. 1904. No. 32.)

296) **Selka**: Isopral.

(Pharmakolog. u. therap. Rundschau 1905. No. 1.)

Die Autoren loben das Isopral als ein brauchbares Schlafmittel bei nervösen und psychischen Leiden. Die Dosis betrug meist 0,5—1,0 Gramm; in einzelnen Fällen wurden 2—3 Gramm gegeben. Selka sagt, es sei kein Schlafmittel erster Güte, aber immerhin ganz gut brauchbar bei Schlaflosigkeitszuständen einfacher Art; es werde gerne genommen, zeitige keine Nachwirkungen; bei Erkrankungen des Herzens und des Magendarmkanals sei es nicht anzuwenden. Seine Flüchtigkeit macht Anwendung als Mixtur (Isopral 15,0, Spir. dil. 150,0, Syrup simpl. 350,0, Ol. Ment. pip. gtt. xx, 1—2 Esslöffel) oder in Form von Tabletten, die in Glasphiolen verschlossen sind, ratsam. Montagnini wandte Isopral bei der Schlaflosigkeit Geisteskranker in Dosen von 0,25 bis 2,0 an und war mit dem Erfolg sehr zufrieden; meist tritt schon nach $\frac{1}{4}$ Stunde Schlaf ein, dessen Dauer zwischen 4 und 10 Stunden schwankte. Muthmann, der sehr sorgfältige Untersuchungen anstellte, empfiehlt das Mittel in Dosen von 1,0 bei leichter Schlaflosigkeit, zieht es dem Hedonal vor, lobt die zuverlässige Wirkung bei Depressionszuständen und seine Ungefährlichkeit bei Nephritis.

Gaupp.

297) **Hirschlaff**: Ueber Bornyval, ein neues stark wirkendes Baldrianpräparat. (Allgem. Med. Centr.-Zeitung. 1903.)

298) **Ubeleisen**: Ueber Bornyval, ein neues Baldrianpräparat. (Deutsch. Praxis. 1904.)

299) **Engels**: Die echte Baldrianwirkung im Bornyval. (Therapeut. Monatshefte. 1904.)

Das von der chemischen Fabrik J. D. Riedel in Berlin in den Handel gebrachte „Bornyval“ ist der Isovaleriansäureester des Borneols. Es besitzt die Zusammensetzung $C_{10} H_{17} - O - C_8 - H_9 O = C_{15} H_{26} O_2$, und ist als solches präformiert in der Baldrianwurzel enthalten. Es stellt eine wasserklare, aromatisch zugleich nach Baldrian und Kampher riechende und schmeckende Flüssigkeit dar, welche neutral reagiert, bei 250—260° siedet und ein spez. Gewicht von 0,951 besitzt.

Sämtliche Autoren kommen auf Grund ihrer Erfahrungen zu dem Schlusse, dass wir in dem Bornyval ein Präparat besitzen, in dem die spezifischen Eigenschaften des Baldrians in verstärktem Masse zutage treten, und das noch dazu den Vorteil genauester Dosierung bietet. Sie haben bei allen funktionellen Nervenkrankheiten zum Teil überraschende Erfolge von der Anwendung des Mittels gesehen; Hirschlaff betont namentlich auch seine auffallend gute Wirkung bei nervösen Herzbeschwerden. Ueble Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet, nur haben einige Patienten an Aufstossen gelitten. Eine Gewöhnung an das Mittel soll auch nach monatelangem Gebrauch nicht eintreten.

Kölpin (Bonn).

2. Gerichtliche Psychiatrie.

300) **G. L. Walton**: The prevailing conception of degeneracy and degenerate, with a plea for introducing the supplementary terms deviation and Deviate.

(Boston medic. and surgic. Journ. 1904, No. 3, Jan. 21.)

Der Begriff der Entartung wird heutzutage in so erweitertem Sinne angewandt, dass jede Abweichung vom normalen Mittel als Entartung bezeichnet wird. Wir sollten daher statt von Entartung, entartet („degeneracy, degenerate“) lieber von Abweichung, abweichend („deviation, deviate“) sprechen.

G. Liebermeister.

301) **H. Kornfeld**: Zum Straf-Gesetz-Buch § 176.

(Arch. f. Psychiatr. B. 39, H. 3.)

Anlässlich der Begutachtung einer Schwachsinnigen, die missbraucht wurde, erörtert K., inwiefern der Wortlaut des hier in Frage kommenden § 176, 2 von der im § 51 und auch sonst in der Strafprozessordnung zutage tretenden Auffassung abweicht. Während im § 51 die Geisteskrankheit als „in Bezug auf die Handlung bestehend“ angenommen wird, ferner bei Feststellung der Testier-, Strafvollzugs-, Verhandlungsfähigkeit je nach dem Grad der Geistesstörung verschieden entschieden wird, wird in § 176 nur von einer geisteskranken Person schlechtweg gesprochen. Und dies, obwohl zur Bestrafung des Täters nötig ist, dass er erkennen konnte, dass er eine Geisteskranke vor sich habe. Verf. schlägt deshalb eine andere Fassung des § 176 vor. Ast.

302) **Litten**, Dr. jur.: Die Wirkung geistiger Störungen auf den rechtlichen Bestand der Ehe.

(Monatsschr. f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsref. 1904.)

L. legt dar, ob und inwieweit geistige Störungen des einen Ehegatten

dem anderen die Möglichkeit gewähren, mittels der nach dem bürgerlichen Recht bestimmten Rechtsbehelfe, nämlich im Wege der Nichtigkeitsklage, der Anfechtungsklage und der Scheidungsklage die Auflösung der Ehe herbeizuführen. Mit der Strenge der Scheidungsklage, die nur in den relativ seltenen Fällen, wie § 1569 B.-G.-B. bestimmt, eine Auflösung der Ehe herbeiführen kann, erscheint die „Latitüde bei der Gewährung der Nichtigkeits- und Anfechtungsklage nicht recht im Einklange zu stehen. Nichtsdestoweniger ist die Divergenz Ausfluss einer einheitlichen Grundtendenz. Der rechtliche Bestand der Ehe soll geschützt, insbesondere keinem Gatten das Recht gegeben werden, den anderen wegen eines Unglücks, das ihm in der Ehe getroffen hat, zu verlassen. Solchen Schutz genießt und verdient aber nur die rechtsgesunde Ehe, nicht eine schon mit Mängeln zustande gekommene. Und solche in den Kauf zu nehmen, kann eheliche Pflicht eben um deswillen nicht sein, weil diese gar nicht erst in der Ehe, unter Eheleuten, entstanden ist.“

Spielmeyer.

303) **Leppmann**: Der Fall Berger und die ärztliche Sachverständigen-tätigkeit. (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung. 1905. I. S. 5.)

Verf. wurde in dem bekannten Prozesse gegen den Lustmörder Berger kurz vor Beginn der Verhandlung noch als Sachverständiger geladen, und zwar nur deshalb, weil er in einem Vortrage ausgeführt hatte: Lustverbrechen seien meist keine Tötungen mit Vorsatz und Ueberlegung, sondern Augenblickshandlungen. L. hat dann vor Gericht mit aller Vorsicht dieselbe Auffassung vertreten und möglicherweise hat sein Gutachten mit dazu beigetragen, dass der wegen Mordes Angeklagte nur wegen Totschlags verurteilt, die Ueberlegung bei der Tötung also negiert wurde. L. betont die Notwendigkeit, dass der Psychiater mehr als bisher auch über die psychologische Entstehung einer Straftat vom Richter befragt werde und nicht bloss über die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten.

Bumke.

304) **Bleuler**: Die psychologischen Kriterien der Zurechnungs-unfähigkeit.

(Monatsschr. f. Kriminalpsych. und Strafrechtsref. 1905.)

In dem Vorentwurf zum schweizerischen Strafrecht hat man versucht, den Begriff der Zurechnungsunfähigkeit durch psychologische Definitionen zu umgrenzen. Es heisst da: „Wer zur Zeit der Tat ausserstande war, vernunftgemäss zu handeln, wer insbesondere zur Zeit der Tat in seiner geistigen Gesundheit oder in seinem Bewusstsein in hohem Grade gestört war, ist nicht strafbar.“ Bleuler zeigt, wie falsch und gefährlich solche psychologischen Kriterien sind; vor allem verführen sie den Richter dazu, auf Grund dieser Kriterien zu entscheiden, mit denen er glaubt, in gleicher Weise operieren zu können, wie der Psychiater. Und doch beantwortet der Psychiater in seinem Gutachten gar nicht die durch die Definition gegebenen Fragen; er setzt an Stelle der psychologischen Kriterien den viel bestimmteren biologischen Begriff der Geisteskrankheit: „zurechnungsunfähig ist, wer geisteskrank ist.“ Natürlich verlangen dabei die Grenzfälle ihre Berücksichtigung; aber auch hier lassen sich die Schwierigkeiten nicht durch psychologische Kriterien beseitigen, nur die naturwissenschaftliche Erfahrung kann für diese Beurteilung massgebend sein. — Man solle deshalb festhalten an der alten Fassung des Begriffes der Unzurechnungsfähigkeit, die sich auf die „naturwissenschaftliche psycho-

logische (nicht philosophisch-psychologische“) Forschung gründet, an der Aufzählung der einzelnen pathologischen Zustände, die eine Strafbarkeit ausschliessen.
Spielmeyer.

305) **Wilmanns**: Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Bekämpfung. (Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 1905.)

Vergl. Autoreferat im Vereinsbericht über die Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte in Freiburg 1904 (dieses Centralbl. 2. Januar-Heft 1905).
Spielmeyer.

306) **Hartmann**: Ueber die hereditären Verhältnisse bei Verbrechern. (Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 1904.)

Von den Resultaten dieser sehr sorgfältigen und interessanten Untersuchungen, die H. an dem Sträflingsmaterial der Züricher kantonalen Strafanstalt anstellen konnte, hebe ich nur einiges hervor.

Unter den Erblichkeitsfaktoren spielt, wie schon aus anderen Erhebungen bekannt, der Alkoholismus eine hervorragende Rolle und zwar in viel höherem Grade als bei Geisteskranken (42,0 % gegenüber 22,2 %). Die Gewohnheitsverbrecher haben eine fast doppelt so grosse Alkoholheredität wie Gelegenheitsverbrecher; unter letzteren finden sich nur halb so viele Alkoholiker wie unter ersteren. Verbrecher, die zugleich auch Trunkenbolde sind, sind hochgradiger belastet wie andere Verbrecher. Dass nicht nur der chronische Alkoholmissbrauch, sondern auch ein einmaliger Rausch im Momente der Zeugung, d. h. die „direkte akute Vergiftung des Keimplasmas“ (Bezzola) imstande ist, schwere, speziell verbrecherische Entartung in der Descendenz zu verursachen, scheint auch aus H.'s Erhebungen hervorzugehen. Nächst dem Alkoholismus kommen unter den belastenden Momenten besonders das Verbrechertum und die Charakteranomalien in Betracht. Auffallend gering, aber immerhin höher als bei der freilebenden Bevölkerung, ist die Zahl der Epileptiker unter H.'s Verbrechern.
Spielmeyer.

307) **Schaffer**: Totschlag — hysterischer Dämmerzustand — Unzurechnungsfähigkeit.

(Budapesti orvosi ujság 1905, Beilage „Közegészs, és törv. orvustud. szemle No. 2“.)

Forensische Begutachtung der Tat einer 31jährigen Frau, welche ungerechterweise eine Diebin genannt und auch noch von ihrem Manne schwer insultiert wurde, und unter dem Eindrucke dieser Geschehnisse ihre Kinder vergiften wollte, welchem Versuche ein Säugling auch zum Opfer fiel. Die hereditär belastete Frau zeigt mehrere somatische und namentlich psychische Zeichen der Hysterie, verhielt sich beim Anblicke ihrer sich in Schmerzen windenden Kinder gänzlich apathisch, war unmittelbar vor der Tat hochgradig erregt; aus diesen Gründen nimmt Verf. bei der Täterin eine Hysterie mit Dämmerzustand bei Begehung der Tat an, womit ihre Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen erscheint.
Epstein (Budapest).

308) **Walter Stempel**: Epilepsie und Hysterie vom Standpunkt der Invalidenversicherung.

(Aerztliche Sachverst. Zeitung 1903. No. 17.)

Verf. gibt die wichtigsten Gesichtspunkte an, welche bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung sowohl der Epilepsie als auch der Hysterie in Betracht kommen.

Häufiges Auftreten heftiger Anfälle bedingt Arbeitsunfähigkeit, die bei der Epilepsie im Gegensatz zur Hysterie eine dauernde ist; bei dieser erscheint eine Aufnahme und Behandlung in den Genesungsheimen der Versicherungsanstalten indiziert, vorzugsweise bei jugendlichen und sonst gesunden Personen.

Treten die epileptischen Anfälle selten auf, so ist ihre Schwere und das Befinden der Kranken nach Ueberstehen der Anfälle massgebend. Leichte Formen von Epilepsie eignen sich unter bestimmten Einschränkungen für landwirtschaftlichen Betrieb, Hausarbeit oder einige Zweige der Hausindustrie. In Schlesien wurden anscheinend mit leidlichem Erfolge derartigen noch arbeitsfähigen Epileptikern Bromsalze auf Kosten der Versicherungsanstalten zum andauernden Gebrauche unter ärztlicher Kontrolle gegeben.

Das beste Heilmittel der Hysterie ist Arbeit; bei leichten und mittelschweren Formen ist andauernde Beschäftigung mit mindestens allen leichten Arbeiten zu empfehlen bei ausreichendem Ernährungszustande. Die schweren Formen der Hysterie bedingen unter allen Umständen Arbeitsunfähigkeit. Auch bei leichten Formen wird trotz vorhandener Arbeitsfähigkeit im Sinne des Gesetzes doch oft den Versicherungsanstalten das Heilverfahren frühzeitig empfohlen werden müssen, besonders bei ungünstigen häuslichen oder sonstigen Verhältnissen oder bei lokalen Leiden.

Raecke berichtigt in einem Nachwort (Aerztl. Sachv.-Zeitung No. 18) mehrere Irrtümer, betreffend das Verhalten der Pupillen und die Schmerzreaktion im hysterischen oder epileptischen Anfall sowie hinsichtlich der somatischen Befunde in der anfallsfreien Zeit. Nicht selten lässt sich noch längere Zeit nach den epileptischen Anfällen Babinski ein- oder doppelseitig nachweisen; allerdings ist nur der positive Befund verwertbar. Ernst Schultze.

V. Vermischtes.

Das 3. Heft des Jahresberichts für 1901 über die Fortschritte der inneren Medizin im In- und Auslande (Ebstein-Schreiber) ist bei F. Enke erschienen (S. 321—480). Es enthält den Schluss des Kapitels: Erkrankungen der Respirationsorgane, ferner: die Krankheiten der Zirkulationsorgane und den Anfang des die Verdauungskrankheiten behandelnden Abschnittes.
Gaupp.

F. Siemens hat den VII. Jahresbericht über die Pommersche Provinzialirrenanstalt zu Lauenburg veröffentlicht, der die Jahre 1889—1904 umfasst. Nach einer kurzen historischen Einleitung über die Irrenfürsorge in Pommern schildert Siemens die Entstehungsgeschichte der Anstalt in Lauenburg, ihre Lage und ihre baulichen Einrichtungen, gibt in zahlreichen Tabellen eine Uebersicht über die Krankenbewegung, die Zahl der zur Beobachtung eingewiesenen Kriminellen, die Gesundheitsverhältnisse, die Infektionskrankheiten. Behandlung und Verpflegung der Kranken, die ärztlichen Verhältnisse, die Stellung und Tätigkeit des Pflegepersonals, Gärtnerei und Landwirtschaft und endlich die Verwaltungs- und Rechnungsfragen werden eingehend erörtert. G.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin SW. 11 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang.

1. Juli 1905.

Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

(Aus der Universitätsirrenklinik Heidelberg.)

Die Beziehung der Syphilis zur Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit und zur Lehre von der „meningitischen Reizung“.

Von Dr. L. Merzbacher, Assistenzarzt der Klinik.

Bereits im Jahre 1901, kurz nachdem die Lumbalpunktion durch Monod, Vidal, Sicard und Ravaut in systematischer Weise in die Neurologie eingeführt worden war, schlugen Babinski und Nageotte*) vor, alle syphilitisch infizierten Kranken zu punktieren, um einen Ueberblick zu gewinnen über die Häufigkeit, mit welcher „das syphilitische Virus“ das Zentralnervensystem in Mitleidenschaft zieht: „Mag sein,“ fügen sie ihren Vorschlägen hinzu, „dass dies häufiger geschieht, als man es jetzt erwartet; es ist leicht möglich, dass eine geringe Affektion der Meningen unbeachtet vorübergeht; wir kennen zurzeit nur die Endformen; vielleicht gibt es syphilitische Meningitiden, die sich abspielen, ohne dass sie sich uns klinisch bemerkbar machen.“ — Die Vorschläge führten zu einer grossen Anzahl von Untersuchungen und es liegt zurzeit eine Menge grösserer und kleinerer Mitteilungen vor, die sich mit dem Ergebnis der Lumbalpunktion bei allen möglichen syphilitischen und metasymphilitischen Erkrankungen beschäftigen. Bedingt durch die ganze

*) Soc. med. des hôp. 24. V. 01.

Entwicklung, die die Lumbalpunktion in der Neurologie genommen hat, ferner bedingt durch die Fragestellung, die von Babinski und Nageotte formuliert worden waren, gab der Begriff der syphilitischen Meningitis und der meningitischen Reizung dem Gang der Untersuchungen eine bestimmte Richtung. „Meningitis“ und „meningitische Reizung“ entstanden als Produkte theoretischer Deduktionen, ohne dass sie klinisch oder anatomisch eine bestimmte Definition erfuhren. Eine Vermehrung der zelligen Elemente in der Cerebrospinalflüssigkeit war bei einer Anzahl von Affektionen des Zentralnervensystems festgestellt worden — in mehr oder minder willkürlicher Weise wurde sie in ursächliche Beziehung zu meningitischen Prozessen gesetzt. Als richtig kann nur die eine Schlussfolgerung betrachtet werden, dass man nämlich bei exsudativ-entzündlichen meningitischen Prozessen beinahe regelmässig Lymphocytose findet, die Umdrehung des Satzes hingegen — jede Lymphocytose ist als Ausdruck einer meningitischen Erkrankung zu betrachten — erscheint durch die Tatsachen durchaus nicht begründet.

So war es also durch die Eigentümlichkeit der Fragestellung zunächst bedingt, dass man einmal die Aufmerksamkeit vorzüglich den Fällen zuwandte, bei denen klinisch irgend welche sichtbare Störungen von seiten des Nervensystems zu eruieren waren, dass man weiter jede dieser Störungen auf einen meningitischen Prozess zurückführte und dass man endlich, auch dort, wo klinisch keine Störungen des Nervensystems vorlagen oder nur solche Störungen, die auf eine veränderte Tätigkeit des Nervensystems zurückgeführt werden konnten (Kopfschmerzen, Veränderungen in der Reflextätigkeit, trophische Störungen etc.), in recht erkünstelter Weise eine Erkrankung der Meningen zu konstruieren sich bemühte — und dies lediglich nur deshalb, weil die Lumbalpunktion eine Vermehrung der zelligen Elemente in der Spinalflüssigkeit anzeigte.

Die These, dass jede Lymphocytose als der Ausdruck eines meningitischen Reizungsprozesses aufzufassen ist, wurde vorzüglich von Vidal aufgestellt. Nach ihm ist die Lymphocytose nicht als die Wirkung eines spezifisch-syphilitischen Prozesses zu betrachten, sondern als ein Zeichen verschiedener, nicht stürmisch verlaufender meningealer Prozesse. Sicard*) und Duflos**) bemühten sich zwar, einige Theorien aufzustellen, um das Erscheinen der zelligen Elemente in der Cerebrospinalflüssigkeit zu erklären — Erklärungsversuche rein spekulativer Natur und die immer wieder in dem Satze ausklingen: eine Veränderung der Meningen ist als letzte Ursache der Lymphocytose zu betrachten. „Jeder

*) Sicard, le liquide céphalo-rachidien, 1902, p. 83.

**) Duflos, la ponction lombaire en psychiatrie. Paris 1901.

meningitischer Entzündungsvorgang — meint zusammenfassend Duflos*) — welcher Natur auch immer er sei, bedingt einen Austritt weisser Blutkörperchen aus dem Blute in die Subarachnoidalräume“. Babinski und Nageotte schienen eine Zeitlang mehr geneigt zu sein, die Lymphocytose einem spezifisch syphilitischen Prozesse zuzusprechen, der in diffuser Form das ganze Zentralnervensystem und seine Hüllen ergreift. Eine bestimmte Schilderung über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse dieses Prozesses bleiben uns jedoch die Autoren schuldig. Auch scheinen sie selbst nicht fest an dieser Auffassung zu hängen, denn sie selbst erklären an einer anderen Stelle (Bull. de la Soc. med. des hôp. 24. V. 01): „Lorsque l'on constate une lymphocytose nette du liquide cephalorachidien on peut être assuré que l'on est en presence d'une lésion matérielle des centres nerveux, et que cette lésion s'accompagne d'altérations méningées.“

Alles zusammenfassend kann man behaupten, dass sämtliche französische Autoren, die mit der Frage der Lumbalpunktion bei syphilitischen wie nicht syphilitischen Erkrankungen sich beschäftigt haben, die Lymphocytose als den Ausdruck eines meningitischen Reizungsprozesses auffassen.

Diese Auffassung hat sich auch in der deutschen Literatur ausgebreitet. In ganz entschiedener Weise hat Nissl**) dagegen Stellung genommen. Er erklärt: „Ich halte es für eine noch keineswegs feststehende Tatsache, dass ein positives cytologisches Ergebnis notwendig durch einen entzündlichen Vorgang in den Meningen bedingt sein muss. Wenn gesagt wird, jede meningeale Irritation kann eine Vermehrung der Zellen in der Cerebrospinalflüssigkeit hervorrufen, so ist das doch im Grunde nur eine Umschreibung unserer Unkenntnis der wahren Sachlage.“ Wir werden an anderer Stelle noch darauf zurückkommen, welche positiven Erwägungen Nissl zu dieser Stellungnahme veranlassten und wie ganz speziell die Frage nach dem Verhältnis der Lymphocytose zu den syphilitischen Erkrankungen ihm eine feste Handhabe gab zur Bekämpfung der von dem Franzosen entwickelten Sätze, die weit mehr den Stempel hypothetischer Deduktionen als den feststehender, aus anatomischen und klinischen Erfahrungen gewonnener Schlussfolgerungen an sich tragen. Niedner und Mamlock***) ziehen ebenfalls, allerdings weniger stark

*) L. c. pg. 45.

**) Nissl, die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Psychiatrie. Centralbl. für Nerven- u. Psychiatrie 1904.

***) Niedner und Mamlock, die Frage der Cytodiagnose, Zeitschr. für klin. Med. 54. Bd., H. 132.

mit sachlichen Ueberlegungen gerüstet, dem unbestimmten Phantom der meningitischen Reizung zu Leibe. „Die meningitische Reizung als solche, welche vielfach als Ursache angegeben wird, scheint uns nicht das wesentlichste zu sein, da bei den beschriebenen Fällen andere Reize (Druck, Zirkulationsstörung, direkter Reiz der nervösen Zentren usw.) eine grössere Rolle als die meist hypothetische meningitische Reizung spielen, welche letztere doch mit Sicherheit nur bei Meningitiden in Frage kommt und dann meist ganz andere zelluläre Erscheinungen hervorruft.“

(Im letzten Teile des Satzes werden die Autoren leider recht unklar; sie scheinen nicht zu berücksichtigen, dass unter dem Begriffe der Meningitis von den Franzosen nicht bloss die akut entzündlichen Prozesse, sondern auch chronisch-entzündliche und weiter auch „Reizungs“-Vorgänge im allgemeinen, deren Wesen nicht weiter definiert wird, zusammengefasst werden. Die Unterscheidung der akuten von den chronisch entzündlichen Prozessen ist vorzüglich von Vidal in bestimmter Form durchgeführt worden.)

Doch den Begriff des „Reizes“ lassen Niedner und Mamlock noch nicht fallen: „Die Lymphocytose — so erklären sie — im Liquor cerebrospinalis ist abhängig von länger einwirkenden und heftigen Reizen, die das C. N. S. treffen: einmal von Intoxikationen (Lues, Urämie, Tetanus etc.), zweitens von länger einwirkenden mechanischen Reizen (Tumoren etc.).“ Als neu können wir also in den Ausführungen der Verfasser den Satz begrüßen, dass sie die Lymphocytose nicht mehr in den strengen Kausalnexus zu meningitischen Reizungserscheinungen setzen.

Wenn wir selbst unsere Ansicht über die Genese der Lymphocyten in der Cerebrospinalflüssigkeit präzisieren sollen, so müssen wir im engen Anschlusse an die Ausführungen Nissl's folgendes aussagen: Bei dem heutigen Stand unseres Wissens erscheinen uns Spekulationen über die Art und Weise, wodurch und wie bei gewissen Erkrankungen die Lymphocyten in vermehrter Anzahl zu finden sind, noch recht müssig. So lange wir uns überhaupt über den Mechanismus, durch dessen Tätigkeit die Lymphocyten in die Cerebrospinalflüssigkeit gelangen, in nur äusserst vagen Vermutungen ergehen können, erscheint es uns vollkommen verfrüht, krankhafte Bedingungen aufstellen zu wollen, die eine Entstehung einer Hyperlymphocytose veranlassen. Was wir als bestimmte Tatsache zur Zeit zu registrieren berechtigt sind, ist nur folgendes: Unter physiologischen Bedingungen gelangt eine recht beschränkte Anzahl von Lymphocyten irgendwie in die Cerebrospinalflüssigkeit, durch irgendwelche, uns noch

unbekannte Modifikation der Tätigkeit dieses Mechanismus gelangen mehr Elemente als der Normalzahl entspricht, in die genannte Flüssigkeit; der Alteration des Mechanismus begegnen wir sehr häufig auch gerade dann, wenn uns das Mikroskop gleichzeitig exsudativ entzündliche Veränderungen am Gehirn und seinen Hüllen zeigt.

Die soeben skizzierten Sätze geben nicht nur eine gedrängte Inhaltsangabe des Standes unseres Wissens in der von uns in Angriff genommenen Frage, sondern sie können gleichzeitig als eine Disposition betrachtet werden, die uns die Richtung vorschreibt, nach welcher sich zunächst unsere Untersuchungen zu bewegen haben. Es gilt einmal den Nachweis zu führen, dass wir mit der Lehre von der meningitischen Reizung nicht auskommen; wenn wir diese Lehre in ihrem Werte beschränken, müssen wir uns ferner nach anderen Schädigungen umsehen, die imstande sind, den uns noch unbekanntem Mechanismus, durch den die Lymphocyten in die Cerebrospinalflüssigkeit gelangen, in seiner Tätigkeit zu alterieren.

Im Bestreben, diese Schädigungen aufzudecken, wird man zunächst seine Aufmerksamkeit der Syphilis zuwenden müssen. Die durch Syphilis bedingten anatomischen Veränderungen waren es ja gerade auch, die der Lehre von der meningitischen Reizung zunächst Eingang verschafften. Wir werden also zunächst zwei Fragen zu erörtern haben: 1. inwieweit vermag eineluetische Infektion ohne klinisch nachweisbare Erkrankung des Zentralnervensystems und seiner Hüllen eine Lymphocytose zu erzeugen? und 2. muss jede Lymphocytose bei Syphilis auf eine meningitische Reizung im Sinne der französischen Schule zurückgeführt werden?

Wir werden uns bemühen, im folgenden die von uns aufgeworfenen Fragen zu beantworten. Wir stützen uns dabei teils auf die Ergebnisse eigener Untersuchungen, teils auf die kritische Verwertung von unter sich scheinbar widersprechenden Resultaten anderer Untersucher.

Unsere eigenen Erfahrungen gewannen wir aus dem Resultate von 30 Punktionen, die wir an 26 Kranken ausführten. Es wurden hierzu nur solche Kranke ausgewählt, die zwei Bedingungen entsprachen; nämlich 1. mussten wir bei den Kranken mit möglichst grösster Wahrscheinlichkeit annehmen können, dass sie sich syphilitisch infiziert hatten, 2. mussten wir bei diesen Kranken alle jene Zeichen vermissen, die auf eine sogenannte organische Erkrankung des Zentralnervensystems hinweisen. Vier Kranke unter den 26 erfüllten allerdings nur die erste Bedingung, genügten der zweiten nicht, da sie organische Störungen von Seiten des Nervensystems boten. Wir fassen diese Kranken in eine besondere Gruppe (Gruppe III)

zusammen. Wir teilen die Kranken drei Gruppen zu. In die erste Gruppe kommen 15 Kranke, bei denen sichere Anhaltspunkte vorliegen, um auf eine stattgehabte Infektion zu schliessen; in die zweite Gruppe jene Kranken, die zwar eine Infektion negieren oder nur unbestimmte Angaben darüber machen, bei denen aber das ganze Vorleben oder andere Momente die Wahrscheinlichkeit einer erfolgten Infektion sehr nahe legen, endlich fassen wir in die dritte Gruppe jene vier Kranken zusammen, die sicher syphilitisch infiziert gewesen sind, die aber gleichzeitig infolge von Erkrankungen, die an und für sich nicht genügen, den positiven Ausfall der Lumbalpunktion erklärlich zu machen, Störungen von seiten des Nervensystems bei der Untersuchung boten.

Bevor wir in Kürze die Krankengeschichten wiedergeben, aus denen nähere Daten über Infektion und Vorleben der Kranken gewonnen werden können und die auch dazu dienen sollen, den Verdacht zu tilgen, es handle sich um beginnende Paralysen oder andere Erkrankungen, die erfahrungsgemäss an und für sich den positiven Ausfall der Lumbalpunktion erklären würden, wollen wir einige Gesichtspunkte, die bei der Deutung der mikroskopischen Präparate massgebend waren, erörtern. Wenn wir von einem positiven Befunde im Gegensatze zu einem negativen sprechen, so kommt es uns durchaus nicht darauf an, zahlenmässig die Menge der gefundenen Elemente zu registrieren. Uns erscheint die Zählung der Präparate ein Problem, das bei dem heutigen Zustand unserer Technik noch nicht gelöst ist. Der Ausfall des Präparates ist noch zu stark abhängig von rein individuellen Momenten, von gewissen Zufälligkeiten und Schwankungen, die in der Natur der angewendeten technischen Hilfsmittel des einzelnen Beobachters liegen. Ich*) habe bereits an anderer Stelle erwähnt, dass jeder Untersucher sich selbst seine Normalzahl zu schaffen hat, er muss gewissermassen erst selbst sich seine Zentrifuge, sein Spitzglas, seine Pipette, seinen Tropfen auf dem Objektträger titrieren. Die Versuchsbedingungen müssen für ein und denselben Untersucher stets dieselben sein; dass sie für alle Untersucher identisch seien, bleibt zur Zeit nur ein frommer Wunsch. Man muss eben Vergleichswerte aufstellen, relative, nicht absolute Werte, und diese Vergleichswerte gewinnt man dadurch, dass man erst so und so viele Präparate aus der Spinalflüssigkeit von Personen sich verschafft, die man eben für normal hält. Wir haben zur Zeit in Heidelberg 360 Punktionen ausgeführt — und uns dadurch eine grosse Erfahrung gesammelt, so dass wir den einzelnen Präparaten es ansehen können, ob sie positiv oder negativ

*) Merzbacher, Ergebnis der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Neurol. Centralbl. 1904, No. 12.

sind — ohne mit Zahlenangaben zu operieren. Wir halten es auch nicht für richtig, aus den Verhältnissen, die uns ein einzelnes Gesichtsfeld bietet, über Vermehrung oder Nichtvermehrung der zelligen Elemente Schlüsse zu ziehen — das ganze Präparat muss zur Beurteilung herangezogen werden. Im folgenden werden wir deshalb auch lediglich von starker, geringer oder keiner Vermehrung sprechen. Nur in einzelnen Fällen, wenn die Vermehrung eine recht ansehnliche ist, werden wir ab und zu Zahlen erwähnen, die jedoch nur den Wert besitzen, der uns stark erscheinenden Vermehrung einen objektiven Ausdruck approximativ zu verschaffen. Wir werden an anderer Stelle zeigen, wie das Bestreben, die Lymphocyten zu zählen, die Verschiedenheit in der Deutung der Resultate bei den Franzosen einerseits (speziell Ravaut, Milian), bei uns andererseits zum Teil erklärlich macht.

I. Gruppe: Kranke, bei denen die bestimmte Angabe, sich luertisch infiziert zu haben, vorliegt, oder bei denen noch Residuen einer überstandenen Infektion vorhanden sind.

Fall 1. Fr. R., 22 Jahre alt, im Juni 1904 Infektion, Sekundärerscheinungen. Injektionskur. An der corona glandis ist eine Narbe sichtbar; zurzeit geschwollene harte Inguinaldrüsen. Von seiten des Nervensystems keine objektiv wahrnehmbaren Zeichen. Klinische Diagnose: Manisch depressives Irresein; zurzeit recht lebhafte manische Erregung. Im Juli Depression. Punction 18. I. 05. Ergebnis: viele zellige Elemente (einkernige) bis zu je 40 in einzelnen Gesichtsfeldern (Zeiss C).

Fall 2. Th. L., 43 Jahr. Mit 18 Jahren Gonorrhoe, mit 20 Jahren Ulcus auf der Eichel. Mit 25 Jahren der erste Erregungszustand, dem eine Reihe Depressions- und Erregungszustände folgten, die ihn wiederholt mit dem Gericht in Konflikt brachten, seine Entmündigung und wiederholte Internierung veranlassten. Mit 31 Jahren wiederholte Ohnmachten, 1894 Monoplegie des rechten Beines, die sechs Wochen anhielt. In unserer Klinik im Nov. 1904 in einem typischen Depressionszustand aufgenommen, der im Februar allmählich wieder abklang. Somatisch sind zurzeit absolut keine Störungen von seiten des Nervensystems wahrnehmbar. Klinische Diagnose: Manisch-depressives Irresein. Punction am 23. XI. 04. Ergebnis: recht deutliche Vermehrung der zelligen Elemente (bis über je 30 in einzelnen Gesichtsfeldern).

Fall 3. O. K., 31 Jahre alt, Tagelöhner. Vor 6 Jahren Gonorrhoe und Ulcus. Eigene Angabe: er sei syphilitisch gewesen. Wegen Sittlichkeitsverbrechen im Gefängnis; er will das Verbrechen begangen haben, um sich an den Dirnen wegen der Ansteckung zu rächen. Im Gefängnis erkrankt. Vorherrschen von Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, starke Erregungszustände; eine Anzahl von Anfällen, die einen deutlichen psychogenen Charakter tragen; Nahrungsverweigerung; langdauernder Stupor, kurze freiere Zwischenzeiten. Somatisch nichts besonderes. Klinische Diagnose: Katatonie. Lumbalpunktion dreimal: 23. XII. 04, 27. I. 05, 13. II. 05; deutliche Vermehrung der zelligen Elemente; aber weniger als gewöhnlich bei der Paralyse zu finden sind.

Fall 4. Sch. K., Bureaugehilfe, Rechtsagent. Pat. gibt an, vor drei Jahren ein Geschwür am Gliede, einige Zeit danach mehrere kleine Geschwüre an der Mundschleimhaut gehabt zu haben. Angeblich kein Ausschlag, keine spezifische Behandlung. Erster Erregungszustand 1901, zweiter Erregungszustand 1904; Aufnahme in die psychiatrische Klinik Freiburg; brachte eine Menge hypochondrischer Wahnideen hervor, verschrobenes Wesen, lebhaftes Gehörhalluzinationen und Sensationen. März 1905 als Untersuchungsgefangener in die Irrenklinik Heidelberg verbracht, sehr starker Erregungszustand, lebhaftes Halluzinationen. Klinische Diagnose: Hebephrenie. Somatisch: keine Störungen von seiten des Nervensystems. Lumbalpunktion 29. III. 1905. Je 18—22 Elemente in verschiedenen Gesichtsfeldern (Objektiv C).

Fall 5. K. R., Kaufmann, 60 Jahre alt. Vor zirka 40 Jahren nach eigener Angabe syphilitisch infiziert, keine spez. Behandlung. Seit mehreren Jahren jähzornig, alkoholintolerant. Vor einigen Wochen kurzdauernde deliriöse Zustände: ängstliche Halluzinationen, Personenverkenning, mangelhafte Orientierung. Seit dieser Zeit auch Gedächtnisschwäche, Somnolenz, Apathie. Eintritt in die Irrenklinik Heidelberg: 3. XII. 1904; war hier eine Zeitlang mangelhaft orientiert, grosse Gedächtnisschwäche, Stimmung recht labil, leichte Demenz. Somatisch: Starke Schlängelung der Radialis und Temporalis, von seiten des Zentralnervensystems keine wahrnehmbaren Störungen. Klinische Diagnose: Arteriosklerotisches Irresein. Lumbalpunktion: Starke Vermehrung der zelligen Elemente.

Fall 6. E. G., Schlosser, 27 Jahre alt. Sehr haltlose Persönlichkeit, mit den Gesetzen öfters in Konflikt gekommen, hielt es bei der Arbeit nie lange aus; leicht umstimmbare, reizbar, führte eine recht bewegte vita sexualis; liess sich eine Zeitlang von einer 20 Jahre älteren Frau aushalten. Fünfmal in der hiesigen Klinik aufgenommen, das erste Mal im Jahre 1900. Pat. gab bei seiner vierten Aufnahme (1904) an, vor zwei Jahren ein Geschwür an der Glans gehabt zu haben, er macht auch die Angabe, mit einem rot-fleckigen Ausschlag eine Zeitlang behaftet gewesen zu sein. Tatsächlich ist an der Glans eine runde Narbe zu sehen, in der Koronarfurche einige infiltrierte Schwellungen. Keine spezifische Behandlung. Von seiten des Nervensystems lassen sich keine Störungen wahrnehmen. Klinische Diagnose: Psychopathische Persönlichkeit. Lumbalpunktion: Geringer, doch deutlich positiver Befund.

Fall 7. H. Fr., 30 Jahre alt, Kaufmann. Schlechter Schüler; unstäter Lebenswandel, hat sich bereits verschiedenen Berufen gewidmet, nirgends lange ausgehalten, sehr viel mit Prostituierten verkehrt. Mit 20 Jahren luetische Infektion; ob behandelt, nicht bekannt. Häufige Klagen über Kopfschmerzen. Am 13. VIII. 1904 als Untersuchungsgefangener der Klinik zugeführt. Bot somatisch nichts besonderes. Klinische Diagnose: Psychopathische Persönlichkeit. Lumbalpunktion am 22. VIII. 1904. Ergebnis: Geringe, aber deutliche Vermehrung der Lymphocythen.

Unter Fall 8 teilen wir die Krankengeschichte eines Mannes mit, der in dem Aufsatz von Herrn Prof. Nissl als Fall 1 bereits Verwertung gefunden hat. Ebenso entsprechen unsere Fälle 17, 25 und 26 den Fällen 4, 3, resp. 2 aus der erwähnten Arbeit.

Fall 8. G. F., 31 Jahre alt, 1895: Lues, Schmierkur. Halluzinierte

seit 1901, hatte viel Angst, lief wiederholt davon, reiste herum, verübte eine Anzahl abstruser Handlungen. Aufnahme 4. VI. 1903. Scheues Wesen, spricht unverständliches Zeug vor sich hin, liegt in gezwungener Haltung im Bett, hört Stimmen, die in seiner Brust sprechen, die Stimmen haben bedrohlichen Inhalt. Affektlos, maniert, Stereotypien, führt eine Reihe impulsiver Handlungen aus. Von Seiten des Zentralnervensystems keine somatischen Störungen. Klinische Diagnose: Dementia praecox. Lumbalpunktion: 12. II. 1904 zweifellos, positiver Befund.

Fall 9. K. A., 21 Jahr alt. Vater infizierte sich als junger Menschluetisch (Bubonen, Ausschlag), die eine Schwester anscheinend gesund. Als Kind „starrköpfig“, hat in der Schule recht gut gelernt, sich körperlich und geistig gut entwickelt. Mit 12 Jahren erkrankte Pat. an einem Nasenleiden, das zu einer Operation führte, die Aerzte nannten es „Knochenfrass“; später wurde eine Schmierkur angewendet; kurze Zeit darauf wurde Patientin schwerhörig, die Aerzte brachten die neue Erkrankung mit der alten in Zusammenhang. Eine Affektion der Augen stellte sich auch noch dazu ein. (Linkes Auge: Chorioiditis disseminata.) Nach ihrer Erkrankung musste sie infolge der Schwerhörigkeit den Schulbesuch aufgeben, beschäftigte sich zunächst als Näherin, später war sie $\frac{1}{4}$ Jahre als Dienstmädchen in Stellung. Bot bis vor ihrer Aufnahme in die Heidelberger Klinik nichts abnormes, nur zur Zeit der Menstruation, die mit 14 Jahren zum ersten Mal einsetzte, war sie sehr reizbar. Seit vier Jahren klagte sie wiederholt über Kopfschmerzen, zur Zeit des Ohrenleidens Erbrechen und Ohrenreissen. Beginn der Erkrankung akut am 14. April 1904. Pat. begann durcheinander zu sprechen, schlief sehr schlecht, lief durch die Räume, ausrufend: es käme noch jemand und wolle sie holen. Zeigte sich auch sonst sehr unruhig, äusserte eine Anzahl absonderlicher Projekte, führte eigentümliche Handlungen aus, hob so z. B. die Rösche in die Höhe und zeigte auf ihre Waden und sagte, sie sei noch eine reine, keusche Jungfrau. Am 16. April schrie sie: „Meine Mutter ist tot, da liegt sie!“ tanzte dabei im Zimmer umher. Aufnahme in die Klinik am 16. IV. 1904. War vollkommen orientiert, gut zu fixieren, zeigte einen sehr raschen Stimmungswechsel, äusserte eine Menge vager Beeinträchtigungsideen; Auffassung, Merkfähigkeit, Gedächtnis sehr gut. Behauptete plötzlich, eine Nichte von ihr sei drüben auf der Abteilung Pflegerin, sie habe sie gesehen. In den folgenden Tagen äusserte sie einen läppischen Erotismus: sprach immer lachend davon, dass sie einen Mann brauche, sie sei eine reine, keusche Jungfrau — dann wieder: sie wolle kein Mädchen bleiben, sie wolle ein Mann sein und ihre Klara heiraten; ihre Mutter sei daran schuld, von Geburt an sei sie eigentlich ein kleiner Junge gewesen, die Mutter habe ihr aber den Nabel verbluten lassen — aus Rache — und dadurch sei sie ein Mädchen geworden. Zeigte sich meistens recht erregt, äusserte Personenverkennungen — die nicht als scherzhafte Aeusserungen gedeutet werden konnten — sie selbst sei ein Mann, der „Prinz Oscar von Preussen“, den Arzt nannte sie den Doktor der „Unschuldsklinik“. Im Mai traten lebhaft Gehörshalluzinationen auf, hört „Engelstimmen“, Musik; Sensationen unangenehmer Art: sie sei vergiftet worden, sie wolle sich den Hals abschneiden, sie wolle sterben, denn ihr Blut sei vergiftet.“ — Onanierte sehr stark. — Pat. blieb in der Anstalt bis zum 13. XI. 1904. Sie zeigte beständig ein äusserst läppisch-kindisches Wesen, suchte sich nur wenig zu

beschäftigen, hielt an ihren abstrusen Ideen (sie sei ein Junge etc.) weiter fest, war in ihrer Stimmung recht labil. Auf Wunsch des Vaters wurde sie im November entlassen, jedoch nach zehn Tagen wieder der Klinik zugeführt, die sie am 14. III. 1905 verliess, um in eine sächsische Anstalt einzutreten. Ihr Benehmen blieb fortdauernd läppisch-kindisch, erotisch; sie zeigte weiter die emotionelle Schwäche, äusserte fortgesetzt Halluzinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten; Störung im Bereich der Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit stellten sich nicht ein. Somatisch: Sattelnase, Einziehungen an beiden Tonsillen, Auftreibungen der Tibia, Narbe rechts über der Tibia, Schwerhörigkeit, Chorioiditis, Augenhintergrund normal; leichter Strabismus divergens L. Pupillen L > R, prompte Reaktion. Sämtliche Reflexe normal, kein Romberg, keine Ataxie, keine Sensibilitätsstörungen. Lumbalpunktion. I 18. IV. 1904: Geringe, jedoch deutliche Vermehrung der Lymphocyten, Eiweissmenge normal; II 30. IV. 04. Lymphocyten reichlich vermehrt, fast wie bei typischer Paralyse — Eiweissmenge normal.

Die Krankengeschichte dieses Falles wurde etwas ausführlicher wiedergegeben, da seine klinische Beurteilung nicht ganz ohne Schwierigkeiten ist. Sicher ist es, dass es sich um eine kongenitale Lues handelt. Die lange Dauer der Erkrankung, das läppisch-kindische Wesen, die Bizarrerien der Kranken, das Prävalieren von Sinnestäuschungen im Krankheitsbild, die schamlose Erotik der Patientin, die Neigung zu manischen Redewendungen machen es wahrscheinlich, dass wir es mit einer hebephrenen Kranken zu tun haben. Zur Annahme, dass irgend eine organische Erkrankung den Symptomenkomplex entwickelt habe, fehlt jeglicher Anhalt. Der positive Ausfall der Lumbalpunktion in diesem Falle kongenitaler Lues ist recht bemerkenswert. Ich schliesse hier zwei Fälle an, die ich*) in Freiburg zu beobachten Gelegenheit hatte und über die ich bereits anderen Orts Mitteilung gemacht habe.

Fall 10. K. N., 25jährige Prostituierte, war wegen Imbezillität in einer badischen Pflegeanstalt zwei Jahre untergebracht, wurde der Freiburger Klinik 1903 zugeführt, da sie bei ihrer grossen Erregbarkeit mit anderen Insassen in Konflikt kam, dann unflätig schimpfte, mit Gewalttätigkeiten drohte, sich der Hausordnung nicht fügte. War dreimal wegen Ausschlag in Behandlung. Zeitpunkt der Infektion ist nicht festzustellen. 1902 Abortus. In der Klinik launisch, doch fügsam, reizbar. Von seiten des Nervensystems objektiv nichts wahrnehmbar, keine Klagen über Kopfschmerzen oder Schwindelgefühl. Die Lumbalpunktion ergab eine geringe Vermehrung der Lymphocyten.

Fall 11. Eine 30jährige Frau mit zerfallenem Rachengumma; in der dermatologischen Klinik in Freiburg i. B. im April 1904 untersucht. Der Zeitpunkt der Infektion ist nicht festzustellen. Pathologische Erscheinungen von seiten des Nervensystems fehlen zur Zeit vollkommen. Die Lumbalpunktion ergab eine recht ansehnliche Menge von Lymphocyten.

Fall 12. M. K., 39jährige verh. Frau; körperlich und geistig gut ent-

*) l. c. pg. 8 resp. pg. 13.

wickelt; wurde nach Volksschulbesuch Dienstmädchen, später Buffetdame in verschiedenen Wirtschaften. Ein aussereheliches Kind. Vor vier Jahren ein kurz dauernder Erregungszustand, war immer leicht erregbar, besonders zur Zeit der Menses. Zur Zeit akut erkrankt, sehr laut erregt, sprach beständig, Tag und Nacht. Bei der Aufnahme am 6. IV. 1905 flotte manische Erregung: sehr gehobenes Selbstgefühl, grosser Rede- und Bewegungsdrang, ausgeprägte Ideenflucht, stark ablenkbar, erotisches Wesen. Keine Störungen der Merkfähigkeit, rechnete gut. Nach etwa zehn Tagen wurde sie weit ruhiger und war gut zu fixieren, gab durchaus sinngemässe Antworten, die sie durch allerlei Scherze besonders über ihr früheres krankhaftes Benehmen unterbrach. Leichte Stimmungsschwankung, doch herrschte eine grosse Euphorie vor. Am 30. IV. ist sie ruhig und geordnet, fleissig und gesellig. Stimmung leicht gehoben. Pat. ist ausgesprochen erregbar; es besteht vollkommene Krankheitseinsicht. Als Buffetdame hat sich Frau M. infiziert vor etwa 10—12 Jahren; Geschwüre an den Genitalien (Kondylome!), Ausschlag, Injektionskur zweimal. Lumbalpunktion 15. IV. 1905: Deutlich positiver Befund; Eiweissbefund: keine Vermehrung. Klinische Diagnose: Manisch-depressives Irresein.

Fall 13. M. S., 36jährige Kellnerin. Seit ihrem 19. Jahre Prostituierte. Elfmal wegen Uebertretung sittenpolizeilicher Gesetze vorbestraft. Kommt aus dem Gefängnisse in die Klinik am 14. XI. 1898, schrie im Gefängnis laut, schimpfte, verweigerte auf Befragen Auskunft. In der Klinik wechselndes Verhalten, bald zugänglich, bald abweisend, gerät wegen Kleinigkeiten in sehr starke Erregung, schlägt Scheiben ein, zerreisst Kleider und Betten; bald wieder sehr zugänglich, redelustig, erotisch. Exkulpiert bleibt sie in der Heidelberger Klinik bis zur Ueberführung in die Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim (13. II. 1900), dort ebenfalls wechselndes Verhalten: sehr starke zornige Erregung im Anschluss an geringfügige Vorkommnisse, dann wieder sehr zutraulich, fleissig, lenkbar — zeitweise nächtliche sexuelle Erlebnisse. Nicht stumpf, nicht gleichgültig. Kenntnisse sehr dürftig. Somatisch: Lues vor etwa 10—12 Jahren, Injektionskur; ausgedehnter Lupus der Nase. Klinische Diagnose: Imbezill. und Hysterie. Lumbalpunktion*) 28. III. 1905 in Pforzheim: Vollkommen negativer Befund.

Fall 14. St. M., 51 Jahre alt, ledig, hat früher einen kleinen Handel mit Obst getrieben — als Hausiererin —, ist wiederholt wegen gewerbsmässiger Unzucht bestraft worden. In der Familie äusserst ungeordnete Verhältnisse, der Stiefvater hat wiederholt Unzucht mit einer Tochter getrieben, Pat. selbst mit unzüchtigen Anträgen verfolgt. Gilt in weiteren Kreisen bereits lange als harmlose Geistesranke. Aeussert schon jahrelang Verfolgungsideen: der Vater habe ihr „Bellophon“ (Tollkirschen) ins Essen getan, um sie auf die Seite zu schaffen; man habe ihr Phosphor verabreicht, sie habe es geschmeckt und gerochen, im Nebenzimmer haben die Leute darüber gesprochen. Führt die massenhaft bestehenden Geschwüre (Gummata), die bei ihrer Aufnahme am 16. II. 1903 bereits seit acht Jahren bestehen, auf die Vergiftungen zurück. Bringt eine Unmenge von wechselnden Verfolgungsideen, die auf der Basis beständiger Sensationen und Sinnestäuschungen entstehen, vollkommen affekt-

*) Anm.: Aus äusseren Gründen konnte die Punktion leider nur einmal vorgenommen werden.

los hervor, sehr manieriertes Wesen, ganz urteilsschwach. Während des Aufenthaltes in der Heidelberger Klinik und in der Anstalt Pforzheim (vom 1. VI. 03) wiederholte kurzdauernde Erregungszustände; seit einigen Jahren jedoch gleichmässig stumpf, indolent, sehr ausgeprägte Sprachverworrenheit, viele Bizarrerien. Somatisch: 1893 Körper bedeckt mit Narben- und Geschwürsflächen, offene Wundflächen mit scharfen Rändern, kreisrunde Löcher ohne Granulationen; vernarbte Stellen an der Uvula, am Nacken Leucoplakia syphil. Vater und Mutter sollen nach Angabe der Pat. ähnliche Geschwüre haben. Auf Jodkali und Hg. heilen die Geschwüre jedesmal ab, um nach einiger Zeit wieder zu erscheinen. Lumbalpunktion am 28. III. 05 in der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim ausgeführt. Ein Präparat ergab ein deutlich positives, ein drittes gering positiv; im ganzen Befund zweifelhaft. Klinische Diagnose: Puella mit schweren tertiären Erscheinungen, Dementia praecox, paranoide Form derselben.

Fall 15. W. Fr., 42 Jahre alter Küfer. Aussereheliches Kind, im Armenhaus erzogen. Betragen in der Schule schlecht; wurde wiederholt aus der Lehre fortgeschickt. Kam früh auf die Landstrasse, trieb Falschspiel, wurde zum gewohnheitsmässigen Verbrecher. Wiederholt bestraft. 1887 abermals wegen Einbruchs verhaftet, wurde er auf Indizienbeweis hin mit vier Jahren Zuchthaus bestraft. W. gibt vor, unschuldig verurteilt worden zu sein, seit der Zeit unablässiges Querulieren gegen Untersuchungsrichter und alle die am Prozesse beteiligt waren, schreibt Eingabe gegen Eingabe, geht von Instanz zu Instanz, zieht sich eine Menge von Strafen zu wegen seines masslos scharfen Vorgehens. Nachher wiederholte Einbrüche, fast ständig im Zuchthaus. Aufnahme aus dem Amtsgefängnis auf Grund des § 81 am 6. IX. 04. Abnorme Schädelbildung, allgemeine Hypalgesie, Stotterer. Besonnen, geordnet, nicht unintelligent, schlagfertig. Unerschütterliche Vorstellung der rechtlichen Benachteiligung, leidenschaftlicher Drang dagegen vorzugehen; vollkommene Unbelehrbarkeit, gehobenes Selbstgefühl, gesteigerte gemüthliche Erregbarkeit, Leidenschaftlichkeit im Handeln. Exkulpiert. Klinische Diagnose: Querulantenwahn. Vor etwa 20 Jahren Infektion, Geschwür, Exanthem. Keine spezifische Kur. Lumbalpunktion: 13. II. 05: Blutbeimischung, etwa 40 Elemente im Präparat. Befund: zweifelhaft.

II. Gruppe. Kranke, bei denen eineluetische Infektion wahrscheinlich erscheint.

In diese Gruppe haben wir zunächst drei Prostituierte und zwei Landstreicher aufgenommen. Alle fünf Kranke negieren eine Infektion; es ist ohne weiteres zuzugeben, dass der Nachweis einer Lymphocytose gerade bei solchen Individuen auf eine Infektion zurückgeführt werden kann, ohne dass man dabei der Gefahr sich aussetzt, den Verhältnissen Gewalt anzutun.

Fall 16. Th. M., ledig, 35 Jahre alt, ohne festen Wohnsitz, wird am 29. XI. 04 aus dem Arbeitshaus Kislau unserer Klinik zugeführt. Vater Trinker, die Mutter soll keinen einwandfreien Lebenswandel geführt haben. Mit 17 Jahren angeblich verführt und in ein Bordell nach Paris gebracht, zog dann in den verschiedensten Städten als Prostituierte herum. Hat zehn Freiheitsstrafen

abgesehen, davon fünf resp. drei Wochen wegen gewerbsmässiger Unzucht, die übrigen Strafen, Gefängnisstrafen, wegen Diebstahl, Hausfriedensbruch, Betteln. Die erste Strafe mit 18 Jahren. Vom 20.—22. Jahre ins Arbeitshaus, ebenso vom 31.—33., endlich wurde sie wieder im August 1904 ins Arbeitshaus Kislau gebracht. Halluzinierte dort; ein Mann in Jägerkostüm käme jede Nacht und winke ihr zu, hatte viele Angst, währte sich auch von den Aufseherinnen vergiftet. Zeigte sich sonst recht unbotmässig, schimpfte, zankte, bedrohte, führte das ihr zugewiesene Arbeitspensum nicht aus. Hier in der Klinik Neigung zum dreisten Lügen und Entstellen, frech erotisches Benehmen, grosse Reizbarkeit mit heftiger Reaktion, Empfindlichkeit. Recht mangelhafte Kenntnisse über gewöhnliche Dinge. Nicht stumpf, attent, fleissig, dankbar für Aufmerksamkeiten. Somatisch: Schmerzen im Unterleib; von seiten des Nervensystems fehlt jegliches objektives Zeichen einer Erkrankung. Von Infektionen wird nur gonorrhoeische zugegeben. Th. hat zweimal geboren, das eine Kind starb 1898 direkt nach der Geburt. Klinische Diagnose: Leichte Imbezillität, psychopathische Persönlichkeit, hypnagoge Halluzinationen. Lumbalpunktion: 6. I. 05. Deutliche Vermehrung der zelligen Elemente.

Fall 17 entspricht Fall 4 aus der Arbeit Nissl's. M. J., 26 Jahre alt, Prostituierte, die dreimal in der Heidelberger Klinik aufgenommen war und Erregungszustände zeigte, die manischen ähnlich waren. Sehr stark erregbar, zu Gewalttätigkeiten neigend, renommierend, bramarbasierend. Die Kenntnisse scheinen gut zu sein. Ist seit 1902 zwölfmal mit dem Gesetze in Konflikt gekommen wegen gewerbsmässiger Unzucht, Kontrollübertretung, Beleidigung etc. Somatisch keine Störungen von seiten des Nervensystems nachweisbar. Infektion wird nicht zugegeben. Lumbalpunktion am 29. II. 04 fällt positiv aus, die zelligen Elemente nicht sehr zahlreich. Klinische Diagnose: Manisch-depressives Irresein.

Fall 18. H. Fr., 43jährige Puella publ. Wiederholt vorbestraft wegen gewerbsmässiger Unzucht. Wurde 1891 aus der Liste der Prostituierten gestrichen, weil „ausgesprochen schwachsinnig“. Kam trotzdem ins Arbeitshaus Kislau, wurde aus demselben in die Irrenklinik Freiburg überführt (1896), weil sie „ein äusserst beschränktes Auffassungs- und Urteilsvermögen zeigt und zu Arbeiten, welche auch nur einigermaßen selbständige Ueberlegung erfordern, nicht zu gebrauchen ist.“ Seit 1896 in der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim. Mangelhaft orientiert, zugänglich, läppisches Benehmen. Manieren: verlangt regelmässig vor den Oberamtsrichter geführt zu werden, setzt zu jedem Titel, den sie ausspricht, die Phrase hinzu: „der Herr . . . ist ja auch geehrt und geachtet.“ Kenntnisse sehr lückenhaft. Drängt seit Jahren in gleicher Weise fort, schimpft oft stundenlang masslos, bringt gern vage hypochondrische und Verfolgungsideen affektlos hervor, abstiniert ab und zu. Somatischer Status: leichtes Facialisflattern, leichter Zungen- und Fingertremor — seit Jahren somatisch vollkommen unverändert. Klinische Diagnose: Imbezillität und Dementia praecox (Pfpofhebephrenie). Lumbalpunktion am 28. III. 1905 in der Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim ausgeführt: Geringe, doch deutliche Vermehrung der zelligen Elemente.

Fall 19. Th. V., led. Landstreicher, geb. 8. I. 1847. Erblich belastetes Individuum, Mutter in der Kreispflegeanstalt gestorben. Den Schulzeugnissen nach ein fauler, wenig begabter Schüler. Zuerst Hirtenjunge, dann

Knecht, später ohne Wohnsitz, als Stromer herumziehend. Hatte vor einigen Jahren Blasenleiden, Blutharnen, Harnverhaltung, Bettnässen — die Ursache dieses Leidens, von dem zur Zeit nichts mehr wahrnehmbar ist, unbekannt. 1887 zum erstenmal bestraft wegen Bettelns, seit dieser Zeit 38 Strafen wegen gleicher Vergehen, ferner wegen Diebstahl und Betrug; war viermal im Arbeitshaus, zuletzt in Kislau. In letzter Zeit arbeitete er nicht mehr, beklagte sich über eine Weibsperson, die ihm keine Ruhe lasse, die beständig an seinem Geschlechtsteile herum mache, dasselbe wund mache und wieder verheile. Hier in der Klinik lebhaft Sinnestäuschungen: böse Geister und der Teufel rufen ihm alles mögliche zu und zwingen ihn, alles mögliche nachzusprechen. Verbigerationen. Stumpf, interesselos, verlangt nicht fort, beschäftigt sich nicht, fortgeschrittene Demenz. Somatisch ohne Besonderheiten. Klinische Diagnose: Dementia praecox. Lumbalpunktion: 25. XI. 1904. Lymphocytose ansehnlich, in verschiedenen Gesichtsfeldern bis zu 30 Elementen (Zeiss C). Bei der bestehenden Demenz des Patienten lassen sich keine anamnestischen Angaben über stattgehabte Infektion erheben.

Fall 20. B. D., 65 Jahr alt. Hat eine stark bewegte Vergangenheit hinter sich. Erst Schriftsetzer, dann Lithograph. War jahrelang in Amerika, wo er in dem Sezessionskriege mitgekämpft haben will. Kam später wieder nach Deutschland zurück. Hatte keinen festen Wohnsitz, zog herum, predigte, hielt komische Vorträge in Wirtshäusern. Von der Frau geschieden. Früher starker Alkoholist. Gibt an, nie geschlechtskrank gewesen zu sein. Wegen Bettelns häufig vorbestraft, zuletzt im Arbeitshaus Kislau. Hier in der Klinik bietet er ein eigentümliches Bild: selbstbewusstes Wesen, Neigung zum Konfabulieren, Ueberschätzung der eigenen Kräfte, Biedermannston. Klinische Diagnose unbestimmt. Psychopathische Persönlichkeit (?). Somatisch ohne Besonderheiten. Die Lumbalpunktion wurde zweimal mit positivem Erfolge ausgeführt am 27. X. und am 23. XI. 1904. Die zelligen Elemente finden sich in beträchtlicher Anzahl bis 25 im Gesichtsfelde.

Ich lasse zwei Fälle folgen, die wir ebenfalls Gruppe II zuzurechnen haben, da die anamnestischen Angaben über Infektion nicht mit voller Bestimmtheit abgegeben werden können. Im ersten dieser Fälle (Fall 21) gibt zwar Patient an, infiziert worden zu sein, doch äussert er so viele wahnhaftige Beeinträchtigungsideen, dass es nicht entschieden werden kann, ob seinen Angaben reelle Vorgänge zugrunde liegen. Im zweiten Falle (Fall 22) ist die Möglichkeit einerluetischen Infektion zwar wahrscheinlich, aber immerhin nicht sicher. In beiden Fällen ergibt die Punktion einen stark positiven Befund: die Möglichkeit einer Infektion ist vorhanden und deshalb hielten wir es für angebracht, auch diese beiden Kranken unseren Untersuchungen anzureihen.

Beim Fall 21 (D. E.) handelt es sich um einen 32jährigen Kaufmann, der seit etwa zwei Jahren über ganz vage Verfolgungsideen klagt, von einer Unmenge von Halluzinationen und Sensationen geplagt wird, auf die er durch allerlei Stellungen und bizarre Handlungen, jedoch sehr affektarm, reagiert. Die Wahnideen sind vollkommen unsystematisiert: er sei vergiftet, in Schwefel-

säure gebadet, er werde mit silbernen Drähten beeinflusst etc. Vom Juni 1903 bis November 1904 in der Anstalt Neckargemünd. 21. November 1904 in unsere Klinik aufgenommen: Sprache verwaschen, doch kein Silbenstolpern, Merkfähigkeit ausgezeichnet, keine Grössenideen. Pupillen ungleich, sonst somatisch ohne Besonderheiten. Meist sehr wenig zugänglich, liegt stundenlang mit geschlossenen Augen und eng an den Leib gepressten Armen unbeweglich im Bette, leise vor sich hinsprechend. Stumpf, teilnahmslos, ohne jeglichen Betätigungsdrang. Pat. gibt an, vor etwa 10 Jahren, als er als Einjährig-Freiwilliger in Kolmar diente, in einem Bordell gewesen zu sein und sich dort infiziert zu haben, d. h. nach einigen Wochen ein Geschwür am penis gehabt zu haben. Keine ärztliche Behandlung. Später nahm er diese Angabe wieder zurück. Lumbalpunktion am 25. XI. 1904: Starke Vermehrung der zelligen Elemente (bis zu je 40 in verschiedenen Gesichtsfeldern), Eiweissmenge nicht vermehrt. Klinische Diagnose: Paranoide Form der Dem. praecox.

Fall 22. H. G., 25 Jahre alter Eisenbahnbeamter. Vater durch Suicid gestorben, Mutter war als Pat. in der Heidelberger Klinik. Hat sich körperlich und geistig gut entwickelt. Vor $\frac{1}{2}$ Jahr hat er einen Depressionszustand durchgemacht, der nur kurze Zeit andauerte, ebenso vor etwa zwei Jahren, während eines abzulegenden Examens. Der Erregungszustand, der ihn jetzt in die Klinik brachte, setzte vor wenigen Tagen akut ein, nachdem Pat. einige Tage vorher durch seine Neigung zum Querulieren auffällig geworden war. Er schmückte sich mit Blumen, sang und musizierte die ganze Nacht. Aeusserte seinem Bruder gegenüber: „Es ist vollbracht, die Welt ist erlöst“, sprach nur mehr singend. 1. Aufnahme 22. III. 1905. Zeigt einen flotten Erregungszustand, spricht beständig ideenflüchtig durcheinander, ist kaum im Bad zu halten. Nach wenigen Tagen schlägt die Stimmung um. Pat. liegt stumpf und teilnahmslos im Bette, lächelt beständig still vor sich hin, klagt nicht, äussert keinen Wunsch. Entlassung auf Wunsch der Angehörigen am 12. IV. 1905. Wiederaufnahme am 15. IV. 1905. Machte draussen sinnlose Einkäufe, lief erregt herum, hörte beständig eine Stimme, die ihm: Blut! Blut! zurief. Liegt ganz stumpf im Bett, gibt ohne jede ängstliche Erregung Auskunft über seine Halluzinationen. Fehlen jeglichen Krankheitsgefühles. Steht nach einigen Tagen ohne jegliche Neigung zur Beschäftigung herum, grimassiert, saloppe Umgangsformen, hat beständig die Hände in den Hosentaschen, hat die Taschen mit Zeitungen vollgepropft, die er nicht liest. Es gefalle ihm hier ganz gut, weil er gefüttert werde und nichts zu tun habe; es sei ihm „im allgemeinen ganz egal“, was später mit ihm geschehen solle. Bietet zur Zeit das typische Bild gemütlicher Stumpfheit. — Ueber Infektion befragt, machte Pat. zur Zeit seiner ersten Aufnahme folgende Angaben: Gonorrhöisch habe er sich sicher infiziert vor etwa drei Jahren, er glaube auch syphilitisch, sicher jedoch wisse er es nicht, die Aerzte hätten einige Zweifel geäussert; er sei wiederholt mit Einspritzungen in die Harnröhre behandelt worden. Die Eichel sei eine Zeitlang ganz geschwollen gewesen, er glaubt ein kleines Geschwür daran gehabt zu haben, die Lymphdrüsen in der Schenkelbeuge seien stark geschwollen und schmerzempfindlich gewesen. Ausschlag habe er keinen gehabt. Von seiten des Nervensystems keine Veränderungen. Lumbalpunktion am 29. III. 1904: Starke Vermehrung (über je 40 Elemente in einzelnen Gesichtsfeldern!). Keine Eiweissvermehrung. Druck erhöht. Klinische Diagnose: Dementia praecox.

III. Gruppe. Kranke, bei denen zwar das Vorhandensein einerluetischen Infektion sichergestellt ist, bei denen aber Störungen von seiten des Nervensystems zur Zeit, als die Lumbalpunktion ausgeführt wurde, vorlagen.

Wir haben oben bereits erwähnt, dass das Vorhandensein nervöser Störungen bei diesen Kranken uns nicht davon abhielt, dieselben unserem Untersuchungsmaterial hinzuzufügen. Bei drei dieser Kranken konnte die Sektion ausgeführt werden, im vierten Fall handelt es sich offenbar um eine alte kleine Blutung. Es zeigte sich auf Grund des Sektionsbefundes, dass die Störungen durch Affektionen verursacht waren (Arteriosklerose, Blutungen, tiefsitzendes Carcinom), die erfahrungsgemäss an und für sich keine Lymphocytose erzeugen. Die mikroskopische Untersuchung der Gehirnhäute konnte auch keine Erkrankung derselben aufdecken lassen, die als Ursache von Lymphocytose hätte angesprochen werden können.

Fall 23. Q. R., 45 Jahre alter Musiker. Mittelmässiger Schüler. 14 Jahre als Musiksergeant beim Militär; dann 15 Jahre lang Musiker im Theaterorchester; als Dirigent von Gesangsvereinen und als Lehrer bis zuletzt tätig und geschickt. 1887 Ehe, fünf gesunde, ausgetragene Kinder. Seit einem halben Jahre verändert; magerte stark ab, seine Spannkraft liess nach, ermüdete schnell, war reizbar. Am 12. Oktober bekam er zwei Anfälle; verkrampte die Hände, stöhnte, war bewusstlos; nach $\frac{3}{4}$ Stunden stellte sich ein zweiter, kurz dauernder (2 Minuten) Anfall ein. Er musste die Stunden aussetzen, hatte später mehrere Ohnmachtsanfälle, klagte viel über Schwindel. Seit 10 Tagen Verschlimmerung des Zustandes: Apathie, Somnolenz, undeutliche verwaschene Sprache, Stimmungswechsel, sinnlose Redensarten, delirante Ereignisse. Aufnahme am 12. 11. 04. Ausgeprägtes Krankheitsgefühl, er fühle sich ganz verändert, leicht ärgerlich, leicht erregbar, das Gedächtnis habe rapid abgenommen, er sei geistig verfallen; nach den Anfällen, die er „kommen“ fühlte, habe er Reissen und Zerran in den Gliedern gefühlt, schlecht sprechen können. Er habe viele Soldaten gesehen, besonders plastische Kriegsszenen. Orientierung mangelhaft, Erinnerung für die jüngsten Ereignisse schlecht, Merkfähigkeit gestört, grosse geistige Ermüdbarkeit; gute prompte Auffassung. — Apathie, Somnolenz. Rechnet sehr schlecht; keine auffallende Urteilschwäche. — Somatisch: Parese der ganzen rechten Seite, Hypotonie. Patellarsehnenreflex $L > R$. Pupillen reagieren (etwas träge). Rechts Sensibilität stark herabgesetzt, Stereognosie stark gestört. Sprache: Paraphrasie, Haftenbleiben, Artikulationsstörungen. — Im Verlaufe seines Aufenthaltes wechselten die somatischen wie geistigen Erscheinungen; Pat. schlief viel, war oft stark depressiv, er kannte bald seine Umgebung, bald verkannte er die Personen und zeigte sich desorientiert. Konnte eine Zeitlang die rechten Extremitäten nicht bewegen, nach einiger Zeit wurde die Beweglichkeit wieder freier. Die Sprachstörung wechselte ebenfalls in ihrer Intensität; für diese Störung zeigte Pat. lebhaft empfindung. Am 28. XI. nahm die Benommenheit zu und Pat. lag stundenlang im Stupor. 3. XII. Coma. 6. XII. Exitus. Pat. macht die

ganz bestimmte Angabe, vor 28 Jahren luetisch infiziert gewesen zu sein, habe es nie mitgeteilt, damit es seine Frau nicht erfahre; bittet wiederholt um Diskretion. Will keine Schmierkur durchgemacht haben.

Lumbalpunktion: 21. XI. 04. Deutliche Vermehrung der Lymphocyten.

Sektionsbefund: Flacher Tumor (etwa Zweimark-Stück gross) im Mark der linken Grosshirnhemisphäre an der Grenze zwischen Schläfe- und Hinterhauptlappen, mit scharf umschriebenen Rändern. Abplattung der Hirnwindungen, geringer Hydrocephalus ext. und int. Tumoren am Lungenhilus, Metastasenbildungen an den Drüsen des Halses und in der Gegend der rechten Nebenniere. Bronchopneumonie. Atherom der Aorta. Mikroskopischer Befund: Carcinoma glandulare (Ausgang vom Lungenhilus?), klein-alveolärer Bau, hie und da etwas scirrhös, cubocellulär. Schwielenbildung im Herzen. Keine luetischen oder paralytischen Veränderungen am Gehirne. Hirnhüllen zeigen absolut keine krankhaften Veränderungen.

Der Fall bot diagnostisch grosse Schwierigkeiten. Das starke Krankheitsgefühl des Patienten, die lebhaft empfundene Sprachstörung, die geringe Einbusse der Urteilskraft bei den sonst schweren Gehirnstörungen, der rapide Verlauf der Erkrankung rückten die Diagnose progressive Paralyse in den Hintergrund. Das Ergebnis der Lumbalpunktion liess uns zunächst in Anbetracht der deutlichen Herdsymptome an eine circumscribte luetische Erkrankung denken.

Fall 24. J. H., 67 Jahre alter Metzger. 1872 soll Pat. ein Trauma erlitten haben, indem ihm eine schwere Eisenstange auf den Kopf fiel. Zehn Jahre nach dem Unfall soll ein Nervenleiden eingesetzt haben, das ein Jahr lang anhielt und sich in Erbrechen und heftigen Schmerzen im Genick und im Kopfe äusserte. Nach Hg-Einreibungen sollen diese Erscheinungen verschwunden sein. — Ein Sohn des Kranken machte folgende anamnestiche Angaben: Quecksilberbehandlung vor 15 Jahren. Vor 8—9 Jahren fiel Pat. plötzlich um, war 1—1½ Stunden bewusstlos, die Sprache wurde unverständlich, eine Seite „schleppte“. Die Erscheinungen verschwanden wieder, so dass Pat. dem lebhaften Geschäftsbetriebe wieder vollkommen vorstehen konnte. Vor 5—6 Jahren setzte ein schweres Nervenleiden ein: Schwellung der Beine, Störungen von seiten des Herzens, geringe Harnmenge. Abwechselnde Besserung und Verschlimmerung des Leidens, dabei grosse Erregbarkeit, sonst keine auffallenden geistigen Störungen. Die jetzige geistige Erkrankung setzte vor etwa vier Wochen ein, gleichzeitig begleitet von schweren nephritischen Symptomen. Pat. wurde sehr erregt, zeigte grosse Unruhe, schlug um sich, warf das Bettzeug aus dem Bette heraus, sprang ans Fenster, rief um Hilfe, glaubte sich verfolgt, wurde gegen seine Umgebung gewalttätig. Nahrungsaufnahme schlecht, liess Urin und Kot unter sich.

In schwer benommenem Zustande wurde er am 22. XII. 04 in unsere Klinik aufgenommen. Nach zwei Tagen wurde er etwas freier, zeigte eine grosse Unruhe, sprach laute unverständliche Worte gegen die Wand, griff in die Luft, packte das Bettzeug zusammen. Eine Verständigung mit Pat. unmöglich, einigen einfachen Aufforderungen kommt er nach; vollkommene Des-

orientierung. Somatisch: Kann nur gestützt gehen und stehen; das linke Bein schleift etwas nach, die rechte obere Extremität leicht paretisch. Pupillen reagieren, jedoch träge, Patellarsehnenreflexe gesteigert. $R > L$. Die übrige Untersuchung des Nervenstatus ist wegen der grossen Unruhe des Pat. unmöglich. Sehr harter, schwer unterdrückbarer Puls, Herz zwei Finger breiter nach links verbreitert, sehr viel Albumen im Urin; Emphysem, Bronchitis. † 26. XII. 04.

Sektionsergebnis: Arteriosklerose der Aorta, der Hirn- und Nierenarterien; arteriosklerotische Schrumpfnieren. Stauung in Leber, Milz und Nieren. Kleine erbsengrosse Hämorrhagie frischen Datums im hinteren Schenkel der rechten Capsula interna. Chronische Leptomeningitis.

Klinische Diagnose: Arteriosklerotisches Irresein.

Lumbalpunktion: 23. XII. 04. Deutlich vermehrte Lymphocytose.

Aus der Krankengeschichte dieses Falles ist es nicht ersichtlich, wann eineluetische Infektion stattgefunden hat. Dass tatsächlich jedoch eine solche vorgelegen hat, kann mit grosser Wahrscheinlichkeit aus den Krankheitssymptomen, die angeblich 10 Jahre nach einem Trauma sich eingestellt haben und auf eine Hg-Behandlung hin verschwunden sein sollen, entnommen werden. Dass der apoplektische Insult syphilitischer Natur gewesen ist, ist ebenfalls wahrscheinlich; Reste einer alten Blutung waren nicht wahrnehmbar. Arteriosklerotische Veränderungen der Gefässe des Gehirnes konnten makroskopisch wie mikroskopisch festgestellt werden. Erfahrungsgemäss ist Arteriosklerose an und für sich wohl kaum imstande, Lymphocytose zu erzeugen, es ist deshalb aus allem der Schluss erlaubt, die deutlich nachweisbare Lymphocytose, die die Lumbalpunktion ergeben hat, in ursächlichen Zusammenhang mit der syphilitischen Infektion zu bringen.

Fall 25.*) M. R., 59 Jahre alt, geschiedene Frau. Mit 17 Jahren Heirat, die wegen vielfachen Ehebruchs geschieden wurde. Im Alter von 30 Jahren (1874)luetisch infiziert. Im nächsten Jahr Niederkunft mit einem unausgetragenen totfaulen Kinde. 1879 zweite Ehe, die ebenfalls geschieden wurde. 1883 kurze Zeit in der Heidelberger Klinik untergebracht. In Berlin im Jahre darauf psychisch erkrankt, kam nach Dalldorf mit der Diagnose Paranoia halluz. Aus dem damaligen somatischen Status: ungleiche Pupillen, links weit, starr auf Licht. 1885—1889 in der Irrenanstalt Pforzheim. Diagnose: Halluz. Verrücktheit, von 1889—1893 in der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Diagnose: Hysterisches Irresein mit Verrücktheit, psychische Degeneration. Körperlich nur Pupillendifferenz. 1893—1895 in der Kreis-Pflegeanstalt Sinsheim. Tyrannisierte dort die Umgebung, fügte sich nicht der Hausordnung, schrieb Droh- und Bettelbriefe. Seit 1895 lebte sie teils im Pfründnerhaus Heidelberg, teils für sich. Schrieb Drohbriefe, belästigte die Polizei und Strassenpassanten durch Klagen über die vermeintlichen Verfolgungen. Aufnahme in die Klinik 29. X. 1903. Brachte hier eine Unmenge körperlicher Beschwerden

*) Entspricht Fall 4 aus dem erwähnten Aufsatz von Nissl.

vor und macht genaue Angaben über ihr Vorleben, doch ungeordnet und bruchstückweise. Ergeht sich in Klagen und Anklagen. Erzählt, sie habe ein Antiquitätengeschäft geführt und feine Kunden gehabt, ergeht sich in selbstgefälliger Weise über ihre Schönheit, ihre dichterischen Talente, gerät in Entzündung, wenn man ihren Angaben Zweifel entgegenbringt. R. Pupille < L. reagiert, L. lichtstarr, R. Patellarsehnenreflex nicht auszulösen, linker vorhanden. In der Folgezeit trat eine grosse Stimmungs labilität in die Erscheinung, queruliert viel, sitzt untätig herum, produziert Verfolgungsideen. Orientiert, besonnen. Ende Dezember stumpfer, unsauber, profuse Blutungen aus einem Cervixcarcinom. Verfällt anfangs Januar, wird benommen, schmiert, Paraphrasie. Parapraxie, Katalepsie, Hypästhesie, schwankender Gang, Inkontinenz, Sopor, delirante Unruhe. Stirbt am 9. I. 1904.

Anatomische Diagnose: Zerfallenes Cervixcarcinom mit Metastasen. Cystitis purulenta. Narbige Stenose des Rachens. Arteriosklerose und Atheromatose der Aorta. Frische verucöse Endocarditis. Frische Blutung an der Spitze des Stirnhirns. Zahlreiche punktförmige Hämorrhagien an der Spitze des Stirnhirnes, narbige Veränderungen des Gaumenbogens mit Adhärenz an der hinteren Rachenwand. Glatte Atrophie des Zungengrundes. Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns zeigte eine Reihe schwer zu deutender Befunde (Nissl). Jedenfalls keine meningitischen Veränderungen und nichts, was als luetisch aufgefasst werden könnte. Nur die grossen Arterien bieten den typischen Befund der Arteriosklerose.

Klinisch war der Fall schwer zu deuten. Die Kranke wurde als ein Fall betrachtet, der der Gruppe des degenerativen Irreseins zuzurechnen ist. Wertvoll ist für uns der Nachweis, dass mikroskopisch weder eine hyperplastische noch eine exsudative Meningitis nachweisbar war. Punktion am 6. XI. 1903 ergab einen positiven, wenn auch schwachen Befund. Die Eiweissmenge nicht vermehrt.

Fall 26.*) M. R., 52jähr. Frau. Zuerst Dienstmädchen, dann Prostituierte. Lernte ihren Mann im Bordell kennen. 1884 an Lues behandelt, Ausschlag an Armen. 1888 Anfall mit Bewusstlosigkeit, Hemiplegie links. Nach zwei Jahren war die Seite wieder gebrauchsfähig. 1898 Eifersuchtsideen; hörte allerlei Stimmen, die ihr schreckhafte Sachen zurufen. Später typisches Delir. tremens. Fühlte sich danach ständig verfolgt. Aufn. 25. XI. 03. Somatisch: Herabsetzung der Sensibilität und der motorischen Kraft auf der linken Seite; sonst Befund negativ. Geringe articulatorische Schwierigkeit. Keine Gedächtnisdefekte, keine Merkstörung, für Paralyse fehlt jeder Anhaltspunkt.

Klinische Diagnose: Alkoholwahnsinn.

Lumbalpunktion: 16. XII. 03. Gibt cytologisch wie chemisch ein positives Resultat, die Elemente sind nur in geringem Grade vermehrt.

In der beifolgenden Tabelle versuchen wir eine übersichtliche Darstellung zu geben über klinische Diagnose, luetische Infektion und über den Ausfall der Lumbalpunktion bei den von uns untersuchten Kranken.

*) Entspricht Fall 3 aus der erwähnten Arbeit von Nissl.

Uebersichtstabelle.

Nummer d. Falles	Klinische Diagnose	Datum	Infektion		Ergebnis der Lumbalpunktion
			Folgen	Behandlung	
Fall 1	Man. depr. Irres.	VI. 04	Sekundärschein.	Injektionskur	Stark positiv
" 2	" " "	1881	Ulcus, Monoplegie	Hg-Behandl.	" "
" 3	Dem. praecox	1899	Ulcus*	Keine	3 × punkt. deutl. positiv
" 4	" "	1902	Ulcus*	"	deutl. positiv
" 5	Arteriosklerot. Irres.	1864	Aus der Anamnese	"	" "
" 6	Psychop. Persönl.	1902	Narbe am penis	"	geringe Verm.
" 7	" "	1894	Aus der Anamnese	"	" "
" 8	Dem. praecox	1895	—	Schmierkur	" "
" 9	" "	?	congen. Knochenv. Augen erh.	"	2 × punkt. deutl. Vermehr.
" 10	Imbezille puella	?	Abortus 1902	2 × "	geringe Verm.
" 11	Nicht geisteskrank	?	Rachengumma	Jodkali	starke "
" 12	Man. depr.	1894	Abort; Exanth. Condyl.	Injektionskur	" "
" 13	Imbezill. Hysterie (Puella)	?	Exanthem	"	negativer Bef.
" 14	Dem. praec.(Prostit.)	?	Tert. Erschein.	Injekt. Jodk.	Bef. zweifelh.
" 15	Querulantenwahn	?	Ulcus*	Keine	" "
" 16	Puella Imbezill.		negiert		deutl. positiv
" 17	" man. depr.		"		geringe Verm.
" 18	" dem. praec.		"		" "
" 19	Landstr. Dem. pr.		"		stark positiv
" 20	" Psychop. P.		"		stark pos., zweimal ausgef.
" 21	Dem. praecox		Angaben konfus: Ulcus?		stark positiv
" 22	" "	1902?	Gonorrhoe sicher, Lues unsicher.		" "
" 23	Carcinoma cerebri	1876	Ulcus*, Atherom der Aorta	Keine	deutl. positiv
" 24	Arterioskler. Kleine Blutung i. caps. int.	?	vor 27 Jahr. Lähm. Apopl.? Infect. zugeg.	Hg-Behandl.	" "
" 25	Degen. Irresein.	1874	Abortus; mult. Blut. i. Stirnhirn, Narbe am Rachen u. Kehlkopf etc. Keine mening. Veränder.	Keine	gering "
" 26	Puella potatrix.	?	1884 Ausschlag, 1888 „Anfall“	1884 Hg-Beh.	" "

Wenn wir die durch unsere Erfahrungen gewonnenen Resultate kurz zusammenfassen, so ergibt sich, dass wir unter 26 Kranken bei

*) Laut Angaben der Kranken.

einer Kranken (Fall 13) bestimmt keine Vermehrung der zelligen Elemente in der Cerebrospinalflüssigkeit finden konnten, zweimal war das Resultat der Punktion zweifelhaft (Fall 14, 15), bei 23 Kranken (in 27 Punktionen!) bestimmt positiv. Wenn wir die zwei zweifelhaften Fälle den negativen zuzählen, so ergibt sich ein positiver Befund in 89,7% der Fälle. In einer Anzahl der Fälle (so bei Fall 1, 2, 11, 19, 21, 22) war die Vermehrung der zelligen Elemente eine recht bedeutende; im allgemeinen bleibt die Zahl der Elemente weit zurück hinter der, die wir bei der Paralyse oder Tabes zu finden gewohnt sind. Ist jedoch die Hyperlymphocytose bei dem von uns untersuchten Krankenmaterial stark, so unterscheidet sie sich nicht wesentlich von den — allerdings relativ seltenen — Fällen von Paralysen, bei denen die Vermehrung keine allzu starke ist. Es lässt sich also behaupten, dass im allgemeinen die Vermehrung der Lymphocyten in unseren Fällen sich quantitativ unterscheidet von der Vermehrung bei Tabes oder Paralyse. Irgendwelche bestimmte Beziehungen zwischen Stärke der Lymphocytose, Alter oder sichtbare Erscheinungen der Infektion lassen sich nicht konstruieren. Die Eiweissmenge zeigte sich nur einmal (Fall 26) vermehrt (im Gegensatz zur Paralyse).

Das Ergebnis unserer Erfahrungen berechtigt uns zu folgender Schlussfolgerung: die luetische Infektion hat in fast allen den von uns untersuchten Fällen zu einer Vermehrung der zelligen Elemente in der Cerebrospinalflüssigkeit Veranlassung gegeben, bereits auch dann, wenn wir am Centralnervensystem und seinen Hüllen keine klinisch wahrnehmbaren krankhaften Veränderungen aufzudecken imstande sind.

In dieser Schlussfolgerung liegt die Antwort zu der ersten von uns erhobenen Frage, ob nämlich die luetische Infektion an und für sich ohne klinisch nachweisbare Veränderungen am Zentralnervensystem und seinen Hüllen eine Hyperlymphocytose zu erzeugen imstande ist. Bevor wir an die Beantwortung der zweiten Frage herantreten, die sich mehr damit zu beschäftigen hat, die Genese der gefundenen Lymphocytose zu erklären und in Einklang zu bringen mit den Erklärungsversuchen anderer Autoren, müssen wir eine Sammlung und Sichtung des uns vorliegenden Materials über Lymphocytose im allgemeinen, bei syphilitischen Erkrankungen im speziellen versuchen.

(Schluss folgt.)

II. Vereinsberichte.

III. Versammlung württembergischer Aerzte und Juristen in Stuttgart am 26. März 1905.

Von Dr. R. Krauss.

309) **Kreuser** (Winnenthal): Die Stellung der Geisteskranken in Strafgesetzgebung und Strafprozess.

In allen Kulturstaaten hat in den allgemeinsten Rechtsgesetzen das häufige Vorkommen der die Verantwortlichkeit ausschliessenden Geisteskrankheiten deren besondere Berücksichtigung durch Ausnahmebestimmungen notwendig gemacht. Im deutschen Recht gibt die freie Willensbestimmung den Ausschlag, die, theoretisch schwer angefochten, praktisch kaum je Schwierigkeiten gemacht hat. Sie ist auszuschliessen, wenn zur Zeit der Tat krankhafte Störungen vorgelegen hatten, von denen das betreffende Individuum in seinem Tun und Lassen mehr oder weniger abhängig war. Unliebsam geltend machen kann sich, dass nach dem Wortlaut des Gesetzes mit der fehlenden Schuld auch die Tat selbst als nicht vorhanden zu bezeichnen ist. Auch für eine Verfolgung von Anstiftung und Beihilfe zu ihr entschwindet damit der sichere Boden, ebenso wie für die etwa erforderlichen sicherheitspolizeilichen Massnahmen.

Zur psychiatrischen Feststellung einer die Unzurechnungsfähigkeit in sich begreifenden Diagnose bietet die Strafprozessordnung ausreichende Mittel, die einem Zurechnungsfähigen nie geschadet, dem Geisteskranken durch entsprechende Unterbringung wohl schon genützt haben. Das notwendige Eingreifen der Verwaltungsbehörden nach dem gerichtlichen Verfahren vollzieht sich nicht immer glatt. Dass vorläufige und endgültige Einstellung des Verfahrens fakultativ ist und Geisteskrankheit die Prozessfähigkeit nicht ausschliesst, ist günstig. Die Einstellung erscheint in den Augen von Geisteskranken leicht als Rechtsverweigerung, auch können über Einstellung wegen Unzurechnungsfähigkeit andere Seiten des Tatbestandes, Täterschaft, sonstige Strafausschlussgründe unberücksichtigt bleiben. Wenn nicht gesundheitliche Interessen des Angeschuldigten geschädigt werden, sollte keine Einstellung erfolgen. Die notwendige Berücksichtigung der Geisteskranken im Strafvollzug ist erfolgt durch Errichtung von Irrenabteilungen an Strafanstalten. Aehnlich wie das B. G.-B. muss die Strafgesetzgebung Abstufungen schaffen für die formale Behandlung und für die Verantwortlichkeit der psychisch Abnormen. Nicht so sehr das Mass als der Grund des geringeren Verschuldens ist dabei zu berücksichtigen. Die Besserung der abnormen Zustände, welche noch Verantwortung zulassen, kann nur durch mühsame, länger dauernde Fürsorge erreicht werden, auf deren zwangsweise Einleitung durch Gerichtsbeschluss zu erkennen wäre. Der gegebene Anschluss wäre die Fürsorgeerziehung, um so mehr, als es sich meist um jugendliche Kandidaten des Gewohnheitsverbrechertums handelt. Eine Voraussetzung für dieses dringende Problem ist, dass der Strafrichter künftig nicht nur über die Schulfrage, sondern auch über das nächste Schicksal seiner Angeklagten Entscheidung zu treffen habe. Der Schaffung eines besonderen Irrenrechtes bedarf es nicht. Dessen Anwendung wäre im Einzelfalle doch abhängig von der ärztlichen Diagnose. Ganz abzulehnen ist ein Irrenrecht im Sinne Schröder's, das nur für gemeingefährliche Geisteskranke Anwendung hätte.

310) **Schanz** (Stuttgart): Der Beseitigung des psychologischen Kriteriums der freien Willensbestimmung stehe richterlicherseits nicht nur nichts im Wege, sie sei sogar zu empfehlen, da die Gerichtsärzte die Beantwortung dieser Frage als einer nichtärztlichen häufig genug ablehnen. Die biologische Methode habe zudem noch den Vorteil grösserer Bestimmtheit. Er schlägt vor, nach Mendel den § 51 St.-G.-B. dahin zu fassen: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung bewusstlos oder geisteskrank war.“ Nach einem Ueberblick über die in Literatur und Gesetz vertretenen Anschauungen über die Verwahrung freigesprochener oder ausser Verfolgung gesetzter, insbesondere gemeingefährlicher Geisteskranker führt er aus, weder die endgültige noch die vorläufige Verwahrung derselben sei vom Richter anzuordnen, vielmehr habe über sie die Verwaltungsbehörde in einem zu gestaltenden verwaltungsgerichtlichen Verfahren zu entscheiden. In prozessualer Hinsicht vertrat der Referent die Ansicht, dass, wenn immer tunlich, der Richter die Freisprechung des Geisteskranken oder die Ausserverfolgungssatzung desselben nicht mit der Geisteskrankheit, sondern mit dem Nachweis der Nichttäterschaft, oder mit dem unzureichenden Beweis der Täterschaft zu begründen habe, und dass den Geschworenen bei Zweifeln hinsichtlich der geistigen Gesundheit des Angeklagten eine auf die Täterschaft bezügliche Hauptfrage, für den Fall der Bejahung derselben eine Frage nach dem Vorliegen von Geisteskrankheit zu unterbreiten sei. Dann erörterte der Vortr. noch die Reformbedürftigkeit der §§ 563 Z. 1, 81, 203, 285, 287 der Strafprozessordnung und lehnte ebenfalls die Kreierung eines besonderen Irrenrechtes ab, das verschiedenartige Materien aus ihrem natürlichen Zusammenhang reissen würde.

Diskussion.

Beling spricht ebenfalls gegen ein besonderes Irrenrecht. Es ist notwendig, die Gesichtspunkte Schuld und Fürsorge für die Geisteskranken bei Gemeingefährlichkeit zu trennen. Die Unterbringung der Geisteskranken ist Sache der Verwaltungsbehörde, des Verwaltungstreitverfahrens. Gegen Geisteskranke soll keine strafprozessuale Hauptverhandlung durchgeführt werden; statt dessen ist die Einführung eines offenrechtlichen Feststellungsverfahrens angezeigt. Beling erhebt Bedenken gegen Strafvollzug an Geisteskranken und befürwortet Unterbrechung der Strafvollstreckung bei Ausbruch der Geisteskrankheit.

Wollenberg gibt seiner Genugtuung Ausdruck, dass kein besonderes Irrenrecht eingeführt werden solle, dass von juristischer Seite die freie Willensbestimmung als entbehrlich bezeichnet würde.

Kreuser: Es können ernstliche Unzuträglichkeiten entstehen aus dem Mangel an rechtlichen Grundlagen für die Versorgung eines Kranken zwischen gerichtlichem Urteil und verwaltungsgerichtlichem Eingreifen. Nicht ganz verständlich ist die Zurückweisung des Hauptverfahrens gegen Geisteskranke. Nicht selten kommt erst im richterlichen Urteil die ärztliche Diagnose zur Anerkennung. Die Durchführung des Verfahrens im Interesse des Kranken kann auch im Feststellungsverfahren erreicht werden.

311) **Schott** (Weinsberg): Zur Psychologie der Aussage.

Wir unterscheiden zwischen Gedächtnisherrschaft über den alterworbenen Besitzstand an Vorstellungen und zwischen Merkfähigkeit, neues Gedächtnismaterial zu erwerben. Die Erinnerung umfasst die Fähigkeit zur

Reproduktion. Gedächtnis und Merkfähigkeit decken sich keineswegs. Die Störungen des Gedächtnisses können quantitativ und qualitativ sein, sie können sich auch auf die zeitliche Einordnung der Erinnerungsbilder beziehen. Interesse, lebhafter Gefühlston, Wiederholung, einige Verknüpfung mit jederzeit bereit liegenden Vorstellungsräumen sind die Hauptmomente, welche die Aussichten der Reproduktion bestimmen. An der Hand der assoziativen Verbindung der Vorstellungen führt uns der Zufall (Einfall) oder das systematische Wollen (Besinnen) zu den Erinnerungsbildern der Vergangenheit. Von besonderer Wichtigkeit sind die Erinnerungs-Fälschungen, bezw. Täuschungen des gesunden und kranken Erlebens. Die experimentelle Psychologie hat mittels der Betriebs- bezw. Prüfungsmethode gesucht, Gesetzmässigkeiten im Gebiete der Psychologie der Aussage festzustellen. Die bis jetzt gefundenen Ergebnisse lassen umfassende Schlüsse nicht zu, übereinstimmend ist erwiesen, dass etwa der vierte Teil der Aussagen unrichtig ist. Die Erinnerung für Farben ist im allgemeinen schlecht, ebenso für die Form. Die Angaben über Personen sind zutreffender als über Sachen. Eine grosse Rolle spielt die psychophysische Verfassung der aussagenden Person bei der Wahrnehmung und bei der Aussage, bedingt durch persönliche Faktoren wie durch äussere Konstellation der Umstände. Im allgemeinen wird die Leistungsfähigkeit des Zeugengedächtnisses überschätzt. Belebend auf die Erinnerungsfähigkeit wirkt die Wiederkehr begleitender Umstände. Allgemein ist die Mangelhaftigkeit der Reproduktion von früheren Gefühlszuständen. Bei der Beurteilung von Affekthandlungen ist die Kenntnis dieser allgemeinen Eigentümlichkeit von Belang. Sache der Schule ist es, zur Lebhaftigkeit, Treue und Zuverlässigkeit der Beobachtung und Erinnerung zu erziehen, sowie die starke Suggestibilität der Kinder zu bekämpfen. Juristen, Pädagogen und Mediziner sollte der Besuch eines psychologischen Seminars zur Pflicht gemacht werden. Stets muss man der grossen und dauernden Verschiedenheiten des Gedächtnisses eingedenk sein.

312) **Gmelin** (Stuttgart): Das praktische Interesse der Psychologie der Zeugenaussage besteht in der Aufdeckung von Fehlern, welche auf dem Wege von der Wahrnehmung des Zeugen an bis zur Urteilsfindung aus Gründen, in der geistigen Betätigung des Zeugen liegen, vorkommen können. Die Funktion des Zeugen besteht darin, dass er über Wahrgenommenes auf Grund seiner Erinnerung aussagt. William Stern und seine Nachfolger glauben auf experimentellem Wege den Nachweis erbringen zu können, dass ein breites Gebiet der normalen psychologischen Erinnerungsfehler in der Weise besteht, dass die fehlerlose Aussage nicht die Annahme, sondern die Regel bildet. Wenn das Vorkommen von Erinnerungsfehlern auch früher keineswegs unbekannt war, so wird man doch geneigt sein müssen, anzuerkennen, dass der Umfang derselben bisher unterschätzt wurde, und jedenfalls ist davor zu warnen, aus der subjektiven Sicherheit, womit die Aussage gemacht wird, zu rasch auf die Richtigkeit der Bekundung zu schliessen. Dass die bisherigen richterlichen Entscheidungen in weitem Umfange auf Erinnerungsfehlern von Zeugen beruhen, ist nicht bewiesen. Um die Abschaffung des Zeugenbeweises kann es sich natürlich niemals handeln. Aber allerdings mahnen die Stern'schen Ergebnisse in praktischer Hinsicht zur Vorsicht und lassen legislatorisch eine möglichst rasche Folge der Vernehmung auf die Wahrnehmung sowie eine Trennung der spontanen Aussage von der durch Fragestellung gewonnenen als

wünschenswert erscheinen. In wissenschaftlicher Beziehung ergibt sich die Notwendigkeit, mit den Ergebnissen der Aussageforschung sich bekannt zu machen und an der weiteren Erforschung der aufgestellten Probleme mitzuarbeiten.

Die weitere Erforschung der Probleme der Psychologie der Aussage wird von grossem Nutzen und mit der Zeit auch von praktischer Bedeutung für die Rechtspflege sein.

Diskussion.

Specht: Er hätte eine kritischere Stellung zu den Forschungsergebnissen gewünscht, da diese so bedeutungsvolle praktische Folgen haben sollen. So gross die Verdienste der seitherigen Forscher sind, einer strengen psychologischen Kritik kann die bisherige Forschung und die in ihr zutage getretene Richtung nicht standhalten. Specht weist auf die Mängel der Versuchsanordnung hin, kritisiert die Verrechnung der Ergebnisse und beleuchtet die Voreiligkeit, mit der sehr häufig aus den teilweise ganz hypothetischen Resultaten bedeutungsvolle Schlüsse gezogen werden. Eine Reihe der in das Gebiet der Aussageforschung gehörenden psychologischen Fragen können nur mit exakter analytischer Methode beantwortet werden. Erst nachdem von der theoretischen Psychologie die Bedingungen der Apperzeption, der Reproduktion, der sogen. Gedächtnisfunktionen im einzelnen genau erforscht sind, wird für die angewandte Psychologie die Möglichkeit bestehen, die viel komplexeren Bedingungen ihrer Versuche, insonderheit der Massenversuche, hinreichend zu übersehen.

313) **Krauss** (Kennenburg): Die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens mit Rücksicht auf Geisteskrankheit der Mutter.

Die neuere Rechtsforschung billigt dem Arzt das Recht zu, ohne Rücksicht auf §§ 218—220 des St.-G.-B. das Leben des Kindes zu opfern, wenn bei bestehender Krankheit der Mutter das Leben dieser auf andere Weise nicht zu retten ist. Erste Indikation im Sinne des Themas: Das unstillbare Erbrechen, wenn alle anderen Heilversuche fehlgeschlagen sind; zweite unter gleichen Voraussetzungen extrem seltene Fälle von Hysterie, bei denen das krank gewordene Vorstellungsleben der Frau irreparabel gegen das Kind gerichtet ist. Bei Epilepsie wird es angezeigt sein, die Fehlgeburt einzuleiten, bereits bei Erstgebärenden, wenn durch Schwangerschaft bedingte Häufigkeit und Schwere der Anfälle zu eigentlichen Geisteskrankheiten bezw. zu rascher Verblödung zu führen droht, insbesondere aber bei Mehrgebärenden, bei denen der im Einzelfalle charakteristische Verlauf früherer Schwangerschaften eine weitere schwere psychische Schädigung der Mutter bereits vorhandener Kinder mit ziemlicher Sicherheit annehmen lässt.

Bei schweren Fällen von Chorea gravidarum in Verbindung mit melancholischer Depression, manischen Zuständen, Delirien mit lebhaften Sinnes-täuschungen, sind die Aussichten, Mutter und Kind durchzubringen, so gering, dass der Eingriff um so eher angezeigt erscheint, als die Erfahrung lehrt, dass nach Ausstossung der Frucht meist rasch Besserung einzutreten pflegt.

Die Indikation zur Einleitung der Fehlgeburt wegen Melancholie sollte nur mit grösster Zurückhaltung gestellt werden. Die Selbstmordgefahr bedingt die Aufnahme in eine Anstalt. Erst wenn die lange Beobachtung und der Verlauf der Krankheit keine andere Rettung der Mutter möglich erscheinen lassen, sollte der Eingriff gemacht werden. Die grosse Zahl der übrigen im zeugungsfähigen Alter auftretenden Geisteskrankheiten wird kaum je die Indikation zu dem Ein-

griff berechtigt erscheinen lassen. Nie sollte er vorgenommen werden ohne die Zustimmung der Mutter, bezw. deren gesetzlichem Vertreter, wie der des Vertreters des Kindes, ebenso nie ohne Zustimmung einer Mehrzahl von Kollegen.

Die Frage, ob wir berechtigt sind zur Vernichtung des kindlichen Lebens in Hinsicht auf etwaige Vererbung der mütterlichen Geisteskrankheit, ist zu verneinen. Wir kennen bislang die Gesetze der Vererbung nicht. Die Statistiken, die auch die gesunde Deszendenz mitrechnen, lassen nur erkennen, dass etwa die gleichen Chancen für den Deszendenten bestehen, krank zu werden, wie gesund zu bleiben. Die Prophylaxe der Degenereszenz unserer Rasse kann in dieser Hinsicht nur bestehen in Vermeidung von Heiraten der Belasteten. Wir können Material sammeln, auf Grund dessen eine spätere Gesetzgebung das Heiraten von Geisteskranken verbieten kann, wie in Michigan.

314) **Teichmann** (Stuttgart) verneint die Frage, ob eine Vernichtung des kindlichen Lebens aus anderen Gründen als zum Zweck der Rettung der Mutter aus Lebens- oder schweren gesundheitlichen Gefahren gestattet werden könne, sowohl vom Standpunkt des geltenden Rechtes, als mit Rücksicht auf die Folgen, die eine Abänderung desselben hätte. Er gab zunächst einen Ueberblick über die dogmatische und geschichtliche Entwicklung der §§ 218—220 des Str.-G.-B. mit dem Ergebnis, dass durch sie das keimende Leben geschützt sei um seiner selbst willen, wenn auch weniger, als das vollentwickelte der Mutter. Unter diesen Umständen könne es gegebenenfalls dem letzteren geopfert werden, doch genüge zur Rechtfertigung hierfür der Notstandsbegriff nicht, auch die grundsätzliche Rechtfertigung des ärztlichen Eingriffes nicht. Der ärztliche Eingriff wäre gerechtfertigt, wenn er durch ärztliche Kunstregeln geboten und nach ihnen durchgeführt ist und andererseits getragen wird durch die Einwilligung des Kranken oder einer seiner berufenen Vertreter. Letztere gibt es aber für den gegebenen Fall nicht. So bleibt als Schuldauusschlussgrund nur der Notstandsbegriff, der aber dahin abgeändert werden muss, dass die Beschränkung auf Angehörige aus- und die Beschränkung auf Personen, welche in Ausübung der Heilkunde handeln, eingeschaltet wird. Die Beschränkung, dass der Notstand unverschuldet sein muss, ist ebenfalls auszuschalten. Dagegen ist daran festzuhalten, dass der Eingriff nur gestattet ist, wenn die der Mutter drohende Gefahr auf keine andere Weise beseitigt werden kann. Ausserdem muss zu der Schwangerschaft eine die Mutter entscheidend gefährdende Komplikation treten. Redner kommt zu dem Schlusse: „Im Falle der Abtreibung oder Tötung der Leibesfrucht im Mutterleibe ist eine strafbare Handlung nicht vorhanden, wenn die Handlung zum Zwecke der Heilung der Schwangeren im Falle einer auf andere Weise nicht zu beseitigenden, zu der Schwangerschaft hinzutretenden entscheidenden Komplikation vorgenommen wird.“

Diskussion.

Beling: Die Berechtigung zu dem in Frage stehenden Eingriff ergibt sich aus dem bestehenden „Notrecht“, das zugunsten eines jeden grösseren Rechtsgutes gegeben ist, wenn es mit einem kleineren derart kollidiert, dass nur eines von beiden gerettet werden kann.

Gmelin: De lege lata muss die Lösung der Frage in dem ärztlichen Berufsrechte gefunden werden, das — analog dem Disziplinarrechte — die

Rechtswidrigkeit ausschliessen muss, wenn der Eingriff nach den Regeln der ärztlichen Kunst geschah. Widerspruch der Berechtigten lässt den Eingriff stets als widerrechtlich erscheinen.

(Sämtliche Vorträge der Versammlung erscheinen in den juristisch-psychiatrischen Grenzfragen.)

III. Bibliographie.

LXXXV) Hugo Liepmann: Ueber Störungen des Handelns bei Gehirnkranken. Berlin 1905. Verlag von S. Karger, Karlstrasse 15. 161 Seiten.

Nach einer orientierenden Einleitung führt Verf. die wichtigsten Typen der apraktischen Störungen in Beispielen auf:

1. Pat. soll eine Kerze anzünden. Er bringt das brennende Zündholz in die Nähe der Kerze, lässt es herabbrennen und bläst es schliesslich aus. Einfaches Versagen der Zielvorstellung.

2. Pat. bürstet mit der Zahnbürste — den Schnurrbart. Die Bewegung wird statt durch den Begriff der Zahnbürste durch den benachbarten der Bartbürste bestimmt.

3. Pat. soll die Zigarre anzünden. Er erkennt sie, öffnet die Streichholzschachtel, steckt die Zigarre hinein, drückt die Schachtel zu, wie wenn er sie für einen Zigarrenabschneider hielte. Dann reibt er mit der Zigarre an der Seitenfläche der Streichholzschachtel, als ob er ein Zündholz anzünden wollte. Verwechslung der einzelnen Komponenten eines komplizierten, aber einheitlichen Handlungskomplexes. Oder: Der Pat., dem alle Ingredienzien zum Rauchen hingelegt werden, steckt die Streichholzschachtel in den Mund und raucht daran. Abgekürzte Reaktion. Der ganzen Kategorie gemeinsam: Die zu einem Handlungskomplex gehörigen Teilakte werden zeitlich verstellt, die Zuordnung von Bewegung zum Objekt verfehlt, eventuell werden einzelne Teilakte ganz ausgelassen.

4. Pat. bürstet mit einer Wichsbürste statt der Stiefel eine excorierte Stelle der Hand. Oder: Pat. erkennt eine Wichsschachtel; als ihm dazu ein Schuh mit der Aufforderung gereicht wird, ihn zu wischen, ergreift er ihn, neigt sich hinab und reibt mit dem Schuh an seinem Pantoffel. Eine ästhesiogene oder gewohnte Vorstellung bekommt das Uebergewicht über die durch die Umstände gebotene. Ursache: schwere Störung der Aufmerksamkeit oder der Merkfähigkeit.

5. Pat. bekommt Zigarre und angezündetes Streichholz; er bläst statt anzustecken auf das Streichholz. Ein Teil statt des Ganzen bestimmt die Handlung.

6. Allen diesen ideatorischen Apraxieformen stellt Verf. seine motorische gegenüber, die er an einem einwandfreien Fall in klassischer Weise analysiert und beschrieben hat.*) Sein Pat. handelte mit der linken Hand richtig, mit der rechten apraktisch. Sein Ideenablauf war also an der Entgleisung nicht beteiligt.

*) Vergl. dieses Centralblatt 1901, p. 672.

In den zwei folgenden Kapiteln analysiert Liepmann, von dem Wernicke-schen Schema ausgehend, den Mechanismus der Handlung.

Durch eine Ausgangsvorstellung wird eine Erfolgsvorstellung (Hauptzielvorstellung) angeregt. Um diese zu verwirklichen, bedarf es einer Anzahl Teilhandlungen, resp. Teilzielvorstellungen. Den Aufbau der Bewegung aus der richtigen Kombination von Einzelakten nennt Verf. die Bewegungsformel. Diese vergisst etwa der Gesunde, wenn er z. B. nicht mehr weiss, wie er einen bestimmten Verband anlegen soll.

Von der Hauptzielvorstellung aus gehen also eine grössere Anzahl Teilvorstellungen der Handlung. Die Umsetzung der Hauptzielvorstellung in die Teilzielvorstellungen muss zu den intrapsychischen und nicht zu den motorischen Akten gezählt werden. Erst von jeder der Teilvorstellungen aus geht die motorische Innervation der einzelnen Teilakte.

Es kann nun die Entgleisung stattfinden zwischen der Hauptzielvorstellung und den Teilzielen. Das geschieht in den oben unter 1—5 angeführten Fällen ideatorischer Apraxie. Hier steht die Innervation im Einklang mit dem (allerdings falschen) ideatorischen Prozess.

Tritt aber ein Zwiespalt ein zwischen der Zielvorstellung und dem Bewegungsakt, geht die von den Teilzielvorstellungen angeregte Innervation in eine falsche Bahn, dann haben wir motorische Apraxie.

Die Teilzielvorstellung löst sich nun wieder auf in die (namentlich) optischen und kinästhetischen Vorstellungen des zurückzulegenden Weges — bei der Aufgabe einen Kreis zu zeichnen: Vorstellung der Kreisbewegung. Nun führen wir aber nicht eine Kreisbewegung überhaupt aus, sondern eine Kreisbewegung mit einem bestimmten Gliede, z. B. der rechten Hand. Es muss also neben der generellen Vorstellung der Kreisbewegung noch eine für jedes Glied spezialisierte Wegvorstellung geben, von der aus dann erst die Innervation zu dem betreffenden Körperteil geht.

Bei Liepmann's motorischer Apraxie waren dem Patienten die generellen Wegvorstellungen erhalten — er konnte ja mit dem linken Arm jede Handlung ausführen; es fand aber eine Entgleisung statt zwischen der generellen Wegvorstellung und der „glied-kinästhetischen“: Der rechte Arm führte den Befehl falsch aus.

Differentialdiagnose: Die motorische Apraxie betrifft einzelne Glieder. Sie verrät sich schon bei ganz einfachen Akten, sogar beim Nachmachen. Ein seelisches Band zwischen richtiger und falscher Reaktion fehlt im Prinzip.

Ein besonderes Kapitel ist der Perseveration gewidmet. Liepmann unterscheidet drei Arten: jemand wiederholt immer dieselbe Bewegung, denselben Satz — klonische Perseveration. Ein Kranker will irgend etwas sagen, statt des richtigen Wortes stellt sich aber immer wieder ein zufällig vorher gebrauchtes ein — intentionelle Perseveration. Ein Pat. verharrt in einer Stellung, in die ihn eine bestimmte Handlung einmal gebracht hat — tonische Perseveration. Die bei Hirnläsionen häufigste Form ist die intentionelle. Sie entsteht dadurch, dass infolge einer im Gebiet der sensorischen Vorbereitung der Bewegung vorhandenen Unwegsamkeit eine vorher aufgetretene Ideation überwertig wird.

Es folgt noch ein kleines Kapitel über Ataxie, worunter alle Koordinationsstörungen mitbegriffen sind, ferner feinsinnige Bemerkungen über die

Lokalisation der Apraxie und den Verlust der gliedkinästhetischen Vorstellungen, worauf eine kurze Zusammenfassung das ganze schliesst.

Das ist etwa das Wesentliche der klaren und scharfsinnigen Arbeit. Es ist nicht möglich, ihr im Raume eines Referates gerecht zu werden.

Die Analyse unserer Handlungen ist ein Muster einer solchen Arbeit. Das Resultat entspricht allen Forderungen, die unser jetziges Wissen an eine schematische Auffassung stellen kann; es erlaubt, sich eine plausible Vorstellung von allen einschlägigen pathologischen Störungen zu machen. Diese Untersuchung bildet denn auch die Grundlage für die prächtige Umgrenzung der motorischen Apraxie.

Die Aeusserung einiger (Nebensachen betreffender) Wünsche könnten vielleicht der Fortsetzung der Arbeit zugute kommen. So wäre es gewiss sehr nützlich, wenn Verf. die Analyse dessen, was er unter dem Namen Ataxie zusammenfasst, auch etwas weiter getrieben hätte. Es geht doch wohl nicht an, die verschiedenen Koordinationsstörungen, die bei den Hirnkrankheiten auftreten, einfach mit der spinalen Ataxie zusammen zu nennen. Diese ist ja wahrscheinlich nur die einfache Folge des Ausfalles der kinästhetischen Empfindungen: wenn das Sensomotorium nichts von dem Erfolg der motorischen Innervation spürt, so wird es diese Innervation verstärken. Daher die Beschränkung der Störung auf die Uebertreibung der Bewegungen. Bei hochgradigem Einschlafen des Ischiadicusgebietes habe ich das Phänomen an mir selbst schon mehrmals ganz deutlich in seinem Zusammenhang beobachten können.

Gefährlich für weniger bewanderte Leser ist es auch, wenn Verf. p. 94 — zwar nur beispielsweise — „unbewusst“ mit „subcortical“ identifiziert.

Späteren Untersuchungen bleibt die Erklärung vorbehalten, wie die gliedkinästhetische Innervation nicht nur entgleist, sondern auf die Bahn einer ganz andern Handlung übergeht und warum beim Mangel einer ideatorischen Störung der Kranke den Fehler meist nicht inne wird.

Bleuler (Burghölzli).

LXXXVI Paul Schroeder (Breslau): Ueber chronische Alkoholpsychosen. Heft 2/3 der Hoche'schen Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle a. S. Carl Marhold. 79 Seiten.

Als chronische Alkoholpsychosen fasst Schroeder alle Erkrankungen zusammen, die nach der herrschenden Meinung durch Alkoholmissbrauch bedingt und durch schleichende Entwicklung oder ungünstigen Verlauf ausgezeichnet sein sollen. So klar und umgrenzt die Krankheitsbilder des Delirium tremens und der akuten Halluzinose der Trinker besonders seit Bonhoeffer's Untersuchungen erscheinen, so wenig geklärt sind unsere Anschauungen über die Entstehung, die Art und den Verlauf dieser „chronischen“ Psychosen, als deren Ursache ebenfalls gewöhnlich nur der Alkoholmissbrauch angeschuldigt wird. Der Verf. hat sich deshalb die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, wie weit eine Gruppierung dieser Krankheitsformen, die unter sehr verschiedenen Namen bekannt sind, nach ätiologischen Gesichtspunkten heute möglich und zulässig ist. Er stützt sich bei diesem Versuche auf eine ausgezeichnete Literaturkenntnis und auf eine persönliche Erfahrung, für deren Vielseitigkeit die mitgeteilten Krankengeschichten Zeugnis ablegen.

Das Ergebnis dieser Untersuchung ist nun ein durchaus negatives. Wir wissen weder, wer Alkoholist wird, d. h. welche Rolle die psychopathische Veranlagung beim Entstehen der Trunksucht spielt, noch können wir sagen, welche Trinker geisteskrank werden, oder: welche weiteren Umstände zu dem Alkoholmissbrauch hinzukommen müssen, damit eine Psychose ausbricht.

Diese Unsicherheit unserer Kenntnisse, die Unmöglichkeit, die äusseren Ursachen der Geistesstörungen im Einzelfalle von den inneren zu trennen, lässt heute noch jeden Versuch, „chronische Alkoholpsychosen“ abzugrenzen, als verfrüht und aussichtslos erscheinen. Das ist in Kürze Schroeder's Meinung, die er in seinen Schlussätzen niedergelegt hat. Sie sind so wichtig, dass sie hier zum grossen Teile zum Abdruck gebracht werden mögen:

„Alkoholismus und Geistesstörungen stehen in engen, schwer zu übersehenden Wechselbeziehungen.“

„Wir kennen einige spezifische Psychosen, die nach unserer bisherigen Erfahrung nur auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehen; aber selbst bei diesen fehlt uns die Kenntnis einer ganzen Reihe jedenfalls wichtiger ätiologischer Zwischenglieder. Immerhin lehrt uns ihre Häufigkeit und die Gleichartigkeit ihrer Zustandsbilder und ihres gesetzmässigen Verlaufes, dass enge ätiologische Beziehungen zwischen ihnen und dem Alkoholmissbrauch bestehen.

„Diese Häufigkeit und Gleichmässigkeit fehlt bei den chronischen psychischen Erkrankungen, die als alkoholische beschrieben werden. Eine Durchsicht der Literatur zeigt die weitgehende Verschiedenheit der mitgeteilten Beobachtungen. Es ist unschwer, an ihnen Kritik zu üben.

„. . . Die Frage der Alkoholparalyse hat eine weitgehende Aufklärung gefunden durch die Bereicherung unserer Kenntnisse von der progressiven Paralyse in klinischer und namentlich in pathologisch-anatomischer Hinsicht.

„Die Frage, ob es chronische Psychosen gibt, die ausschliesslich durch Alkoholmissbrauch entstehen, kann meines Erachtens auf Grund der bisher vorhandenen Literatur nicht mit Sicherheit in bejahendem Sinne beantwortet werden. Ebensovienig kann natürlich a priori die Möglichkeit, dass solche vorkommen, bestritten werden.

„Als begünstigender, auslösender Faktor, möglicherweise auch als ein Moment, welches dem Krankheitsbilde für den Beginn oder für die ganze Dauer eine bestimmte Färbung gibt, wird der chronische Alkoholismus zweifellos nicht selten herangezogen werden müssen. Bezüglich der Entscheidung der Frage, in welchem Grade das im einzelnen Falle zu geschehen hat, müssen wir uns, so lange wir über die Aetiologie der Psychosen überhaupt so gut wie nichts wissen, die grösste Reserve auferlegen.

„Die Korsakow'sche Psychose gehört wahrscheinlich nicht zu den chronischen Psychosen im engeren Sinne; sie stellt vielmehr, wie man zur Zeit annehmen muss, einen residuären, nicht progredienten Zustand dar nach einer akuten groben Schädigung des Gehirns.“

Schroeder hat sich mit dieser Arbeit ein wesentliches Verdienst erworben. Das Ergebnis seiner vorwiegend kritischen Untersuchung ist ja gewiss nicht erfreulich, und vielleicht wäre es möglich gewesen, die Sachlage etwas weniger trübe zu schildern. Aber wer eine fast allgemein herrschende Auffassung bekämpfen will, wird nicht wohl Konzessionen machen, wird selbst

Uebertreibungen nicht ganz vermeiden können. Dass unsere Anschauungen über die Aetiologie der Seelenstörungen einer gründlichen Revision bedürfen, das dürfte jetzt als unwiderleglich bewiesen gelten. Hoffentlich folgt der Zeit des Niederreissens bald die des Aufbaues. Bumke (Freiburg i. B.).

LXXXVII) Bourneville: *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. (Compte-rendu du service des enfants idiots etc. de Bicêtre pendant l'année 1903.)*

Der erste Teil des vorliegenden Rechenschaftsberichtes, der sich gleich den vorhergehenden durch die Genauigkeit der gesammelten Beobachtungen und die Reichhaltigkeit der klinischen Ausbeute auszeichnet, bringt den Bericht über das Jahr 1903 der Kinderabteilung des Hospitals Bicêtre und der Fondation Vallée. Erstere, nur Knaben enthaltend, ist eingeteilt in drei Hauptgruppen: 1. die tiefstehenden, unreinen, nicht rüstigen (invaliden) Idioten, 2. tiefstehende, unreine, aber rüstige (valide) Idioten, 3. rüstige, reine, nur zurückgebliebene epileptische, hysterische etc. Kinder.

Sämtliche werden dem bekannten *Traitement médico-pédagogique B.'s* unterworfen. Dasselbe besteht für die erste Gruppe bei den Kindern, die weder gehen noch sprechen können, darin, ihre Glieder zu kräftigen durch Massage, geeignete Apparate (z. B. Schaukel mit Schwungbrett, an das die Füsse stossen), ihnen zu lernen, sich aufrecht zu halten (z. B. mit Hilfe eines Barrens), zu gehen (mit Hilfe einer horizontal gelegenen Leiter mit glatten Sprossen), und sich rein zu halten. Die gewöhnlich für unheilbar gehaltenen Fälle dieser Klasse hält B. zum grossen Teil für besserungsfähig bis zum Grad eines einfachen Imbezillen, und führt hierfür einige sehr beweiskräftige Beispiele an.

Die zweite Periode der Behandlung besteht darin, die Aufmerksamkeit zu erregen und die Sinne zu wecken. Man übt zuerst die Sensibilität, indem man dem Kind die Teile seines Körpers zeigt und fühlen lässt, dann seinen Gesichtssinn durch Zeigen der gewöhnlichen es umgebenden Gegenstände. Dabei hält es B. für vorteilhaft, bei etwas weiter Vorgeschnittenen, an den Orten, wo die Kleider gebürstet, das Waschen erlernt wird etc., in grossen Schriftzeichen die Bezeichnung der betreffenden Gegenstände aufzuhängen, da das Kind sich so das Wortbild einprägen, ohne noch etwas von den Buchstaben zu wissen.

Um ihm dann allmählich Begriffe beizubringen, wird bei jeder Gelegenheit Anschauungsunterricht geübt. Bei schwierigeren bedient man sich allerlei Hilfsmittel, z. B. um die Zahlen einzuprägen, benutzt man die Neigung des Idioten, auf Geräusche zu achten; man lässt das Kind z. B. eine gewisse Anzahl von Schlägen auf eine Glocke zählen, lässt es die Anzahl der Hammerschläge selbst machen, nimmt dazu Hämmer von verschiedener Farbe etc. Gymnastische Uebungen werden dabei nach allen Richtungen fortgesetzt. Diese Behandlung findet zum grössten Teile in der von weiblichem Personal geleiteten sogenannten „kleinen Schule“ statt, die von der oben genannten zweiten Gruppe von Kindern besucht wird — im Jahr 1903 von 163, davon sind 8 gestorben, 10 in die „grosse Schule“ gekommen. Am Schluss des Jahres konnten nur 10 nicht allein essen, 7 sind ganz rein geworden, 5 haben fliessend lesen gelernt. Die obengenannte dritte Gruppe besucht die sogenannte „grosse Schule“, die von 156 Kindern im Jahre 1903 frequentiert wurde. Die Erholungsstunden, Spazier-

gänge, Festlichkeiten etc. werden soweit wie möglich als eine Art von Anschauungsunterricht verwertet. Neben gymnastischen Uebungen wird auch von systematischer Bäderbehandlung, und, wo es nötig ist, von medikamentöser Therapie der ausgiebigste Gebrauch gemacht. Ueber die Erfolge, resp. Misserfolge einer Anzahl neuerer Mittel (broms. Hyoscin, Cerebrin) wird eingehend berichtet.

Neben dem Schulunterricht läuft ein handwerklicher parallel, Schuhmacherei, Drahtflechtere, Schlosserei, Gärtnerei etc. Die Zahl der in den Werkstätten im Jahr 1903 beschäftigten Zöglinge belief sich auf 112, die von ihnen geleistete Arbeit in Geldwert 23 654,65 Francs.

Im ganzen waren untergebracht 438 Kinder, 84 Eintritte, 93 Austritte. Unter den letzteren sind 44 wegen Besserung erfolgt. Die 24 Todesfälle sind mit klinischer und anatomischer Diagnose in einer Tabelle zusammengestellt. Häufigste Todesursache ist Bronchopneumonie und Tuberculos. pulmon.

Im zweiten Abschnitt des ersten Teils folgt der Bericht der Anstalt „Fondation Vallée“, die das weibliche Pendant zu Bicêtre darstellt und in jeder Hinsicht die gleiche Organisation besitzt. Sie zählte 222 Insassen, darunter 54 Idioten und Imbezille, 166 Epileptische, 2 Hysterische, 6 Todesfälle. 57 Aufnahmen, 37 Entlassungen. Unter den letzteren 24 infolge Besserung.

Im dritten Abschnitt „Assistance et enseignement“ hat ein in den Archives de neurologie 1895 erschienener Aufsatz von Bourneville und Roger über den Sprachunterricht der Idioten und Imbezillen Platz gefunden. Die Verf. unterscheiden zwischen Idioten, die gar nicht sprechen, und solchen, die schon etwas sprechen können. Bei den ersteren wird damit begonnen, durch Erzeugung von Geräuschen, Grimassen etc. die auditive und visuelle Aufmerksamkeit zu wecken und zu üben. Wenn das Kind ferner einige Uebung in der Nachahmung von einfachen Bewegungen der Extremitäten und der Gesichtsmuskulatur erlangt hat, wird zur Erlernung von Silben geschritten, von den am leichtesten auszusprechenden zu den schwierigen fortschreitend. Man lässt sie stets wiederholt hintereinander aussprechen, z. B. papapapa, totototo etc. Wenn auf diese Weise das erste Wort hervorgebracht ist, gilt es, den Wortschatz allmählich zu vermehren und gleichzeitig die Bedeutungen einzuprägen. Man macht sich hier die Anschauung und die besonderen Neigungen des Kindes zunutze; geht es z. B. sehr gerne spazieren, so bekommt es seinen Hut erst, wenn es das Wort richtig ausgesprochen hat, es bekommt seine Lieblingsspeise nur, nachdem es sie genannt hat. Nachdem so die Substantive beigebracht sind, geht man zu den Adjektiven über, indem man im Anfang möglichst starke Kontraste und Extreme verwendet (sehr grosses, sehr kleines Spielferd etc.). Zuletzt wird der Gebrauch des Verbs gelehrt, indem man im Infinitiv aussprechen lässt, was der vorgezeigte Gegenstand tut, z. B. Puppe fallen, Suppe brennen. Eine gewisse Anzahl von Idioten scheint nicht weiter als auf diese Stufe gebracht werden zu können.

Bei den Idioten, welche schon etwas sprechen können, handelt es sich um die systematische Beseitigung der Fehler der Aussprache, die individuell sehr verschieden sind. Es müssen je nachdem Zunge, Lippen, Kehlkopf geübt werden. Lippen z. B. durch Schlotzen immer kleiner werdender Lakritzenstengel, Nachahmung des Geräusches eines Kusses. Der Konsonant r wird oft leicht durch Gurgelnlassen erlernt. Bei vielen fehlt es an der Atmung. Man

beginnt damit, einen Laut möglichst lange aushalten zu lassen, dann lässt man zwei verschiedene Laute in einem Atemzug, dann mehrere Silben aussprechen, und zwar so, dass von einer zur anderen nur auf Kommando übergegangen werden darf, und so fort bis zur Aussprache von Sätzen, in denen die Atempause auf Kommando sinngemäss fallen muss. Die Lungenkraft wird vorher und währenddessen durch allerlei amüsante Uebungen gestärkt, z. B. Ausblasen eines Lichtes in immer grösserer Entfernung, Blasrohre, Brett mit Kugeln, die durch Blasen bewegt werden. Zum Schluss ist eine Tabelle angefügt, die die geschilderten Anleitungen in schematischer Reihenfolge zusammenfasst und die den Lehrern als Vademecum in den Stunden dient.

II. Teil: Symptomatologie, Therapie und pathologische Anatomie.

I. Ueber einige Formen von Zwergwuchs und ihre Behandlung mit Schilddrüse von Bourneville und Lemaire.

Die Verfasser unterscheiden 1. Zwergwuchs einfach oder mit Infantilismus, Fettsucht, Rhachitis, Lähmungen oder spastischen Lähmungen, komplizierte Entwicklungshemmung; 2. Zwergwuchs mit Myxödem; 3. Zwergwuchs mit mongolischem Typus. Im ganzen werden 57 Beobachtungen teils ausführlich, teils kurz mitgeteilt. Sie sind durch die Vollständigkeit der Erhebungen über die Antezedentien, durch die Jahre hindurch fortgesetzte und durch periodische Messungen kontrollierte Beobachtung des Wachstums des Körpers und seiner Teile ausserordentlich wertvoll und reich an interessanten Details, die im Original nachgelesen werden müssen. Zahlreiche Abbildungen illustrieren sie. Die grosse Mehrzahl der Fälle wurde der Behandlung mit Schilddrüse unterworfen. Es wurde hauptsächlich von der frischen Thyreoidea des Hammels Gebrauch gemacht, die Einzeldosis, allmählich steigend, schwankte zwischen 0,25 bis 1,75 g. Die Behandlung fand in dreimonatlichen Perioden statt, die immer durch eine ungefähr ebensolange Pause getrennt waren. Das Resultat war in den meisten Fällen ein positives, in einigen ein eklatantes. Hervorgehoben sei die 14. Beobachtung, ein seit seinem 2. Lebensjahr in der Anstalt befindliches, jetzt 19 Jahre altes Individuum, bei dem im 14. Lebensjahr mit der Thyreoidea-Behandlung begonnen wurde. Dasselbe, früher ein tiefstehender Idiot, macht jetzt nur noch den Eindruck eines leichten Imbezillen. Bei den Fällen, in denen jeder Erfolg ausblieb, war regelmässig durch die Radiographie eine Verknöcherung der Epiphysenknorpel zu konstatieren. Die Wirkung war am ausgesprochensten bei den Myxödemfällen, die einen völligen Mangel der Schilddrüse aufwiesen und die dem Verfasser den Anstoss gaben, auch bei den übrigen Wachstumshemmungen eine Veränderung der Schilddrüse zu vermuten und die entsprechende Medikation zu versuchen. In zweiter Linie kommt der bei den Fällen mit Fettsucht erreichte Erfolg; aber auch das bei den übrigen nicht ausbleibende Resultat scheint die genannte Annahme zu rechtfertigen. Zum Schluss werden ausserdem die Ergebnisse dreier Sektionen publiziert, bei denen — wenigstens bei zwei davon — neben dem Gehirn auch die Schilddrüse einer mikroskopischen Untersuchung unterzogen wurde. Dieselbe ergab in beiden Fällen weitgehende Veränderungen in Form von Verdickung der Kapsel und des interstitiellen Gewebes, Blutungen in dasselbe, Desquamation des Drüsenepithels usw. Die am Gehirn gefundenen Veränderungen (chronische Leptomeningitis mit Vorliebe zwischen den Windungen, Verarmung der Zellen-

schichten, Degenerationen etc.) sind sehr genau beschrieben und müssen im Original nachgelesen werden.

II. Bourneville und Mageret: Krankheitsgeschichte und Autopsie eines 4jährigen kompletten Idioten, bei dem sich Mikrocephalie, partielle Synostose der Schädelknochen, starke Verdickung derselben und diffuse subakute Leptomeningitis fand. Die Verf. vermuten hereditäre Syphilis als Ursache der letzteren, die Idiotie wird als kongenial und Entwicklungshemmung des Gehirns bezeichnet, welche die Mikrocephalie zur Folge hatte.

III. Bourneville und Mageret: Bei einem Fall von infantiler Hemiplegie und Epilepsie und rasch fortschreitender Demenz fand sich die entsprechende Gehirnhälfte in toto atrophisch und sklerosiert.

IV. Bourneville: Die Wirkung des Alkoholismus auf die Produktion der Idiotie ist in einer Tabelle veranschaulicht, die unter 2987 Fällen die Zahl der dem Trunke ergebenden Eltern angibt: 80% der Väter, 30% der Mutter, 50% der Eltern waren Trinker.

V. Boncour: Ueber Veränderungen der Schädelkapsel im Anschluss an einseitige Gehirnatrophien. Der Verf. bringt mehrere Beschreibungen und Abbildungen von Schädeln bei einseitiger Gehirnatrophie, die beweisen, dass auch die lokalisierten Wachstumshemmungen entsprechend dem geringeren Hirndruck an den entsprechenden Stellen Deformationen der Schädelkapsel zur Folge haben. Als solche sind genannt: Verkleinerung der mittleren Schädelgrube, Asymmetrie der Schädelbasis, Skoliose des mittleren Teils der Schädelbasis, Neigung der Crista galli gegen die kranke Seite, Verdickung der Schädelknochen an den Stellen geringeren Drucks etc. Die interessanten Messungen und Vergleichen können im einzelnen nicht referiert werden.

VI. Bourneville-Mageret: Krankheitsgeschichte und Autopsie eines im Status epilepticus gestorbenen Falles von posthemiplegischer Epilepsie. Die Sektion ergab Atrophie und Sklerose der rechten Gehirnhälfte, kompensatorische Verdickung des Schädeldaches dieser Seite, vollkommenes Fehlen des Corpus callosum.

VII. Bourneville: Statistik über das Erhaltensein oder den Mangel der Thymus bei abnormen Kindern: unter 408 verschiedenaltigen (zwischen 13 Monaten und 8 Jahren), 104 Mal Bestehenbleiben der Thymus, und zwar in 24,6% bei den epileptischen, in 26% bei den nicht epileptischen.

VIII. Bourneville: Statistik über die Synostose des Schädels bei Idioten und Epileptikern — unter 675 nur 2 Fälle kompletter und 29 partieller Synostose, ein Beweis dafür, dass die Obliteration der Schädelnähte bei Idioten nicht früher eintritt als bei Gesunden, dass die Entwicklungshemmung des Gehirns nicht Folge, sondern Ursache der der Schädelkapsel ist, und dass deshalb die Versuche der Chirurgie, die Idiotie und Epilepsie der Domäne der inneren Behandlung zu entreissen, fehlschlagen müssen.

IX. Bourneville: Die geringe Bedeutung der Blutsverwandtschaft in der Aetiologie der Epilepsie etc. ohne Hinzutreten von Alkohol, Heredität etc. wird durch die Tatsache veranschaulicht, dass sich unter 3217 Beobachtungen nur 108 Mal, also in 3,2% Blutsverwandtschaft fand.

X. Bourneville: Unter 738 Schädeln fand sich 70 Mal Erhaltensein der suture métopique.

XI. Bourneville: Der Einfluss gesundheitsschädlicher Berufe der Eltern auf die Nachkommen ist in einer Statistik ausgedrückt, in der 128 Familien mit ungesunden Berufsarten (Blei, Phosphor etc.) verzeichnet sind. Diesen Familien sind im ganzen 609 Kinder entsprossen, von denen 304 gestorben, 134 epileptisch-idiotisch geworden sind, was eine Mortalitätsziffer von 50% und eine Morbidität von 70% ergibt. B. fügt indes hinzu, dass 60% der Erzeuger auch Trinker waren.

XII. Bourneville: Verzeichnis aller Hemiplegiker, im ganzen 51, 38 Knaben auf 228, 13 Mädchen auf 336. 25 Mal war die Hemiplegie mit Epilepsie kompliziert.

XIII. Bourneville: Verzeichnis der Fälle (5), in denen die Autopsie einen Gewichtsunterschied zwischen Gross- und Kleinhirnhemisphären ergab. Die Diagnosen sind Idiotie mit Epilepsie, Hemiplegie und Mikrocephalie.

XIV. Bourneville und Izon: Beschreibung eines zur Autopsie gelangten Falles von Epilepsie. Tod im Status epileptic., hohe Temperatursteigerung in demselben.

XV. Bourneville und Noir: Kongenitale Hydrocephalie mit gekreuzter Atrophie der rechten Grosshirn- und der linken Kleinhirnhemisphäre. Eine umschriebene Atrophie der unteren Region des rechten Scheitellappens lässt die Verf. einen Fall von nicht vollentwickelter Porencephalie vermuten.

XVI. Verzeichnis der Fälle von Myxödem, die seit dem Jahr 1886 zur Beobachtung gelangten. In der Tabelle ist insbesondere auch die Art der Ernährung (Fleisch oder Vegetabilien) angegeben. Ast (München).

LXXXVIII) Maria von Manacéline: Die geistige Ueberbürdung in der modernen Kultur. Uebersetzung, Bearbeitung und Anhang: Die Ueberbürdung in der Schule von C. Wagner. Leipzig, Barth. 1905.

Es ist unverständlich, warum dieses Buch, das 1885 gezeichnet ist, jetzt nach 20 Jahren der Uebersetzung ins Deutsche gewürdigt wird. Gedacht ist es wohl als Versuch, den schädigenden Einfluss der modernen Kultur in populärer Form darzustellen. Dabei werden medizinische Daten mit erheblicher Kritiklosigkeit benutzt. So wird berichtet (S. 129) „Dr. Johnson hat gefunden, dass bei der einen Form geistiger Ueberbürdung die Pupillen verengert sind und auf Lichtreiz keine Bewegung zeigen.“ Auch die Beobachtungen der Verf. über Schriftfehler beziehen sich offenbar auf Paralytiker. Alles wird der „Ueberbürdung“ in die Schuhe geschoben. Die vollkommene medizinische Unzulänglichkeit des Buches hätte einem Uebersetzer, der nicht nur Oberlehrer, sondern auch praktischer Arzt ist, wie aus dem Titel hervorgeht, nicht entgehen dürfen.

M. Lewandowsky (Berlin).

LXXXIX) Joh. Bresler: Wie beginnen Geisteskrankheiten? Halle, C. Marhold.

Verf. will mit dieser Schrift, die auch für Laien bestimmt ist, erreichen, dass 1. das Studium der allerfrühesten Symptome der Geisteskrankheiten mehr als bisher gepflegt wird, 2. die Bestrebungen nach Errichtung von Volksheilstätten gefördert und begründet werden. In der Darstellung der Anfangssymptome bezieht sich Verf. meist auf Schüle. Warum eine Geisteskrankheit niemals mit heiterer Ver Stimmung anfangen soll, ist nicht ganz klar. Wenn auch der „Manie“ ein depressives Vorläuferstadium gegeben wird, so entspricht

das jedenfalls dem Kraepelin'schen Standpunkt, der nur ein manisch-depressives Irresein anerkennt. Die Neurasthenie soll nur in einer sehr geringen Prozentzahl der Fälle in Geistesstörung übergehen. Auch diese geringe Prozentzahl dürfte noch erheblichem Widerspruch begegnen. Verf. hält es jedoch nicht für ausgeschlossen, dass die rechtzeitige Behandlung in einer Nervenheilstätte selbst bei Personen, deren Neurasthenie das Anfangsstadium einer erkannten Geisteskrankheit ist, eine Besserung erzielt. Der Lesbarkeit und dem einheitlichen Eindruck der Schrift würde es wohl zu statten kommen, wenn der Verf. nicht nur fast ausschliesslich Literaturangaben wiedergegeben, sondern einen eigenen Standpunkt in den Mittelpunkt der Darstellung gestellt hätte.

M. Lewandowsky (Berlin).

XC) O. Möller: Die Bedeutung des Urteils für die Auffassung. Schriften der Gesellschaft für psychol. Forschung. Heft 15, S. 89.

Kurzer Aufsatz, welcher meist an der Hand anderer Arbeiten als Grundlage der unzuverlässigen Aussage die Mangelhaftigkeit der Wahrnehmung bzw. Auffassung betont, im Gegensatz zu derjenigen Richtung, welche auf die Unzuverlässigkeit des Gedächtnisses den Hauptwert legt. Als wichtiges Mittel der zuverlässigen Wahrnehmung wird die unbewusste Vergleichung hervorgehoben.

M. Lewandowsky (Berlin).

XCI) E. Hitzig: Welt und Gehirn. Ein Essay. Berlin 1905. A. Hirschwald. 67 S.

Eduard Hitzig gibt in dem kleinen, klar geschriebenen Buche eine übersichtliche Darstellung seiner Grundanschauungen über die Beziehung von Materie und Bewusstsein, Gehirn und Seele. Der erste Abschnitt der Schrift, in dem sich der Verf. auf den Standpunkt des „Ignorabimus“ von du Bois-Reymond stellt, widerlegt die falsche Meinung Häckel's, dass dessen pantheistischer Monismus die Hauptfragen nach dem Wesen und dem Anfang von Stoff, Kraft und Bewusstsein beantworte. Der zweite etwas umfangreichere Teil enthält in nuce eine vergleichende Physiologie des Nervensystems in seinen Beziehungen zu seelischen Vorgängen. Wir lernen dabei in Hitzig einen Anhänger der Lehre von dem Vorkommen unbewusster seelischer Vorgänge kennen. Seite 62 findet sich eine Definition des Begriffes „Seele“. Hitzig sagt: „Wir definieren sie als Inbegriff der Funktion aller den Organismus zusammensetzenden psychischen Elemente.“ Der Schluss der gedankenreichen Schrift, die auch der Andersdenkende mit grossem Interesse lesen wird, kehrt zu den Ausführungen des Anfangs zurück und betont, dass eine befriedigende Definition des Bewusstseins nicht möglich, und dass es „ungeachtet aller unserer Gelehrsamkeit noch immer bei dem Ausspruche Emil du Bois-Reymond's sein Bewenden hat, dass wir nicht zu beweisen vermögen, wie aus dem Zusammenwirken der Atome Bewusstsein entstehen könne.“ Gaupp.

XCII) Grunau: Ueber Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preussischen Irrenanstalten von 1875—1900. Halle. C. Marhold. 1905. M. 3,00.

Eine umfangreiche statistische Arbeit mit zahlreichen Tabellen. Das Zahlenmaterial entstammt den Veröffentlichungen des preussischen statistischen Bureaus über die Irrenanstalten. Wer die Wertlosigkeit des amtlichen Schemas der Einteilung der Psychosen eingesehen hat, weiss, wie viel, bzw. wie wenig

er mit dem Gebotenen anfangen kann. So enthält die Arbeit neben vielem Interessanten auch manches wissenschaftlich nicht Verwertbare, ein Uebelstand, für den freilich den Verf. keine Schuld trifft. Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

315) **Wild:** Ueber Hyperidrosis unilateralis nach Trauma.

(Aerztliche Sachverständigenzeitung, 1904, No. 10.)

An einen heftigen Schlag auf die linke Kopfseite mit nachfolgender Gehirnerschütterung hatte sich eine Hysterie und eine mit starker Zunahme der Kopfschmerzen einhergehende Hypersekretion der Schweissdrüsen der ganzen linken Kopfhälfte angeschlossen. Diese Hyperidrosis setzt mit Beginn des Kauaktes ein und hört mit ihm auf; Art und Menge der genossenen Speisen ist ohne Einfluss; ausserhalb der Mahlzeiten tritt die Schweisssekretion nicht ein. Verf. nimmt eine reine psychische, durch den Kauakt reflektorisch ausgelöste Anomalie der sekretorischen Apparate an, die sich auf die vom Trauma betroffene Seite beschränkt.

Ernst Schultze.

316) **R. Stern:** Ueber Unfallbegutachtung bei zweifelhafter Sachlage.

(Aerztliche Sachverständigenzeitung, 1905. No. 1.)

Eine zweifelhafte Sachlage kann bedingt sein durch ungenügende Feststellung des Tatbestandes, durch anscheinendes Fehlen einer Kontinuität zwischen Unfall und Entwicklung der Krankheit oder durch Mängel unserer jetzigen Kenntnisse über die ätiologische Bedeutung des Traumas. Hinsichtlich des zweiten Punktes muss hervorgehoben werden, dass die Kontinuität der Krankheitserscheinungen mit dem Unfall nicht immer nachweisbar ist; Verf. verweist auf die traumatischen Hirnabszesse, die zuweilen erst Jahre nach der Verletzung Symptome machen, während der Sektionsbefund eine traumatische Entstehung wahrscheinlich macht.

Sodann ist zu berücksichtigen, was den letzten Punkt angeht, dass das Trauma nur die Rolle eines auslösenden oder begünstigenden Moments spielt. Oft kann man nicht mehr sagen, als dass die Entwicklung eines Symptomenkomplexes nach Unfällen öfter beobachtet ist, ohne dass man zu der Frage der Aetiologie eine bestimmte Stellung nimmt.

Gegebenenfalls muss eben der Sachverständige auch ein „non liquet“ aussprechen.

Ernst Schultze.

317) **L. Becker:** Zur Begutachtung Unfallverletzter.

(Aerztliche Sachverständigenzeitung, 1904. No. 24.)

Ein sehr lesenswerter Artikel für alle, welche noch nicht viel Unfallverletzte begutachtet haben. Das Vorwiegen subjektiver Beschwerden lässt viele Gutachter an Simulation denken, sei es, dass sie Kraftmenschen sind, oder dass sie nur das glauben, was objektiv nachweisbar ist, oder dass sie der nötigen Kenntnisse und Erfahrungen ermangeln. Die Annahme einer Simulation soll stets genau begründet werden. Hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs genügt es, wenn der Unfall als eine wesentlich mitwirkende Ursache für den schliesslich resultierenden Krankheitszustand anzusehen ist. Es ist

nicht zu vergessen, dass das Unfallversicherungsgesetz ein soziales Fürsorgegesetz ist.

Ernst Schultze.

318) **Windscheid:** Ueber den Begriff und die Möglichkeit des Nachweises der „wesentlichen Veränderung“ bei Unfallhysterikern.

(Aerztliche Sachverständigenzeitung, 1904. No. 24.)

Für die sachgemässe Beurteilung des Verlaufs einer Unfallhysterie ist unbedingt notwendig eine periodische Untersuchung und Begutachtung und zwar durch denselben Arzt. Für die Feststellung des Eintritts einer Besserung ist massgebend der Nachweis des Nachlassens oder Verschwindens objektiver Zeichen, die ja freilich grade bei der Hysterie sehr flüchtiger Natur sind. Die subjektiven Empfindungen und Klagen verdienen weniger Berücksichtigung. Bezüglich der Beurteilung der Arbeitsverhältnisse ist der Arzt auf die Unterstützung durch den Vertrauensmann angewiesen; seine Angaben müssen selbstverständlich oft mit Vorsicht verwertet werden. Bei Eintritt der Besserung sollte die Rente nur in kleinen vorsichtigen Sprüngen verkürzt werden. Die ärztlicherseits festgestellte Besserung wird nicht immer auch vom Schiedsgericht oder Reichsversicherungsamt auf Grund des momentanen Eindrucks angenommen, nicht grade zum Wohle der Unfallverletzten.

Ernst Schultze.

319) **Walter Stempel:** Die Altersveränderungen der Arbeiter vom Standpunkte der Invalidenversicherung.

(Aerztliche Sachverständigenzeitung, 1904. No. 19.)

Verf. sieht eine Hauptursache der sich von Tag zu Tag mehr steigenden Rentenbewilligungen in der zur Zeit noch vollkommen mangelnden Ausbildung der Mediziner; sie kennen weder die einschlägigen Gesetze noch wissen sie, dass es beim Invalidenwesen vor allem darauf ankommt, nachzuweisen, in welcher Weise die einzelnen Krankheiten die Arbeitsfähigkeit beeinflussen.

Von Interesse sind für die Leser dieser Zeitschrift die Ausführungen über Arteriosklerose, die bei den Arbeitern vorzeitig eintritt wegen des Alkoholmissbrauches, wegen der schweren Arbeit bei unregelmässiger oder ungenügender Ernährung, wegen des Einflusses toxischer Schädlichkeiten bei gewissen Berufen. Die Klagen der Anwärter über Schwindelanfälle sind sehr häufig durch eine Arteriosklerose bedingt, sei es eine allgemeine oder eine solche der Gehirnarterien, die Klagen über Angst- und Beklemmungszustände auf der Brust durch eine Affektion der Coronararterien. Muskelschmerzen, besonders an den Extremitäten, ohne objektiven Befund, beruhen oft auf Arteriosklerose der betreffenden Schlagadern.

Bei Klagen über Schwindel- und Ohnmachtsanfälle ist eine Krankenhausbeobachtung sehr anzuraten. Ist das Allgemeinbefinden gut und kommen solche Anfälle nur in grösseren Zwischenräumen, etwa alle 8—14 Tage vor, so kann der Anwärter in einem nicht gefährdeten Betriebe (Maschinenarbeit ausgeschlossen) noch leicht die Mindestverdienstgrenze erreichen und ist nicht invalide. Treten die Anfälle täglich auf, so ist Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Ohne Hospitalbeobachtung ist das tatsächliche Vorhandensein von Schwindelanfällen noch am leichtesten nachzuweisen, wenn sich der zu Untersuchende möglichst tief bückt.

Bei der bekannten, durch Arteriosklerose bedingten Dysbasie ist wohl stets Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, aber bei der Möglichkeit einer weitgehenden Besserung Nachprüfung in halbjährigen Pausen zu empfehlen.

Ernst Schultze.

320) Walter Wild: Ueber Akroparästhesien nach Trauma.

(Aerztliche Sachverständigenzeitung, 1904. No. 7.)

Der von Hause aus nervöse Handarbeiter, der früher schon einen leichten Unfall erlitten hatte, stiess sich mit dem linken Ellenbogen an die scharfe Kante eines Tisches; er hatte sofort Schmerzen an der Stelle des Stosses und das Gefühl des Abgestorbenseins der linken Hand. Wiederaufnahme der Arbeit war unmöglich; die Finger der linken Hand waren blass, kühl und gefühllos; subjektiv lebhaftes Gefühl von Kälte und Kriebeln am ganzen linken Arm. Letzteres schwand bei Behandlung mit Elektrizität und Massage. Während dieser Behandlung plötzlich, wenn auch nur vorübergehend, ähnliche Störung an den Fingern der rechten Hand.

In der Folgezeit traten die objektiven Erscheinungen zurück, so dass an Simulation gedacht wurde.

Etwa 10 Monate nach dem Unfall sah Verf. den Verletzten. Subjektiv: Kältegefühl, Taubheit und Steifigkeit in der linken Hand, als ob die Finger aus Gummi wären, ziehende Schmerzen im Arm und das Gefühl mangelnder Kraft. Objektiv: Kalte, blaurote Verfärbung der Hand und eines Teiles des Unterarms, leichte Schwellung der Finger; deutliche Hyperästhesie der linken Hand und des linken Arms für Berührung, Temperatur und faradischen Strom, nicht für Schmerz.

Verf. diagnostiziert Akroparästhesie, bringt sie in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall und nimmt eine Schädigung der Erwerbsfähigkeit um 25 % an.

Ernst Schultze.

321) Flatau: Ein Fall von Skoliosis hysterica nach Trauma.

(Aerztl. Sachverständigenzeitung, 1904. No. 5.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose gegenüber der Skoliose mit Wirbelveränderung. Bei dieser echten Skoliose findet sich neben der Verbiegung nach der Seite noch eine Drehung der Wirbelsäule, eine Abknickung der Rippen mit Buckelbildung. Die hysterische Skoliose ist durch einfachen Zug an der hängenden Seite, durch Lagerung auf den Leib, event. Narkose auszugleichen; bei ihr ist die Muskulatur der konkaven Seite kontrahiert. Es gelingt, bei der hysterischen Skoliose die psychische Genese und den hysterischen Allgemeinzustand (hier Hyperästhesie der rechten Rückenseite bis zum Schulterblattwirbel, sowie ein hysterischer Anfall) nachzuweisen.

Ernst Schultze.

322) W. Weygandt: Ueber die Beziehungen zwischen Unfall, Tuberkulose und Geistesstörung.

(Aerztliche Sachverständigenzeitung. No. 26.)

Verf. bespricht zuerst die verschiedenen Formen geistiger Störung auf dem Boden der Tuberkulose, vor allem die Amentia und das Kollapsdelir, sowie die Charakterveränderung und gibt dann zwei einschlägige Gutachten wieder. In dem ersten Falle war die psychische Depression zur Zeit der Begutachtung bereits verschwunden; die Depression konnte allenfalls auf eine die Tuberkulose begleitende Neurasthenie bezogen werden, da sie mit der Besserung der Tuberkulose wich. Im zweiten Fall, bei dem die sich sehr widersprechenden Zeugenaussagen hervorzuheben sind, liess sich kein eindeutiges Bild einer bestimmten diagnostizierbaren Psychose auf Grund der Akten gewinnen; es war aber doch möglich, zu sagen, dass die vorliegende geistige Störung keiner der bekannten und nach Tuberkulose auftretenden Störungen glich, und ein Zusammenhang mit der Tuberkulose war daher zu verneinen.

Ernst Schultze.

V. Vermischtes.

Der Redaktion ging folgendes Schreiben zu:

Sehr geehrter Herr!

Das 1. Juni-Heft Ihres „Centralbl. für Nervenheilk. und Psychiatrie“ berichtet S. 431 eine Aeußerung des Herrn „Jenssen“ (richtig: Jenz), wonach die „Denkschrift betr. Idioten- und Epileptikeranstalten“ schon in ihrem Titel eine Unrichtigkeit enthalten soll, indem sie den Anschein zu erwecken suche, als sei sie im Sinne **aller** Anstalten geschrieben worden.

Aus dem Titelblatt des beiliegenden Exemplars dieser Denkschrift*) bitte ich Sie, Sich gütigst überzeugen zu wollen, dass diese Behauptung selbst unrichtig ist, indem sie den Titel der „Vereinigung“ falsch wiedergibt. Sie nennt sich nicht: „Vgg. der dtshn. Anstalten usw.“, wie dort angegeben, sondern: „Vgg. deutscher Anstalten usw.“ Diese Fassung ist doch so weit davon entfernt, den „Anschein erwecken zu wollen“, dass sie im Sinne aller Anstalten geschrieben sei, dass sie vielmehr diese Annahme ausschliesst.

Da mithin nicht nur in der betr. Notiz der Titel resp. der Urheber der Denkschrift falsch wiedergegeben, sondern obendrein der grundlose Vorwurf der Unwahrhaftigkeit gegen die Vereinigung erhoben war, darf wohl angenommen werden, dass Sie es für eine Ehrenpflicht halten werden, eine entsprechende Berichtigung in Ihrem Blatte folgen zu lassen.

Für die „Vereinigung“

mit vorzüglicher Hochachtung
O. Niehaus, Pastor em.

*) „Denkschrift betr. die besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse der Anstalten für Idioten und Epileptische im Rahmen der Irrengesetzgebung. Ueberreicht von der Vereinigung deutscher Anstalten für Idioten und Epileptische.“

Am 15. Juni starb **Carl Wernicke**, der hervorragende Neurologe, Psychiater und Hirnanatom. Mit ihm ist eine der bedeutendsten und interessantesten Persönlichkeiten unserer Wissenschaft dahingegangen, an deren Namen sich mancher wertvolle Fortschritt der letzten 30 Jahre knüpft. Ein herbes Geschick hat ihn seiner Familie und seiner Arbeit entrissen, als er auf einem kurzen Pfingstausflug Erholung und Erfrischung suchte. Das Lebenswerk des Forschers, der ein Alter von 57 Jahren erreicht hat, soll in dieser Zeitschrift noch eine eingehende Würdigung erfahren.

Die Redaktion.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. Juli 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Die nosologische Stellung der Hypochondrie.

Von Prof. R. Wollenberg (Tübingen).

(Referat in der XXX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 27. Mai 1905.)

M. H.! Als im vorigen Jahre hier in vorgerückter Stunde und vor bereits ziemlich gelichteten Reihen die „nosologische Stellung der Hypochondrie“ als Referatsthema unserer diesjährigen Tagung vorgeschlagen und angenommen wurde, da hatte ich wohl nicht allein den Eindruck, dass diese Wahl zum wesentlichen Teil einem gewissen Mangel an geeigneten psychiatrischen Beratungsgegenständen ihren Ursprung verdanke, also gewissermassen ein Verlegenheitsprodukt sei, und weiter, dass hier des Referenten eben keine dankbare Aufgabe barre. Hoche hat hier einmal, gelegentlich eines Referates über die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie*) als das „ideale Ziel eines Referates“ bezeichnet „eine zusammenfassende kritische Behandlung des gesamten zur Verfügung stehenden literarischen Materials“. Wenn, so fährt er fort, die Frage richtig gestellt und vor allem der Zeitpunkt der Fragestellung gut gewählt sei, so könne ein Referent das Glück haben, dass ganz neue Schlussfolgerungen als das Ergebnis seiner Arbeit herauspringen. Freilich werde es den meisten nicht so gut.

*) Hoche: Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin 1902.

Die letzten resignierenden Worte gelten meines Erachtens in besonderem Masse für das heute zur Verhandlung stehende Thema. Denn hier erscheint die Aussicht auf die Gewinnung neuer Schlussfolgerungen von vornherein sehr gering, die im Vordergrund stehende Frage, ob es eine als selbständige Krankheit zu bezeichnende Hypochondrie gebe oder nicht, ist nachgerade genügend erörtert und das Ganze ohne eigentlich praktisches, jedenfalls ohne aktuelles Interesse.

Ich war deshalb, wie ich hier wohl freimütig bekennen darf, nicht gerade freudig überrascht, als ich — vermutlich im Hinblick auf meine neuerliche literarische Beschäftigung mit dem Gegenstande*) — den ehrenvollen Auftrag erhielt, das Referat zu erstatten, und mein erster Impuls ging dahin, auf die Wahl eines anderen, fruchtbareren Themas hinzuwirken. Wenn ich diesem Impuls gleichwohl nicht nachgegeben habe, so geschah dies, weil mir bei ruhiger Ueberlegung zwar keine neuen Schlussfolgerungen in Aussicht zu stehen, aber doch einige Punkte vorhanden zu sein schienen, die eine Erörterung in diesem Kreise verdienen.

M. H.! Eine zusammenfassende Darstellung des gesamten zur Verfügung stehenden literarischen Materials werden Sie in diesem Falle nicht erwarten. Der Umfang dieser Literatur, das Vorhandensein zahlreicher Dissertationen und Monographien, das darin zutage tretende gewaltige Aufgebot an Fleiss und Scharfsinn zum Zweck der Aufstellung neuer Hypothesen über das Wesen des morbus hypochondriacus, dies zeigt deutlich, wie sehr die so oder ähnlich bezeichnete Krankheit früher im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses gestanden hat.

Aber was man früher unter Hypochondrie verstanden und als solche beschrieben hat, das hat zum grossen Teil mit dem, was in neuerer Zeit und heute so bezeichnet wird, nichts zu tun und ist für uns nur noch von historischem Interesse. Ich gehe deshalb auf die ältere Literatur nur soweit ein, als dies zur Orientierung notwendig erscheint.

Zu der hier in Betracht kommenden Zeit sah man, wie das ja in der Krankheitsbezeichnung Hypochondrie zum Ausdruck kommt, die eigentliche Grundlage des Leidens in abnormen Zuständen der in den Hypochondrien gelegenen Organe. Die Einen schuldigten den entzündlich oder sonstwie veränderten Magen an; Andere setzten dafür die Leber, die Milz, das Mesenterium, das Diaphragma, das Pfortadersystem. Dabei war der herrschenden Humoralpathologie entsprechend die leitende Vorstellung etwa die, dass infolge einer abnormen, unreinen, zu dickflüssigen Beschaffenheit der wichtigsten Körpersäfte, der Galle

*) Wollenberg: Die Hypochondrie. Notlnagel's Handbuch. Bd. XII. 1904.

und des Blutes, Krankheitsstoffe zur Entwicklung kämen, die dann durch ihre ungünstige Wirkung auf die „Lebensgeister“ die schon den Alten bekannten krankhaften Erscheinungen: traurige Verstimmung und nosophobische Vorstellungsrichtung erzeugten.

Als dann der Galenismus unbeschränkt zu herrschen aufgehört hatte und die Bedeutung des psychischen Faktors für die in Frage stehenden Zustände mehr oder minder deutlich erkannt wurde, sonderten sich die Anschauungen in zwei Hauptgruppen. Die Vertreter der Einen hielten daran fest, dass Störungen von seiten der Hauptorgane der Bauchhöhle die notwendige Voraussetzung der psychischen Störungen seien. Die Anderen ordneten, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, die Gesamtheit der krankhaften Symptome der psychischen Störung unter.

Diese Anschauungsweisen kommen zum Ausdruck in der alten Unterscheidung einer Hypochondria cum und sine materia, deutlicher noch in der von Guislain¹⁾ befürworteten Abgrenzung einer Hypochondrie corporelle und mentale, ebenso in Michéa's Unterscheidung einer sekundären oder sympathischen und primären oder essentiellen Hypochondrie.

Wer sich für diese Dinge interessiert, den verweise ich besonders auf die französische Literatur im zweiten Drittel des vorigen Jahrhunderts, aus der ich hier nenne die Arbeiten von Louyer-Villermay²⁾, Georget³⁾, Falret⁴⁾, Barras⁵⁾, Brachet⁶⁾, Michéa⁷⁾. Eine sehr gute knappe Uebersicht gibt Delasiauve⁸⁾ (Journal de médecine mentale. Bd. V. 1865. S. 211 ff.), ferner von Deutschen Jolly⁹⁾ in der Einleitung zu seiner Bearbeitung der Hypochondrie aus dem Jahre 1877.

Wenn wir mit unseren heutigen Anschauungen diese ältere Literatur betrachten, so sehen wir leicht, dass die Hypochondrie zu jener Zeit einen Sammelbegriff für die verschiedensten Neurosen gebildet hat. Die Identität der Hypochondrie und der Hysterie ist bei den älteren Autoren verschiedentlich direkt ausgesprochen und die letztere nur als eine variété utérine der ersteren bezeichnet. Andererseits finden wir freilich auch schon früh die Verschiedenartigkeit dieser beiden Krankheitsformen betont, so z. B. wenn es bei Bourneville¹⁰⁾

¹⁾ Bei Delasiauve (s. u.) zitiert.

²⁾ Louyer-Villermay: Traité des maladies nerveuses ou vapeurs. Paris 1816.

³⁾ Georget: Physiologie du système nerveux etc. Paris 1824.

⁴⁾ Falret: De l'hypochondrie et du suicide. Paris 1822.

⁵⁾ Barras: Traité sur les gastralgies et les entéralgies. Paris 1820.

⁶⁾ Brachet: Traité complet de l'hypochondrie. Paris und Lyon 1844.

⁷⁾ Michéa: Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie. Paris 1845.

⁸⁾ Delasiauve: Des diverses formes mentales. Journal de méd. mentale. Bd. V. S. 211 ff. Paris 1865.

⁹⁾ Jolly: Hypochondrie. Ziemssen's Handbuch. Bd. XII. 1877.

¹⁰⁾ Médecine contemporaine 1861 bei Delasiauve l. c. erwähnt.

heisst: die Hysterie und der „nervosisme“ seien oft begleitet von Störungen, die zur Entstehung von Hypochondrie führen, doch könne man jene nicht mit dieser zusammenwerfen.

Dagegen finden wir bis zum Ende der 70er Jahre keine scharfe Scheidung zwischen der Hypochondrie und der Neurasthenie.

Es ist ja bekannt, dass erst seit dem Jahre 1880, in dem Beard seine früheren Arbeiten in der berühmten Monographie zusammenfasste, das Krankheitsbild der Neurasthenie Gemeingut der Aerzte geworden ist. Aber wenn Beard selbst und viele nach ihm glaubten, man habe es bei diesem, von ihm so glücklich getauften Leiden mit einer ganz neuen, von Beard selbst bekanntlich zunächst für spezifisch amerikanisch (American nervousness) gehaltenen Krankheit zu tun, so lässt sich leicht zeigen, dass man schon Jahrzehnte vorher fast alle Aeusserungen, Ursachen und Verlaufsarten der Neurasthenie gekannt, dass es sich dabei auch nicht etwa um eine Seltenheit gehandelt und dass man über ihre Pathogenese schon damals Ansichten gehegt und geäussert hat, denen gegenüber unsere heutigen kaum einen wesentlichen Fortschritt bedeuten. Martius¹⁾ hat dies neuerdings in einem Kapitel seiner „Pathogenese innerer Krankheiten“ besonders betont und zum Beweise das vor mehr als 60 Jahren erschienene Buch des wohlbekannten Königsberger Arztes Dr. Georg Hirsch, „Beiträge zur Erkenntnis und Heilung der Spinalneurosen“ (1843), der unverdienten Vergessenheit entzogen und Auszüge daraus mitgeteilt.

Ein grosser Teil dessen, was wir heute als Neurasthenie bezeichnen, wurde damals eben infolge der „ungebührlichen Bevorzugung einzelner Symptome“ (Romberg) auf eine Hyperästhesie des Rückenmarks bezogen und segelte unter der Flagge der Spinalirritation oder verwandter Bezeichnungen.

So kommt es, dass wir im zweiten Bande von Leyden's²⁾ „Klinik der Rückenmarkskrankheiten“, also an einer Stelle, an der man es gewiss nicht vermuten sollte, in der dort gegebenen kritischen Darstellung der Lehre von der Spinalirritation zugleich auch einen sehr lehrreichen Beitrag zur Geschichte der Neurasthenie finden. Mit Bezug auf die phantastischen Ausschreitungen jener Lehre heisst es dort: „Männer wie Griesinger und Henle wandten (ebenfalls) ihre scharfen Waffen der Kritik gegen sie und Romberg's Autorität versetzte ihr den Todesstoss“.

In Romberg's³⁾ klassischem Lehrbuch der Nervenkrankheiten finden

¹⁾ Martius, Fr.: Pathogenese innerer Krankheiten. III. Heft. Funktionelle Neurosen 1903.

²⁾ Leyden: Klinik der Rückenmarkskrankheiten. II. Bd., 1. Abtg.

³⁾ Romberg: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1851.

wir dann das wesentliche Bild der Neurasthenie unter der Bezeichnung „Hyperästhesia psychica“, oder wie es dort heisst, „unter dem gebräuchlicheren Namen Hypochondrie“. Mit aller Schärfe kommt in der noch heute lesenswerten Darstellung des berühmten Neurologen die Bedeutung des psychischen Moments für die Entstehung der krankhaften Empfindungen zum Ausdruck. Er bezeichnet „die Steigerung der vorhandenen Empfindungen und die Erregung neuer durch die Intention der Vorstellungen“ als das „hypochondrische Element“ und nennt, entsprechend der von ihm angenommenen rein ideagenen Entstehungsweise der abnormen Sensationen („wo keine Intention der Vorstellungen waltet, kann die Hypochondrie nicht keimen“) die Hypochondristen „Virtuoson auf den sensibeln Nerven“.

Auch weiterhin bildet die Hypochondrie zunächst noch den weiteren Begriff, der die Neurasthenie in sich schliesst. Dies ist auch noch in Jolly's erster Bearbeitung aus dem Jahre 1877 der Fall, in welcher die der Neurasthenie angehörenden Erscheinungen zwar in ihrer pathogenetischen Bedeutung für die Hypochondrie gewürdigt, in ihrer nosologischen Selbständigkeit dieser gegenüber aber nicht anerkannt werden.

Es ist natürlich, dass mit der Erkenntnis des psychogenen Charakters der hypochondrischen Phänomene die weitere Erforschung und der eigentliche Ausbau der Lehre von der Hypochondrie aus dem Gebiet der inneren Medizin und der Nervenkrankheiten in das der Psychiatrie übergang.

Auf die Stellung, die ihr hier von den verschiedenen Forschern in dem nosologischen System angewiesen worden ist, wird später einzugehen sein. Jedenfalls galt es in der Zeit vor der Verallgemeinerung der Neurasthenielehre, also kurz gesagt in der präneurasthenischen Periode als eine unanfechtbare Tatsache, dass man es bei der Hypochondrie mit einem wohlumgrenzten und selbständigen Krankheitsbilde zu tun habe.

Hierin ist nun mit dem Abschluss jener Periode ein vollkommener Umschwung eingetreten. Das vorher geschilderte Verhältnis zwischen Hypochondrie und Neurasthenie hat sich in der Weise verschoben, dass nunmehr die Neurasthenie der weitere Begriff geworden ist, der die Hypochondrie in sich aufgenommen hat.

Diese Entwicklung der Dinge hat dahin geführt, dass man in neuerer Zeit ziemlich allgemein die Hypochondrie als selbständige Krankheitsform aufgegeben hat und in ihr nur einen Zustand sieht, der sich zwar im Verlauf der verschiedensten Geistesstörungen einstellen könne, aber bei der Neurasthenie ganz besonders günstige Entstehungs-

bedingungen finde und hier eine relative Selbständigkeit erlange. Sehen wir hier zunächst einmal von den hypochondrischen Episoden im Verlauf anderer Geistesstörungen ab, so lässt sich also die herrschende Anschauung kurz in dem Satze zusammenfassen: Hypochondrie ist nur eine Teilerscheinung, ein Kardinalsymptom der Neurasthenie.

Gegen diese Auffassung ist in neuerer Zeit ein lauter Widerspruch nur noch selten erhoben worden. Die Frage, ob es eine selbständige Krankheit dieses Namens gibt oder nicht, hat, wie ich schon anfangs bemerkte, kein besonderes praktisches Interesse und ist deshalb hinter wichtigeren Fragen zurückgetreten; sie ist aber auch in der neurasthenischen Periode keineswegs von allen Forschern verneint worden. Ich erinnere hier an die Lehrdarstellungen von Krafft-Ebing¹⁾, Schüle²⁾, C. Westphal³⁾, Jolly⁴⁾, an die Ausführungen, die Hitzig⁵⁾ in verschiedenen seiner Arbeiten und in seinen klinischen Vorlesungen hierzu gemacht hat, ferner aus neuerer Zeit an die Aufsätze von Raecke⁶⁾-Kiel, Boettiger⁷⁾-Hamburg; an die Bearbeitungen der Neurasthenie von Müller⁸⁾, Löwenfeld⁹⁾, Binswanger¹⁰⁾ u. a. Von der ausländischen Literatur nenne ich aus neuester Zeit das grosse Lehrbuch der Pathologie mentale von Ballet¹¹⁾, in dem Arnaud und Séglas die Hypochondrie behandelt haben. In Frankreich scheint überhaupt das von jeher lebhafteste Interesse an dieser Störung immer noch rege zu sein, wie der Umstand zeigt, dass man die „question Hypochondrie“ auf die Tagesordnung des im August dieses Jahres in Rennes stattfindenden „Congrès de médecins aliénistes et neurologistes de langue française“ gesetzt hat.

Die überwiegende Mehrzahl der Forscher steht aber doch auf dem Standpunkt, dass es eine eigentliche Krankheit Hypochondrie nicht gebe und dass alle Versuche, sie zu retten, müssig seien. So suchen wir sie in den beiden neuesten deutschen Lehrbüchern der Psychiatrie von

¹⁾ Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl.

Derselbe: Nervosität und neurasthenische Zustände, Nothnagel's Handb. Bd. XII.

²⁾ Schüle: Klinische Psychiatrie, 3. Aufl. 1886.

³⁾ C. Westphal: Ueber Zwangsvorstellungen. Berl. Klin. Wochenschrift. 1877. No. 46 und 47. Vergl. auch „Gesammelte Abhandlungen“, Bd. I, S. 393 ff.

⁴⁾ Jolly: Artikel „Neurasthenie“, „Hysterie“ und „Hypochondrie“ in Ebstein und Schwalbe's Handbuch der prakt. Med. 1900.

⁵⁾ Hitzig: Ueber den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.

Derselbe: Der Schwindel, Nothnagel's Handbuch, Bd. XII, 2, S. 84, 85.

⁶⁾ Raecke: Ueber Hypochondrie, Allg. Zeitschr. für Psych., Bd. 59.

⁷⁾ Boettiger: Ueber die Hypochondrie, Archiv für Psych., Bd. XXXI.

⁸⁾ Müller: Handbuch der Neurasthenie. 1893.

⁹⁾ Löwenfeld: Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 1894.

¹⁰⁾ Binswanger: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Jena 1896.

¹¹⁾ Ballet: Traité de Pathologie mentale. 1903.

Kraepelin¹²⁾ und Binswanger-Siemerling¹³⁾ vergeblich als selbstständige Krankheitsform. Dort heisst es bei der Besprechung des der chronischen nervösen Erschöpfung eigentümlichen ausgeprägten Krankheitsgefühls und der daraus erwachsenden bangen Befürchtungen: „auf diese Weise entwickelt sich sehr häufig jene Störung, die man früher als leichteste Form psychischer Erkrankung mit dem Namen der Hypochondrie bezeichnete, während man sie jetzt als eine Teilerscheinung des neurasthenischen Irreseins kennen gelernt hat“. An der zu zweit genannten Stelle finden wir die Hypochondrie in dem von A. Westphal bearbeiteten Abschnitt lediglich als „hypochondrische Form der Neurasthenie“ besprochen.

Wenn wir somit die Bezeichnung Hypochondrie in der psychiatrischen Literatur nur noch ganz selten treffen, so begegnen wir um so häufiger der adjektivischen Bezeichnung „hypochondrisch“, mit der man wohl sogar etwas zu freigebig verfährt. Mit Recht nennen wir hypochondrisch die Wahnvorstellungen, die einen den eigenen Körper betreffenden Inhalt haben. In demselben Sinne kann man von hypochondrischen Zwangsvorstellungen sprechen. Unklarer scheint schon der Begriff der hypochondrischen Empfindungen, insofern man darunter vielfach alle körperlichen Empfindungen zusammenfasst, die nicht durch entsprechende peripherische Reize bedingt sind, also alle sogenannten „illegitimen“ Empfindungen im Sinne Martius'. Streng genommen bedarf es aber immer noch einer intellektuellen subjektiven Zutat, einer entsprechenden Interpretierung der betreffenden Empfindungen durch den Kranken, damit diese die Bezeichnung „hypochondrisch“ verdienen. In dieser einseitigen psychischen Bewertung und Verarbeitung der Empfindungen, nicht in diesen selbst und auch nicht in der Erregung von Empfindungen durch Vorstellungen (Romberg s. oben) liegt das eigentliche „hypochondrische Element“. Dieses tritt in gewissermassen elementarer Weise zutage, wenn man die Klagen eines einfachen mit denen eines hypochondrischen Neurasthenikers vergleicht. Jener klagt über Atemnot, Herzklopfen, Kopfdruck, Rückenschmerzen etc., dieser gibt an, dass die Lunge, das Herz nicht richtig arbeiten, dass das Blut falsch zirkuliere; ihm tut nicht der Kopf, nicht der Rücken, sondern das Schläfenbein, das Siebbein, das Gehirn, die Gehirnhaut, das Rückenmark weh usw.

Wenn ich vorhin den gegenwärtigen Standpunkt der Mehrheit mit dem kurzen Satz: „Hypochondrie ist nur eine Teilerscheinung der Neu-

¹²⁾ Kraepelin: Lehrbuch. 7. Aufl. 1904.

¹³⁾ Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 1904.

rasthenie“ gekennzeichnet habe, so ist damit aber trotz der scheinbaren Präzision dieses Satzes eine hinreichend scharfe nosologische Umgrenzung der Hypochondrie noch keineswegs gegeben. Dies hat seinen Grund in der weiten Ausdehnung und Unbestimmtheit des Neurastheniebegriffes, der ja, ausser der nervösen Erschöpfung, als „angeborene Neurasthenie“ auch einen grossen Teil der lediglich auf psychopathischer Veranlagung beruhenden Zustände, also das grosse Gebiet der Nervosität, die psychopathischen Minderwertigkeiten, den grössten Teil der Zwangszustände umfasst und weit in das Gebiet der Degeneration hineinreicht.

Verschiedentlich ist man deshalb bemüht gewesen, den Begriff der Neurasthenie schärfer zu fassen. Moebius¹⁾ ist dabei von der Ermüdung ausgegangen und sieht den Typus der Neurasthenie in einem mehr oder weniger langen Zustand gesteigerter Erregbarkeit infolge oft wiederholter, übertriebener Ermüdung. Auch Kraepelin hebt die grundsätzliche Verschiedenheit der angeborenen Nervosität und der erworbenen Erschöpfung bei jeder sich bietenden Gelegenheit mit aller Schärfe hervor²⁾ und beschreibt in seinem Lehrbuch als „chronische nervöse Erschöpfung oder erworbene Neurasthenie“ diejenigen Krankheitserscheinungen, welche zwar bei bestehender krankhafter Veranlagung entsprechend eher, aber auch bei gesunder Veranlagung durch dauernd einwirkende erschöpfende Ursachen erzeugt werden.

Obwohl eine derartige Trennung bei den vorhandenen zahlreichen Beziehungen zwischen angeborenen Psychopathien und Erschöpfungszuständen immer eine künstliche bleibt, so ist es doch auch für die mir heute an erster Stelle obliegende Erörterung des Verhältnisses zwischen der Hypochondrie und der Neurasthenie durchaus notwendig, die letztere so eng wie möglich zu umgrenzen. Ich will deshalb im Folgenden unter Neurasthenie nur die durch chronisch erschöpfende Einflüsse erworbene Form verstanden wissen.

Unter normalen Verhältnissen gehen die aus inneren Reizen stammenden, in den wechselnden Zuständen der Körperorgane begründeten Empfindungen, deren Gesamtheit man in dem Begriff der Selbstempfindung zusammengefasst hat, ungesondert in den Komplex des Gemeingefühls ein, das mit seinen physiologischen Schwankungen für uns etwas Gegebenes und Unzerlegbares bleibt. Dementsprechend haben wir in der Norm von unserem Körper nur eine Gesamtempfindung und wissen von dem Ver-

¹⁾ Moebius: Bemerkungen über Neurasthenie, Neurolog. Beiträge, Heft II.

²⁾ Vergl. auch Kraepelin: Die Diagnose der Neurasthenie. Münch. Med. Wochenschrift. 1902, No. 40.

halten und Funktionieren unserer Organe im einzelnen aus eigener Erfahrung nichts.

Dieses Verhalten ändert sich, wenn bei der Neurasthenie die zentralen Sinnesflächen gegenüber den ihnen zufließenden Reizen eine Aenderung ihrer Erregbarkeit erfahren, die wir uns als eine krankhafte Ueberempfindlichkeit vorstellen dürfen. Infolge dieser psychischen Hyperästhesie gehen alsdann nicht nur die geringfügigsten pathologischen, sondern auch schon die leisen physiologischen Körpervorgänge mit peinlichen und schmerzhaften Empfindungen und Gefühlstönen einher.

In der neueren Literatur der Neurasthenie ist dies Moment der Ueberempfindlichkeit in seiner pathogenetischen Bedeutung ziemlich allgemein anerkannt. von Krafft-Ebing spricht von einer „abnorm leichten Anspruchsfähigkeit auf Reize aller Art“, v. Hösslin¹⁾ desgleichen von einer „zu leichten Erregbarkeit des Zentralnervensystems“, Goldscheider²⁾ in gleichem Sinne von einer „Erniedrigung der Neuronschwelle“. Binswanger bezeichnet die Ueberempfindlichkeit als „eines der hauptsächlichsten Krankheitsmerkmale“ der Neurasthenie, Martius sieht in ihr sogar das eigentliche Wesen des neurasthenischen Zustandes³⁾. Es lässt sich nun leicht verstehen, dass die starken und ungewohnten Empfindungen, die als Schmerz-, Schwäche-, Müdigkeits-, Erschöpfungs-, Ohnmachtsgefühl den Ablauf der Funktionen begleiten, einerseits auf die Stimmung des Kranken beunruhigend und deprimierend einwirken, andererseits die Aufmerksamkeit auf die scheinbar erkrankte Stelle lenken und sehr häufig hypochondrischen Vorstellungen zur Entstehung helfen. So bildet, wie Jolly es in seiner letzten Bearbeitung der Hypochondrie ausdrückte, die Neurasthenie den Grundzustand, dem gegenüber die Hypochondrie nur eine höhere Entwicklungsstufe mit besonderer Ausbildung einzelner charakteristischer Krankheitszüge darstellt, oder, wie wir bei Binswanger lesen, die Hypochondrie erwächst auf dem Boden der Neurasthenie und stellt nur eine Weiterentwicklung, eine Verschärfung des Nervenleidens nach der psychischen Seite dar.

Hiermit ist aber meines Erachtens ausgesprochen, dass wir es hier nicht mit einer selbständigen Krankheit Hypochondrie zutun haben, sondern mit einer Form der Neurasthenie, die wir nicht besser umschreiben können, als dies von Jolly-Hitzig geschehen ist, nämlich als „jene auf einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung beruhende Form der traurigen Verstimmung, in welcher die

¹⁾ v. Hösslin: In Müller's Handbuch der Neurasthenie (s. oben).

²⁾ Goldscheider: Die Bedeutung der Reize für Pathologie und Therapie im Lichte der Neuronlehre. Leipzig 1898.

³⁾ Vergl. hierzu sowie zu dem folgenden wiederum Martius l. c.

Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist“.

In richtiger Erkenntnis dieser Tatsache hat man nun aus den Darstellungen der Hypochondrie diese Fälle gänzlich eliminiert und vorgeschlagen, dies auch äusserlich dadurch zum Ausdruck zu bringen, dass man das in der Neurasthenie steckende hypochondrische Element „Nosophobie“ nenne, die Bezeichnung Hypochondrie aber für die eigentliche so zu benennende Psychose reserviere. In Müller's Handbuch der Neurasthenie finden wir in gleichem Sinne unterschieden zwischen der „hypochondrischen Disposition“, die mit der neurasthenischen Veranlagung zusammenfällt und der „eigentlichen Hypochondrie“, die in das Gebiet der Psychiatrie gehört. Gugl¹⁾ meint dasselbe, wenn er bei der Neurasthenie nur von hypochondrischer Stimmung spricht, während er unter Hypochondrie eine besondere Psychose verstanden wissen will. Uebereinstimmend damit finden wir in der französischen Literatur eine *petite* und *grande* Hypochondrie oder auch eine *Hypochondrie simple* und *déirante*. Diese Unterscheidungen gründen sich auf folgende, besonders von Krafft-Ebing betonte Momente: Das hypochondrische Element bei den leichten Fällen, die also nicht als eigentliche Hypochondrie, sondern als Nosophobie etc. zu rubrizieren wären, charakterisiere sich mehr als die Vorstellung blosser Gefahr und nur episodisch werde dabei Wirklichkeit von Hirn-, Rückenmark-, Lungen-, Magen-, Herzkrankheiten vorgetäuscht. Dagegen handle es sich bei der eigentlichen Hypochondrie um Wahnbildung. Ferner: Die krankhaften Ideen des Neurasthenikers lassen sich als sekundäre Krankheitserscheinungen meist deutlich von der primären Empfindungsanomalie ableiten, während bei der eigentlichen Hypochondrie das Verhältnis ein umgekehrtes sei. Dementsprechend seien die krankhaften Ideen des Neurasthenikers so lange vorhanden, wie die betreffenden Sensationen und der krankhafte Affekt bestehen, während sie bei der echten Hypochondrie unabhängig davon seien. Endlich können die krankhaften Ideen den Kranken im ersten Falle leicht ausgeredet werden, während man einem wahren Hypochonder seine Ideen nicht mit Vernunftgründen austreiben könne.

Was nun die spezielle nosologische Stellung dieser echten Hypochondrie betrifft, so wird sie von nicht psychiatrischen Forschern vielfach schlankweg als eine Form der Paranoia bezeichnet. Moebius spricht richtiger von hypochondrischer Nervosität und hypochondrischer Paranoia. Von Psychiatern — ich muss hier mangels neuerer Meinungsäusserungen auf ältere zurückgreifen — beschreibt Schüle (1886) das hypochondrische

¹⁾ Nach Martius (l. c.) zitiert.

Irresein unter den „Psychosen des invaliden Gehirns“ neben dem epileptischen und dem hysterischen Irresein als eine besondere selbständige Form psychischer Konstitutionserkrankung, die mit den beiden letztgenannten zugleich eine besondere Form der geistigen Degenereszenz bilde. Krafft-Ebing (1897) sieht in der Hypochondrie eine konstitutionelle, meist in erblicher Belastung wurzelnde Neurose von remittierend-exacerbierendem Charakter, die schon von der Pubertät an und oft schon in der Kindheit beginne und den Lebensgang des Individuums begleite, um nicht selten ihren Ausgang in schwere Zustände degenerativer Geisteskrankheit zu nehmen. Nach Raecke ist die Hypochondrie eine Krankheitsform, die sich vorwiegend bei einem geschwächten Nervensystem (Neurasthenie, Hysterie, schwerer erblicher Belastung) entwickle, einen chronischen remittierend-exacerbierenden Verlauf nehme und niemals zur Verblödung führe. Endlich finden wir in Ballet's Lehrbuch der Geisteskrankheiten bei den konstitutionellen Psychosen, und zwar den *sujets à prédisposition latente*, in der Abteilung *Délires systématisés ou partiels*, als eine der Formen des *Type dépressif* auch das „*délire hypochondriaque systématisé*“ oder die „*nosomanie*“ besprochen.

Um unsererseits die nosologische Stellung der Hypochondrie beurteilen zu können, werden wir zunächst einen Blick auf die klinischen Bilder werfen müssen, unter denen sie uns entgegentritt.

Hypochondrische Episoden sind im Verlauf anderer Krankheitszustände bekanntlich sehr häufig. Dabei brauchen uns die hypochondrischen Formen der progressiven Paralyse und des Seniums, beides also Zustandsbilder, die sich auf dem Boden der geistigen Schwäche entwickeln und dementsprechend oft durch eine besondere Absurdität und Monstrosität des Wahnes gekennzeichnet sind, nicht weiter zu beschäftigen.

Sodann erinnere ich an die Fälle, in denen sich zu der traurigen Verstimmung und den Versündigungsideen der Melancholie hypochondrische Wahnvorstellungen gesellen. Ob nun das melancholische oder das hypochondrische Element überwiegt, man wird über ihre Klassifizierung als hypochondrische Melancholie nicht zweifelhaft sein, in diesen Formen also nur eine Sonderart der Melancholie sehen können.

Von besonderer praktischer Bedeutung sind dann die hypochondrischen Verstimmungen und Wahnbildungen, die so häufig die Hebephrenie einleiten. Diese Fälle werden wohl nicht selten falsch beurteilt, indem etwa das häufig in der Anamnese besonders betonte Moment der

Onanie, unter Verkennung der das Krankheitsbild so charakteristisch gestaltenden geistigen Stumpfheit, Interesselosigkeit und mangelnden Initiative, zur Annahme einer nervösen Erschöpfung, also einer neurasthenischen Hypochondrie verführt. Kraepelin hat neuerdings darauf hingewiesen, dass es unter den hebephrenischen Formen der Dementia praecox Fälle gibt, die sich nur durch das immer stärker hervortretende Gefühl der geistigen und körperlichen Unfähigkeit mit allerlei krankhaften Empfindungen und dem Ausgang in stumpfe und schlafe Teilnahmlosigkeit, aber ohne Sinnestäuschungen oder ausgeprägte Wahnbildungen charakterisieren; er fasst sie als „einfache hypochondrische Verblödung“ zusammen. Dass auch sonst bei der Hebephrenie und bei der Katatonie die Veränderungen der Selbstempfindung im Sinne von peinlichen Situationen aller Art eine sehr grosse Rolle spielen und einerseits zu dem so häufig bestehenden, lebhaften, wenn auch unklaren Krankheitsgefühl, andererseits zu den ungeheuerlichsten hypochondrischen Wahnbildungen Anlass geben, sei noch besonders hervorgehoben.

Ich erinnere im Anschluss hieran an Fälle nach Art des folgenden:

Ein 38jähriger Bauer, von jeher psychopathisch und sexuell stark erregbar, zeigt vor 5 Jahren ein verändertes Verhalten: betet viel, wird mehrfach sehr erregt, klagt über massenhafte peinliche Sensationen besonders an den Genitalien, speziell am Scrotum, ferner am After und in den verschiedensten anderen Körperteilen, bezieht diese in ganz phantastischer Weise auf die Einwirkung von Würmern, Spinnen, Ratten und anderen scheusslichen Tieren, die in seinen Körper eingedrungen sind, darin herumwandern, nagen, an seinem Gehirn saugen etc. Dabei spärlicher Beziehungswahn: man sieht ihn sonderbar an, macht ihm unsittliche Anträge, die ganze Gemeinde ist gegen ihn. Die Geister von zwei Verstorbenen kommen nachts zu ihm. Später Vergiftungs-ideen, Beeinflussung durch Dämpfe und Ströme. Phantastische Halluzinationen von Anfang an. Dabei besonnen, aber maniert und zerfahren in der Ausdrucksweise. Dauernd tief deprimiert, oft verzweifelt. Schneidet sich, nachdem er von mehreren Aerzten vergeblich die Kastration gefordert, selbst mit dem Rasiermesser einen Hoden ab, schliesst die Wunde durch fortlaufende Zwirnaht. Weiterhin immer dieselben Klagen. Impulsives Davonlaufen. Urteilschwäche.

Man erkennt in dieser Beschreibung unschwer einen Fall, der, je nach der Stellung des Autors in der Paranoiafrage, entweder als hypochondrische Paranoia oder als paranoide Form der Dementia praecox mit physikalischem Verfolgungswahn bezeichnet, keinesfalls aber für ein Beispiel von „Hypochondrie“ angesehen werden wird.

Ohne vollständig sein zu wollen, erwähne ich noch, dass die abnormen Sensationen bei chronischen Alkoholisten, in besonderer Weise auch bei Kokainisten zuweilen zu hypochondrischen Deutungen Anlass geben, und dass eine eigenartige Veränderung der Selbstempfindung bei

der Epilepsie, besonders im Prodromalstadium der Anfälle, nicht selten die Richtung und den Inhalt der Vorstellungen in der gleichen Weise beeinflusst.

Während bei den bisher besprochenen Fällen die episodische oder symptomatische Natur der Hypochondrie ohne weiteres zutage lag, ist dies bei den jetzt zu besprechenden nicht so unbedingt der Fall. Sie können zum Teil als selbständige Krankheitsbilder erscheinen.

Ich beginne mit den Fällen, in denen sich im Anschluss an heftige Gemüterschütterungen bei Unfällen, Unglücksfällen, misslungenen Selbstmordversuchen etc. eine allgemeine psychische Veränderung vollzieht, die sich klinisch in trauriger Verstimmung, Krankheitsgefühl und Willenlosigkeit, peinlicher Selbstbeobachtung und hypochondrischen Befürchtungen äussert. Dies ist also die meist als traumatische Hypochondrie bezeichnete Spezialform der traumatischen Neurosen. Kraepelin hat bekanntlich letzteren Ausdruck durch die Bezeichnung „Schreckneurose“ ersetzt, die mit ihren leichteren Fällen dann unmittelbar in die „natürliche Ergriffenheit nach aufregenden Erlebnissen“ übergeht.

In diesem Sinne können wir hier noch eine Gruppe anschliessen, bei der nach aufregenden Eindrücken besonderer Art hypochondrische Zustände sich einstellen. Ich denke hier an den Einfluss, den die Lektüre von Krankheitsbeschreibungen, noch mehr natürlich der Anblick von Kranken oder die direkte Beschäftigung mit solchen vielfach auf disponierte, empfängliche Gemüter ausübt. Es kommt hier also vor allem die bekannte Medizinerhypochondrie in Betracht. Natürlich bedarf es, damit derartige Eindrücke in dieser Weise mehr oder weniger nachhaltig fortwirken, einer besonderen persönlichen Veranlagung, die vielfach nur eine ganz vorübergehende, durch erschöpfende Einflüsse bedingte, vielfach aber auch eine dauernde, in einer originär psychopathischen Persönlichkeit begründete ist.

Ich komme hiermit auf die Formen, die das Gemeinsame haben, dass sie sich auf dem Boden einer angeborenen psychopathischen Eigenart entwickeln. Wir betreten also das Gebiet der Entartungszustände im weiteren Sinne.

An erster Stelle sind hier zu erwähnen gewisse Fälle von degenerativer Hysterie. Die egozentrische Geistesrichtung dieser Kranken bringt es mit sich, dass sie der eigenen Person im allgemeinen, den Vorgängen im eigenen Körper im besonderen ihre Aufmerksamkeit einseitig zuwenden. Die abnorme Gefühlsbetonung dieses Vorstellungskreises bedingt bei der Leichtigkeit, mit der sich hier psychische Vor-

gänge in körperliche umsetzen, mannigfaltige abnorme Sensationen; anderseits werden infolge der bestehenden Ueberempfindlichkeit tatsächliche körperliche Störungen, aber auch ganz geringe Unregelmässigkeiten, an denen es im lebenden Organismus kaum jemals fehlt, in übertriebener und peinlicher Weise wahrgenommen und im Sinne ganz besonderer, liebevoll ausgemalter Leiden verarbeitet.

Weiter kommen in Betracht die auf degenerativer Grundlage erwachsenden psychischen Zwangszustände und die mannigfaltigen Formen der „Nervosität“, die angeborenen psychopathischen Minderwertigkeiten (Koch). Von den sogenannten „Zwangsempfindungen“, die wir mit Löwenfeld¹⁾ sondern können in solche, die sich auf äussere Objekte, und solche, die sich auf den eigenen Körper entweder in seiner Gesamtheit oder in einzelnen Teilen beziehen, interessieren uns hier nur die letzteren. Die Kranken haben die Empfindung der Verkleinerung oder Vergrösserung des ganzen Körpers oder einzelner Körperteile, insbesondere des Kopfes, der Hände (Höstermann²⁾, Löwenfeld³⁾, Binswanger⁴⁾), ferner die Empfindung, als ob der Kopf an bestimmten Stellen, z. B. über den Augen, flach sei, als ob sich Tiere auf ihm bewegten (Koch⁵⁾), als ob eine Körperseite schief und dicker sei wie die andere (Thomsen⁶⁾), als ob die Beschaffenheit und Stellung der Zähne abnorm sei (Galippe's⁷⁾ „*obsession dentaire*“), als ob das Herz gedehnt und geschwollen, ein Hoden verdickt sei, als ob Flüssigkeit aus der Harnröhre heraustropfe (Löwenfeld) etc.

Hierher gehört wohl auch die eigenartige Veränderung der Selbstempfindung, welche schon Griesinger⁸⁾ bei der Besprechung der psychischen Anästhesie als „Veränderung der Rezeptivität“ beschrieben und als eine Störung des „geistigen, innerlichsten Aktes beim Empfinden“ gedeutet hat. Neuerdings hat besonders Janet⁹⁾ diese abnormen Empfindungen bei der Besprechung der Stigmata der Psychasthenie eingehend gewürdigt. Wir finden da unter den „*sentiments d'incomplétude*“ ein *sentiment de „perception incomplète“* und hier besonders das „*sentiment de jamais vu et d'étrange*“. Auch Kraepelin erwähnt dieses Gefühl des „Fremdseins“ als eine bei Nervösen nicht seltene Störung und führt es

¹⁾ Löwenfeld: Die psychischen Zwangsercheinungen. 1904, S. 174ff.

²⁾ Höstermann: Ueber Zwangsvorstellungen. Allg. Z. f. Ps., Bd. 41. 1884.

³⁾ Löwenfeld: Die psychischen Zwangsercheinungen. 1904.

⁴⁾ Binswanger: l. c.

⁵⁾ Koch: Die psychopath. Minderwertigkeiten. 1891.

⁶⁾ Thomsen: Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Archiv für Psych., Bd. 27.

⁷⁾ Galippe: De l'obsession dentaire. Arch. de neurol., 1891.

⁸⁾ Griesinger: Pathologie und Therapie der psych. Krankheiten. 4. Aufl. S. 84.

⁹⁾ Janet: Les obsessions et la Psychasthénie. 1903.

auf „eine Art innerer Abschliessung von der Aussenwelt“, auf „eine Aufhebung der lebhaften natürlichen Wechselbeziehungen zwischen Eindrücken, Bewusstseinszuständen und Willenshandlungen“ zurück. Fälle dieser Art sind in grösserer Zahl beschrieben; einen sehr ausgesprochenen habe ich in meiner Monographie über die Hypochondrie mitgeteilt.

In der Selbstschilderung der Patientin heisst es: „Ich gehe immer umher wie ganz bewusstlos, als ob ich ein Automat bin, aufgezogen und funktioniere, aber gar nichts davon weiss. Ich kann mir geistig nichts klar vorstellen, alles wie verschwommen, habe alle Sinne, aber gar kein Empfinden von allem, kann geistig weder rück- noch vorwärts sehen. Alles still, dunkel und tot in meinem Kopf, als ob ich überhaupt gar nicht existiere, als ob ich tief eingeschlafen oder überhaupt schon tot bin, als ob etwas im Kopf dazwischen oder verstopft ist, wo ich nicht durchkommen kann, als ob zwischen mir und der Welt ein dicker schwarzer Vorhang ist, als ob ich es gar nicht bin, die etwas spricht oder weiss. Ich kann mir geistig nicht vorstellen, wie die bekannteste Person spricht und aussieht etc.“

Hypochondrischen Inhalt haben vielfach auch die Phobien, also die nur bei bestimmten Anlässen auftretenden Angstzustände, indem der Gedanke an eine der eigenen Gesundheit drohende Gefahr die Angst auslöst. Hier wären besonders zu erwähnen manche Fälle von Ansteckungs-, Vergiftungs-, Berührungsfurcht etc.

Bei den an „Nervosität“ im engeren Sinne Leidenden bilden hypochondrische Züge eine besonders häufige Erscheinung. Dem Laien pflegen aber als die eigentlichen Typen der Hypochonder jene schwarzseherischen Individuen zu gelten, die sich neben allerhand Absonderlichkeiten und Schrullen durch eine habituell trübe Lebensauffassung auszeichnen, also die sogenannten konstitutionell Verstimmten. Die Kranken sind meist von ängstlichem Gemüt, schwer von Entschluss, ohne Selbstvertrauen, schrecken vor jeder Verantwortung zurück und geben sich mit Vorliebe allerlei unfruchtbaren, ganz besonders aber hypochondrischen Grübeleien hin.

Einen etwas anderen Typus stellen jene Psychopathen dar, die man mit einigem Recht als Fanatiker der Sorge um das eigene körperliche Wohl bezeichnen könnte. Rücksichtslos egoistisch und gleichgültig selbst gegen die Interessen der nächsten Angehörigen, zeigen sie dauernd eine unverhältnismässig starke Gefühlsbetonung des zu dem eigenen körperlichen Wohl und Wehe gehörigen Vorstellungskreises. Obwohl sie sonst vielfach schwankend und willensschwach sind, besitzen sie in dieser Beziehung doch oft eine leidenschaftliche Energie und einen unbeugsamen Starrsinn. Auf Grund peinlicher Selbstbeobachtung und hypochondrischer Deutung aller kleinen Unregelmässigkeiten kommen sie zu sehr bestimmten, oft geradezu wahnhaften, aber je nach den Umständen wechselnden An-

sichten über die Art ihrer vermeintlichen Leiden, laufen von Arzt zu Arzt, ohne sich belehren zu lassen, und verfallen mit Vorliebe auf allerhand von Charlatanen angepriesene, vielfach auch selbsterfundene, oft geradezu groteske Behandlungsmethoden. Vielfach werden sie die Stammväter ganzer Hypochonderfamilien oder stammen selbst aus solchen.

Man hat diese Fälle wohl mit Recht zu den Querulanten in Parallele gestellt. Man darf dabei nur nicht an die echten, der chronischen Paranoia angehörenden Fälle des Querulantenwahns denken, sondern mehr an die sogenannten Pseudoquerulanten, wie sie Kraepelin¹⁾ und Aschaffenburg²⁾ neuerdings besonders beschrieben haben³⁾.

Ich gehe auf alle die verschiedenen Spezialformen, unter denen die Nervosität erscheint, nicht ein. Eine erschöpfende Darstellung würde mir kaum möglich und ausserdem für den vorliegenden Zweck überflüssig sein, der ja nur dahin geht, die Zugehörigkeit dieser Fälle zu bereits bestehenden Krankheitsgruppen zu zeigen.

Es bleiben endlich noch gewisse Fälle übrig, die sich durch die Entwicklung eines typischen hypochondrischen Wahns, aber meist ohne eigentliche Systematisierung, auszeichnen und prognostisch günstig sind, jedenfalls nicht zur Verblödung führen, in didaktischer Beziehung aber vielfach Schwierigkeiten machen.

Ich knüpfe hier wiederum an einen Fall meiner Beobachtung an.

34jähriger Mann, psychisch belastet, etwas hitzig, aber heiteren Temperaments. Als Kind viel Kopfschmerzen. Seit Mai 1903 krank, angeblich nach Ueberarbeitung: unruhig, ängstlich, jeder Atemzug kommt ihm peinvoll zum Bewusstsein, Zwangsvorstellung, lebendig begraben zu werden. Zwangszählen. Im Kopf ist alles trocken, leer, wie ein Stein, wie Asche. Er fühlt sich wie scheinot, furchtbar schwach, muss noch diese Nacht sterben, das Blut stockt um den Hals herum, der Urin ist zu hell, der Samen nicht mehr richtig; er hat einen furchtbaren Ausschlag, die Augen stehen wie im Starrkrampf. Er ist unheilbar, hat schon alle Zeitungsmittel genommen, will, dass man ihm den Kopf aufmache. Energielos, schlaff, grübelt nur über seine Sensationen. Dann, nach vorübergehender Besserung, mit leicht gehobener Stimmung in eine Irrenanstalt verbracht. Hier dasselbe Verhalten: es ist, als wenn ein Holzwurm im Kopf frässe; der Kopf klingt hohl, wenn er anklopft, es „scheppert“ darin, das Gehirn ist ausgetrocknet, die Brust auch nicht mehr in Ordnung. Sehr unruhig, agitiert. Zuletzt plötzliche Besserung, die etwa sechs Wochen anhält. Dann wieder das vorige Verhalten. — Es stellt sich heraus, dass er mit 19 Jahren schon einen ganz ähnlichen Zustand gehabt hat wie jetzt. Aufgeregt, schlaflos, leistungsunfähig, hypochondrisch. Nach 2 $\frac{1}{2}$ Jahren Genesung, volle Arbeitsfähigkeit, hat geheiratet etc.

¹⁾ Kraepelin: Lehrbuch. S. 836 ff.

²⁾ Aschaffenburg: Querulanten und Pseudoquerulanten. XXI. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins. Sonder-Abdruck.

³⁾ Vergl. auch Friedmann: Ueber den Wahn. 1894. S. 135.

Wenn Fälle dieser Art von einigen als Spezimina echter Hypochondrie angesehen werden, so scheint doch auch für sie eine andere Auffassung näher zu liegen. Der Umstand, dass dieser Kranke vor 15 Jahren schon einmal eine ganz ähnliche Krankheit durchgemacht hat und von dieser gänzlich genesen ist, im Verein mit der Tatsache, dass sich doch einmal in der Klinik ein Umschlag der Stimmung im Sinne einer leichten manischen Gehobenheit ankündigte, lässt mich vielmehr annehmen, dass es sich hier um einen dem manisch-depressiven Irresein (im Sinne Kraepelin's) angehörigen Depressionszustand handelt.

Dass zwischen den vorhin besprochenen Spezialformen der Nervosität, insbesondere den konstitutionellen Verstimmungen einerseits, dem manisch-depressiven Irresein und besonders den periodischen Depressionszuständen andererseits eine scharfe Trennung nicht besteht, versteht sich wohl von selbst, bewegen wir uns doch hier auf dem gemeinsamen Boden der psychischen Degeneration. Infolge dieser Beziehungen zeigt auch das manisch-depressive Irresein sowohl in seinen einfachen wie in seinen Mischformen eine viel grössere klinische Vielgestaltigkeit als man früher angenommen hat. Nicht selten begegnen wir z. B. in den Depressionszuständen episodisch auftretenden Zwangsvorstellungen und Zwangsempfindungen. Auch echte Wahnbildungen zuweilen sehr hartnäckiger Art kommen dabei oft genug zur Beobachtung; diese sind dann vielfach gerade solche hypochondrischer Natur; indessen ist auch die Entwicklung eines ausgearbeiteten Verfolgungswahns keineswegs ausgeschlossen. Ich beobachte gegenwärtig einen, wie mir scheint, in dieser Hinsicht sehr lehrreichen Fall.

Der Kranke, ein 50jähriger Mann besseren Standes, ist psychopathisch belastet und hat schon seit vielen Jahren, besonders im Sommer, zeitweise an Schwindelgefühl, Herzklopfen, Phobien verschiedener Art, depressiver Verstimmung mit Selbstvorwürfen und hypochondrischen Befürchtungen gelitten; im Winter fühlte er sich meist besser. Dementsprechende Schwankungen seiner Arbeitsfähigkeit und Lebensführung zwischen Energielosigkeit und Zurückgezogenheit einerseits, Unternehmungslust und Grossartigkeit andererseits. Neuerdings (vor etwa 2 $\frac{1}{2}$ Jahren) ein besonders schwerer Depressionszustand: zahlreiche peinliche Empfindungen, „Herzneurose“, Zwangsvorstellungen und -Antriebe (Gotteslästerung etc.), Selbstanklagen, dann hypochondrische Wahnideen, (Gehirnmasse mit dem Urin abgeflossen, Rückenmarksubstanz desgl., Nasenbein verschoben, ganz blödsinnig etc.), dazu Versündigungswahn, tiefe Depression und Hemmung. Nach zweimaligem Rückfall (wieder mit deutlicher Depression, Unentschlossenheit, Erregungs- und Wahnvorstellungen hypochondrischer Art) Beginn einer deutlich manischen Phase mit gesteigertem Selbstgefühl, grosser Unternehmungslust; Patient bestellt, schreibt, queruliert viel, macht grosse Geldausgaben, verschenkt alles, dabei werden persekutorische Vorstellungen

mit Bezug auf das Pflegepersonal geäußert und weiterhin mehr und mehr im Sinne eines physikalischen Verfolgungswahns ausgeführt. (Gift im Essen, geschlechtliche Beeinflussungen, Elektrizität.) Neuerdings Nachlassen der manischen Erregung und Zurücktreteten der persekutorischen Ideen, die aber noch nicht verschwunden sind. Immer durchaus natürliches Wesen; kein Intelligenzdefekt.

Diese Auffassung der uns beschäftigenden Fälle ist ja keineswegs neu und wohl nur eine moderne Fassung der Ansichten, die auch von anderen ausgesprochen sind. Ich erinnere hier an die vorhin erwähnten Anschauungen von Schüle und Krafft-Ebing, die ja die Hypochondrie zu den Formen der „geistigen Degenereszenz“ (Schüle) zählen. Allseitig wird ferner die „exacerbierend-remittierende“ Verlaufsart dieser Fälle hervorgehoben und damit meines Erachtens die Brücke geschlagen zu jenen konstitutionellen Formen, die, wie Kraepelin sagt, „eine sehr ausgesprochene Neigung haben, im Leben mehrfach, ja sogar sehr häufig wiederzukehren“, d. h. zu den Formen, die wir im allgemeinen als periodische zu bezeichnen pflegen und deren ausgebildeten Typus das manisch-depressive Irresein darstellt. Eine Berechtigung, diese Fälle als eine besondere selbständige Krankheitsform von den anderen verwandten konstitutionell psychopathischen Zuständen abzutrennen, scheint mir aber nicht vorzuliegen. Ob dies aus praktischen Gründen wünschenswert ist, wird sogleich noch zu erörtern sein.

M. H.! Wenn wir uns nach diesen Ausführungen fragen, wie es mit der Selbständigkeit der Hypochondrie als Krankheitsform bestellt ist, so müssen wir meines Erachtens zu einem negativen Ergebnis kommen.

Ich kann wohl sagen, dass ich entsprechend den von meinen Lehrern C. Westphal, Jolly und Hitzig überkommenen Anschauungen mit einem starken Vorurteil zugunsten einer selbständigen Krankheit „Hypochondrie“ an die Frage herangetreten bin. Mit Hilfe der vorhin zitierten Jolly-Hitzig'schen Umschreibung der Hypochondrie gelingt es leicht, eine grosse Anzahl von Fällen zusammenzubringen, die hierher zu gehören scheinen. Bei näherer Betrachtung und hinreichend langer Beobachtung erweisen sie sich aber doch als anderen Krankheitsformen angehörig und zwar kommt hier — abgesehen von den blossen hypochondrischen Episoden im Verlauf der anderen Geisteskrankheiten — vor allem in Betracht: einmal die Neurasthenie in der vorhin gegebenen engeren Umgrenzung — sodann die Gruppe der konstitutionellen Psychopathien gleichfalls im dargelegten Sinne.

Diese Sachlage spricht sich auch aus in den Definitionen, die man von der Hypochondrie gegeben hat. Es handelt sich dabei nur um mehr oder weniger glückliche Zustands- und Symptomschilderungen, die zwar zum Teil einen Ausblick auf die Pathogenese eröffnen, mit Bezug auf Aetiologie, Verlauf, Ausgänge aber keinen Aufschluss geben. Dies kann auch nicht wohl anders sein; denn die Hypochondrie ist eben nur ein psychopathologischer Zustand, eine krankhafte psychische Disposition besonderer Art, die unter sehr verschiedenen Umständen vorkommt, aber eben doch nur eine symptomatische Bedeutung hat.

Immerhin haben wir gesehen, dass dieses Symptom zuweilen eine so dominierende Stellung im Krankheitsbilde einnimmt, dass nach dem Grundsatz „e potiori fit denominatio“ und aus praktischen Gründen für diese Fälle die Beibehaltung der Bezeichnung Hypochondrie gerechtfertigt erscheinen kann. Man könnte dann ferner, je nachdem die Erkrankung wesentlich durch äussere, insbesondere erschöpfende Einflüsse, oder durch in der originären Eigenart der betreffenden Individuen liegende Umstände bedingt ist, von einer „accidentellen“ und „konstitutionellen“ Hypochondrie sprechen. Dabei wird man aber dessen eingedenk bleiben müssen, einmal, dass hiermit eine scharfe Scheidung dieser beiden Typen nicht ausgedrückt sein, vor allem aber — wie hier nochmals hervorgehoben sei — dass damit die nosologische Selbstständigkeit der Hypochondrie nicht ausgesprochen werden soll.

Angeborene Bewegungsstörungen der Augen.

Von Th. Axenfeld (Freiburg).

(Vortrag auf der Versammlung südwestdeutscher Neurologen. Baden-Baden, 27. Mai 1905.)

Meine Herren! Gestatten Sie, dass ich vor diesem Forum einige Tatsachen aus dem Gebiet der angeborenen Bewegungsstörungen der Augen von neuem zur Sprache bringe, mit denen ich mich schon seit längerer Zeit beschäftige¹⁾ und welche solche Eigentümlichkeiten darbieten, dass ich zu meiner eigenen Belehrung mir die Ansicht von berufenen Neuropathologen erbitten möchte.

Zunächst bitte ich Sie, an den beiden Patienten, welche ich Ihnen vorstelle, sich davon zu überzeugen, dass beim Blick geradeaus eine vollständige oder doch annähernde Parallelität der Blicklinien und jedenfalls

¹⁾ cf. Klin. Monatsbl. für Augenheilkunde, XXXIX, Bd. I. 1901. S. 64 u. Bd. II.

kein auffälliger Strabismus besteht. Nichtsdestoweniger haben beide eine angeborene vollständige Unbeweglichkeit ihres linken Abduzens, während die Adduktion erhalten ist. Das linke Auge bleibt beim Blick nach aussen in der Mittellinie stehen. Dem entspricht, dass die Patienten in der Mittellinie einfach sehen; ebenso in der ganzen rechten Blickfeldhälfte. Beim Blick nach links dagegen ergeben sich typische Doppelbilder. Dieser angeborene Zustand ist von dem Bilde einer erworbenen dauernden Abduzens-Paralyse durch das Fehlen des sekundären Schielens durchaus verschieden. Selbst bei nuklearen erworbenen Lähmungen tritt, wenn sie dauernd und vollständig sind, allmählich starkes Schielen ein.

Wie ist diese Eigentümlichkeit, die sich häufig gerade bei angeborener Abduzenslähmung findet, und die merkwürdigerweise viel häufiger links als rechts vorkommt, zu erklären? Die Auffassung von Kunn, dass der gesunde Antagonist, in diesem Fall der *rectus internus*, bei angeborener Lähmung eines Gegenmuskels keine Neigung zur Kontraktur besitze, ist nicht bewiesen. Vielmehr muss, obwohl der Abduzens fehlt resp. nicht arbeitet, doch an seiner Stelle eine fixierende Vorrichtung sich befinden, die einerseits ein sekundäres Schielen nach innen verhindert, andererseits aber so elastisch ist, dass sie die Bewegung des Auges nasenwärts nicht aufhält. Dass tatsächlich an Stelle des funktionsunfähigen Abduzens ein elastisches Band dieser Art vorkommen kann, habe ich vor einigen Jahren anatomisch nachweisen können. Vielleicht bietet der von Schiefferdecker kürzlich festgestellte ausserordentliche Reichtum der Augenmuskeln an elastischen Fasern ein Verständnis für diesen merkwürdigen Ersatz eines Muskels durch ein aktiv unbewegliches elastisches Band.

Auch eine straffe bindegewebige Fixation, auf die ich später zu sprechen komme, kann ein Sekundärschielen verhindern. Nur wird dann auch die Bewegung noch immer behindert sein. Fehlt schliesslich eine elastische oder straffe Fixation, so tritt auch bei angeborener Augenmuskellähmung ein sekundäres Schielen ein. Vielleicht, dass in diesen Fällen nach vollständiger Ausbildung der Innervation und Muskulatur eine Lähmung intrauterin eingetreten ist analog und mit analogen Folgen wie im späteren Leben. Es mögen bezüglich nuklearer und peripherer Lähmung hier noch graduelle Unterschiede vorkommen.

Also die Beschaffenheit des gelähmten Muskels resp. des ihn ersetzenden Gewebes ist ausschlaggebend dafür, ob bei vorhandenem und funktionstüchtigem Antagonisten sekundäres Schielen eintritt oder nicht. Ist auch der Antagonist abnorm, so sind natürlich noch andere Möglichkeiten zu berücksichtigen.

Aber es ist bezüglich der Beschaffenheit des funktionsunfähigen Muskels noch eine weitere, sehr merkwürdige, zuerst von Heuck festgestellte Tatsache zu berücksichtigen, nämlich, dass ein angeboren absolut funktionsunfähiger Muskel doch anatomisch an Stärke und Struktur wohlgebildet bleiben kann, mit anderen Worten, dass die bei einer erworbenen dauernden Paralyse regelmässig eintretende Atrophie und Bindegewebe-Degeneration des Muskels bei angeborenen Paralyse überhaupt nicht einzutreten braucht. Ich kann Ihnen zum Beweise dafür eine eigene Beobachtung kurz anführen. Bei einem 10 jährigen Mädchen, bei welchem, wie dies Bild zeigt, von Geburt an beide Augen extrem nach unten fixiert standen, ohne irgendwie gehoben werden zu können, löste ich beiderseits durch Operation die Strangfixation¹⁾ und lagerte auf dem einen Auge den Rectus superior vor. Ich war sehr erstaunt, denselben vollkommen ausgebildet und ohne irgendwelche Atrophie zu finden. Nichtsdestoweniger, obwohl ihm ein Widerstand nicht mehr im Wege stand, ist in diesem wohlausgebildeten Muskel niemals eine Spur von aktiver Beweglichkeit nachweisbar geworden. Die angeboren gelähmten Muskeln brauchen also nicht der Atrophie zu verfallen. Zur Erklärung dieses merkwürdigen Faktums hat Kunn auf die von Leonowa festgestellte und auch für die übrige Muskulatur gültige Tatsache hingewiesen, dass die Entwicklung der Muskeln und Nerven unabhängig von einander geschieht, ja, dass auch bei Anencephalen sich wohlgebildete Augenmuskeln finden. Wo von Geburt an keine Innervation bestand, gilt auch nicht das Gesetz der sekundären Atrophie des Muskels.

Eine andere Frage, auf welche Jamin bei seinen experimentellen Untersuchungen über Atrophie gelähmter Muskeln mehrfach hinweist, wäre die, ob vielleicht den willkürlich unbeweglichen Muskeln reflektorische bulbäre oder subkortikale Erregungen zufließen, welche die Atrophie verhindern. Der auf S. 551 beschriebene Fall zeigt, dass das möglich ist. Doch liessen sich für die obengenannten einzelnen Augenmuskeln solche Vorgänge nicht nachweisen. Es müsste überhaupt für solche Fälle erst einmal sich Gelegenheit bieten, anatomisch nachzuweisen, ob zu solchen inaktiven Muskeln überhaupt die zugehörigen Nerven vorhanden sind.

Wir könnten also bei Fällen von angeborener Abduzens-Paralyse auch die Anwesenheit eines wohlgebildeten, aber unbeweglichen musculus

¹⁾ Die Ablösung der Strangfixationen in der Tiefe war sehr schwierig; auf dem einen Auge wurde die Sklera etwas angeschnitten. Ich habe seitdem solche Stränge ganz vorsichtig von der Seite her, nicht von vorn her operiert, um so mehr, als ich bei einem Falle, den Bietti aus meiner Klinik beschrieben hat, mich überzeugen konnte, dass hinter solchen Fixationen die Sklera verdünnt sein kann.

abducens für möglich halten; dass jedoch ein solcher Muskel imstande wäre, dem Antagonisten dauernd das Gleichgewicht zu halten, ist noch nicht bewiesen, im Gegenteil waren die bisher festgestellten Fälle dieser Art durch Schielen ausgezeichnet.

Ich muss nochmals hervorheben, dass bei der angeborenen Abduzens-Paralyse mit Fehlen des sekundären Schielens eine gute Bewegung nach innen nicht immer vorhanden ist, sondern häufig treten an solchen Augen auch bei der Adduktion eigentümliche Erscheinungen auf; dieselbe kann eingeschränkt sein, was sich leicht erklärt, wenn wir annehmen, dass in solchen Fällen das den Abduzens ersetzende Band zu straff und nicht elastisch genug ist, um vollkommen nachzugeben, oder aber der Rectus internus selbst könnte mangelhaft sein. In vielen Fällen dieser Art tritt aber beim Versuch der Adduktion ein überraschendes Phänomen hervor, nämlich eine Retraktion des Bulbus in die Augenhöhle hinein. Sie sehen hier auf diesem Bilde eine Photographie solch eines Falles, wie er in dieser Hochgradigkeit zwar selten vorkommt; geringe Grade von Retraktion bei Versuch der Adduktion sind dagegen bei der angeborenen Abduzens-Paralyse eine häufige Erscheinung und auch der eine Ihnen heute vorgeführte Patient lässt eine leichte Zurückziehung erkennen.

Meine Herren! Es würde zu weit führen, auf die Erklärung dieses Phänomens genau einzugehen; ich will nur erwähnen, dass sowohl ein eigentlicher Retractor bulbi an der Innenseite in Frage kommen kann, als auch die starre Fixation des Auges auf der Aussenseite schuld daran sein kann, dass der Rectus internus, vielleicht auch die an der Innenwendung etwas beteiligten Höhenrecti beim Versuch der Adduktion anstatt nach innen nach hinten anziehen. Die gelegentlichen schrägen Bewegungen werden von Duane auf gleichzeitige Spasmen der Obliqui zurückgeführt. Die überwiegende Häufigkeit der angeborenen Abduzens-Paralyse auf der linken Seite gilt für die mit Retraktion verbundenen Fälle in noch viel höherem Masse. Von 59 mir aus der Literatur und eigener Beobachtung bekannten Fällen waren nur 10 rechtsseitig, 7 doppelseitig, dagegen 41 linksseitig, und unter den doppelseitigen war auch zumeist das Phänomen links stärker. Persönlich habe ich bei 8 derartigen Personen sechsmal nur die linke Seite befallen gesehen, zweimal beide mit Bevorzugung des linken Auges. Diese Prädilektion einer Seite ist auf dem Gebiet der angeborenen Anomalien mir sonst in dem Masse nicht bekannt und auch aus dem Gebiete der Neuropathologie weiss ich nichts analoges.

Es erhellt bereits aus alledem, wie mannigfach und eigenartig sich diese ganzen Verhältnisse gestalten, aber ich darf zum Schluss noch eine

weitere Beobachtung anführen von besonderer Eigentümlichkeit. Sie sehen hier das Bild eines Mädchens mit angeborener linksseitiger Okulomotorius-Paralyse in allen Zweigen, auch der Sphinkter iridis und die Akkomodation sind vollständig gelähmt, wie die Photographie bei passiv gehobenem Oberlid zeigt. Irgendwelche aktive Beweglichkeit in den Okulomotorius-Muskeln ist nicht vorhanden. Dagegen wird alle drei bis fünf Minuten mit einigen Rucken das Oberlid krampfhaft emporgezogen, der Augapfel rückt aus der Adduktionsstellung in die Mittellinie und wird hier so festgehalten, dass der Abduzens während dieser Zeit nicht wirken kann, die Pupille kontrahiert sich maximal und die Akkomodation stellt sich auf den Nahepunkt ein. In dieser Weise verharret die Muskulatur etwa eine halbe Minute, dann sinkt das Oberlid ruckweise herunter und die übrigen Muskeln gehen wieder in den Zustand absoluter Paralyse über. Dieses wechselnde Spiel ist seit frühester Jugend so vorhanden, bereits im Alter von vier Wochen bemerkt ohne sonstige Erscheinungen, der Rhythmus ist zu verschiedenen Zeiten und je nach dem Allgemeinbefinden nur wenig wechselnd. Auch in der Nacht, im tiefen Schlaf geht das Spiel ununterbrochen weiter, das Kind liegt deshalb immer auf der rechten Seite, da sonst das bewegende Lid an den Kissen sich scheuern würde. Durch Blendung während des paralytischen Stadiums lässt sich der Krampf etwas beschleunigt herbeiführen, ebenso durch sensible Reize der benachbarten Haut; es müssen also auch Reflexbahnen vorhanden sein. Ich erwähne noch, dass das Kind sonst völlig normal, intelligent und nunmehr 12 Jahre alt ist, ohne dass sich in den jetzt 6 Jahren meiner Beobachtung an seinem Befunde irgend etwas geändert hat. In der Literatur sind ausser diesem noch drei analoge Fälle beschrieben (Fuchs-Salzmänn, Rampoldi, Bielschowski). Wegen des Abwechsels von Paralyse und Krampf habe ich diese Krankheit als „cyklische angeborene Okulomotorius-erkrankung“ bezeichnet. Will man eine Analogie mit der Athetose nach cerebraler Kinderlähmung annehmen, wofür besonders Herr Kollege Hoche gesprächsweise eintrat, so könnte man von Athetose des infantil paralytischen Okulomotorius sprechen.

Wir haben hier die Tatsache einer absoluten, dauernden, aktiven Paralyse des Okulomotorius vor uns, obwohl die Muskeln kontrahierfähig, die Nerven erregbar, die Kerne leistungsfähig und mit benachbarten Kerngebieten verbunden sind. Dass dem so ist, geht aus den Krampfanfällen mit voller Sicherheit hervor. Was kann das für eine rätselhafte Krankheitsursache sein und wo ist sie gelegen, eine Ursache, die sowohl die Lähmung als den Krampf in sich

schliessen muss, die Jahrzehnte lang, ja wahrscheinlich bis zum Lebensende wirkt, ohne den Nerven resp. seinen Kern zu zerstören? Darüber sind mangels einer Sektion nur Vermutungen möglich; am ehesten denkt man an vasomotorische Verhältnisse im Kerngebiet. Jedenfalls ist damit aber der Beweis für die sonst in der Neuropathologie wenigstens mir nicht bekannte Möglichkeit dauernder rhythmischer Krämpfe in einem niemals aktiv beweglichen Gebiet geliefert. Die bekannten Krämpfe im Gebiet des gelähmten Facialis führen doch, wenn die Paralyse bleibt, schliesslich zur Kontraktur. Die Krämpfe nach Hemiplegien, die Hemiathetose besonders nach infantilen cerebralen Lähmungen, sollen einen Rest aktiver Beweglichkeit zur Voraussetzung haben, oder sie sind vorübergehender Art. Die Jackson'schen Krampfanfälle machen schliesslich der dauernden Paralyse Platz oder der Heilung; auch der von Bechterew beschriebene Fall von rhythmischem Krampf des Oberlids betraf eine heilende Okulomotoriuslähmung. Kurzum, mir sind völlig analoge Fakten nicht bekannt. Vielleicht aber, dass aus Ihrem Kreise, die Sie das Gebiet der Neuropathologie ganz anders überschauen, als dies dem Ophthalmologen möglich ist, ein Hinweis auf analoge Dinge und eine Erklärung sich uns darbietet. Jedenfalls schien es mir statthaft, für diese eigentümlichen Dinge von neuem um Ihre Aufmerksamkeit zu bitten.

Im Anschluss an diesen Vortrag betonte Herr Kollege Hoche, dass er den letzten Fall doch als „cerebrale Kinderlähmung des Okulomotorius mit Athetose“ auffasse. Auch ich habe auf diese Analogie schon hingewiesen und Bielschowsky hat im Anschluss daran sich für die Zugehörigkeit zur Hemiathetose ausgesprochen. Man müsste dann an einen Herd oberhalb des Kerns denken, wenn man den anatomischen Sitz analog wie bei der Erklärung der Athetose der Extremitäten lokalisieren wollte. Einen zentralen Herd für einen N. oculomotorius ohne assoziierte Störungen anzunehmen, ist insofern schwierig, als wir solche zentralen, nur einer Seite dienende Bahnen bisher nicht kennen.

Auch Herr Geheimrat Erb hielt die Zugehörigkeit zur cerebralen Kinderlähmung für möglich. Nach seiner Meinung kann Athetose in völlig gelähmten Gliedern sich abspielen. Auf diesen Punkt wäre bei Hemiathetosen besonders zu achten.

Herr Kollege Ewald (Strassburg) riet, bei erneuter Gelegenheit die elektrische Erregbarkeit solcher wohlausgebildeter, aber aktiv unbeweglicher Muskeln zu prüfen; mit geeigneter Elektrode (z. B. der Eulenburg'schen) dürfte dies in der Operationswunde vielleicht ausführbar sein.

Herr Kollege Jamin (Erlangen) warf die Frage auf, ob die von Hering an den Augenmuskeln konstatierten Muskelöne nicht sich heranziehen liessen.

Ich erlaube mir, diese Anregungen hier in Kürze wiederzugeben, damit sie bei etwaiger Gelegenheit Verwertung finden.

II. Vereinsberichte.

XXX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte. Baden-Baden, 27. und 28. Mai 1905.

Bericht von Dr. Gaupp.*)

Edinger (Frankfurt) begrüsst als Geschäftsführer die Versammlung, gedenkt der Verstorbenen des vergangenen Jahres, des Physiologen Eckhardt und des Pathologen Weigert. Vorträge:

323) **Bäumler** (Freiburg) stellt zwei Kranke vor.

a) 67jähriger kräftiger Mann. Vor zehn Jahren Schlag mit einer Weidenrute gegen die Ulnarseite der linken Hand. Anfänglich Schmerz und Schwellung, die rasch vorübergingen; es blieb eine Gebrauchsunfähigkeit des vierten und fünften Fingers. Nach drei Monaten wurde erstmals ein Arzt konsultiert, nach $4\frac{1}{2}$ Monaten die Unfallanzeige gemacht. Unfallrente von 40%. Der jetzige Zustand war 1898 ($6\frac{1}{2}$ Jahr nach dem Unfall) schon genau der gleiche: der vierte und fünfte Finger der linken Hand sind krampfhaft eingeschlagen, lassen sich nur schwer, aber doch vollständig passiv strecken. Aktive Streckung nicht möglich, Herabsetzung der Sensibilität bis hinauf zum Ellbogengelenk. Während wochenlanger Beobachtung stets dieselbe Fingerhaltung. Passive Streckversuche erzeugen ruckweise zunehmende Kontraktion der antagonistischen Fingerbeuger. Keine Atrophie, normaler elektrischer Befund. Widerstrebendes Verhalten des Verletzten bei therapeutischen Massnahmen. Beobachtung im Schlaf gelang nicht. An Fingern, Handfläche, Nägeln nichts Abnormes, kein Intertrigo zwischen den Fingern. Die Sensibilitätsstörung betrifft genau das Ausbreitungsgebiet des Nervus cutaneus medius vom Ellbogen abwärts und des Nervus ulnaris in dessen der Sensibilität der Ulnarseite der Handwurzel und Hand sowie der drei letzten Finger dienenden Zweigen mit völligem Freibleiben der motorischen Ulnarisäste, die sich ganz normal verhalten. Am Nerven selbst ist objektiv nichts Abnormes nachweisbar. Die Anästhesie kann nicht als eine hysterische angesehen werden. Die Deutung des ganzen Krankheitsbildes ist schwierig, seine traumatische Entstehung nicht sicher festzustellen.

b) 33jähriger kräftiger Bauer; Linkshänder. Oberflächliche stark blutende Verletzung (beim Holzhacken) zwischen Zeigefinger und Daumen der rechten Hand; nach einigen Monaten zunehmende Erschwerung der Beweglichkeit der Hand und dann des ganzen rechten Armes; nach 9 Monaten plötzlich bei der Arbeit Anfall: zuerst Schüttelbewegung des r. Vorderarmes, dann völlige Bewusstlosigkeit, kein Zungenbiss. Seither zahlreiche solche Anfälle. Keine Kopfschmerzen, manchmal Schwindel. Mässige Parese der r. Oberextremität und der Schultermuskulatur. Willkürliche Bewegungen werden gleichmässig langsam, wie leicht gehemmt, ausgeführt. Keine Spasmen. Keine Sensibilitätsstörungen. Augenhintergrund normal. Rechts Vorderarm und Hand cyanotisch und kühl. Zittern im r. Oberschenkel. Gang normal. Patellar- und Achillessehnenreflex r. leicht gesteigert. Kein Babinski. Tiefe Armreflexe nicht

*) Der offizielle Vereinsbericht erscheint im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

gesteigert. Votr. vermutet einen subkortikalen Tumor in der l. Hemisphäre. Weitere Beobachtung der Anfälle ergab, dass sie mit völliger Bewusstlosigkeit, einmal auch mit Zungenbiss und Schrei einhergingen.

324) **Theodor Axenfeld** (Freiburg): Angeborene Bewegungsstörungen der Augen.

Der Vortrag steht in dieser Zeitschrift oben S. 547.

325) **Bayenthal** (Worms): Zur Kenntnis der Meningocele spuria (mit Demonstration).

Auf das in neurologischer Beziehung vielseitiges Interesse darbietende Krankheitsbild der Meningocele spuria hat Votr. bereits in einer früheren Arbeit die Aufmerksamkeit der Fachgenossen zu lenken versucht. (Deutsche Med. Wochenschr. 1898, No. 3). Die in Rede stehende Anomalie gehört zu den grössten Seltenheiten auf dem Gebiete der Gehirnpathologie. Wohl infolge dieses Umstandes hat die Meningocele spuria bisher in den Lehrbüchern der Gehirn- und Nervenkrankheiten noch keine Erwähnung gefunden. Votr. stellt einen 24jährigen Bauernburschen vor, der mit dieser Affektion behaftet ist und bespricht an der Hand dieses Falles kurz die Pathologie des „falschen“ Gehirnbruches. Was die Erscheinungen von seiten des Gehirns anbelangt, so finden sich in dem demonstrierten Falle entsprechend dem Sitze der Meningocele über dem linken Parietale Paresen der Fingermuskulatur, Muskelatrophie und Wachstumshemmung an Arm und Schulter der rechten Seite. Sensibilität an der rechten Hand herabgesetzt, psychische Defekte fehlen. Von Interesse ist auch die Angabe des Patienten, wonach in den letzten zwei Jahren die rechte Hand in mehrwöchigen, unregelmässigen Zwischenräumen von klonischen Krämpfen befallen wird, die mitunter mehrere Minuten anhalten.

Für die Diagnose sind die traumatische Entstehung im frühesten Kindesalter, Sitz und Form der Geschwulst, ihr flüssiger Inhalt und ihre Kommunikation mit dem Schädelinnern massgebend.

Die Prognose ist nicht durch die Geschwulst als solche, sondern durch die organischen Veränderungen des Gehirns bedingt, die noch im späteren Alter den Anstoss zur Entwicklung der Epilepsie geben können. Letztere wird bei genügend langer Beobachtungsdauer selten vermisst. In dem demonstrierten Falle ist diese bedenkliche Komplikation bis jetzt nicht zutage getreten, wohl infolge der geschützten Verhältnisse des Elternhauses, in denen Patient sich zur Zeit noch befindet, und seines hygienisch günstigen Berufes (Feldarbeit). Die genannten Folgen der mit der *M. sp.* verbundenen Gehirnerkrankungen scheinen in Uebereinstimmung mit bekannten Erfahrungen auf dem Gebiete der Psychopathologie manchmal erst späterhin aufzutreten, wenn die Notwendigkeit der eigenen Lebensführung, des Kampfes ums Dasein, die Sorge um Weib und Kind erhöhte Anforderungen an die physische und geistige Kraft des Individuums stellen.

Was die Therapie anbelangt, so dürfte der Standpunkt v. Bergmann's, der die „König'sche Operation behufs Heilung einer Meningocele spuria für ein Mittel zur Heilung der mit ihr verbundenen Epilepsie“ hält, wohl kaum den Beifall des Neurologen finden. Zur Zeit, als der vorliegende Fall in die Beobachtung des Votr. gelangte (1888), verfügte die chirurg. Technik noch nicht über diese Operation; möglicherweise verdankt Pat. es zum Teil auch diesem Umstande, dass er bis heute von epileptischen Krämpfen verschont geblieben ist.

Votr. erinnert in dieser Beziehung an die bekannten Erfahrungen Kocher's über den prophylaktischen Wert einer Schädelücke in Fällen traumatischer Epilepsie. Schliesslich weist Votr. noch aus aktuellen Gründen auf Hirndruckerscheinungen hin, die in der ersten Zeit der Beobachtung durch Kompression der Geschwulst zu erzielen waren. Diese Repositionsversuche finden sich in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie B. VII. erwähnt. Sie sprechen entschieden für die Existenz eines „Hirndrucks“ (gegen Adamkiewicz) und für den von Sängner neuerdings wieder begründeten mechanischen Ursprung der Stauungspapille.

326) **Fürstner** (Strassburg): Ueber Hirntumoroperationen und dabei entstehende Hirnhernien.

Votr. teilt zunächst mit, dass von den 4 Fällen, über die er 1903 in Baden-Baden berichtet hatte, noch zwei leben; ein Kranker starb im Februar 1904, ein anderer ein Jahr nach der Operation. Fürstner berichtet dann über einen weiteren Fall, der neun Monate nach der Operation starb.

50jähriger Mann. Die ersten Symptome im November 1903: linksseitige Krämpfe, zunächst im Bein, dann im Arm, schliesslich auch im Gesicht, mit Benommenheit. Anfälle allmählich immer häufiger. Lähmungserscheinungen, Kopfschmerzen, Stauungspapille mit Blutungen, zunehmende Sehschwäche liessen die Operation geboten erscheinen. Die Diagnose lautete: Kortikaler Tumor der Zentralwindung. Operation in zwei Etappen. Ein Tumor wird nicht gefunden, Punktionen erfolglos. Glatte Wundheilung. Zunächst Besserung. Nach vierzehn Tagen zunehmender Hirnprolaps und immer schwerere zerebrale Symptome. Tod an Schluckpneumonie. Sektion: Grosser Tumor im Stabkranz unmittelbar unter der Rinde des Trepanationsgebietes. Der Tumor war sehr rasch gewachsen, auch nach der Operation noch. F. erörtert die Wechselbeziehungen zwischen der Hernienschwellung und den Krämpfen, ferner die Frage, ob durch die Trepanation und die Zirkulationsänderungen regressive Metamorphosen im Tumor begünstigt wurden (Horsley). Der Tumor wäre schon bei der Operation inoperabel gewesen.

Von den übrigen vier Fällen sei hervorgehoben: Im ersten Fall war Stirnhirntumor diagnostiziert (psychische Symptome, namentlich Witzelsucht, Parese rechts, Fallen nach rechts, Stauungspapille). Tumor nicht gefunden. Zunächst Besserung, dann Wiederkehr der Symptome, Erblindung, Tod durch Tuberkulose. Vier verkäste Tuberkel in einer Kleinhirnhemisphäre. Auch hier zunächst grosse Hernie mit Flüssigkeit, die sich allmählich zurückbildet.

Im zweiten Fall war Pat. hochgradig kollabiert; da bis vor einem Jahre Ohreiterung bestand, war es fraglich, ob Abszess oder Tumor vorlag. Kopfschmerz, hochgradige Stauungspapille, Fehlen des Fiebers, Schmerzlosigkeit des Proc. mast. sprach für Tumor. Operation über dem Fuss der dritten Stirn- und ersten Schläfenwindung. Tumor nicht gefunden. Sehr grosse Hernie, die sich allmählich zurückbildet. Besserung des Sehvermögens. $2\frac{1}{4}$ Jahr nach der Operation noch befriedigender Zustand. Die Operation vermochte, obwohl der Tumor nicht gefunden wurde, die Erblindung zu verhüten und wirkte auch im übrigen lebensrettend.

Im dritten Fall Operation über dem unteren Scheitellappchen. Tumor nicht gefunden. Grosse Hirnhernie, aus der mehrmals viel gelbe Flüssigkeit

entleert wird. Auch hier günstiger Einfluss. Tod fast zwei Jahre nach der Operation. Grosser Stabkranztumor.

Im vierten Fall Palliativoperation bei inoperablem Basistumor mit ebenfalls gutem Einfluss auf das Sehvermögen. Auch hier Hernienbildung. Patient lebt noch.

Zum Schluss befürwortet F. nochmals die Palliativoperation bei inoperablen und nicht auffindbaren Tumoren, wenn Stauungspapille bemerkbar werde. Er erörtert dann noch die Hirnhernien nach Entstehungszeit, Inhalt, Bedeutung für die Hirn- bzw. Tumorsubstanz und vor allem für den Hirndruck.

327) **H. Curschmann** (Tübingen): Zur Methodik der Muskel und Gelenksensibilitätsbestimmung.

Da die bisherigen Methoden der Prüfung von Gelenks- und Muskelbewegungsgefühl (Goldscheider, Bernhard, Frenkel) eine quantitative Feststellung der Empfindungsschwelle, und somit in pathologischen Fällen einen zahlenmässigen Ausdruck des Herabsetzungsgrades der betr. Gefühlsqualität nicht ermöglichen, hat Votr. zur Prüfung beider Gefühlskomponenten die galvanomuskuläre Methode gewählt.

1. Muskelkontraktionsgefühl: Die Prüfung geschieht derart, dass bei möglichster Isolierung der betr. Extremität (Frenkel) zuerst die Minimalzuckung des Muskels und dann die Empfindungsschwelle des Kontraktionsgefühls desselben Muskels nach M. A. festgestellt wird. Die Differenzzahl zwischen beiden zeigt den Herabsetzungsgrad der Kontraktions-Sensibilität an. Unter normalen Verhältnissen fallen Minimalzuckung und Kontraktionsgefühl zusammen, resp. das letztere tritt schon einige Zehntel M. A. früher auf als das erstere. In pathologischen Fällen (Tabes, hemihyperästhetische cerebrale Hemiplegie, Syringomyelie, multiple Sklerose, periphere Lähmungen) mehr oder weniger hohe Grade von Herabsetzung des Kontraktionsgefühls. Anwachsen der Differenzzahlen nach der Peripherie, z. B. bei Tabes und cerebralen Hemiplegien. (Eine Kurve zeigt Grad und Verteilung bei hemihypaesthetischer Hemiplegie.) Verwendbar ist die Methode auch zur Prüfung der hysterischen Tiefengefühlstörung (Sensibilitätsverlust für den „begrifflichen“ Bewegungskomplex [Hellpach] oder auch für jeden einzelnen Muskel?). Auffallende Reduzierung des Kontraktionsgefühls bei peripheren Lähmungen mit elektrischer E.A.R. und konstant geringe Herabsetzung derselben bei multipler Sklerose; regelmässige Verminderung des Kontraktionsgefühls bei Syringomyelie im Bereich der dissoziierten Empfindungslähmung.

2. Gelenkbewegungsgefühl: Nachdem durch galvanomuskuläre Reizung die Minimalbewegung, d. h. die kleinste sichtbare Bewegung in den betreffenden Gelenken festgestellt ist, ermittelt man die Gefühlsschwelle für die Gelenkbewegung. Beim Normalen fällt Minimalbewegung und Empfindungsschwelle zusammen.

Bei Tabes, hemihypaesthetischer Hemiplegie, Syringomyelie, Myelitiden und Neuritiden beobachtet man mehr oder weniger grosse Differenzen zwischen Minimalbewegung und Empfindungsschwelle; Differenzzahl (in M. A. ausgedrückt) = Grad der Herabsetzung der Empfindung. (An einer Kurve Demonstration von Grad und Verteilung der Störung bei Tabes, bedeutende Steigerung der Differenzzahlen nach der Peripherie der Extremität hin.) Die Methode zeigt auch bei anataktischen Tabikern, bei denen nach gewöhnlicher Prüfung keine

Gelenkstörungen zu erwarten sind, deutliche Störungen nach obigem Verteilungsmodus an. (Eigenbericht.)

328) **Eduard Müller** (Breslau): Ueber einige weniger bekannte Verlaufsformen der multiplen Sklerose.

Nach den Erfahrungen Strümpell's ist die multiple Sklerose bei der ländlichen Bevölkerung das häufigste grob-organische Gehirn-Rückenmarksleiden; nur in der Grossstadt steht sie hinter den syphilitischen bezw. metasymphilitischen Erkrankungen zurück. Die „klassischen“ Symptome (der eigentliche Nystagmus, das Skandieren und der echte Intentionstremor) sind nicht nur in ihrer Vereinigung selten, sondern in frühen Krankheitsstadien auch einzeln keineswegs häufig. Andere und ebenfalls durchaus typische Zustandsbilder gestatten mit gleicher Sicherheit auch ohne die Trias der „klassischen“ Symptome eine wichtige und dabei frühzeitigere Diagnose. Bei Berücksichtigung aller Verlaufsformen sind die Opticusaffektionen der multiplen Sklerose (namentlich in ihren charakteristischen Beziehungen zum Verhalten des Sehvermögens und zum Gesichtsfeld) das wichtigste und sicherste Symptom der multiplen Sklerose; sie finden sich in mindestens der Hälfte der einer Diagnose zugänglichen Fälle und sind von fast ausschlaggebender Bedeutung. Recht wertvoll ist das zuerst von Strümpell betonte Verhalten der Bauchdeckenreflexe; sie fehlen meist schon im Beginn des Leidens. Bei jugendlichen und gesunden Personen mit normalen Bauchdecken sind sie jedoch — eine sorgfältige, technisch richtige Prüfung vorausgesetzt — geradezu konstant nachweisbar.

Vortr. bespricht dann das relativ häufige Einsetzen der Erkrankung mit flüchtigen, gelegentlich bis zu vorübergender Erblindung sich steigernden Sehstörungen; sie sind meist nur das erste alarmierende, ausnahmsweise aber auch das einzige Frühsymptom. Ophthalmoskopisch findet man in solchen Fällen gewöhnlich temporale Abblassung der Papillen mit kleinem zentralem Skotom und neurologisch oft fehlende Bauchdeckenreflexe, das Babinski'sche Zehenphänomen und ein leichtes Wackeln der Arme bei feineren Zielbewegungen. Sehr häufig und bedeutsam ist weiterhin der Beginn des Leidens mit einer, allen Krankheitserscheinungen oft jahrelang vorauseilenden, abnormen Ermüdbarkeit; diese ist zum Unterschied von anämischen Zuständen und funktionellen Nervenleiden, deren Abgrenzung im frühesten Stadium der multiplen Sklerose nicht selten Schwierigkeiten macht, trotz annähernd gleicher äusserer Ansprüche an die Funktion gleichgebildeter Extremitäten, ohne ersichtlichen Grund und nur in dieser oder jener Extremität lokalisiert. Sehr selten ist die Entwicklung des Leidens mit heftigen neuralgischen Schmerzen; als anatomische Grundlage kommen Herde in den Wurzeln der Gehirn- und Rückenmarksnerven in Betracht.

Zum Schluss weist der Vortr. auf die scheinbar paradoxe Tatsache hin, dass trotz der Vielgestaltigkeit der Erscheinungsweisen im Beginn der multiplen Sklerose die Grundzüge des Gesamtbildes meist auffällig monotone sind. Die gemeinsamen, spezifischen Merkmale drängen sich auf, wenn man sich einerseits an die allgemeinen diagnostischen Gesichtspunkte hält und andererseits den zur Zeit bestehenden Symptomenkomplex durch genaueste anamnestische Erhebungen ergänzt. Diese allgemein-diagnostischen Gesichtspunkte sind vor allem das jugendliche Alter, das Fehlen wesentlicher äusserer Krankheitsursachen,

das gewöhnlich schmerzfreie und gute Allgemeinbefinden der sonst meist durchaus gesunden und kräftigen Patienten, die sprungweise Entwicklung des Leidens. Bei der für die multiple Sklerose charakteristischen Flüchtigkeit und geringen Ausprägung diagnostisch wichtiger Einzelerscheinungen (z. B. Amblyopien, Sprachstörungen, Doppeltsehen, Blasenanomalien, Schwindelanfälle usw.) muss man für die Frühdiagnose aus dem momentanen Zustandsbilde und den nur anamnestisch nachweisbaren Krankheitserscheinungen meist erst einen Symptomenkomplex konstruieren. Dann gelingt es oft leicht, die fast stereotype, quantitative und qualitativ allerdings wechselnde Mischung von spinalen Stigmata einerseits mit typischen Gehirn- und Augenstörungen andererseits nachzuweisen. (Erscheint ausführlich im „Neurologischen Centralblatt“.)

329) R. Wollenberg (Tübingen): Die nosologische Stellung der Hypochondrie. Referat.) Ausführlich veröffentlicht S. 529 dieses Centralblatts. Diskussion: Erb, Edinger, Fürstner.

330) R. Friedländer (Wiesbaden): Ueber Störung der Gelenk-Sensibilität bei Tabes dorsalis.

Votr. berichtet über Untersuchung der Bewegungsempfindung an den unteren Extremitäten bei 27 ataktischen Tabikern. Die primäre Störung betrifft die Lageempfindung; die Bewegungsempfindung als solche wird erst später beeinträchtigt. Die ersten Anomalien zeigen sich stets in den Zehen-Gelenken, je schwerer der Grad der Ataxie, desto mehr Gelenke proximalwärts sind an der Störung beteiligt; bei leichter Ataxie bleiben Knie- und Hüftgelenke in der Mehrzahl der Fälle frei, bei schwerer Ataxie ist die Bewegungsempfindung in der Regel in sämtlichen Gelenken herabgesetzt. Sind mehrere Gelenke dieser Extremität affiziert, dann findet sich — besonders in leichteren Fällen — fast immer proximalwärts allmähliche Abnahme der Störung der Bewegungsempfindung von einem Gelenk zum anderen. Ist ein Gelenk normal, dann ist es auch in der Regel das nächst höhere. Der Grad der Störung der Bewegungsempfindung entspricht durchaus nicht immer dem Grade der Ataxie, wenn auch relativ an dem stärker ataktischen Beine gegenüber dem weniger ataktischen meist intensivere Störungen zu konstatieren sind. Das Missverhältnis zwischen Grad der Ataxie und Störung der Bewegungsempfindung ist in einzelnen Fällen besonders auffallend in Bezug auf statische Aufgaben. Zur Erklärung dieser Inkongruenz dienen in erster Reihe individuelle Unterschiede bezüglich der Reaktion auf sensible Reize, sowie der motorischen Einübung und Geschicklichkeit, dann das Verhalten der Haut-Sensibilität und besonders der Muskeltonus. Nicht nur die Störungen der bewussten Sensibilität, sondern auch der Ausfall unbewusster, subkortikaler sensibler Merkmale scheint für die Entstehung der Ataxie von Bedeutung zu sein.

331) S. Auerbach (Frankfurt): Ueber einen mit Erfolg exstirpierten Tumor des Cervikalmarkes.

A. zeigt die Geschwulst, ein 6 cm langes Fibrosarcom, das von den Arachnoidealscheiden der hinteren rechtsseitigen Wurzeln des mittleren Cervikalmarkes ausgegangen war und das ganze Halsmark von rechts hinten und links her vom Foramen magnum bis zum ersten Dorsalsegment komprimiert hatte. Der Votr. knüpft daran differentialdiagnostische Ausführungen, schildert den postoperativen Verlauf und teilt mit, dass schon jetzt, 6 Monate nach der

Operation, fast völlige Heilung eingetreten sei; nur die oculo-pupillären Symptome bestehen noch. A. fasst seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen:

Bei Erscheinungen von Rückenmarkskompressionen denke man stets auch, namentlich dann, wenn eine Geschwulst im Niveau des Halsmarkes in Frage kommt, an die Möglichkeit, dass die dem Tumor gegenüberliegende Seite der Medulla bedeutend mehr (— oder auch allein —) geschädigt sein kann, als die ihm direkt anliegende. Die Regel, dass intradurale Tumoren meistens klein, extradurale am häufigsten gross sind, hat ihre Ausnahme. Die durch Druck auf das Zentrum cilio-spinale erzeugten oculo-pupillären Symptome können trotz des Rückganges aller übrigen Lähmungserscheinungen bestehen bleiben. Die Differentialdiagnose zwischen Wirbelcaries und Tumor des Cervikalmarkes ist in manchen Fällen trotz eingehender Berücksichtigung aller bekannten diagnostischen Momente nicht mit Sicherheit zu stellen. Insbesondere lasse man sich durch das Ueberwiegen der motorischen und muskeltrophischen Störungen über die sensiblen nicht von der Annahme einer Geschwulst abhalten. Sind die Zweifel nicht zu zerstreuen, so soll man den Kranken unter offener Erklärung der Sachlage, der Aussichtslosigkeit seines Leidens einerseits, der nicht allzu-grossen Gefahren der Operation als einzigster Rettungschance andererseits, eher zu dem chirurgischen Eingriff zuraten.

(Der Vortrag erscheint in den „Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie“.)

332) **Spielmeier** (Freiburg i. B.): Ueber familiäre amaurotische Idiotieen.

Unter den Fällen familiärer Idiotie, die sich mit Amaurose komplizieren, ist die Sachs'sche Krankheit — die „familiäre amaurotische Idiotie“ *κατ' ἐξοχήν* — gut abgegrenzt. Durch die konstante Verbindung ihrer beiden Hauptsymptome, der unter allgemeinen Lähmungserscheinungen rasch fortschreitenden Verblödung und der charakteristischen Makulaveränderungen, ist sie ausgezeichnet in jenen Fällen, in denen idiotische Geschwister gleichzeitig auch amaurotisch sind und in denen die Blindheit lediglich die Bedeutung eines Begleitsymptomes hat (manche Mikrocephalien mit schweren Entwicklungshemmungen am Auge, vereinzelte familiär auftretende Verblödungsprozesse, verbunden mit Chorioiditis oder Sehnervenatrophie etc.).

In die Reihe dieser letzten Erkrankungen, vielleicht aber auch zu einer selbständigen Form familiärer amaurotischer Verblödung, gehört eine eigne Beobachtung des Vortragenden: eine erworbene Idiotie, die zusammen mit Erblindung bei den Geschwistern in ganz gleicher Weise verlief. Nur das älteste Kind dieser Familie blieb gesund. Nach dessen Geburtluetische Infektion (?) des Vaters. Beginn der Erkrankung bei allen vier Kindern zur Zeit der zweiten Dentition. Stets die gleiche Trias der Symptome: epileptische Anfälle, rasche Verblödung und schnell fortschreitende Erblindung (Retinitis pigmentosa). Einige nebensächliche Differenzen im Krankheitsbilde bei dem jüngsten Kinde (epileptische Anfälle nur im Beginne des Prozesses, Erregungszustände, transkortikal aphasische Störungen). Keine Erscheinungen, die auf eine herdförmige oder systemartige zentrale Läsion oder auf eine infantile Paralyse zu beziehen gewesen wären.

Die in einem dieser Fälle vorgenommene anatomische Untersuchung ergab eine diffuse Erkrankung des zentralen Nervensystems, die am ausgesprochensten in der Rinde ist und deren wesentlichstes Charakteristikum eine eigenartige

Zellerkrankung ist (Ablagerung eines körnigen, oft pigmenthaltigen Stoffes, Aufblähung des Zelleibes etc.). Votr. legt einige Abbildungen vor, die die wesentlichsten Veränderungen der Nissl-Schollen, der Fibrillen, der Gliazellen und Gliafasern illustrieren sollen. Votr. weist nur kurz darauf hin, dass dem eigenartigen klinischen Bilde ein scharf gekennzeichnetes anatomisches Substrat entspricht, das von den bisher bekannten Rindenbildern abweicht. (Eigenbericht.)

333) **Stock** (Freiburg i. B.): Retinitis pigmentosa bei den von Spielmeier erwähnten Fällen.

Votr. hat von den vier Kindern drei mit dem Augenspiegel untersuchen können. Bei den zwei Ältesten fand sich das typische Bild der Retinitis pigmentosa: Verengerte Retinalgefäße, Pigmenteinwanderung in die Retina in den sogenannten Knochenkörperchenfiguren. Bei dem dritten Kinde besteht Amaurose, der Augenhintergrund ist nicht pathologisch verändert. Es handelt sich aber in diesem Falle um eine sogenannte Retinitis pigmentosa sine pigmento.

Pathologisch-anatomisch wurde ein Bulbuspaar untersucht. Dabei konnte festgestellt werden, dass in der Retina die Stäbchen- und Zapfenschicht fehlt, dass ebenso von der äusseren Körnerschicht der grösste Teil zugrunde gegangen ist, während die Nervenfaserschicht und innere Körnerschicht noch wohl erhalten sind. Die Retinalgefäße sind sehr erheblich verändert, zum Teil obliteriert, zum Teil ist ihr Lumen durch entarteritische Prozesse sehr stark verengt. In die Scheiden der Gefäße ist Pigment eingewandert, welches zweifellos aus den Pigmentepithelien der Retina stammt.

Ein Unterschied gegen die früher beschriebenen Fälle ist insofern vorhanden, als die Veränderungen in der Chorioidea sehr gering sind. Die Choriokapillaris ist jedenfalls auf weite Strecken erhalten und ganz besonders an Stellen vorhanden, über welchen schwere Degenerationen in der Retina zu sehen sind.

Als einen spezifisch syphilitischen Prozess kann man nach der Ansicht des Votr. diese Retinaldegeneration nicht auffassen, wohl aber ist es erlaubt, anzunehmen, dass eine allgemeine Ernährungsstörung infolge von angeborener Syphilis einmal eine solche Netzhautdegeneration verursachen kann.

334) **Karl Schaffer** (Budapest): Zur Pathohistologie der Sachs'schen amaurotischen Idiotie.

Votr. resümiert vor allem seine in den No. 9 und 10 des Neurolog. Centralblatt 1905 veröffentlichten Untersuchungsergebnisse der Pathohistologie der Sachs'schen amaurotischen Idiotie, von welchen er besonders die Schwellung der Nervenzelle als hervorstechendstes Moment heraushebt. Diese Schwellung kann sich teils in einer, auf den ganzen Zellkörper sich erstreckenden, also totalen Schwellung zeigen, teils aber als lokale Aufblähung erscheinen. Beachtenswert erscheint es, dass die Dendriten zumeist unverändert sind, wogegen der Zellkörper bereits tiefgehende Veränderungen aufweist. Blutgefäße überall normal; Entzündung nirgends zu sehen.

Votr. schildert nun seine neueren Ergebnisse, welche er am Zentralnervensystem seines neuesten (7.) Falles von Sachs'scher Idiotie gewonnen hat. Diese stimmen wesentlich mit seinen oben geschilderten Resultaten überein; doch gestatteten vollkommene Bielschowsky-Imprägnationen, welche mit Zeiss Apochromat-Immersion 2 mm und Kompensationsokular 18 analysiert wurden, einen tieferen Einblick nicht nur in die pathohistologischen Vorgänge, sondern

auch in die Normalstruktur der Nervenzelle, letzteres um so mehr, da mit der Fibrillenmethode noch normale oder nahezu normale Nervenzellen wenn auch vereinzelt sich vorfinden. So liess sich vor allem nachweisen, dass die Nervenzellen ein distinktes Golginetz besitzen, welches regionär different gebaut sein kann.

Adan sieht neben der polygonalen Maschenstruktur Stellen an demselben Golginetz, welche parallel-streifig, quasi fibrillär gebaut erscheinen. Die genaue Analyse ergab aber, dass diese Fibrillen mit schrägverlaufenden anastomotischen Fäden — wodurch oblonge Maschen entstehen — untereinander verbunden sind. Dieses, durch das Golginetz repräsentierte Aussenretikulum der Nervenzelle hängt kontinuierlich mit einem, aus lockeren Maschen bestehenden Innenretikulum zusammen, welches den Zelleib, sowie die protoplasmatischen Fortsätze durchsetzt. Somit ist die Nervenzelle retikulär gebaut. Das, was bisher Fibrillen genannt wurde, ist nichts anderes, als stärkere longitudinale Züge des Golginetzes. Der Nervenkörper besteht nach der Auffassung des Vortr. ausser dem bislang ungeformten Plasma aus dem s. g. Neuroretikulum, welches aus einem Aussenretikulum oder Golginetz und aus einem Innenretikulum besteht; ersteres baut sich im allgemeinen aus derberen, kräftigeren Trabekeln auf, während letzteres aus viel feineren Fäden gebildet wird. Letztere sind um den Kern herum in dichteren Maschen zu sehen.

Bei der Sachs'schen Idiotie zeigt sich zuerst eine Schwellung des Innenretikulums, wodurch die Lücken kreisrund, aufgebläht werden; zugleich erscheinen die Knotenpunkte durch Aufdunsung vergrössert. Später verschwinden die verbindenden Trabekeln der Knotenpunkte des Innenretikulums, so dass nur die Knotenpunkte als sternförmige, gezackte Körner zurückbleiben. Schliesslich ist der Zellkörper mit Granulis besät und da ist von einer Netzstruktur nichts mehr zu sehen. In diesem terminalen Stadium der Nervenzellerkrankung ist der Zellkern auch krankhaft verändert: er tingiert sich tief, wird rissig, schwammig und gezackt.

Das Golginetz oder Aussenretikulum ist auch in Fällen von vorgeschrittener Nervenzellerkrankung erhalten. Der Prozess beginnt eben zentral und schreitet successive gegen die Peripherie.

Die Nisslbilder weisen durchwegs eine hochgradige Chromolyse auf und es ist interessant und wichtig, dass die Nisslfärbung auf hochgradigere Erkrankungen hinweist wie die Fibrillenfärbung. Hieraus dürfte gefolgert werden, dass die Nisslsubstanz viel empfindlicher ist, sich viel leichter dekomponiert wie das Neuroreticulum. Auch wäre hervorzuheben, dass mit Nisslfärbung retikulierte Strukturen sichtbar sind, welche dem Cajal'schen Spongoplasma entsprechen.

Die Markscheidenbilder zeigen eine hochgradige Armut an Markfasern (hauptsächlich im Frontal- und Temporallappen). Ausserdem ist an Total-schnitten durch graue Hemisphären in der gelben Rinde ein graulicher Streifen bereits makroskopisch sichtbar, welcher mit der Oberfläche parallel verlaufend, etwa einem Baillarger entsprechend, in der Rinde sämtlicher Lappen verläuft. Bei mikroskopischer Betrachtung ergibt sich, dass die Rinde von bläulichen Granulis besetzt ist, welche in kleinen Gruppen aggregiert, die Lage und Gestalt der Rindenzellen nachahmen. Es sind dies krankhaft veränderte Nervenzellen, wie dies der Vergleich mit Fibrillenpräparaten zeigt. Somit haben wir in den Markscheidenpräparaten ein bequemes Mittel, die Ausdehnung des

Prozesses zu verfolgen; diese ist die denkbar grösste. Die ganze Rinde, der Hirnstamm, das Rückenmark ist ergriffen. Bezüglich des Opticus erwähnt Votr., dass derselbe mit der Markscheidenfärbung, wie auch mit der Fibrillenfärbung als ganz normal sich erwies. Die Erblindung ist kortikal bedingt, denn die Calcarinarinde weist die hochgradige Zellerkrankung auf.

Schliesslich ist zu bemerken, dass an die Stelle der zugrunde gegangenen Nervenzellen die Glia rückt. Diese erscheint teils in der Form der bekannten Spinnzellen, teils als plaqueförmige, hypertrophische Zellen, welche in Nester gruppiert, die Stelle der ehemaligen Nervenzellen einnehmen; letztere Gliazellen zeigen eine Tendenz zur regressiven Metamorphose. (Eigenbericht)

335) Weintraud (Wiesbaden): Die Hirnpunktion.

Weintraud berichtet über vier Fälle, bei denen er, zum Teil mehrmals, nach der zuerst von Kocher angegebenen, dann neuerdings von A. Neisser empfohlenen Methode Punktionen des Gehirns zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken ausgeführt hat. Nach lokaler Anästhesie der Schädelhaut werden Galea und Knochen mit einem elektrisch angetriebenen Drillbohrer durchbohrt, die Punktionsnadel wird dann direkt durch das Bohrloch eingeführt.

Fall I. Vorübergehende Erscheinungen von sensorischer Aphasie bei Hemiplegie gaben Veranlassung, bei der Kranken, als sie in tiefes Coma gefallen war, den linken Schläfenlappen zu punktieren. Es entleerte sich eine grosse Menge klarer, goldgelber Cystenflüssigkeit. Die Kranke erwachte aus dem Coma. Aber bald wieder Verschlimmerung, und trotz nochmaliger Punktion Tod. Sektion: Grosser Tumor des ganzen linken Schläfenlappens, der in seinen vorderen Teilen gelatinös und cystisch verändert war.

Fall II. Schwere Hirndrucksymptome (Erbrechen, Kopfschmerz, Pulsverlangsamung, Stauungspapille) liessen einen Hirntumor vermuten, für dessen genauere Lokalisation kein Anhaltspunkt bestand. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Solitär tuberkel mit Hydrocephalus internus. Die jetzt im ganzen dreimal in etwa vierwöchentlichen Intervallen ausgeführte Punktion der Seitenventrikel brachte durch die Entleerung von je 20—40 ccm Cerebrospinalflüssigkeit sehr bedeutende Besserung im Befinden der vorher somnolenten und mit starken Kopfschmerzen behafteten Kranken.

Fall III. Vollkommen negatives Ergebnis der Punktion bei einem jungem Mädchen, das nach einem Krampfanfall in das Krankenhaus eingeliefert wurde und zuerst Symptome einer Psychose, dann Benommenheit, starke Pulsverlangsamung und Stauungspapille aufwies. Es entleerte sich kein Tropfen Flüssigkeit aus der Gehirnsubstanz. Pat. starb wenige Tage nach der Punktion im Coma, und die Sektion ergab keine Erklärung für die Hirndruckercheinungen; kein Tumor, kein ausgesprochener Hydrocephalus. Die Abplattung der Hirnwindungen und die Trockenheit der Hirnsubstanz lassen an Hirnschwellung (Reichardt) denken.

Fall IV. Tuberkulöse Meningitis. Bei der Punktion Aspiration von Blut aus dem Plexus des Ventrikels ohne Einfluss auf den tödlichen Verlauf der Krankheit. Die Sektion zeigte, dass eine Blutung in Ventrikel oder Hirnsubstanz nicht erfolgt war.

Bei Hirntumoren empfiehlt es sich schon vor dem Eintreten sicherer Herdsymptome zu punktieren, um der Gefahr der Erblindung vorzubeugen.

(Schluss folgt.)

III. Referate und Kritiken.

336) **Paul Biss:** Beiträge aus der Praxis zur Frage der traumatischen Neurosen. (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1904, No. 13/14.)

Die Verwertung eines grossen statistischen Materials lehrte V., dass ein leichte Verletzungen begleitender Shok nur in ausserordentlich seltenen Fällen hinreicht, eine Erkrankung des Zentralnervensystems herbeizuführen. In der Regel reicht die den Unfall begleitende körperliche oder seelische Erschütterung, auch wenn sie schwerster Art ist, nicht aus, um eine traumatische Neurose hervorzurufen. Es müssen noch andere ätiologische Faktoren wirksam sein. Hierzu gehören ererbte Anlage, schwere körperliche Arbeit, ungeeignete oder ungenügende Ernährung sowie seelische Erregungen.

Für die Verwertung der sensibel-sensorischen Anästhesie hält er das Mass von Glaubwürdigkeit, das der Arzt dem zu Untersuchenden entgegenbringt, für ausschlaggebend. Das Verhalten der Reflexe und der Muskelregbarkeit kann nur mit Vorsicht verwertet werden. Von grösserer Bedeutung sind die vom Herzen und Gefässsystem ausgehenden Symptome; indess ist ihre Deutung und Auffassung recht schwer. Vor allem muss hierbei an Alkohol- und Tabakwirkung gedacht werden und an die Gefahr, organische Leiden mit funktionellen zu verwechseln. Auf jeden Fall bedarf es — und das betont V. sehr eindringlich — einer psychiatrischen Beurteilungsweise bei der Begutachtung Unfallverletzter. Ernst Schultze.

337) **G. Puppe:** Majestätsbeleidigung und Geistesstörung.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1903, No. 22.)

Die Zahl der wegen Majestätsbeleidigung und verwandter Vergehen verurteilten Individuen ist im Vergleich zu der Zahl der wegen Verstosses gegen die Bestimmungen des St.-G.-B. überhaupt Verurteilten eine geringe; ihre Zahl ist von 1894 bis 1900 um mehr als die Hälfte zurückgegangen, während die Zahl der Freisprechungen im Jahre 1900 annähernd ein Drittel der Freisprechungen des Jahres 1894 beträgt.

Verf. hatte Gelegenheit, während seiner Berliner Tätigkeit im Zeitraume von vier Jahren 11 Fälle von Majestätsbeleidigungen psychiatrisch zu untersuchen, über die er kurz berichtet. Dreimal handelte es sich um Imbezillität, einmal um Epilepsie; drei der Täter waren Alkoholiker, und der letzte schliesslich litt an seniler Neurasthenie. In sieben Fällen sprach er sich für Unzurechnungsfähigkeit aus. Neun Individuen waren vorbestraft; unter den Vorstrafen nimmt die Majestätsbeleidigung selbst einen höchst auffallenden Platz ein.

Verf. schliesst seine Ausführungen mit der Mahnung, die Begeher einer plumpen und den Stempel der Motivlosigkeit an der Stirne tragenden Majestätsbeleidigung einer psychiatrischen Untersuchung unterziehen zu lassen, wegen des Verdachtes des Vorliegens einer Psychose. Ernst Schultze.

338) **P. Stolper:** Traumatische Psychose bei latenter Syphilis.

(Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1904, No. 6.)

Kasuistische Mitteilung zweier Fälle, die zeigen, dass bei der nach Trauma auftretenden Psychose das Moment einer latenten Syphilis nicht ausser Acht gelassen werden darf, nicht nur aus rechtlichen, sondern mehr noch aus therapeutischen Gründen. Ernst Schultze.

339) **Blondi**: Ueber die Bewertung von Zeugenaussagen Hysterischer vor Gericht. (Riv. sper. di Freniatr. Vol. 29, fasc. I, II. S. 14.)

Forensisch interessante Mitteilung zweier Fälle von falschen Angaben bei Hysterischen. Die Diagnose auf Hysterie lässt sich meist wohl schon aus dem ganz typischen fantastischen oder romantischen Charakter der falschen Aussage stellen, wenn nicht die genauere Untersuchung mehr oder weniger hochgradige Störungen des Intellekts oder das Bestehen von Halluzinationen oder Auto-suggestionen ergibt. Fehlen die intellektuellen Störungen und psychischen Anomalien, oder sind sie nur wenig hervortretend, so ergeben sich Schwierigkeiten, aber auch hier verrät sich die Hysterie oft in der Verkehrtheit des moralischen Empfindens, in einer gewissen Abstumpfung des Gefühls, in Oberflächlichkeit der Angaben und namentlich in der gesteigerten Fantasietätigkeit. Klinko.

Carl Wernicke †

von H. Liepmann.

Als vor wenigen Wochen der Telegraph die Trauerkunde in die Welt sandte, dass ein berühmter Forscher das Opfer eines brutalen, grauenenerregenden Zufalles geworden sei, da erschütterte das rein menschliche Moment unzählige Herzen.

Bei den Fachgenossen des so jäh dem Leben entrissenen Carl Wernicke gesellt sich zu diesem Gefühle die Trauer um den Verlust, den die Wissenschaft durch seinen Tod erlitten hat. Mit Wernicke ist einer der originellsten und fruchtbarsten Köpfe, die je der Gehirnpathologie und Psychiatrie erstanden sind, dahingegangen.

Es ist nicht die Aufgabe der folgenden Zeilen, eine Schilderung von Wernicke's Lebenslauf, auch nicht eine erschöpfende Darstellung seiner Leistungen in unserer Wissenschaft zu bringen, sondern nur die Hauptverdienste und den Wesenskern des Verblichenen zu würdigen.

Selten hat ein Forscher schon in seiner ersten Arbeit so unverrückbar den Standpunkt für sein ganzes Leben gefunden, wie der kaum 26jährige Wernicke in seiner Erstlingsschrift „Der aphasische Symptomenkomplex“.

In dieser Schrift von nur 70 Seiten sind die an Meynert's Lehre anknüpfenden Grundanschauungen im Keim niedergelegt, welche alle späteren Arbeiten über Anatomie und Klinik der Gehirnkrankheiten bestimmten, ja zu denen nicht unschwer die zu den späteren psychiatrischen Forschungen führenden Fäden zu erkennen sind. Die ganze Lebensarbeit Wernicke's zeigt eine ganz ungewöhnliche grandiose Konsequenz. Da findet sich kein entscheidender Einfluss der Zufälligkeit des Materials. Vollbewusst steuert der junge Assistent am Allerheiligenhospital in Breslau auf das Ziel los, das er auf der Höhe des Ruhmes und des Schaffens nie aus dem Auge verlor: Die Störungen des Seelenlebens, welche der Gehirn- wie der Geistesranke darbietet, zu verstehen aus den körperlichen Vorgängen im Gehirn unter Zugrundelegung der Lokalisationslehre.

Die erste Schrift Wernicke's im Jahre 1874 brachte vor allem eine epochemachende Entdeckung: die sensorische Aphasie und ihre Lokalisation. Die Gall'sche Lehre mit ihren jetzt wieder gewürdigten immensen Verdiensten hatte durch ihre unreife und unwissenschaftliche Psychologie die ganze Lokalisationslehre in Verruf gebracht. Die Bemühungen vieler ausgezeichneten Forscher,

so des älteren und jüngeren Dax und Bouillaud's, um Anerkennung gewisser Tatsachen, die speziell auf Lokalisation der Sprache hinwiesen, scheiterten an der durch Gall's Exzesse und Flourens' Lehre genährten allgemeinen Abneigung, geistige Fähigkeiten zu lokalisieren. Erklärte doch auf der Versammlung in Montpellier der sonst sich völliger Unbekanntschaft erfreuende Lelut jeden Versuch, die Sprache zu lokalisieren, für Phrenologie, also „pseudoscience“!

Da kam Broca's bahnbrechende Entdeckung, sie, Meynert's anatomische Arbeiten und Hitzig's Entdeckungen am Tiergehirn, schufen den Boden für eine neue Gehirnphysiologie. Aber viel fehlte noch daran, der Lokalisation, namentlich der Sprache allgemeine Anerkennung zu sichern und die Irrungen der älteren Lokalisationslehre zu überwinden. Wernicke hat am wirksamsten an der neuen Lokalisationslehre, besonders ihrer Anwendung auf den Menschen gearbeitet. Er kämpfte Schulter an Schulter mit den Genannten für den Grundsatz: nicht die komplizierten Seelenvermögen, Diebsinn, künstlerischer Sinn usw. dürften lokalisiert werden, sondern die Elemente des Psychischen, die Empfindungen und ihre Dauerreste. So kam die Lokalisation nach Körperabschnitten und Sinnesorganen. Um dem, was wir Wernicke in der Umgestaltung des Lokalisationsbegriffes verdanken, gerecht zu werden, müsste man eine eigene Abhandlung schreiben. Was aber speziell die Sprachlokalisation betraf, so stand ihrer Anerkennung noch vieles im Wege.

Unterschied doch Broca noch nicht die verschiedenen Formen der Aphasie, und so bot sich den Gegnern der Lokalisation reichlich Gelegenheit, Sektionsbefunde, welche gegen seine Lehre sprachen, aufzuweisen. Ich sehe von den von Broca selbst in genialer Weise aufgeklärten Befunden bei Linkshändern ab. Aber es blieben genug Fälle übrig, die Wasser auf die Mühle der Gegner Broca's lieferten, Fälle, in denen Sprachstörung bestanden hatte, ohne dass sich die linke untere Stirnwindung lädiert fand.

Da kam die Wernicke'sche Entdeckung: Es gibt ausser der Broca'schen Aphasie eine andere Hauptform der Aphasie, bei welcher zwar auch mehr oder minder schwere Störungen des Sprechens — Paraphasie — auftreten, aber als sekundäres Symptom: im Vordergrund steht die Aufhebung des Sprachverständnisses, die Worttaubheit, bedingt durch den Verlust der Klangbilder der Worte. Da aber diese Klangbilder eine unerlässliche Kontrolle auf das Sprechen ausüben, ist auch die Expressionssprache nach Verlust der Klangbilder gestört. Und diese Form der Aphasie kommt nicht durch Läsion des Stirnhirns, sondern des linken Schläfenlappens und zwar seiner ersten Windung zustande.

Damit war der bedeutendste Schritt in der Aphasielehre und Pathologie des menschlichen Gehirns über Broca hinaus getan. Hitzig's nicht minder bahnbrechende Leistung betraf Verrichtungen, die der Mensch mit dem Tier gemein hat. Hier handelt es sich um höchste geistige Funktionen, die Sprache, die den Menschen vom Tiere trennt.

Wernicke brachte aber mehr in seiner Schrift, als die Entdeckung und Lokalisation der Worttaubheit. Er erkannte und explizierte sofort die damit verbundenen Störungen von Sprache, Schreib- und Lesefähigkeit und entwarf mit bewundernswerter Schärfe und Kühnheit eine Theorie der Sprachstörungen. Sie ist teils unverlierbarer Bestand unseres heutigen Wissens geworden, teils hat sie, auch wo Auffassung und Behauptungen späterer Kritik nicht Stand hielten, fast allen folgenden Arbeitern die Fragestellungen und die Gesichtspunkte der Betrachtung dargeboten.

Unter den vielen ausgezeichneten Männern, welche gegen diese oder jene Aufstellung oder selbst die Grundanschauung in Wernicke's Aphasielehre Stellung genommen haben, wüsste ich keinen, der nicht anerkannte, dass hier eine wissenschaftliche Leistung ersten Ranges von ungeheurer Fruchtbarkeit vorlag.

Ein hochverdienter englischer Forscher, Bastian, hat mit Recht darauf hingewiesen, dass er schon im Jahre 1868 vor Wernicke auf das Vorkommen von Worttaubheit hingewiesen habe. Es soll sein Verdienst nicht geschmälert werden, aber weder hatte er den notwendigen Zusammenhang der Worttaubheit mit den Begleitstörungen erkannt, noch den Ort festgestellt, dessen Zerstörung den Symptomenkomplex bedingt. Tatsächlich knüpft denn auch die weitere Entwicklung der Aphasielehre an Wernicke's Schrift an. An Anzweiflungen hat es auch hier nicht gefehlt; besondere Umstände (auch hier wieder Linkshändigkeit) und eine Reihe leicht übersehener Faktoren, z. B. schon eingetretene Rückbildung des Defektes und andere Momente können auch hier scheinbare Widerlegungen bringen, aber sie konnten den Siegeszug der Wernicke'schen Entdeckung nicht aufhalten. Dass apoplektisch auftretende Worttaubheit auf einen Herd im linken Schläfenlappen hinweist, ist einer unser Leitsätze geworden, der nicht selten schon das Messer des Chirurgen geführt hat und die Sicherheit besitzt, welche überhaupt auf unserem Gebiete, in dem die Wirksamkeit modifizierender Umstände mathematische Apodiktizität ausschliesst, erreichbar ist.

Es ist bekannt, wie Lichtheim in seiner mit Recht so berühmten Arbeit die Lehre von der Aphasie erfolgreich weiter ausgebaut und in eine Gestalt gebracht hat, die dann wieder Wernicke zu der Aufstellung und Erörterung seines Aphasieschemas führte, das besonders in Deutschland eine herrschende Rolle gespielt hat und spielt, und obgleich es kaum in allen Teilen als definitiver Ausdruck der Tatsachen beibehalten werden kann, einen ungeheuren heuristischen und didaktischen Wert besitzt. Kaum eine der zahllosen Arbeiten, welche in den letzten Jahren über Aphasie erschienen sind, die sich nicht an Wernicke's und Lichtheim's Lehre befruchtet oder mindestens orientiert hätte.

Erst im vorigen Jahre hat Wernicke selbst wieder das Wort zur Aphasiefrage ergriffen. Die Arbeit heisst wie die erste „der aphasische Symptomenkomplex“ und ist in der „Deutschen Klinik“ von Leyden und Klemperer niedergelegt. W. gab darin unumwunden einzelne Positionen auf, konnte andererseits mit Genugtuung konstatieren, dass die Grundzüge seiner Lehre sich in der Déjerine's und Monakow's erhalten haben.

Schon in seinem Erstlingswerk war Wernicke als entschiedener Lokalisator aufgetreten. Die bald folgenden Entdeckungen von Munk fielen bei ihm auf fruchtbarsten Boden. In der denkwürdigen Kontroverse zwischen Munk und Goltz nahm er entschieden für den ersteren Stellung.

Er ging nun daran, von den in den 70er Jahren durch klinische Beobachtungen und Tierversuche gewonnenen Einsichten aus die gesamte Lehre von den Hirnkrankheiten neu zu bearbeiten. Diese Riesenaufgabe, die Durchführung des lokalisatorischen Prinzipes an der Gesamtheit des klinischen Tatbestandes, löste er in meisterhafter Weise in seinem Lehrbuch der Gehirnkrankheiten (1881—1883). Es war bis in die neueste Zeit, bis zum Erscheinen des Monakow'schen Buches, das einzige Werk in Deutschland, welches den gesamten Stoff umfasste. Es beschränkte sich nicht darauf, eine Sammlung von fremdem und eigenem Material zu geben: grosse einheitliche Gesichtspunkte

beherrschen alle Erörterungen; mit eiserner Konsequenz und grösstem Scharfsinn wird hier eine Anschauung durchgeführt und verfochten. Es ist keine Sammlung von Tatsachen, sondern eine eigenartige neue Theorie derselben. Noch heute, nach einem weiteren Vierteljahrhundert emsigster empirischer Forschung, wird niemand Wernicke's Lehrbuch ohne höchsten Gewinn und Genuss lesen.

Schon ein Jahr später finden wir W. bei einer anderen Arbeit: er übersetzt Duchenne's „Physiologie der Bewegungen“, ein klassisches, leider noch immer nicht allgemein bei uns studiertes Buch. Diese Arbeit hat mehr Bedeutung gehabt, als die einer blossen Uebersetzung. W. hat die Lehre dieses Meisters fruchtbar in sich weiter verarbeitet, er erkannte in dem genauen Studium des motorischen Apparates die notwendige Bedingung für das Verständnis seiner cerebralen Zentren und Bahnen. Die genaueste Kenntnis jeder Muskelfunktion, des Zusammenwirkens verschiedener Muskeln zu den Synergien ist eines der Momente, welche W. zu einem neurologischen Untersucher allerersten Ranges machte.

Das Studium der Muskelsynergien brachte der Pathologie reiche Früchte, ihr entstammt W.'s Lehre von der residuären Hemiplegie und von den Prädi-
lektionsmuskeln. Das Problem der Muskelsynergien vererbte W. auf seine Schule: Mann und Förster haben diesen Gegenstand erfolgreich weiter bearbeitet. An die Stelle der allgemeinen Feststellung, dass ein Glied gelähmt sei, trat nun eine sorgfältige Prüfung der einzelnen Muskeln, ihrer Kraft, ihres Tonus, der Funktionsstörung, und eine Reihe für Nerven- und Muskelphysiologie, und selbst für die Therapie höchst wichtiger Fragen traten in den Gesichtskreis der Neurologen.

Von Einzelbeiträgen W.'s zu unserer Wissenschaft sind in erster Linie zu nennen: die hemipische Pupillenreaktion, wiederholt angezweifelt, neuerdings bestätigt, das Krankheitsbild der Polioencephalitis haemorrhagica superior, der mit Friedländer zusammen gebrachte Nachweis, dass doppelseitige Schläfenlappenzerstörung Taubheit verursache. Auf anatomischem Gebiet, um nur Eines zu nennen, eine Feststellung von fundamentaler Bedeutung: dass die Pyramidenbahn keine Station im Linsenkern hat, sondern ununterbrochen zu den Vorderhörnern zieht.

Seine anatomischen Jugendarbeiten krönte W. in späteren Jahren durch Herausgabe eines Gehirnatlasses, der zum ersten Mal die Gesamtanatomie des Gehirnes in vergrösserten Photographien von Serienschritten verschiedenster Schnitttrichtung brachte, ein grosses Werk, dessen Ausführung W. in die Hände von Sachs, Hahn, Schröder, Förster legte.

Die 1895 erschienene Arbeit „Zwei Fälle von Rindenläsion, ein Beitrag zur Lokalisation der Vorstellungen“ begründete die Lehre von der Tastlähmung, und gab die anatomische Unterlage für eine neue Identifikationsstörung. Es war damit die noch fehlende Säule zu der innigst mit W.'s Namen verflochtenen Asymbolielehre errichtet.

W.'s Eigenart und Bedeutung als Neurologe wird aber nicht durch die Summe einzelner Beobachtungen und Aufschlüsse, um die er die Wissenschaft bereichert hat, charakterisiert, sie lag darin, dass er ein Kopf war, in dem sich alles Einzelne zu einem grossen Gesamtbilde vom Leben des Nervensystems zusammenschloss. Das Einzelne hatte für ihn nur Sinn und Wert als Beitrag zu unseren Grundvorstellungen von Pathologie und Physiologie des Gehirns.

Ausserlich drückt sich dies in W.'s schriftstellerischer Tätigkeit aus: W. war kein Vielschreiber. Er veröffentlichte nicht jeden ungewöhnlichen Fall, nahm nicht, ängstlich um Augenblickserfolge bemüht, bei jeder Gelegenheit das Wort; nur wenn es galt, Dinge von grosser prinzipieller Bedeutung zu bringen, erschien er auf dem Plan. Was er dann brachte, war eindrucksvoll und wuchtig, und war regelmässig der Ausgangspunkt vieler Publikationen, die in seinem Kielwasser segelten. So war er ein Schriftsteller vornehmster Art, dessen Feder nur im Dienste seiner Forschung stand, niemals der blossen Wachhaltung literarischer Geltung sich zur Verfügung stellte.

Schon Mitte der 80er Jahre hatte W. sein Arbeitsgebiet von der Neurologie auf die Psychiatrie verlegt, wenigstens trat nach aussen dieser scheinbare Interessenwechsel zutage. Im Innern wirkte der Meister der Gehirnpathologie durch den Einfluss, den er auf seine Schüler übte, fort. Von seinen Ideen befruchtet, hat eine Reihe seiner Schüler die Gehirnpathologie selbständig weiter ausgestaltet. Die Arbeit Lissauer's über Seelenblindheit wäre ohne W.'s Vorarbeit nicht möglich gewesen, und die Schriften von Heinrich Sachs, insbesondere seine Vorträge über Bau und Tätigkeit des Grosshirns, sind zwar das Produkt eines durchaus originellen feinen Denkers und Forschers, bauen aber auf Fundamenten, die Meynert und Wernicke gelegt haben. Mann, Freund, Bonhoeffer und Heilbronner, Stofch, Förster und Unterzeichneter bekennen freudig, was sie an gedanklicher Anregung und methodischer Schulung ihrem Lehrer verdanken.

W.'s eigene Arbeit hat sich, wie gesagt, in den letzten zwei Jahrzehnten seines Lebens ganz vorwiegend dem Ausbau seiner Psychiatrie zugewendet.

Ich glaube, es ist nicht zu viel gesagt, wenn man in der Erarbeitung einer wissenschaftlichen Psychiatrie den eigentlichen Lebenszweck W.'s sieht. Die Gesichtspunkte, unter denen er die Gehirnpathologie behandelte, drängten unabweisbar in gerader Linie auf seine Psychiatrie. Es war kein Richtungswechsel, kein Sprung, sondern ein steter Entwicklungsprozess, als der Verfasser des aphasischen Symptomenkomplexes 1887 in einem kurzen Aufsätze die Aufgaben der klinischen Psychiatrie entwickelte. Detaillierter und weiter ausgestaltet kehrte das Programm seiner Psychiatrie 1892 in dem Artikel der Berl. Klin. Wochenschrift „Grundzüge einer psychiatr. Symptomenlehre“ wieder.

Mit der Ausführung des Programms konnte W. nun beginnen. Die Einleitung zu seinem Grundriss der Psychiatrie erschien 1894; der zweite Teil: „Die paranoischen Zustände“ folgte 1896. Aber erst 1900 — nach 15 Jahren subtilster Studien am Kranken — erschien der wichtigste, dritte Teil: „Die akuten Psychosen und Defektzustände“, nachdem er ein Jahr vorher noch einmal in dem Vortrage „Ueber die Klassifikation der Psychosen“ seinen Standpunkt dargelegt hatte.

Wir stehen noch mitten in den Kämpfen um die wahre Psychiatrie und das Für und Wider zu Wernickes Lehre spielt dabei keine geringe Rolle. Es ist daher weder der Zeitpunkt gekommen, richtend zu ihr Stellung zu nehmen, noch kann sich der Unterzeichnete dies Richteramt anmassen. Was von Wernickes Lehre haltbar, was vergänglich ist, das muss die wissenschaftliche Arbeit der nächsten Jahrzehnte entscheiden, aber uns klar machen, was Wernicke wollte, uns besinnen, was er eigentlich uns brachte, das können wir heute schon versuchen.

Es war nichts weniger und nichts mehr, als dass Wernicke Ernst machte mit dem Grundsatz, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind. Wer leugnet das heute? Wer hat es zu Beginn von Wernickes Wirken gelehrt? Niemand, dessen Wort uns Naturforschern ernsthaft in die Wag-schale fiel.

Aber wer hat es gewagt, die Brücke zu schlagen zwischen Gehirn- und Geisteskrankheiten?

Meynert hatte es versucht, und wir erheben uns noch heute an den genialen Kombinationen, mit denen dieser geistreiche Kopf das Heterogene zusammenzubringen wusste. Ihm verdanken wir, und Wernicke selbst nicht am wenigsten, ungeheure Anregung. Aber niemand konnte sich dem verschliessen, dass es sich gerade in dieser Beziehung bei Meynert mehr um bestechende Einfälle, als um Hypothesen, die genügend empirisch gestützt waren, handelte.

Für die Kenntnis der Erscheinungen des Irreseins, die Vereinigung von Verwandtem, die Beschreibung der auffälligsten Symptomenbilder, die Abgrenzung ganzer Krankheiten war schon zu Beginn von Wernicke's Eintritt in die Psychiatrie viel geschehen. Von den hierum verdienten Männern seien nur herausgehoben: Griesinger, Westphal und besonders Kahlbaum, dessen musterhafte, von schulp-psychologischer Deutung freie Schilderung gewisser Krankheitserscheinungen eine nicht genug zu würdigende Erweiterung unserer Kenntnisse bedeuten.

Die Aufgabe aber, welche Wernicke sich stellte, war ausser von Meynert nicht in Angriff genommen worden. Dazu gehörte nicht wenig.

Wenn die Psychiatrie medizinische Wissenschaft, also Naturwissenschaft werden sollte, so mussten die Erscheinungen, welche die Irren darbieten, als gestörte Gehirnfunktionen verstanden werden. Wenn das Gehirn sich aus Fasern und Zellen zusammensetzt wie das Rückenmark und das gesamte Nervensystem, so müssen die Symptome des Irreseins sich auf die bekannten Funktionsstörungen, denen Nervenfasern und -Zellen unterworfen sind, zurückführen lassen. Die Symptome der Geisteskrankheit müssen als Abnormitäten im Ablauf nervöser Vorgänge begriffen werden. Dazu mussten vor allem die Anschauungen, welche wir von dem Zusammenwirken der Gehirnteile bei Empfindung, Bewegung und Sprache gewonnen hatten, hypothetisch fortgebant werden zu einem Gerüst, welche die höheren intellektuellen und emotionalen Vorgänge, die bei den Geisteskrankheiten in erster Linie gestört sind, in den Gehirnmechanismus einzufügen gestatteten.

In das Fasergerirre des Gehirns mussten ideelle Abschnitte eingezeichnet werden, welche der psychische Tatbestand forderte, einem Postulat zufolge, welches dem schon erreichten Stand empirischer Forschung weit voraus eilte. Der Begriff des Herdsymptomes und der Allgemeinerscheinung musste Anwendung auf das Psychische finden; der eigentliche Krankheitsprozess und der residuäre Defekt auch hier geschieden werden.

Kurz, was sich als gesetzmässige Folge der Gehirnerkrankung erwiesen hatte, musste, wenn Geisteskrankheiten wirklich Gehirnkrankheiten sind, auch bei ihnen seine Geltung behaupten.

Auf der andern Seite musste in der Symptomenschilderung an Stelle summarischer, auf das Anklingen an eigene psychische Erlebnisse des andern berechnete Charakterisierungen ein minutiöses Studium des objektiven Ver-

haltens der Geisteskranken treten mit möglichst schon ins Anatomische bohrendem Auge. Wernicke betrachtete den tanzenden und singenden Maniakus als Objekt von derselben Art und mit denselben Augen, mit denen jeder Neurologe ein krampfendes oder choreatisches Glied beschaut.

Wenn wir bisher die gewissermassen aprioristischen Forderungen, die sich aus der festen Ueberzeugung, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, ergaben, zum Ausgang von Wernicke's Lehre gemacht hatten, so haben wir nämlich nur die eine Wurzel derselben ergraben; die andere war die subtile Beobachtung selbst, die klinische Erfahrung, welche dem neurologisch Sehenden überall die Zulässigkeit derselben Gesichtspunkte darbot, wie sie dem Nervenkranken gegenüber allgemein üblich sind.*) Empirie und Deduktion durchdrangen sich in Wernicke's Konzeption, wie bei jeder fruchtbaren Theorie, innigst.

So kam W. zur Aufstellung dreier Bewusstseinsgebiete der Auto-, Allo-, Somatopsychie, der fruchtbaren Unterscheidung der psychosensorischen, intrapsychischen und psychomotorischen Bahn, der Unterscheidung der in jeder Bahn möglichen Störungen, welche durch hyper, hypo und para gekennzeichnet sind.

Mit der Fixierung der Zustandsbilder war es nicht getan; es trat die lange Zeiträume zu ihrer Beantwortung erfordernde grosse Frage heran, welche Gesetze beherrschen die Aneinanderfügung der Zustandsbilder zu einem „Verlauf“?

Was Wernicke in seiner Psychiatrie bot, rief zunächst allgemeines Befremden hervor, zum Teil vielleicht deshalb, weil Wernicke ein Mann war, der sein Eigenes gab, ohne sich viel mit dem, was andere gebracht hatten, auseinanderzusetzen. So fiel sein System zunächst als etwas recht Fremdartiges unter die Fachgenossen. Was sollte man mit den vielen neuen Ausdrücken, die zum Teil in das Unbekannte griffen? Wohlvertraute und bekannte Bilder erschienen fremd und ihre Schilderung scheinbar unnötig in eine fremde Sprache transponiert.

Allmählich haben viele Fachgenossen gefunden, dass der Sinn der Sache ihr befremdliches Gewand rechtfertigte. Aber selbst denen, die die Grösse des prinzipiellen Beginns würdigten, mussten schwere Bedenken kommen.

Bei dem Versuch, das seelische Leben im Stadium unserer heutigen Kenntnis auf sein körperliches Organ zu beziehen, gehen notwendig viele Feinheiten desselben verloren. Nur einem groben Griff gelingt es, das Zarteste, Flüssigste, ein Objekt, dessen Feinheiten jahrhundertelange psychologische Forschung zu ergründen bemüht ist, an die groben Teile eines hypothetischen cerebralen Mechanismus zu bannen. Das erste, was einem solchen Versuch gegenüber der psychologisch Gebildete empfindet, ist etwas wie ein Protest gegen Barbarei und Dilettantismus. Unterzeichnetem, der von der Philosophie zur Psychiatrie kam, ist diese Empfindung nicht fremd geblieben. Aber wie er, wird mancher sich im Laufe der Zeit überzeugen, dass eine solche vorläufige Vernachlässigung psychologischer Feinheiten bei dem Unternehmen, dem wir uns einmal nicht entziehen können, nicht zu vermeiden ist. Es ist das Opfer, das wir dem ersten Versuch, an eine solche Aufgabe heranzugehen, bringen müssen. Heuristisch berechtigt ist hier, was, an den Forderungen psychologischer Analyse gemessen, unzulässig ist. Wollten wir warten, bis die ana-

*) Von den subtilen Studien W.'s am Krankenbett zeugen seine, die Ausarbeitung seines Grundrisses begleitenden „Krankenvorstellungen“ (Schletter'sche Buchhandlung).

tomisch-physiologische Kenntnis des Gehirnes soweit vorgeschritten ist, dass die körperlichen Parallelvorgänge für das Geistige in seiner ganzen Kompliziertheit vor uns lägen, so würde es uns wie dem ergehen, der nicht ins Wasser wollte, ehe er schwimmen könne.

Gewiss ist nicht zu leugnen, dass die Unterbringung der Dinge in das zu ihrer Aufnahme geschaffene Schema in manchen Punkten den Dingen Zwang antun wird. Aber haben wir einmal die Aufgabe, die Geisteskrankheiten als Gehirnkrankheiten zu verstehen, als unabweisbar erkannt, haben wir uns die ungeheuren Schwierigkeiten, beides zusammenzubringen, vergegenwärtigt, so werden wir dem, dem es gelingt, uns in das bisher ganz Dunkle überhaupt Ausblicke zu gewähren, in das bisher ganz Verschlussene überhaupt Weg und Steg zu zeigen, und zwar unter steter sorgfältigster Berücksichtigung des Klinisch-Tatsächlichen, die methodisch unerlässliche Vergrößerung, manchen Schematismus zu Gute halten.

Vor allem anatomisierend war W.'s Lehre.

Es scheint, dass die Natur für grosse Fortschritte Menschen von grandioser Einseitigkeit gebraucht. Es ist ein Gewinn, wenn ein Kopf ein Prinzip konsequent bis ins Letzte durchdenkt und durchführt. Es zeigt sich, wie weit man damit kommt. Es finden sich nachher schon die Weisen, welche die Berechtigung der vernachlässigten Gesichtspunkte zur Geltung bringen und ausgleichend das Uebermass des einen Prinzips zurückdrängen.

Was eine Theorie leisten kann, muss sie in der Bewältigung ihres Stoffes bekunden. Ich glaube nun, dass die Methode und Betrachtungsweise W.'s sich schon in ausgezeichneten Krankheitsschilderungen und in der Aufschliessung wichtiger Tatsachen bewährt hat, dass sie uns dem Ziel einer naturwissenschaftlichen Erfassung der Geisteskrankheiten einen grossen Schritt näher gebracht hat. Wie glänzend ist W.'s Analyse der Manie, des Delirium tremens und vor allem seiner Motilitätspsychosen! Unabhängig von der Gesamtgeltung seiner Lehre, die er oft im Scherz sein Wahnsystem nannte, aber doch der angewandten Methodik entsprungen, ist eine Fülle von wertvollen Beiträgen zur Kenntnis und Zergliederung der Psychosen und fruchtbaren Gesichtspunkten bei ihrer Betrachtung.

Den Anfänger wird vielleicht eine Schilderung dessen, was das unbefangene Auge sieht, unter Benutzung der Begriffe, die der psychologisch Gebildete an seelische Erscheinungen heranbringt, zunächst besser mit dem Tatsächlichen des Gebietes bekannt machen. Für die praktischen Zwecke der Einteilung und Beschreibung mag es angemessenere Anhaltspunkte geben, als die, welche die stete Richtung des Blickes auf die vermuteten körperlichen Gehirnvorgänge darbieten.

Will man aber weiter gehen, will man die Erscheinungen als Gehirn-erkrankungen verstehen, also erklärende Psychiatrie treiben, so müssen der Natur des erkrankten Organs entnommene Begriffe massgebend sein. Sie sind die Brücke, die von dem erkrankten Geist zum Gehirn führen. Eine solche Brücke als erster geschlagen zu haben, bleibt das unvergängliche Verdienst Wernicke's. Dass alle ihre Pfeiler und Bögen halten werden — wer möchte es annehmen? Es übersteigt bei weitem die Kraft eines Mannes, eine solche Riesenaufgabe auf einen Wurf zu lösen, aber mögen noch so viele Teile der Brücke im Lauf der Entwicklung ersatzbedürftig werden, mag sie schliesslich sehr viel anders

aussehen, als die ursprünglich gebaute, sie ist es, der doch die nachwandelnden Generationen einst danken werden, das andere Ufer erreicht zu haben.

Allein als Schöpfer scharfsinniger Hypothesen wäre Wernicke nicht das geworden, was er war. Er war vor allem ein Untersucher ersten Ranges. Schon eine äussere Eigenschaft, die seine Schüler manchmal zur Verzweiflung brachte, eine ungewöhnliche Zähigkeit in der Untersuchung zeichnete ihn aus. Ob er über eine Sensibilitätsgrenze oder über die Quelle einer Wahnidee Auskunft suchte, es wurde solange gestochen, solange gefragt, bis Aufklärung da war, und mochten Stunden vergehen. Jede Untersuchungsmethode war sorgfältig ausgearbeitet, gegen Fehlerquellen aller Art gewappnet. Auf neurologischem Gebiete führte die spezielle Kenntnis der Muskelfunktionen zu einer besonderen Untersuchungstechnik. Wer ohne sie arbeitet, wird Beobachtungsfehler nicht vermeiden können.

Der grosse Zug, der den Forscher Wernicke auszeichnet, die Originalität, die Zielbewusstheit seines Strebens, die Einheit seines Schauens macht uns auch den Menschen Wernicke verständlich.

Die herben Seiten seines Wesens sollen nicht verschwiegen werden, da Wernicke keiner derjenigen war, der in seinem Nekrolog einer Ueberziehung mit Zuckerguss bedarf. Er nahm Dingen und Menschen gegenüber sehr bestimmt, manchmal schroff Stellung. Wenn sein Naturell zur Schroffheit und zu Reibungen neigte, so entsprang dies demselben Kern seines Wesens, der seine Grösse ausmachte.

Er kannte nicht jene Lebensklugheit, hinter der sich ein gut Stück Charakterlosigkeit verbirgt, die sich sagt: verdirb es nicht mit diesem oder jenem, er kann dir schaden und nützen. Wer ihm nicht gefiel, dem zeigte er es. Er beugte sich nicht, nicht nach oben oder unten, auch nicht nach rechts oder links aus irgend welcher Nebenrücksicht. Hielt er etwas für richtig, so fragte er nicht, ob er damit anstiess. Erfüllt von seiner Aufgabe, ging er unbeirrbar seines Weges, nicht achtend des Missfallens oder Lobes. Ihn trug das stolze Bewusstsein, dass er zu jenen gehört, deren Tribunal die Geschichte ist.

Er war ein entschiedener Feind und ein warmer, treuer Freund. Er kannte keinen Hochmut auf seine Stellung. Nie spielte er seinen Assistenten gegenüber den Vorgesetzten aus. In schlichter kollegialer Weise verkehrte er mit ihnen. Wissenschaftlich liess er ihnen freie Bahn, er sah in ihnen selbstständige Mitarbeiter, er gängelte sie nicht und schulmeisterete nicht an ihnen; seine Art zu sehen und zu schaffen, wirkte unwiderstehlich auf sie: so wurden sie seine Schüler.

Im geselligen Verkehr war er von heiterer Genussfähigkeit, ein fröhlicher Zecher, dem der Humor des alten Burschen geblieben war. Seine Musse verbrachte er im Genuss der Natur und Musik. Um seinen Körper frisch zu erhalten, lag er mancher körperlichen Übung ob; wie ein Junger stieg er auf die Höhen, fuhr er in die Wälder, nicht ahnend, dass ihm tragischerweise gerade dadurch statt Gesundheit und Erfrischung ein jähes Ende beschieden sei.

Er ist dahin. Seine Lehre wird noch lange nachwirken als einer der gewaltigsten Anstösse zur Weiterentwicklung unsrer Wissenschaft.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 1. August 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Fragestellungen der klinischen Psychiatrie.*)

Von Professor Emil Kraepelin.

In dem Zustande gährender Unsicherheit, den unsere Wissenschaft seit längerer Zeit darbietet, darf als ein erfreuliches Zeichen fortschreitender Entwicklung das wachsende Bedürfnis nach klinischem Verständnis der psychischen Krankheitsformen betrachtet werden. Noch vor 25 Jahren konnte ein Kliniker vom Range Gudden den Versuch, zu einer klinischen Formenlehre zu gelangen, für derart aussichtslos halten, dass er grundsätzlich nur auf eng umgrenzten Gebieten Diagnosen zu stellen wagte, und unsere Reichsstatistik mit ihrer Hauptgruppe der „einfachen Seelentörungen“ beherrscht noch heute als ein beschämendes Denkmal wissenschaftlicher Bankrotterklärung unsere amtlichen Kundgebungen. Allerdings lässt sich nicht leugnen, dass die ebenso bequeme wie nichtssagende Bezeichnung der einfachen Seelentörung ihre statistischen Vorzüge hat. Aber auch die einzelnen Krankheitsformen, die sie in sich schliesst, die zahllosen Melancholien und Manien, die „alte Paranoia“, der sekundäre Blödsinn liessen sich leicht handhaben und waren imstande, die Fülle der klinischen Erscheinungen ohne wesentlichen Rest in sich aufzunehmen.

*) Nach einem Vortrage auf der Versammlung Bayrischer Irrenärzte in München am 13. VI. 1905.

Wenn wir gegenüber dieser glatten Erledigung klinischer Fragen heute überall Schwierigkeiten und Zweifel auftauchen und die Zahl der diagnostisch unklaren Fälle bedeutend anwachsen sehen, so ist das natürlich nur die Folge dessen, dass wir beginnen, tiefer in den Gegenstand einzudringen. Damit hängt es aber auch zusammen, dass sich unser Interesse immer mehr denjenigen Beobachtungen zuwendet, die wir zunächst nicht zu deuten wissen. Im Beginne einer wissenschaftlichen Entwicklung pflegen wir an solchen Erfahrungen zu haften, die sich unsern bisher gewonnenen Anschauungen einordnen, während das Abweichende und Unverständliche unwillkürlich vernachlässigt oder umgedeutet wird. Sind wir aber erst imstande, die Hauptmasse der Erscheinungen wissenschaftlich zu beherrschen, so erscheinen uns gerade unklare und rätselhafte Fälle besonders wichtig, und an ihre Erkenntnis vor allem knüpft sich der weitere Fortschritt.

Als eine erste Aufgabe der klinischen Forschung werden wir daher die sichere Umgrenzung unseres wissenschaftlichen Besitzstandes bezeichnen müssen. Wir sollten nur dort endgültige Diagnosen stellen, wo sie auch der strengsten Kritik Stand halten und nicht den geringsten Zweifel mehr aufkommen lassen. Der bei diesem Verfahren übrig bleibende grosse Rest bildet die wichtigste Quelle unserer Belehrung. Versuchen wir uns in jedem nicht völlig klaren Falle wenigstens über die wahrscheinlichste Deutung nebst den Gründen für und wider Rechenschaft zu geben, so wird uns die weitere Entwicklung bald die Bestätigung, bald die Widerlegung bringen, aber auch die anscheinend sicheren Fälle werden immer noch einen gewissen Satz von Fehldiagnosen enthalten. Dort wie hier werden wir durch die spätere Erfahrung lernen, welche unserer Ueberlegungen zutreffend, welche fehlerhaft waren, und die Anwendung der so gewonnenen Erkenntnis auf neue Fälle muss allmählich eine immer reinlichere Sichtung des Zutreffenden und Wichtigen in unseren Anschauungen vom Unhaltbaren und Nebensächlichen herbeiführen.

Selbstverständlich sind wir heute von einer erschöpfenden Kenntnis der wirklich vorkommenden Krankheitsformen noch weit entfernt. Unter den undiagnostizierbaren Fällen wird sich daher immer eine Anzahl von Beobachtungen finden, die wir deswegen nicht zu erkennen vermochten, weil sie bis dahin unbekannt und nicht beachtet Krankheiten angehören. Neben einer Verfeinerung und Vertiefung unseres Verständnisses für die mannigfaltigen Zustandsbilder, in denen sich die uns sonst vertrauten Erkrankungen äussern können, werden wir also überall auf die Ausscheidung solcher Fälle Bedacht nehmen müssen, die trotz äusserer

Aehnlichkeiten dennoch in wesentlichen Zügen den Stempel eigenartiger Krankheitsvorgänge tragen. Besonders wichtig für derartige Abgrenzungen ist die Verfolgung des weiteren Verlaufes und Ausganges der Psychosen, da wir erwarten dürfen, dass dabei die wesentlichen Züge des Krankheitsbildes deutlicher und dauernder hervortreten werden, als die mehr zufälligen und vorübergehenden Zutaten. Die Beobachtung unserer Kranken über lange Zeiträume hin lehrt uns ferner nicht nur ihre allgemeinen Schicksale vorher zu sagen, sondern sie gibt uns auch nach und nach eine Grundlage für prognostische Schlüsse im einzelnen Falle. So gewichtige Gründe dafür sprechen, dass ein und derselbe Krankheitsvorgang, falls er nicht in volle Genesung übergeht, immer Endzustände derselben Art erzeugt, so unbestreitbar ist es doch, dass der Verlauf bis dahin ein sehr verschiedener sein kann, namentlich aber auch, dass der Grad der endgültigen Störung zahlreiche Abstufungen zulässt. Wenn wir daher auch wissen, welche Entwicklung und welches Ende eine bestimmte Krankheitsform zu nehmen pflegt, wird es doch für uns von der grössten wissenschaftlichen wie praktischen Wichtigkeit sein, Anhaltspunkte für die besondere prognostische Beurteilung eines Einzelfalles aufzufinden.

Es gibt kein einziges Gebiet unserer Wissenschaft, auf dem nicht der klinischen Forschung nach allen bezeichneten Richtungen hin noch weitaussehende Aufgaben harrten. Aus der Fülle sich aufdrängender Fragen sei es gestattet, einige wenige herauszugreifen, wie sie als nächste Ziele unserer wissenschaftlichen Arbeit dienen können. Dabei wird sich auf Schritt und Tritt deutlich zeigen, dass die klinische Psychiatrie keineswegs jene unfruchtbare und dornenvolle Wüste ist, deren Anbau keine wissenschaftlichen Erfolge verspricht, wie die Teilnahmlosigkeit der Berufensten so lange anzudeuten schien.

Eine der umstrittensten Formen unseres Wissensgebietes ist zurzeit noch die Amentia. Zahllose Fälle, die der Dementia praecox, bisweilen auch dem manisch-depressiven Irresein angehören, werden mit unter diese Bezeichnung gebracht. Gehen sie in die bekannten Schwächezustände der Dementia praecox aus oder verlaufen sie später zirkulär, so ist die Entscheidung nicht besonders schwierig. Es wäre dringend zu wünschen, dass auch von anderer Seite, wie es von uns geschehen ist, die weiteren Schicksale der als Amentia aufgefassten Fälle Jahre und Jahrzehnte hindurch verfolgt würden, um den Rest von Beobachtungen abzuscheiden, deren späterer Verlauf nicht ihre Zugehörigkeit zu einer der beiden genannten Krankheiten verrät. Zugleich wäre zu untersuchen, ob dieser Restgruppe bestimmte gemeinsame Züge eigen sind, die ihre Abtrennung von den übrigen schon von vornherein gestatten können.

Ich glaube einer kleinen Zahl von Fällen, die sich immer an schwere körperliche Schädigungen anschliessen, eine solche Ausnahmestellung zugestehen zu sollen und sie auf Grund der klinischen Zeichen sicher abgrenzen zu können. Der Ausgang schien mir ein günstiger zu sein, doch ist es mir zweifelhaft geworden, ob das wirklich immer zutrifft, und ob es nicht auch ungeheilte Fälle von Amentia in dem hier umschriebenen Sinne gibt. Ist das der Fall, so muss gewiss der Endzustand wesentlich andere Züge tragen, als das geistige Siechtum nach *Dementia praecox*, und es müsste möglich sein, seine Eigenart als Ausgang gerade einer Amentia zu erkennen. Aehnliches gilt von den infektiösen Schwächeständen nach akuten Krankheiten, deren kennzeichnende Eigentümlichkeiten ebenfalls noch zu wenig erforscht sind. Auch hier werden wir Bilder erwarten dürfen, deren besondere Zusammensetzung uns auf ihre Entstehungsgeschichte hinweist. Die sorgfältige Abgrenzung solcher Schwachsinnformen von denen andersartigen Ursprungs ist sicherlich durchführbar und von erheblichem wissenschaftlichem Werte.

Eine hervorragende Bedeutung für unsere wissenschaftlichen Grundanschauungen dürfte fernerhin der Erforschung der Alkoholpsychosen zukommen. Obgleich wir hier bei der Eindeutigkeit der Ursache auch ein einheitliches Krankheitsbild erwarten sollten, lehrt uns die Erfahrung bei Trinkern eine ganze Reihe von verschiedenartigen Erkrankungen kennen, über deren besondere Entstehungsweise wir kaum Vermutungen aufzustellen vermögen. Sprechen auch gewichtige Gründe dafür, dass das *Delirium tremens* und ebenso wohl die mit ihm nahe verwandte Korsakow'sche Psychose nicht durch unmittelbare Alkoholwirkungen, sondern durch das Zwischenglied alkoholischer Organerkrankungen zustande kommen, so bleibt doch die klinische Stellung des Alkoholwahnsinns einstweilen völlig ungeklärt. Ganz besonders dunkel aber ist die Frage, wie die dauernden, paranoisch gefärbten Schwachsinnzustände zu deuten sind, die man öfters bei Trinkern beobachtet. Durch Sammlung möglichst zahlreicher, sorgfältiger Beobachtungen bleibt festzustellen, ob es sich hier wirklich um rein alkoholische Störungen oder vielleicht in einem Teil der Fälle um die Verbindung des Alkoholismus mit andersartigen Krankheitsvorgängen, z. B. *Dementia praecox*, handelt. Sodann wären die Beziehungen aufzuklären, die etwa zwischen solchen Zuständen und dem *Delirium tremens*, dem Alkoholwahnsinn oder dem Eifersuchtswahne der Trinker bestehen mögen, endlich die besonderen Bedingungen, unter denen gerade jene ungünstigsten Formen des alkoholischen Irreseins zur Entwicklung gelangen.

In ganz besonderer Mannigfaltigkeit drängen sich aber naturgemäss

die klinischen Fragestellungen bei der letztumgrenzten und meist umstrittenen grossen Gruppe des Irreseins, bei der *Dementia praecox* hervor. Nicht ohne eine gewisse Berechtigung hat man hier spottend von dem „grossen Topfe“ gesprochen, in den nunmehr alle möglichen Formen zusammengeschüttet werden, nachdem sie vorher friedlich im Amentia- oder Paranoiatopfe vereinigt waren, und die geschichtliche Erfahrung, dass derartige Umschmelzungen an sich keinen Fortschritt unseres Wissens bedeuten, hat auch gegen die neue Gruppierung Misstrauen erweckt. Wir können dem entgegenhalten, dass sich der jetzige Versuch im Gegensatz zu den früheren wesentlich auf prognostische Erwägungen stützt. Dennoch darf die rein vorläufige Natur der Krankheitsform *Dementia praecox* nicht einen Augenblick ausser acht gelassen werden. Schon die Bezeichnung selbst trägt den Stempel des Notbehelfes, der einem bestimmten Abschnitte unserer klinischen Entwicklung entsprungen ist. Die Lehre von der *Dementia praecox* lehnt sich an Kahlbaum-Hecker's Forschungen über die Katatonie und die Hebephrenie an. Als ich zu der wohl von vielen Beobachtern heute geteilten Ueberzeugung kam, dass es unter den uns zurzeit zugänglichen klinischen Gesichtspunkten nicht möglich ist, beide Formen scharf voneinander zu trennen, sondern dass uns katatonische und hebephrenische Zustandsbilder ganz gewöhnlich bei einem und demselben Kranken begegnen, war es notwendig, eine Bezeichnung zu finden, die beide klinische Formen umfassen konnte. Eine lediglich zur vorläufigen Verständigung vorgenommene Umgrenzung schien mir nicht der richtige Anlass, einen ganz neuen Namen zu prägen. Daher entschloss ich mich, die schon von französischen Forschern eingeführte Bezeichnung der *Dementia praecox* zu benutzen, in der Hoffnung, dass die weitere Erforschung des Gebietes uns zu einer besseren Gruppierung der Formen und damit zu einer endgültigen, zweckmässigeren Benennung der verschiedenartigen Krankheitsbilder führen werde, die sich nach meiner Ueberzeugung in dem neuen grossen Topfe befanden. Die Bezeichnung *Dementia praecox* wählte ich deswegen, weil sie nichts weiter enthielt als die üble Prognose und die Entwicklung des Leidens in jugendlichem Alter, zwei Kennzeichen, die mir damals für die neu umschriebene Krankheitsgruppe zuzutreffen schienen.

Die weitere Erfahrung hat es zweifelhaft gemacht, ob diese Voraussetzungen richtig sind. Zunächst musste die Altersgrenze, namentlich für die katatonischen und paranoiden Formen, immer höher hinauf gerückt werden, ja wir lernten sogar eine Gruppe von „Spätkatatonien“ kennen, die schon dem beginnenden Greisenalter angehören. Freilich sind wohl noch Zweifel möglich, ob insbesondere diese letzteren mit der grossen

Masse der *Dementia praecox* wesensgleich sind, bezw. ob es sich nicht in einzelnen Fällen nur um das Wiederaufflackern eines weit zurückliegenden, vielleicht unauffällig verlaufenen Krankheitsvorganges handle. Dennoch ist es unbestreitbar, dass sich die ausschliessliche Anknüpfung der „*Dementia praecox*“ an das Entwicklungsalter nicht mehr in dem ursprünglich angenommenem Umfange aufrecht erhalten lässt. Wie es mit der Prognose der Krankheit steht, lässt sich zurzeit nicht mit Sicherheit entscheiden. Dass Besserungen vorkommen, die eine volle Rückkehr in den Beruf gestatten und von der Umgebung unbedenklich als Heilungen aufgefasst werden, ist freilich leicht genug festzustellen. Da aber die genauere Beobachtung bei diesen Besserungen vielfach das Fortbestehen einzelner unverkennbarer, wenn auch unscheinbarer Krankheitsreste ergibt, und da wir andererseits einen grossen Bruchteil der anscheinend völlig geheilten Kranken früher oder später, nach Jahren und selbst Jahrzehnten, von neuem in schwerster Form wieder erkranken sehen, so kann nur eine sehr sorgfältige und namentlich über sehr lange Zeiten fortgesetzte Verfolgung der einzelnen Fälle darüber Sicherheit bringen, ob es hier wirklich auch im strengsten wissenschaftlichen Sinne vollständige und dauernde Heilung gibt. Dass dabei jede Möglichkeit diagnostischer Irrtümer ausgeschlossen werden muss, ist selbstverständlich; sie liegt namentlich hinsichtlich gewisser Formen des manisch-depressiven Irreseins, wie ich aus eigener, vielfältiger Erfahrung weiss, recht nahe.

Obgleich ich unter diesen Umständen die bestimmte Behauptung, dass die *Dementia praecox* in wissenschaftlichem Sinne heilbar sei, noch für verfrüht halte, bin ich doch weit davon entfernt, die Möglichkeit eines derartigen Ausganges zu bestreiten. Ich würde auch nicht das mindeste dagegen einzuwenden haben, wenn man wegen der heute in dieser Frage herrschenden Unsicherheit schon jetzt der Krankheit einen anderen Namen geben will. Immerhin haben sich auch manche andere unserer Krankheitsbezeichnungen infolge der wissenschaftlichen Entwicklung von ihrer ursprünglichen Bedeutung weit entfernt, wie die Hypochondrie, die Melancholie, bei denen niemand mehr an das Hypochondrium oder die schwarze Galle denkt. Zudem lässt sich bei unserer mangelhaften Kenntnis der hier besprochenen Krankheitszustände billig bezweifeln, ob ein heute neu erfundener Name nicht mit dem nächsten Fortschritte unseres Wissens ähnlichen Einwendungen unterliegen würde, wie derjenige der *Dementia praecox*.

So gleichgültig die Benennung, so wichtig die Umgrenzung und Klärung ihres Inhalts. Schon der riesige Umfang der *Dementia praecox* muss uns die Wahrscheinlichkeit nahelegen, dass wir es hier nicht mit

einer einheitlichen Krankheit, sondern mit einer Gruppe von Störungen zu tun haben, deren Einzelformen von einander abzutrennen sind. Das immer wieder lehrreiche Beispiel der Paralyse kann uns den Weg weisen. Die landläufige Zerlegung der Paralyse in demente, depressive, expansive, zirkuläre, agitierte und galoppierende, in aszendierende und modifizierte, in alkoholische und traumatische Formen hat sich längst als unhaltbar erwiesen, wenn auch einzelne brauchbare Ansätze in ihr gegeben waren. Aetiologische Gesichtspunkte einerseits, pathologisch anatomische andererseits haben uns hier gefördert. Seitdem wir die metasyphilitische Natur der Paralyse klar erkannt haben, ist die traumatische und alkoholische Paralyse anderen Krankheitsgruppen zugeteilt worden. Die pathologische Anatomie hat uns für die grosse Masse der landläufigen Paralysen einen bestimmt gekennzeichneten Rindenbefund geliefert und uns dadurch in den Stand gesetzt, alle nicht wesensgleichen Formen, so namentlich die syphilitischen und arteriosklerotischen Hirnerkrankungen, auszuscheiden. So wurde es möglich, aus der grossen Krankheitsgruppe der Paralysen eine Hauptform herauszuschälen, deren wechselnde klinische Gestaltungen durch die verschiedene Schnelligkeit, Heftigkeit und Ausbreitung eines und desselber Krankheitsprozesses, namentlich aber auch durch dessen verschiedenartige Lokalisation bedingt sein dürften; zu ihr gehörig haben sich auch einzelne Fälle erwiesen, die bisher ganz anderen Formen, so der Idiotie und dem Altersblödsinn, zugezählt wurden. Auf der anderen Seite haben sich von der Paralyse eine ganze Reihe von einzelnen Krankheitsformen abgesplittert, die wir früher mit ihr zusammenwarfen, ausser den schon genannten namentlich die Korsakow'sche Psychose. Mir scheint, dass diese Zerlegung der paralyseähnlichen Erkrankungen in neue, bisher nicht beachtete Formen noch keineswegs zum Abschlusse gekommen ist.

Wäre es erlaubt, diese Erfahrungen auf die *Dementia praecox* zu übertragen, so könnten wir etwa erwarten, dass auch in ihr ein grösserer Kern wesensgleicher Fälle steckt, die, wie die echte Paralyse, gleiche Ursache, Ausgang und anatomischen Befund aufweisen würden, während das Krankheitsbild im einzelnen und ebenso die Verlaufsart bei feststehenden Grundzügen innerhalb gewisser Grenzen verschieden sein könnte. Leider lässt uns hier die Führung der Aetiologie wie der pathologischen Anatomie vor der Hand gänzlich im Stiche; wir kennen die Ursachen des Leidens durchaus nicht, und auch das krankhafte Rindenbild gestattet uns noch keine sichere Diagnose. Gerade darum fehlen uns noch alle zuverlässigen Anhaltspunkte dafür, wo wir bei der *Dementia praecox* den Hebel anzusetzen hätten, um die schier unübersehbare Masse von Formen in natürliche Gruppen zu zerlegen. Dass unsere bisherige Einteilung in

einfache, hebephrenische, katatonische, paranoide Formen den Kern der Sache nicht trifft, ist mir nicht zweifelhaft. Alle meine vielfachen Bemühungen aber, auf Grund sehr ausgedehnter Beobachtungsreihen brauchbarere Gruppierungen zu finden, sind bisher völlig gescheitert.

Dennoch glaube ich zuversichtlich, dass die Arbeit schliesslich gelingen muss. Nur bedürfen wir dazu einer weit erschöpfenderen und tiefer dringenden Kenntnis des Stoffes selbst. Wegen der ungemein langen Dauer der Krankheit ist hier, im Gegensatze zur Paralyse, die zudem Jahrzehnte hindurch die Aufmerksamkeit der Irrenärzte in hervorragendem Masse beschäftigt hat, die Zahl der ganz vollständigen, alle Krankheitsabschnitte umfassenden Beobachtungen immer noch eine unverhältnismässig kleine. Dazu kommt, dass diese ungeheure Masse von verblödeten Kranken dem Irrenarzte meist nicht als ein wichtiger Gegenstand der Forschung, sondern mehr als ein höchst unwillkommener Ballast erschien, an dessen weit zurückliegender Vorgeschichte er ebensowenig ein tieferes Interesse hatte, wie an der sorgfältigen Zergliederung seiner absonderlichen Störungen oder an der Verfolgung seiner sich schleichend entwickelnden weiteren Schicksale. In der Regel spielte sich auch Beginn und Ausgang des langwierigen Krankheitsprozesses vor ganz verschiedenen Beobachtern ab, so dass der innere Zusammenhang der oft so ganz von einander abweichenden Abschnitte nur allzu leicht dem wissenschaftlichen Verständnisse verloren ging. Alle diese schwerwiegenden Hindernisse müssen erst überwunden werden, bevor wir darauf hoffen können, eine wirklich befriedigende Kenntnis derjenigen Krankheitsbilder zu gewinnen, die uns die Natur darbietet.

Verfügen wir aber erst einmal über eine grosse Zahl vollständiger, den Ansprüchen klinischer Forschung genügender Beobachtungen, so werden wir sicher die Erfahrung machen, dass sich aus der Masse der Fälle einzelne kleinere Gruppen verblüffend gleichartiger Bilder herausheben, an die der Versuch der Abspaltung gesonderter Formen zunächst anknüpfen kann. Vermag uns dabei in absehbarer Zeit auch die pathologische Anatomie zu unterstützen, so wird das unsere Bestrebungen ausserordentlich erleichtern. Bis dahin bleibt, wie mir scheint, der brauchbarste Anhalt für die Gruppenbildung immer noch der endgültige Ausgang, zumal er für uns neben dem wissenschaftlichen auch ein hervorragendes praktisches Interesse besitzt. Es dürfte daher unter allen Umständen die Mühe lohnen, einmal die verschiedenartigen Endzustände der Dementia praecox nach Möglichkeit in Gruppen zu zerlegen, sodann aber zu untersuchen, wie weit gleichen Endzuständen auch eine Uebereinstimmung im früheren Verlaufe und Krankheitsbilde entspricht, endlich,

ob es möglich ist, aus diesen oder jenen Zeichen die besondere Eigenart des später erreichten Endzustandes vorherzusagen. Um einem immer wieder hervortretenden Missverständnis vorzubeugen, sei hier besonders betont, dass es dabei nur auf die Art des Endzustandes, nicht aber auf gradweise Abstufungen ankommen kann. Es ist selbstverständlich, dass der gleiche Krankheitsvorgang je nach seiner Schwere zu völliger Heilung, zu leichter oder zu tiefgreifender, dauernder Schädigung führen kann, aber wir sind durch die mannigfachsten Erfahrungen zu der Auffassung berechtigt, dass sich die Besonderheit eines Krankheitsvorganges mehr oder weniger deutlich in bestimmten Eigentümlichkeiten des durch ihn erzeugten Siechtums ausdrücken wird. Trägt doch der epileptische und der senile, der paralytische und der alkoholische Schwachsinn seine ganz besonderen Züge, die uns seinen Ursprung verraten, auch wenn wir zunächst von dem Grundleiden gar keine Kenntnis haben.

Versuchen wir eine Zerlegung der Dementia praecox an der Hand der Endzustände, so werden wir der Gefahr schwerlich entgehen können, wesentliche Übereinstimmungen und Unterschiede zu übersehen und nebensächlichen eine Bedeutung zuzuweisen, die ihnen nicht gebührt. Ich erinnere nur an das Gewicht, das man früher dem Auftreten und dem Inhalte von Wahnbildungen beigelegt hat, während man die grundlegenden Unterschiede zwischen manischer und katatonischer Erregung, zwischen Negativismus und Hemmung unbeachtet liess. Eine gewisse Richtschnur für unser Urteil bietet hier der Rückblick auf die Vergangenheit. Nur dann eben werden wir sicher sein, eine natürliche Gruppe aufgefunden zu haben, wenn es uns auf Grund einer grösseren Reihe von Erfahrungen gelingt, im einzelnen Falle aus dem Endzustande die frühere Entwicklung richtig zu erschliessen und im Anfange das spätere Schicksal vorherzusehen. Dass auch auf diesem Gebiete unseres Wissens Gesetzmässigkeiten bestehen, wird niemand nur deswegen bezweifeln wollen, weil wir sie noch nicht zu erkennen vermögen. Werfen wir wirklich in dem grossen Topfe der Dementia praecox, wie ich annehme, eine Reihe verschiedener Erkrankungen zusammen, so muss sich auf dem angedeuteten Wege allmählich eine Abgrenzung derselben von einander erreichen lassen. Ob es sich dann um wesentlich verschiedene Krankheitsvorgänge oder nur um verschiedene Lokalisation desselben Prozesses handelt, wie bei den „atypischen“ Paralyzen, muss die pathologische Anatomie lehren.

Einzelne, tastende Versuche zur Kennzeichnung bestimmter Formen der Verblödung sind öfters unternommen worden. Die Dementia simplex, die einfache fortschreitende Abschwächung der geistigen und gemüthlichen

Leistungen, ferner die Dementia paranoides, die Demenz mit Sprachverwirrtheit, der balluzinatorische Schwachsinn verdanken solchen Bestrebungen ihre Umgrenzung. Auch die ätiologisch ausgezeichnete Gruppe der Gefängniskatatonien könnte zu einem derartigen Versuche herausfordern; ebenso wäre die Frage aufzuwerfen, ob nicht die dauernd und vollständig heilenden Fälle von Dementia praecox, falls es solche gibt, eine von der verblödenden grossen Masse unterschiedene Gruppe bilden. Noch eine ganze Reihe anderer Möglichkeiten harren hier der Untersuchung, deren Ergebnisse uns vielleicht einmal die höchste diagnostische Leistung, die Stellung einer Spezialprognose für den einzelnen Fall, ermöglichen könnten.

Die Erreichung dieses Zieles werden wir uns nicht leicht vorstellen dürfen; ist es uns doch selbst bei einer Krankheit, die wir so sehr viel besser kennen, bei der Paralyse, noch heute nicht möglich, eine zuverlässige Vorhersage für den einzelnen Fall abzugeben. Ja, nicht einmal die allgemeine Frage, ob die Paralyse ausnahmslos zum tötlichen Ende führen müsse, vermögen wir mit Sicherheit zu beantworten. Allerdings hat die Ausscheidung einer Reihe von paralyseähnlichen Krankheiten von der metasyphilitischen Hauptgruppe grössere Klarheit gebracht, insofern wir gewisse abweichende Verlaufsformen als nicht zur Paralyse gehörig erkannt haben. Dennoch bleibt in der Frage der „stationären Paralyse“ noch genug zu tun. In jeder Anstalt finden sich einzelne Fälle, bei denen die nach körperlichem und psychischem Befunde anscheinend gerechtfertigte Diagnose der Paralyse durch das Ausbleiben des erwarteten fortschreitenden Verlaufes wieder in Frage gestellt wird. Mag es sich dabei wohl zumeist um andersartige, namentlich luetische Erkrankungen handeln, so lässt sich doch von vornherein die Möglichkeit nicht ausschliessen, dass auch die echte Paralyse einmal zum Stillstande kommen und, statt zum Tode, zu einem dauernden Schwächezustande führen könne; die Fälle mit sehr lange ausgedehnten Remissionen könnten dafür sprechen. Eine sichere Entscheidung kann hier nur die pathologische Anatomie geben; es erscheint daher ausserordentlich wichtig, alle Fälle von stationärer Paralyse späterhin einer sorgfältigen anatomischen Untersuchung zuzuführen.

Dass auch die klinische Gliederung der paralytischen Krankheitsbilder noch viel zu wünschen übrig lässt, wurde bereits erwähnt. Wenn die Gestaltung des einzelnen Krankheitsfalles, wie es den Anschein hat, wesentlich durch die Ausbreitung und den Sitz der Rindenveränderungen bedingt wird, so würde der Versuch vielleicht gelingen können, unter diesem Gesichtspunkte den Erfahrungsstoff befriedigender zu gruppieren, als es bisher möglich war; freilich werden wir erst dann dazu imstande

sein, wenn wir über eine topographische pathologische Anatomie verfügen. Weiterhin aber stehen wir auch heute noch vor der Aufgabe, das weite Gebiet der echten Paralyse von fremdartigen Bestandteilen zu reinigen. Es gibt bestimmt noch Gruppen von Fällen, die in ihrem klinischen Bilde grosse Aehnlichkeit mit der Paralyse darbieten, ohne nach ihrem anatomischen Befunde doch ihr oder einer der anderen uns bekannten Erkrankungen anzugehören. Eine dieser Gruppen, die durch Grössenideen, triebartige, verworrene Erregung bei gut erhaltener Auffassung und paralytiforme Anfälle gekennzeichnet ist, habe ich schon kurz beschrieben.

Ein besonders dunkles und schwieriges Gebiet der klinischen Forschung bilden die psychischen Erkrankungen der höheren Lebensalter. Hier gilt es einmal, diejenigen Krankheitsformen auszuscheiden, die sich in gleicher Weise auch in anderen Lebensabschnitten abspielen, vielleicht aber doch durch die Beimengung seniler Züge eine etwas veränderte Färbung erhalten. Wie schon erwähnt, verdienen hier die sog. Spätkatatonien unsere Aufmerksamkeit. Durch sorgfältige Sammlung von vollständigen Beobachtungen, wo möglich unter Beihülfe der pathologischen Anatomie, wird zu entscheiden sein, ob und in welchem Umfange diese Form mit derjenigen früherer Lebensalter wesensgleich ist, oder ob es sich vielleicht doch um eigenartige Erkrankungen handelt. Leichter als hier dürfte sich die Entscheidung bei den spät einsetzenden Anfällen manisch-depressiven Irreseins erweisen. Jedenfalls gibt es eine nicht kleine Zahl von Fällen, bei denen jenes Leiden erst in hohem Alter unter den wohlbekanntem klinischen Bildern zur Entwicklung gelangt. Ganz erhebliche Schwierigkeiten ergeben sich hier aber für die Beurteilung erstmals auftretender Depressionszustände. Ein depressives Krankheitsbild im höheren Lebensalter kann, wenn wir von der Möglichkeit einer Paralyse oder einer Spätkatatonie ganz absehen, zunächst dem manisch-depressiven Irresein angehören. Die Erkennung fällt leicht, wenn sich später eine manische Erregung oder doch ein Mischzustand anschliesst; dagegen werden schon Zweifel berechtigt sein, wenn Genesung und etwa nach einigen Jahren, wie nicht selten, ein schwererer Rückfall eintritt. Da das manisch-depressive Irresein sehr häufig mit mehreren depressiven Anfällen beginnt, kann es sich recht wohl um diese Krankheit handeln, doch lassen sich andere Deutungen schwer ausschliessen. Insbesondere wissen wir, dass es Depressionszustände der höheren Lebensalter gibt, die deswegen nicht mit denjenigen des manisch-depressiven Irreseins wesensgleich sein können, weil sie in eigenartiges, schweres Siechtum ausgehen können. Die sichere Abgrenzung dieser Formen, die wir einst-

weilen unter der Bezeichnung der Melancholie zusammenfassen und in ursächliche Beziehung zu den Rückbildungsvorgängen, vielleicht auch zu arteriosklerotischen Erkrankungen bringen, ist bisher immer noch ein frommer Wunsch. Keinesfalls kann die Unsinnigkeit der Wahnbildungen als Unterscheidungsmerkmal verwendet werden; wir finden sie bei zirkulären und sicher bei vollständig heilenden Fällen gerade so wie bei den verblödenden. Im ganzen scheint mir die Häufigkeit zirkulärer Formen unter den Depressionszuständen der höheren Lebensalter erheblich unterschätzt zu werden, doch bleibt sicher auch nach deren vollständiger Ausscheidung ein beträchtlicher Rest übrig, der sich jener Deutung nicht fügt. Die Sammlung möglichst grosser, bis zur Autopsie vervollständigter Beobachtungsreihen wird uns doch schliesslich zeigen, wo und nach welchen Gesichtspunkten die Grenzlinien zu ziehen sind.

Dabei wird sich, wie ich vermute, ergeben, dass es noch eigenartige Formen seniler und praeseniler Depressionszustände gibt, die sich in keine der bisher geläufigen Gruppen einreihen lassen. Insbesondere denke ich hier an jenes Krankheitsbild, das zunächst vielleicht durch die von Wernicke gebrauchte Benennung „Angstpsychose“ gekennzeichnet werden kann. Es handelt sich zumeist oder immer um Frauen in den Rückbildungsjahren, bei denen nach einer einleitenden Depression sehr schnell eine schwere, ängstliche, verworrene Erregung zur Entwicklung kommt, die nur zu häufig unter unaufhaltsamem Sinken des Körpergewichtes in tödlicher Erschöpfung endet und mit ausgebreiteten und sehr schweren Veränderungen des Rindengewebes einhergeht. Die anscheinende ätiologische und klinische Gleichartigkeit dieser Fälle fordert zu einer Zusammenfassung geradezu heraus, doch bedarf es noch näherer Untersuchung, in welchem Umfange und nach welchen Merkmalen sich hier eine einheitliche Krankheitsgruppe abscheiden lässt. Nur kurz erwähnt sei endlich, dass auch die paranoid gefärbten Geistesstörungen des höheren Alters unserem Verständnisse noch bedeutende Schwierigkeiten bieten. So wenig wir bezweifeln können, dass hier gegenüber den paranoiden Formen der Dementia praecox scharfe Abgrenzungen bestehen müssen, so unvollständig ist doch noch immer unsere Kenntnis ihrer besonderen Eigentümlichkeiten und der Zeichen, die uns gestatten könnten, den einzelnen Fall auf Grund des Zustandsbildes allein der einen oder anderen Gruppe mit Sicherheit zuzuweisen.

Aehnliche, aber noch grössere Schwierigkeiten begegnen uns, sobald wir auf das Gebiet der eigentlichen Paranoiafrage gelangen. Haben wir in der gut gekennzeichneten Krankheitsform des Querulantenwahns ein Bild vor uns, das nach übereinstimmender Meinung dem Kreise der

Paranoia zugehört, so wird es sich darum handeln, zu entscheiden, welche andern wahnbildenden Erkrankungen dieser Grundform wesensgleich sind. Die sog. „periodische“ Paranoia, die meist dem manisch-depressiven Irresein, hie und da vielleicht auch einmal der Dementia praecox oder dem Alkoholismus angehört, scheidet hier von vornherein aus. Mir will es ferner scheinen, als ob es nur eine verhältnismässig kleine Gruppe von Fällen ist, bei denen, wie im Querulantenwahn, das Leiden mehr den Stempel einer krankhaften Entwicklung, als den eines die Persönlichkeit umformenden und zerstörenden Krankheitsprozesses trägt. Auf der anderen Seite sehen wir ausgeprägteste Wahnsysteme auftreten, zerfallen, verschwinden im Verlaufe von Fällen, die daneben die unverkennbaren Zeichen der Dementia praecox aufweisen. Dazwischen liegt ein weites Gebiet von Formen, die einerseits in Entwicklung, klinischen Zeichen und Verlauf durchaus von dem Vorbilde des Querulantenwahns abweichen, andererseits aber auch die Eigentümlichkeiten der Dementia praecox gar nicht oder doch in so abgeschwächter und unbestimmter Gestaltung erkennen lassen, dass ihrer Einordnung dort die ernstesten Bedenken entgegenstehen. Namentlich dürften hier unter anderem die Fälle zu nennen sein, die Magnan als *Délire chronique à évolution systématique* bezeichnet hat. Es ist schwer zu glauben, dass wir es überall mit Erscheinungsformen desselben Krankheitsvorganges zu tun haben, der sonst die scharf ausgeprägten katatonischen Störungen oder den hebephrenischen Schwachsinn erzeugt, und die Krankheitsbilder scheinen einander vielfach auch so unähnlich wie möglich. Dennoch aber stösst einstweilen jeder Versuch einer überzeugenden Abgrenzung noch auf unüberwindliche Schwierigkeiten. In grossen Beobachtungsreihen verwischen sich die auf den ersten Blick so kennzeichnenden Unterschiede durch zahllose Zwischenstufen so unmerklich, dass die Bildung natürlicher, abgeschlossener Gruppen zurzeit aussichtslos erscheint. Zu der schleichenden Wahnbildung gesellt sich dauernd oder vorübergehend eine Reihe von katatonischen Zeichen, oder es schliesst sich an einen ersten, ganz der Dementia praecox entsprechenden Krankheitsabschnitt unter Schwinden aller dahin gehöriger Erscheinungen ein paranoider Krankheitsverlauf an, und in beiden Richtungen finden sich die mannigfaltigsten Zwischenformen. Aus diesen Erfahrungen geht hervor, dass wir die für eine Abgrenzung massgebenden Gesichtspunkte offenbar noch nicht kennen. Vielleicht geht es uns hier ähnlich wie bei der klinischen Unterscheidung syphilitischer und paralytischer Rindenerkrankungen. Auch dort begegnen uns eine ganze Reihe übereinstimmender Krankheitszeichen, und erst allmählich haben wir gelernt, die Unterschiede in ihrer Ausprägung und namentlich im

psychischen Gesamtbilde soweit zu erfassen, dass wir heute die Differentialdiagnose vielfach recht bestimmt zu stellen und zu begründen vermögen. Es steht zu hoffen, dass die genauere Erforschung der Endzustände uns auch bei den paranoiden Erkrankungen auf diejenigen Kennzeichen hinweisen wird, die geeignet sind, uns eine Abscheidung klinisch einheitlicher Gruppen zu ermöglichen.

Ein sehr dankbares Feld bietet der klinischen Forschung noch immer das von den Franzosen schon mit so grossem Erfolge bearbeitete manisch-depressive Irresein. Vor allem erscheint es wünschenswert, an der Hand möglichst ausgedehnter Beobachtungsreihen ein klares Bild von der grossen Mannigfaltigkeit der Verlaufsarten des Leidens zu gewinnen, deren Darstellung bisher stark schematisiert zu werden pflegte. Gerade derartige Forschungen, bei denen auch die zahllosen Uebergänge zwischen den schulmässigen Hauptformen zur Geltung kommen, werden deutlich dartun, dass sich hier nirgends scharfe Grenzen ziehen lassen, dass wir es vielmehr mit einer einheitlichen Erkrankung von allerdings sehr verschiedenartigem Verlaufe zu tun haben. Immerhin dürfen wir hoffen, auch in dieser scheinbaren Regellosigkeit wenigstens gewisse allgemeine prognostische Erfahrungssätze und damit eine Wahrscheinlichkeitsgrundlage für die Vorhersage im einzelnen Falle aufzufinden.

Weitere wichtige Aufgaben stellen uns die Mischzustände. Wendet man ihnen einmal die Aufmerksamkeit zu, so erkennt man bald, dass sie überaus häufig und vielgestaltig sind, ähnlich wie die Mannigfaltigkeit der Verlaufsarten auf unserem Gebiete klar wird, sobald man sich von der herkömmlichen Lehre bestimmt umgrenzter Regelmässigkeiten freigemacht hat. Die meisten schillernden Spielarten der Mischformen harren noch ihrer genaueren Erforschung; insonderheit fehlt uns die Kenntnis ihrer Beziehungen zu den ihnen voraufgehenden oder folgenden Zustandsbildern des manisch-depressiven Irreseins, der Häufigkeit ihres selbständigen Auftretens und ihrer besonderen prognostischen Bedeutung. Für ein tieferes Verständnis dieser Formen, die so oft zu diagnostischen Fehlschlüssen führen, sind diese klinischen Vorarbeiten unerlässlich.

Eine vollkommenere Kenntnis der einzelnen klinischen Gestaltungen des manisch-depressiven Irreseins wird uns weiterhin deren Abgrenzung von so manchen anderen Formen ermöglichen, die ebenfalls den jener Krankheit lange als Besonderheit zugeschriebenen periodischen Verlauf darbieten. Vor der Hand ist nur so viel sicher, dass durchaus nicht alle Formen, die in gleichartigen, abgegrenzten Anfällen verlaufen, dem manisch-depressiven - Irresein angehören, während umgekehrt diesem letzteren auch manche Fälle einzuordnen sein dürften, die einen der-

artigen Verlauf vermissen lassen. Ob die ausscheidenden periodischen Formen alle oder zum Teil selbständige Erkrankungen darstellen, ob und in welchem Umfange sie der Dementia praecox angehören, bedarf weiterer Untersuchung. Insbesondere gilt das für gewisse rasch ablaufende verwirrte Erregungszustände, die sich nach kurzen Zwischenzeiten einsichtsloser Besonnenheit immer von neuem in ganz gleichförmiger Weise wiederholen.

Auch die Frage nach den Endzuständen des manisch-depressiven Irreseins bedarf noch weiterer Bearbeitung. Wenn wir auch im allgemeinen die zirkulären Kranken nicht wirklich verblöden sehen, lehrt die Erfahrung doch, dass sich bei ihnen ein gewisses psychisches Siechtum herausbilden kann. Die besonderen Züge dieser Veränderung müssen sich derart kennzeichnen lassen, dass wir imstande sind, aus ihnen allein die Natur des vorausgegangenen Krankheitsprozesses zu erschliessen. Wir werden erwarten dürfen, dass die zirkulären Endzustände, wie jede andere Form psychischen Siechtums, noch Ueberbleibsel aus den akuten Zeiten der Krankheit in sich tragen. Dass die einzelnen Anfälle des manisch-depressiven Irreseins weit länger andauern können, als man meist anzunehmen pflegt, haben mir bestimmte Erfahrungen gezeigt. Es scheint aber, dass auch geradezu eine Art „Versumpfung“ des Krankheitsbildes, die Entwicklung eines krankhaften Dauerzustandes, vorkommen kann. Die Fälle von sog. „chronischer Manie“ würden dafür ein Beispiel sein. Für gewisse depressive Formen bin ich geneigt, die Möglichkeit eines ähnlichen Ausganges anzunehmen; namentlich auffallend waren mir einige Fälle mit unsinnigen hypochondrischen Wahnbildungen, die lange Jahre hindurch fast unverändert blieben. Offenbar stehen die hier berührten Fragen in nahen Beziehungen zu dem Probleme der konstitutionellen Dauerzustände mit manischer oder depressiver Färbung, deren Stellung zu den Formen mit abgegrenzten Anfällen ebenfalls noch weiterer Klärung bedarf.

Vor schwierigen und weitaussehenden Aufgaben stehen wir auf dem Gebiete der Epilepsie. Dieser bisher wesentlich symptomatische Krankheitsbegriff bedarf dringend der klinischen Zergliederung. Der Anfang dazu ist schon durch die Abtrennung der Epilepsie bei gröberen Hirnkrankheiten, der arteriosklerotischen und der toxischen Formen gemacht, der Alkoholepilepsie und der Eklampsie. Aber auch der übrigbleibende Rest von „genuinen“ Epilepsien umfasst sicherlich noch manche voneinander abweichende Krankheitsvorgänge, wie auch die Verschiedenheiten der anatomischen Befunde dartun. Für die feinere klinische Gruppierung könnte neben den Aufschlüssen, die uns etwa Stoffwechseluntersuchungen

zu liefern vermögen, das Verhalten der psychischen Gesamtpersönlichkeit von Bedeutung werden. Man wird kaum annehmen können, dass es sich nur um gradweise Unterschiede handle, wenn wir in einem Falle die psychischen Leistungen durch die Krankheit gar nicht oder kaum nennenswert geschädigt sehen, während sich in einem anderen das unverkennbare, eigenartige Bild des fortschreitenden epileptischen Schwachsinn entwickelt. Eine besondere Gruppe scheinen mir auch gewisse Fälle mit ausgeprägten psychogenen Erscheinungen zu bilden, mit Neigung zum Schwindeln und Konfabulieren, langdauernden, geordneten Dämmerzuständen, gelegentlichen hysterieformen Anfällen neben den epileptischen. So wenig ich mich für die Annahme einer Hysteroepilepsie als Uebergangsform zwischen beiden Krankheiten erwärmen kann, so unbestreitbar ist es doch, dass bei Epilepsie, wie übrigens bei sehr vielen anderen Erkrankungen unseres Gebietes, psychogene Störungen recht häufig zur Beobachtung kommen. Es wäre denkbar, dass jene besondere Färbung des klinischen Gesamtbildes, bei der auch die kennzeichnende epileptische Verblödung auszubleiben pflegt, sich auf eine abweichende Form des grundlegenden Krankheitsvorganges zurückbeziehen liesse.

Sind es hier die prognostisch günstigeren Fälle, die sich aus der grossen Masse der verblödenden, geisteskranken Epileptiker herausheben, so haben wir uns im Bereiche der Hysterie die Frage vorzulegen, ob die landläufige Anschauung von der Flüchtigkeit und Beeinflussbarkeit der hierher gehörigen psychischen Störungen nicht einer gewissen Abänderung bedarf. Jedenfalls gibt es Beobachtungen von sehr lange gleichmässig andauernden Krankheitszuständen mit wechselnder Bewusstseins-trübung, Wahnbildungen und Sinnestäuschungen, die in ihrem Gesamtbilde vollkommen hysterischen Dämmerzuständen entsprechen. Fälle von vielmonatigem Verlauf sind gar nicht einmal besonders selten; ich kenne jedoch solche, in denen die krankhafte Störung ohne nennenswerte Veränderung, aber auch ohne Verblödung, eine Reihe von Jahren angedauert hat, so lange ich die Kranken beobachten konnte. Da bei den psychogenen körperlichen Störungen ähnliches vorkommt, werden wir aus der langen Dauer der psychischen Veränderung kaum einen Grund gegen die Annahme ihrer hysterischen Verursachung ableiten dürfen. Solche immerhin vereinzelte Fälle, in denen jahrelang ein rein psychogenes, einförmiges Krankheitsbild beobachtet wird, sind natürlich vollständig abzutrennen von den zirkulären oder verblödenden Formen, denen man missbräuchlich den Beinamen des Hysterischen zu geben pflegt, weil gewisse Züge des Bildes mehr oder weniger entfernt an das Verhalten Hysterischer erinnern.

In der Wissenschaft führt die Beantwortung jeder Frage zu neuen

Fragen. Wenn daher die hier gegebenen Anregungen nur eine kleine Auslese aus den nächsten, dringendsten Aufgaben der klinischen Psychiatrie darstellen, wenn dabei weite Gebiete voll der wichtigsten Fragen, so die Idiotie, das Entartungsirresein, die Unfallspsychosen, ganz ausser acht gelassen wurden, so kann darüber kein Zweifel sein, dass unser eine schier überreiche Fülle von Arbeit harret, zu deren Bewältigung die Anspannung und Sammlung aller Kräfte notwendig ist. Fast unbegreiflich erscheint es, dass die Neigung zu klinischer Tätigkeit, die unserem Berufsleben überhaupt erst die feste Grundlage gibt, jahrzehntelang durch die Beschäftigung mit anatomischen und neurologischen Untersuchungen so stark in den Hintergrund gedrängt werden konnte. Sicherlich ist es nicht etwa die Schwierigkeit der klinischen Fragen gewesen, die daran Schuld trägt. Die überwiegende Mehrzahl der angedeuteten Arbeitspläne stellt durchaus keine übermässigen Anforderungen an Zeit, Geduld und Scharfsinn des Arbeiters, ja sie verlangt von ihm nicht einmal die Vertrautheit mit besonderen Untersuchungsmethoden, sondern nur Interesse und Verständnis für die einfache klinische Beobachtung, doch muss sich diese auf den gesamten Krankheitsverlauf und nicht nur auf einzelne Abschnitte desselben erstrecken.

Daraus geht hervor, dass der Schwerpunkt für die nächste Entwicklung der klinischen Psychiatrie vor allem in den Anstalten liegen muss, in denen die Möglichkeit jahre- und jahrzehntelanger Verfolgung der einzelnen Krankheitsfälle gegeben ist. Die Kliniken mit ihrem rasch wechselnden Krankenmaterial sind ohne die Mithilfe der grossen Anstalten gänzlich ausserstande, die klinischen Hauptfragen nach Verlauf und Ausgang der allermeisten Geistesstörungen zu beantworten. Ihnen fällt daher vor allem die Aufgabe zu, die aus dem Zusammenhange der Wissenschaften und aus dem Unterrichte fliessenden Anregungen zu geben, weiterhin aber mit ihren reichen wissenschaftlichen Hilfsmitteln neue Methoden der Untersuchung auszuarbeiten. Es gab eine Zeit, in der die gesamte psychiatrische Wissenschaft ihre Stätte ausschliesslich in den Anstalten hatte, und deren klinische Leistungen sind wahrlich nicht hinter denen der späteren Lehranstalten zurückgeblieben. Die grosse Zeit der französischen klinischen Psychiatrie, deren Arbeiten uns noch heute mit Bewunderung erfüllen, kannte die Hilfsmittel einer modernen Klinik noch nicht, und auch bei uns in Deutschland sind eine lange Reihe bahnbrechender wissenschaftlicher Fortschritte, von Jakobi bis auf Kahlbaum, von Anstaltsärzten zu Tage gefördert worden. Es ist wahr, dass sich seitdem die Fragestellungen in unserer Wissenschaft nach den verschiedensten Richtungen hin vertieft haben. Die anatomische Erforschung

der krankhaften Rindenveränderungen deckt uns heute eine verwirrende Fülle von Einzelheiten auf, deren Feststellung und Deutung langjährige Beschäftigung und innige Vertrautheit mit dem Gegenstande erfordert. Die feinere Zergliederung der psychischen Krankheitszeichen sieht sich mehr und mehr auf die Heranziehung des messenden Versuches hingewiesen, der nicht nur kostspielige Werkzeuge, sondern auch eine besondere Ausbildung und Erfahrung nötig macht, und endlich treten uns bei dem Bestreben, die körperlichen Ursachen und Begleiterscheinungen des Irreseins aufzudecken, chemische Fragestellungen entgegen, deren Lösung wiederum ganz neue Anforderungen an unsere Ausrüstung und Vorkenntnisse stellt. Man wird nicht verlangen können, dass die Anstalten mit ihren vorwiegend praktischen Zielen sich in grösserem Umfange an dem Ausbau unserer Wissenschaft beteiligen sollen, wo es sich um die Anbahnung neuer Forschungsrichtungen, um die erste Auffindung und Erprobung von Verfahren und Hilfsmitteln zu rein wissenschaftlichen Zwecken handelt. Wenn wir diese Aufgaben den Kliniken vorbehalten, so ist doch auf der anderen Seite für ihre vordringende Pionierarbeit die breite Erfahrungsgrundlage unerlässlich, wie sie nur durch die tätige Mithilfe der Anstalten mit ihrem unermesslichem Schatze an Beobachtungsmaterial geliefert werden kann. Darum gilt es vor allem, in den Anstaltsärzten die ihnen durch mancherlei Umstände verkümmerte Neigung zur Beteiligung am wissenschaftlichen Leben unserer Tage neu zu stärken. Die Durchforschung ihres eigensten, seit langer Zeit fast völlig brachliegenden Arbeitsfeldes stellt ihnen eine Fülle lohnendster Aufgaben und wird ihnen namentlich auch diejenige höhere Auffassung und Befriedigung gewähren können, ohne die gerade unsere Berufstätigkeit nur allzu leicht zum Handwerk herabsinkt. So sind Klinik und Anstalt in ihrer Wirksamkeit unverbrüchlich auf einander angewiesen; die Leistung der einen bleibt Stückwerk, wenn sie nicht in den Ergebnissen der anderen ihre Ergänzung findet. Nur in steter, enger Arbeitsgemeinschaft, die beiden Teilen erst vollen Gewinn sichert, vermögen sie jene feste Grundlage zu schaffen, auf der unser gesamtes ärztliches Wissen und Handeln beruhen muss, eine klinische Psychiatrie.

Chronische Manie und Paranoia.

Von Professor Dr. G. Specht (Erlangen).

Die „chronische Manie“ wurde seither und wird noch immer in der psychiatrischen Praxis zumeist zu einer verschwommenen Verlegenheits-

diagnose missbraucht und hat sich auch bei der klinischen Psychiatrie in der Bedeutung einer vollwertigen und durchaus selbständigen Krankheitsform noch kein bleibendes Heimatsrecht zu erwerben vermocht. In den allermeisten der gebräuchlichen Lehrbücher stösst man nur gelegentlich auf diesen Ausdruck und zwar dann, wenn so mehr anhangsweise von den Endausgängen der akuten bezw. periodischen Manie die Rede ist, und von den mir bekannten zwei Spezialarbeiten nimmt die erst im vorigen Jahr von Schott veröffentlichte auch wieder nur auf diesen chronischen Sekundärzustand Rücksicht. Von ihm spreche ich hier nicht, obwohl es dabei für den Kliniker noch genug des Interessanten zu heben gibt. Nebenbei gesagt möchte ich auch die Bezeichnung der chronischen Manie an diesen Zustand gar nicht vergeben, entsprechend der gerade in der Psychiatrie nicht unwichtigen terminologischen Gepflogenheit, einem lediglich als Verlaufsvariante anzusprechenden Krankheitsbild durch solche Namengebung nicht zum Schein nosologischer Selbständigkeit zu verhelfen.

Streng zu trennen von diesem sekundären manischen Dauerzustand ist die echte chronische Manie, die als völlig selbständige Geisteskrankheit auftritt und als solche durchaus nicht zu den Raritäten gehört.

Sie ist in ihrer idiopathischen Sonderart bisher in Deutschland, soweit mir bekannt, nur von vier Autoren gewürdigt worden, von Koch, Wernicke, Siefert und neuerdings erst von Kraepelin; ich komme darauf noch kurz zurück.

Was den symptomatologischen Kern der Krankheit betrifft, so wird er natürlich, wie der Name verrät, durch den bekannten manischen Erscheinungskomplex gebildet, der sich hier der Hauptsache nach auf der Intensitätsstufe der Hypomanie bewegt und zumeist in der nörgelnden und vernünftelnden Nüance derselben abspielt. Temporäre Exacerbationen können jedoch das Bild bis zu furibunder Tobsucht oder deliranter Verworrenheit steigern.

Die Entstehung des psychopathischen Zustandes wird wohl immer mit der Ausreifung der Persönlichkeit zusammenfallen, wenn auch die Verschlimmerung der Gesamterscheinungen bis zur sozialen Unerträglichkeit erst später, auf der Höhe des Lebens, sich auszuprägen pflegt. Eine Rückkehr zur Norm kann schon a priori gar nicht erwartet werden, da ja die betreffenden Individuen, seitdem sie vollentwickelte Persönlichkeiten geworden, bereits die Grenze des Pathologischen überschritten hatten. Erst mit dem Eintritt des Alters pflegt das Bild allmählich nachzudunkeln und an pathologischer Vollaftigkeit einzubüssen.

Nach dieser kurzen Charakteristik ist der chronischen Manie ihre Stellung im klinischen System schon ohne weiteres zugewiesen, sie gehört,

wie ich das bereits seit Jahren in meiner Klinik lehre, zu den konstitutionellen psychopathischen Zuständen. Kraepelin, der sie unter dem Namen „konstitutionelle Erregung“ in die neueste Auflage seines Lehrbuches aufgenommen, bestimmt ihr gleichfalls diesen Platz und zwar neben der konstitutionellen Verstimmung; das gleiche ist schon früher von Koch geschehen, der in seinem Leitfaden die einfache konstitutionelle Manie mit der gleichwertigen Melancholie die Reihe seiner konstitutionellen Psychosen überhaupt beginnen lässt. Wernicke dagegen, der in seinem Grundriss der chronischen Manie einen kurzen Abschnitt widmet, hält in dieser Beziehung mit seinem Urteil noch zurück. Während er seinerseits betont, dass chronische Manie weder aus der akuten reinen Manie noch aus deren rezidivierender Form entsteht, rechnet er dann doch einen Fall seiner Erfahrung mit hierher, wo eine mehrjährige schwere Psychose unaufgeklärter Art der chronischen Manie vorausgegangen war, und wo er darum letztere als einen durch eine Psychose erworbenen Defektzustand auffasst. Damit aber würde deren klinische Stellung wieder von Grund auf verschoben.

Siefert endlich, der in Band 59 der Allg. Zeitschr. f. Psych. einen von Schott zu Unrecht angezweifelten ganz klassischen Fall von chronischer Manie aus der Hitzig'schen Klinik veröffentlichte, meint, dass dieser Begriff vorläufig noch völlig in der Luft schwebt. Jedenfalls aber weist auch er jede Vermengung seiner Beobachtung mit irgendwelchen Sekundärzuständen prinzipiell zurück.

Trotz der überraschend spärlichen Bearbeitung, die darnach die chronische Manie bisher in der Literatur gefunden, ist sie, wie schon erwähnt, durchaus keine seltene Erkrankung und jeder beschäftigte Irrenarzt wird sicher alljährlich ein paar neue hierher gehörige Fälle zu Gesicht bekommen, wenn er sie nur erst einmal von anderen Psychosen zu differenzieren gelernt hat, beziehungsweise wenn er sich nur erst damit befreundet haben wird, gewisse Kranke, bei deren Diagnose er bisher ohnehin nicht recht froh werden konnte, künftighin einmal unter dem Gesichtspunkt der chronischen Manie zu beurteilen. Aber auch dann würde eine rein zahlenmässige Feststellung all dieser Fälle der sozialen und forensischen Wichtigkeit derselben noch sehr viel schuldig bleiben, denn die einzelnen Vertreter dieser Krankheitsgruppe erzwingen sich geradezu — jeder wieder in anderer Art — das öffentliche Interesse unter ebenso aufdringlichen wie unangenehmen Erscheinungen, so dass in dieser Beziehung eine einzige chronische Manie leicht ein Dutzend anderer Kranken aufwiegt.

Die praktische Wichtigkeit dieser Psychopathie erhält aber noch

eine weitere Verstärkung durch den Umstand, dass kaum eine andere Geistesstörung so wie jene der Verkennung seitens des Laienpublikums unterliegt und dass sie auch dem Fachmann zuweilen diagnostisches Kopferbrechen verursachen kann. Die vielberufene Grenzlinie zwischen Gesund und Krank ist gerade hier bis zur Unkenntlichkeit verwischt und man muss, zumal in den mildereren Fällen, seinem Gutachten eine ganz besondere Ueberzeugungskraft zu verleihen suchen, um dem billigen Vorwurf, als könne sich die Psychiatrie in der Schaffung neuer Krankenspezialitäten nicht genug tun, nicht noch weitere Nahrung zu geben.

Kraepelin hat bereits auf jene Individuen mit stark entwickelter sanguinischer Gemütsart hingewiesen, die durch die Beweglichkeit ihres meist nur einseitig begabten Geisteslebens und ihre sonnige Stimmung einerseits entzücken, wie sie andererseits durch die Ruhelosigkeit und Sprunghaftigkeit im Denken und Entschliessen Befremden erregen.

Auch ich sehe in ihnen Repräsentanten unserer psychopathischen Gruppe in deren schwächster Ausbildung und habe gleich Kraepelin noch immer ihrer Familiengeschichte entnehmen können, dass es sich bei ihnen um Sprösslinge psychopathisch durchseuchter Geschlechter handelte. Jenen von ihm gezeichneten Typen aus der gebildeten Welt entsprechen in anderen sozialen Schichten gewisse Marktschreier und Spassmacher unter dem fahrenden Volk, und wieder andere Rollen spielen die ernsteren Köpfe gewisser Sektierer und Chauvinisten, und sie alle sind trotz mancher Lust, die sie gelegentlich verbreiten, doch der gesunden Welt eine hemmende Last und verraten auch darin ihre nahe Verwandtschaft mit dem Pathologischen.

Aber mag man sich zu diesen Grenzfällen wie immer stellen, die ausgeprägte Form der chronischen Manie muss, wenn sie auch, wie die Erfahrung lehrt, durch Jahre und Jahrzehnte der Missdeutung unterliegen kann, schliesslich doch als Geistesstörung unter irgend einer Diagnose zur Erkennung kommen.

Es ist nun die Frage, wo steckt die chronische Manie bisher und wo steckt sie noch bei jenen Psychiatern, die sie noch nicht kennen oder überhaupt nicht anerkennen. Nach meiner Erfahrung ist sie bis jetzt hauptsächlich in der chronischen Paranoia untergegangen, ferner wird sie zuweilen vom chronischen Alkoholismus verdeckt, auch unter der Flagge des epileptischen Irreseins habe ich sie schon bei uns einlaufen sehen.

Bleiben wir bei der Paranoia. Da wird man sich billig wundern, wie hier ein Irrtum möglich sein soll. Chronische Manie und chronische Paranoia haben symptomatologisch dem Anschein nach rein gar nichts

miteinander gemein und man könnte vielleicht differentiell-diagnostische Bedenken mit der kurzhändigen Antwort abfertigen: chronische Manie ist chronische Manie und chronische Paranoia ist chronische Paranoia, wer die beiden Zustände nicht auseinanderhalten kann, mit dem ist nicht weiter zu reden. Das liesse sich hören, wenn die bisherigen Schilderer der chronischen Manie das Krankheitsbild schon erschöpft hätten.

Wernicke hat gewiss recht, wenn er sagt: „die chronische Manie hat alle wesentlichen Kennzeichen der akuten Manie, nur so modifiziert, wie es die Bedingungen eines chronischen, stabilen Zeitalters mit sich bringen“; aber das Symptomenbild ist damit noch nicht abgetan, wenn man die Folgen der Chronizität lediglich in einer weniger intensiven Ausprägung der manischen Kardinalsymptome und in einer durch die fortgesetzten sozialen Kollisionen bedingten Zornmütigkeit sieht. Die chronische Verlaufsweise ist, auch Koch hat dies schon angedeutet, gegenteils imstande, mit psychologischer Notwendigkeit eine Deckschicht von sekundären Symptomen zu erzeugen, die der Erkennung des ursprünglichen Zustandes gewisse Schwierigkeiten bereiten kann. Ich habe darum mit gutem Grund gesagt, der hypomanische Symptomenkomplex bilde den Kern der psychopathischen Erscheinungen. Um diesen Kern aber lässt die chronisch gereizte und expansive Stimmungsrichtung einen Niederschlag pathologischer Feindschaften einerseits und Renommistereien andererseits entstehen, die, weil das produzierende Agens sich nicht erschöpft, allmählich das täuschende Aussehen paranoischer Wahnbildungen annehmen können. Sie sind es aber nicht nach ihrer klinischen Vorgeschichte, sie sind es nicht nach ihrer symptomatologischen Eigenart und sind es nicht nach ihrem klinischen Verlauf. Der klinische Hergang, also das frühere Vorhandensein eines unzweifelhaft manischen Erregungszustandes und das spätere Auftreten vermeintlich paranoischer Wahngedanken, kann schon vorweg die Vermutung in der differentiellen Diagnose auf die richtige Bahn drängen; freilich hat man gewöhnlich dabei seine liebe Not, die Schlacken laienhafter Fehlbeobachtung und irreführter ärztlicher Vordiagnose zu beseitigen. Was nun aber die spezielle Genese der Wahnideen bei chronischer Manie betrifft, so haben diese, wie nicht anders zu erwarten, mit den paranoischen wohl das generelle Charakteristikum der Wahnideen überhaupt: die Entstehung aus pathologischer Stimmung, gemein. Aber während bei der Paranoia eine kriechende Affektlage langsam und dauernd das Urteil fälscht, beherrschen bei der chronischen Manie flackernde und zumeist auch lebhaftere Stimmungsanomalien die Situation; kein Wunder, dass hier die Wahngedanken, auch wenn sie chronisch geküsst werden, durchweg mehr den Stempel der

unmittelbar aus der Leidenschaft geborenen Urteilsentgleisungen behalten und somit den zu den Alltäglichkeiten des Lebens gehörenden Verärgerungs- und Zornzeugnissen ähneln. Die Differenz, die sich darnach trotz der beiderseits bestehenden chronischen Wahnproduktion im klinischen Bild ergibt, wird durch zahllose interessante Züge markiert, ich brauche das hier nicht des näheren auszuführen.

Was nun aber den weiteren klinischen Verlauf betrifft, so pflegen sich bekanntlich bei der Paranoia die Wahngedanken, wenn sie einmal zum fertigen Urteil ausgereift sind, weiterhin vom erzeugenden Affekt zu emanzipieren, derart, dass die auch heute noch nicht ganz verlassene Lehre entstehen konnte, dass den paranoischen Ideen die Stimmungsgenese überhaupt mangle.

Bei der chronischen Manie jedoch bleibt der Wahn dauernd am Gängelband der pathologischen Stimmung hängen. Wir können darum zuweilen bei ihr wohl jahrelang eine ganze Anzahl paranoisch sich anhörender Wahnideen beobachten, zum Ausbau eines Wahnsystems sehen wir es aber hier trotz lebenslänglicher Krankheitsdauer niemals kommen.

Die Chronizität des Zustandes liefert nun aber weiter die Bedingung zu einer Reihe von täuschenden Aeusserlichkeiten, wie sie allmählich bei unseren Kranken im sprachlichen Ausdruck wie im Benehmen vielfach zur Ausbildung kommen. So legen sich diese Leute im Laufe der Zeit ein Schimpflexikon zu, wie man es sonst nur im Inventar der Paranoiker vorzufinden gewohnt ist. Aber ihre „Giftmörder und Blutsauger“ bedeuten eben doch etwas wesentlich anderes, wie die gleichen Schmeicheleien im Munde des Verrückten. Auch phraseologischer Schwulst und stilistische Bizarrerien können sich als chronische Eigentümlichkeiten in natürlicher Folge aus der endlos hypomanischen Geistesverfassung entwickeln, und Manieren aller Art weisen bei näherem Zuschauen auf die gleiche Quelle zurück. Aber im fertigen Bild trägt das alles dazu bei, die Täuschung im Sinn der Paranoia voll zu machen. Und noch mehr, selbst die Diagnose *Dementia paranoides* kann, was von vorneherein ganz unwahrscheinlich klingt, einen Schein von Berechtigung erhalten, dann nämlich, wenn es sich um chronische Manie bei von Hause aus leicht Schwachsinnigen handelt. Ein solcher Fall ist mir schon vorgekommen. Die Fehldiagnose war hier um so entschuldbarer, als die Imbezillität, wie so häufig, erst mit der Ausreifung der Persönlichkeit sich in ihrer ganzen Blöße zeigte und darum erst jetzt entstanden zu sein schien; dies im Zusammenhang mit der temporär gesteigerten manischen Zerfahrenheit und den paranoiden Aeusserlichkeiten könnte dann allerdings eine Zeitlang an *Dementia paranoides* denken lassen.

Ich hoffe dem Einwand nicht zu begegnen, dass solche Feststellungen zu diagnostischer Spitzfindigkeit führen müssten und dass es schliesslich auf eines herauskomme, ob man bei einem Kranken sich für chronische Manie mit paranoiden Sekundärererscheinungen oder für eine verwaschene Paranoia mit Aufregung entscheide. Eine solche Auffassung würde noch nicht einmal zum Hausgebrauch einer rein äusserlichen Behandlung genügen, da diese sich, will man sich nicht unnötigerweise eine Unannehmlichkeit nach der anderen bereiten, in beiden Fällen wesentlich anders gestalten muss.

Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus aber braucht man vollends kein Wort darüber zu verlieren, dass es den Gruppen der Paranoia und zumal der Dementia paranoides immer noch recht guttut, wenn sie nicht als Ablagerungsstätten für verschwommene Diagnosen benutzt werden; ganz zu schweigen von der zukünftigen pathologischen Anatomie dieser Psychosen, die eine reinliche Scheidung der klinischen Bilder zur selbstverständlichen Voraussetzung hat.

Schliesslich aber erheischt auch die forensische Praxis gerade bei derartigen Fällen eine nach allen Seiten einer überzeugenden Beweisführung zugängliche diagnostische Stellungnahme. Heutzutage weiss nachgerade auch der Richter, wie ungefähr eine Paranoia aussieht. Dem Sachverständigen aber, wenn er bei einer chronischen Manie sich von vorneherein auf die Diagnose Paranoia festgelegt hat, kann es dann leicht passieren, dass das von ihm entworfene Bild bei näherer analytischer Behandlung die Farbe nicht behält; Stück für Stück verlieren dabei die ins Paranoische schillernden Sekundärsymptome ihre diagnostische Beweiskraft und der Kranke selbst ist vielleicht so boshaft, die fachmännische Argumentation gerade dann zu durchkreuzen, wenn die Sache sich auf die Demonstration des paranoischen Wahns zuspitzt. So kann es dann womöglich Schwierigkeiten bereiten — man denke nur an die hypomanischen, angeblich paranoischen Querulanten — hinterher an der Hand des ursprünglich vernachlässigten chronisch-manischen Symptomenkomplexes die Diagnose der Geistesstörung überhaupt noch zu retten. Ganz anders, wenn man in richtiger Erkenntnis des Grundzustandes von vorneherein den Schwerpunkt auf die Manie verlegt hat; alles, die Vergangenheit, die Art der Delikte, das gegenwärtige Zustandsbild fügt sich spielend einer einheitlichen Deutung, und auch in der Zukunft ist man vor Ueberraschungen sicher. Selbst bis auf die polizeirechtlichen Konsequenzen erstreckt sich der Unterschied beider Krankheitsformen, insofern dem chronischen Maniakus im allgemeinen ein erheblich geringerer Grad der Gemeingefährlichkeit innewohnt, wie dem Paranoiker. Blutige Drohungen

kann man auch von Ersterem zu hören bekommen, auch an verdächtigen Vorbereitungen fehlt es zuweilen nicht, doch pflegt dergleichen ganz anders zu enden als beim Verrückten.

Das alles bedürfte zu näherer Begründung einer ausführlicheren Detailschilderung und instruktiver Beispiele, doch muss ich mir heute Beschränkung auferlegen und will das Nötige bei anderer Gelegenheit nachholen.

Ich eile zum Schlusse, indem ich nochmals kurz zusammenfasse: Die chronische Manie ist eine nicht selten vorkommende, durchaus selbständige und den konstitutionellen Geistesstörungen zugehörige Krankheitsform, die nicht mit gewissen Endstadien anderer Psychosen oder sonstigen klinisch noch unklaren Aufregungszuständen zusammengeworfen werden darf.

Das klinische Bild der chronischen Manie geht keineswegs restlos im hypomanischem Symptomenkomplex auf, sondern wird nicht selten noch durch sekundäre Erscheinungen, die sich als natürliche Folgezustände der Chronizität ergeben, kompliziert.

Die subtile differentiell-diagnostische Unterscheidung insbesondere dieses sekundär veränderten Krankheitsbildes von anderen chronischen, vor allem paranoischen Störungen, ist ein wissenschaftliches und praktisches Postulat.

Die chronische Manie ist eine wissenschaftlich ebenso interessante wie praktisch wichtige Geistesstörung, die seitens der Fachwelt eine eingehendere Würdigung verdient, als sie bisher gefunden.

II. Vereinsberichte.

XXX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte. Baden-Baden, 27. und 28. Mai 1905.

(Schluss.)

340) Oskar Kohnstamm (Königstein): Die Kerne des präadorsalen Längsbündels und des Trigemini, ein Beitrag zur topischen Diagnostik der Oblongata.

Rein anatomische Ausführungen mit Demonstration von Tafeln.

341) Jelgersma (Leiden): Demonstration des Nervensystems der Cetaceen.

Anatomische Darlegungen mit Demonstration zahlreicher Tafeln.

342) Bumke (Freiburg i. B.): Sekundäre Degenerationen bei Kompression des Halsmarks.

Bumke hat die sekundären Degenerationen verfolgt, die nach einer Kompression im 5. und 6. Cervicalsegment eingetreten waren. Marchi-Methode; beim Einbetten wurde statt Alkohol Aceton verwandt.

Absteigend waren die Pyramidenbahnen bis ins unterste Sacralmark zu verfolgen, in allen Höhen, besonders deutlich in der Lendenanschwellung waren Fasern zu sehen, die durch die vordere Commissur zum gegenüberliegenden Vorderhorn kreuzen. In den Hintersträngen war ein schmaler degenerierter Streifen längs des Septums nur durch zwei Segmente nachweisbar, während das Schultze'sche Koma noch nach zehn Segmenten, also noch in der Höhe der achten Brustwurzel, deutlich erkennbar war. Seine Fasern gingen nicht über in eine dritte Fasergruppe, die dicht unterhalb der Kompressionsstelle den dorsolateralen Anteil der Hinterstränge einnahmen. Es ist das jenes Bündel, dessen eigentümliche Lageänderung zuerst von Hoche beschrieben ist. In diesem Falle begann die Ueberwanderung dieser Fasern um die hintere Peripherie des Markes in der Höhe der ersten Brustwurzel, sie war vollendet im vierten Lendensegment. Von hier ab rückten dann die Fasern am Septum entlang nach vorn zur hinteren Commissur. Sie waren noch im Conus nachzuweisen.

Eine vierte Gruppe von Fasern endlich lag dicht unterhalb der Kompressionsstelle über das ganze Hinterstranggebiet zerstreut; sie sammelten sich dann im zentralen Hinterstrangsfelde, um schliesslich in der Höhe der zwölften Brustwurzel zu verschwinden. Aufsteigend degeneriert sind zunächst kurze Bahnen, die sich in den beiden ersten Segmenten oberhalb der Kompressionsstelle, also in der Höhe der vierten und dritten Halswurzel über den ganzen Querschnitt verteilen und die im zweiten Cervicalsegment bereits verschwunden sind. In den Hintersträngen ist bemerkenswert das Freibleiben der Bechterew'schen Zwischenzone zwischen Goll'schem und Burdach'schem Strange und eines schmalen Streifens dicht am medianen Septum. Hervorzuheben ist ferner, dass nicht alle Hinterstrangfasern in den Hinterstrangkernen enden: Einzelne schwarze Ketten ziehen sich als *Fibrae arciformes externae* und *internae* zur gegenüberliegenden und gleichseitigen Kleinhirnseitenstrangbahn, zum Teil die Schleife, zum Teil schon vorher die Pyramide durchsetzend. Das Gowers'sche Bündel gab Fasern an die graue Substanz des Halsmarks ab, ferner da, wo sich die Kleinhirnseitenstrangbahn vom Gowers'schen Bündel getrennt hat und in den Strickkörper eingetreten ist, Fasern, die in leicht geschwungenem Bogen vom Anterolateraltract zum Corpus restif. ziehen, sodann andere, die in Beziehungen zum Nucleus ambiguus treten, und endlich solche, die als *Fibrae arcuatae* etc. um den Strickkörper herum den Deiters'schen Kern erreichen. Schliesslich konnte auch in diesem Falle der Tractus spinothalamicus bis zum zentralen Abschnitte des lateralen Sehhügelkernes verfolgt werden.

(Eigenbericht.)

343) **Homburger** (Frankfurt): Demonstration von Original-Neurogliapräparaten Weigert's.

Homburger demonstriert eine Anzahl von Original-Neurogliapräparaten Weigert's, die sich vorzugsweise auf dessen letzte Mitteilungen über Kleinhirnveränderungen bei Tabes, progressiver Paralyse und Syphilis beziehen. Die Objekte zeigen deutlich die herdförmigen Sklerosen der Rinde, welche hauptsächlich aus massenhaft neugebildeten Bergmann'schen Radiärfasern bestehen; daneben sind Ansätze zur Produktion einer glösen Randschicht tangentialer Richtung bemerkbar; sicher ausgesprochen ist die Sklerose der Marksubstanz häufig bei Paralyse und Lues. Diese Veränderungen treten bei allen drei

Krankheiten in wechselnder Intensität, aber mit grosser Häufigkeit auf und zeigen überall den gleichen Charakter. Schnitte vom tabischen Rückenmark, sowie normale Präparate von Pons, Oblongata und Rückenmark, sowie von Sklerosen der Marksubstanz bei progressiver Paralyse lassen die Fortschritte erkennen, die Weigert besonders in der Darstellung der feinen Fasern gemacht hat; über die von ihm vorgenommenen Aenderungen der Methode hat er keine Mitteilungen hinterlassen.

H. bespricht sodann die Gründe der mangelhaften Haltbarkeit der nach Weigert's Angaben hergestellten Präparate und weist besonders auf die bleichende Einwirkung reduzierender Gase, Formaldehyd, SO_2 , H_2S , besonders aber des Leuchtgases hin, und warnt deshalb vor der Aufbewahrung von Neuroglia- und sonstigen mit Methylviolett gefärbten Präparaten (Fibrin, Bakterien) im Laboratoriumsraum. Vortr., dem die Bearbeitung der Weigert'schen Sammlung übertragen wurde, stellt spätere ausführliche Mitteilung der besonderen Ergebnisse in Aussicht.

344) **F. Blum** (Frankfurt): Ueber die spezifische Behandlung des Morbus Basedowii.

Bl. empfiehlt fleischlose Kost in Verbindung mit medikamentöser Behandlung, welche letztere die Tätigkeit der Schilddrüse anzuregen habe.

345) **van Oordt** (St. Blasien): Therapeutische Erfahrungen bei der Basedow'schen Krankheit.

Der Anschauung von der thyreogenen Aetiologie der Basedow'schen Krankheit verdanken wir eine Anzahl als spezifisch geltender Behandlungsmethoden. Es sind dies Strumektomie, die Behandlung mit Thyreoidin und Jodothyrin, mit Thyreoidserum Möbius-Merck, mit Rodagen, mit dem Serum thyreoidisierter Kaninchen, Hunde und Ziegen, mit der Milch thyreoidectomierter Tiere nach Lanz und Göbel, und den Tabletten aus dem Blute thyreoidectomierter Ziegen nach Madsen. Verf. hat 18 Fälle beobachtet, die nach einer oder mehreren der vorgenannten Methoden behandelt sind. Die Strumektomie setzte in vier Fällen die Pulsfrequenz herab und liess in zwei derselben die erweiterten Herzgrenzen zurückgehen unter Hebung des Körpergewichtes und Besserung des psychischen Verhaltens. Vom Thyreoidin sah er keinen Erfolg; bei fünf mit Thyreoidserum Behandelten ist subjektive Besserung in zwei Fällen erzielt worden und die Pulsfrequenz herabgesetzt, die Struma nur in einem Falle etwas beeinflusst worden. Etwas besser sind die Erfolge mit Rodagen. Die Madsen'schen Tabletten wurden erfolglos genommen. Die Lanz'sche Milch schaffte vorübergehende Besserung des Allgemeinbefindens während des Gebrauches. Alle 18 Kranke sind auch heute noch als Basedow-Kranke anzusehen. Vortr. stellt in einer Statistik seiner während der letzten zehn Jahre behandelten 66 Basedow-Fälle fest, dass die Behandlungsergebnisse unter der elektrotherapeutischen, klimatischen, physikalisch-diätetischen und sedativen Behandlung mindestens gleich günstig waren, und empfiehlt auch fernerhin diese Therapie in den Vordergrund zu stellen bei gleichzeitigen Behandlungsversuchen mit einem der oben genannten, sogenannten Spezifika, besonders mit dem Rodagen. Gute Erfolge sah er auch von periodischer Applikation eines Eisbeutels auf die Struma. Die Strumektomie ist nur in rasch progressiven und solchen Fällen zu versuchen, die sich erfolglos der neurologischen Behandlung anvertraut haben oder aus sozialen Gründen nicht unterziehen können.

346) **R. L. Schütz** (Wiesbaden): Ueber eine schwere Form von chronischem Colonspasmus.

Votr. hat in den letzten zwei Jahren bei zwei Mädchen und einer Frau im Alter von 19—22 Jahren eine schwere Form von chronischen Colonspasmus beobachtet, wie sie bisher nicht beschrieben worden ist.

Der Colonkrampf dauerte zur Zeit der Beobachtung 5—7 Wochen und war mit völliger Verstopfung und den heftigsten Schmerzen verbunden. Die Kranken boten ein Bild schwersten Krankseins. Der Spasmus ist bei zwei Patientinnen, die Schütz weiter verfolgen konnte, seither noch häufig aufgetreten und hat bei der einen zur Entfernung des Processus vermiformis Anlass gegeben, einem Eingriff, der ohne jeden Erfolg blieb.

Das eigenartige Krankheitsbild — ein Zustand maximaler Kontraktion des Colon, die ohne Unterbrechung wochenlang besteht — wird verständlich im Hinblick auf die Bleikolik, nur dass es sich nicht um die Wirkung eines von aussen eingeführten Giftes, sondern um eine abnorme Erregbarkeit des Darmnervensystems handelt. Votr. bespricht kurz Pathologie, Diagnose, Prognose und Therapie.

Der Vortrag erscheint demnächst im Archiv für Verdauungskrankheiten.

347) **Weygandt** (Würzburg): Dementia praecox und Idiotie.

Bei einer Reihe von Fällen der Dementia praecox zeigt die Vorgeschichte imbezille Veranlagung von Jugend auf; es handelt sich nicht nur um eine sogenannte Pfropfhebephrenie, sondern auch eine typische Katatonie und paranoische Demenz kann sich auf imbeziller Basis entwickeln.

Daneben wurden seit langem bei tiefstehenden Idioten bizarre Körperhaltungen, Grimassieren, rhythmische Bewegungen, sinnlose rhythmische Sprachäusserungen und ähnliche sogenannte Tics beobachtet, auch ein ablehnendes oder negativistisches Verhalten, sowie Andeutungen von Befehls-Automatie; bekannt ist weiterhin vielfach die auffallend schwache Entwicklung der affektiven Sphäre, die ja mit den Anlass zur Aufstellung des Begriffes der moral insanity gegeben hatte. Allerdings decken sich die letzteren Fälle nicht mit den durch jene Tics charakterisierten.

Kraepelin suchte neuerdings die Idioten mit unzugänglichem störrischem Wesen, Haltungsstereotypien, Manieren, Schrullen, rhythmischen Bewegungen usw. als Frühform der Dementia praecox aufzufassen. Indes lässt sich bei eingehender Analyse zahlreicher Fälle von Idioten mit solchen Tics gewöhnlich feststellen, dass ihrem Defekt eine bestimmte cerebrale Ursache zugrunde liegt, sowohl Entwicklungshemmung wie auch früh einsetzende Hirnentzündungen, Porencephalie, Hirnatrophie, chronische Meningitis, Hydrocephalie, auch Mongolismus. Es sind in solchen Fällen die Tics viel ungezwungener, ebenso wie der idiotische Blödsinn durch eben diese verschiedenen, die Hirnentwicklung störenden Ursachen zu erklären.

Gerade bei Imbezillen, aus denen sich die sogenannten Pfropfhebephrenien rekrutieren, finden sich Tics verhältnismässig selten.

Es ist weiterhin zu betonen, dass solche Tics keineswegs pathognomonisch für Dementia praecox sind, sondern auch bei andern Psychosen, wie Paralyse, Epilepsie usw. vorkommen können.

Ferner wurden auch Uebergänge von Imbecillität zum manisch-depressiven Irresein, die Vereinigung von Imbecillität mit Hysterie und auch das Auftreten von Paralyse auf imbeziller Basis beobachtet.

Schliesslich ist zu betonen, dass Andeutungen jener ticartigen Symptome auch auf früher Stufe der normalen Kindesentwicklung zu beobachten sind, negativistische und Echo-Symptome, Grimassieren, gezwungene Haltungen, rhythmische Bewegungen und selbst sprachliche Aeußerungen, die sich von denen der Dementia praecox kaum unterscheiden.

Es handelt sich damit bei jenen Tics der Idioten keineswegs um Symptome einer früh einsetzenden Dementia praecox, wohl aber um Zeichen, die die Pathogenese der Dementia praecox selbst beleuchten können, insofern sie sich darstellen als ein Rückfall auf eine Frühstufe der Kindesentwicklung, in der als erste Vorstufe der Zweckhandlung lediglich eine Auslösung psychomotorischer Antriebe in der stimmlich-sprachlichen, wie in der sonstigen muskulären Sphäre stattfindet.

348) **Roemheld** (Hornegg): Ueber den Korsakoff'schen Symptomenkomplex bei Hirnlues. Vergl. dieses Centralblatt S. 478.

349) **R. Link** (Freiburg i. B.): Ueber den Babinski'schen Reflex.

Votr. teilt Untersuchungen mit über das Auftreten dieses Reflexes bei Injektionen von Scopolaminum hydrobromicum, die zu Zwecken der allgemeinen Narkose oder als Sedativum für Geistesranke angewendet wurden. Der Babinski'sche Reflex fand sich bei 31 von 36 Fällen; bei den 5 negativen waren 2 Patienten, die auch sonst ganz oder teilweise sich refraktär erwiesen, 3 hatten nur kleine Dosen, 0,00045 und dann in Abständen von einer oder mehreren Stunden 0,00015 erhalten und wurden erst 2 $\frac{1}{2}$, 4 und 15 Stunden nach der ersten Injektion untersucht. Bei allen, ausser bei 6 Patienten, die aber auch keinerlei Zeichen einer nervösen Erkrankung, welche Babinski'sches Phänomen bedingt, darbieten, wurde vor oder nach der Narkose festgestellt, dass sie normalen Beugetypus der Zehen hatten. Die kürzeste Zeit für das Auftreten dieses somit bei Skopolamin-Injektionen fast konstanten Reflexes — in der Literatur wird sein Auftreten nur von Kutner und Volkmann nebenbei erwähnt — war einige Minuten nach Injektion von 0,0012, die kleinste Dosis, nach der er beobachtet wurde, 0,0004. Das meist gleichzeitig injizierte Morphinum veranlasste den Reflex sicher nicht, wie zweifelloses Auftreten desselben nach Injektion von Skopolamin allein und das Vorhandensein eines lebhaften normalen Plantarreflexes in einem Fall schwerer Morphinumvergiftung bewiesen. Die zur Anwendung kommenden Dosen waren 0,0002 bis 0,002 als Einzeldosis, 0,0012 mit zweimaliger Wiederholung und 0,00045 und dann mehrfach 0,00015.

Votr. weist auf das auffallende Missverständnis hin, das bestand in der meist vorhandenen Steigerung der tiefen Reflexe — öfters Fussklonus — und der von ihm und anderen Autoren beobachteten Herabsetzung des Muskeltonus; lediglich als Teilerscheinung einer allgemeinen Reflexsteigerung kann somit der Babinski'sche Reflex hier nicht aufgefasst werden. Bei 6 Fällen konnte konstant das Verschwinden des durch Skopolamin hervorgerufenen Babinski'schen Reflexes unter dem Einfluss von wenigen ccm Chloroform nachgewiesen werden. Vierzehnmal fand sich nur beim Streichen der Fusssohlen Dorsalflexion der grossen

Zehe, beim Stechen dagegen normale Plantarreflexion; das umgekehrte Verhalten wurde nie beobachtet.

Votr. hält das Phänomen für bedingt durch die funktionelle Ausschaltung der Grosshirnrinde durch das Skopolamin, entsprechend dem Auftreten des Babinski'schen Reflexes im tiefen physiologischen Schlaf und im epileptischen Koma. (Der Vortrag erscheint in extenso im „Neurologischen Centralblatt“.)
(Eigenbericht.)

350) **Bayerthal** (Worms): Ueber Spätmeningitis nach Schädelverletzungen.

Die Fälle, in denen der ärztliche Sachverständige sein Gutachten darüber abzugeben hat, ob eine Hirnhautentzündung als Folge eines Schädelbruches aufzufassen ist, sind verhältnismässig häufig und bereiten der Beurteilung meist keine Schwierigkeit. Weniger gilt dies für die auffallenden und ausserordentlich seltenen Fälle, in denen die Kranken längere Zeit nach scheinbar vollständiger Wiederherstellung noch an einer Meningitis zugrunde gehen. Freilich wird auch hier, sobald sich bei der Sektion Hirnabszesse traumatischer Herkunft finden, die Deutung des ätiologischen Zusammenhanges keinen Schwierigkeiten begegnen. Wie verhält es sich aber in Fällen, wo diese Infektionsquelle nicht nachweisbar ist und zwischen Schädelfraktur und Meningitis bereits Monate oder Jahre verlossen sind? Zur Beschäftigung mit dieser Frage gab Votr. der folgende Fall Veranlassung:

26jähriger Tünchergeselle bis zu einer am 27. April 1901 erlittenen Basisfraktur stets gesund. Auf Grund von Schwindelanfällen, die auf eine Labyrinthläsion zurückgeführt wurden, war eine Rente von 50% bewilligt worden. Bei der Nachuntersuchung am 8. VIII. 02 klagte der Verletzte ausser über häufig auftretende Kopfschmerzen ohne bestimmte Lokalisation noch über eine auffallende Abnahme seines Gedächtnisses. Am 21. IX. 03 akut einsetzende Meningitis, der Pat. nach vier Tagen erlag. Die Sektion und mikroskopische Untersuchung (Nissl) ergaben das typische Bild der eitrigen Hirnhautentzündung. Benachbarte Eiterherde oder entfernte Infektionsherde, von denen die bakteriellen Krankheitserreger in das Gehirn hätten gelangen können, konnten nicht nachgewiesen werden. Das Interesse des Falles beruht auf dem ursächlichen Zusammenhang der Meningitis mit der beinahe 2½ Jahre zurückliegenden Schädelfraktur. Votr. nimmt an, dass bereits vor dem Einsetzen der Meningitis histologische Schädigungen im Gehirn bestanden haben, welche mit dem erlittenen Unfall in Zusammenhang zu bringen und als locus minoris resistentiae gegenüber den auf dem Wege der Blut- und Saftbahnen eingedrungenen Infektionserregern aufzufassen sind. Diese Annahme sei berechtigt, weil Gedächtnisdefekte wie der im obigen Falle vorhandene sich nicht selten nach Basisfrakturen entwickeln (Graf, König) und auf eine Erkrankung des Gehirngefässapparates, möglicherweise auch der Ganglienzellen zurückgeführt werden müssen. Die Frage, welche mikroskopischen Veränderungen des Gehirns das letztere zu einem locus minoris resistentiae gegenüber Mikroorganismen und ihren Toxinen machen, wird im Sinne Schultze's und Erb's (Curschmann's) beantwortet. Dem Gutachten des Votr. entsprechend hat die Berufsgenossenschaft den Hinterbliebenen des Verletzten die gesetzliche Rente bewilligt.
(Eigenbericht.)

351) **Merzbacher** (Heidelberg): Das Auftreten von Lymphocyten in der Spinalflüssigkeit nach syphilitischer Infektion.

Vergl. die ausführliche Publikation M.'s, dieses Centralblatt 1905, S. 489.

352) **Jamin** (Erlangen): Ueber Hautreflexe an den Armen.

Die oberen Extremitäten sind im Vergleich zu den unteren auffallend unempfindlich in bezug auf Hautreflexe. Bei erhaltener willkürlicher Beweglichkeit der Arme treten auf schmerzhaft Reize an der Hand Abwehrbewegungen auf, bei Lähmungen, insbesondere bei der Hemiplegie, sind in der Regel keine deutlichen Hautreflexe an den Armen zu erzielen. Neuerdings hat Oppenheim einen Pronationsreflex bei der Diplegia spastica der Kinder beschrieben, C. Reuter eine reflektorische Streckbewegung bei einem Paralytiker.

Votr. hat einen pathologischen Hautreflex am Arm jahrelang, zuerst 1902, bei einer vollkommen paraplegischen Kranken beobachtet, bei der anfänglich nur der rechte Arm eine hochgradige Parese vorwiegend der Strecker mit Beugekontraktur im Ellenbogengelenk und in den Fingergelenken zeigte. Auf tiefen Stich in die Hohlhand oder in die Fingerspitzen oder auf energischen Druck an einer Fingerkuppe erfolgte mit der schmerzhaften Empfindung zunächst eine kurze Abwehrbewegung im Sinne der fast ausschliesslich möglichen Beugung des Armes und der Finger. Dann aber trat, etwas verspätet, eine langsame nicht willkürlich zu unterdrückende Streckbewegung ein: Abduktion im Schultergelenk und Einwärtsrollung des Armes, Streckung im Ellenbogengelenk, Pronation und Volarflexion der Hand, Streckung und Spreizung sämtlicher Finger mit Einschluss des Daumens. Nach einigen Sekunden kehrte der Arm in die Beugekontrakturstellung wieder zurück.

Zwei Jahre später war der rechte Arm vollkommen gelähmt, die Sensibilität blieb ziemlich gut erhalten, die Sehnenreflexe fehlten an Armen und Beinen ganz. Der Streckreflex auf starken Stich in die Hohlhand war gleichwohl immer noch in gleicher Ausdehnung regelmässig auszulösen und zeigte sich jetzt auch am linken Arm, der nunmehr, wie früher der rechte, ebenfalls Schwäche der Strecker und Kontraktur der Beuger aufwies. Trotz des Fehlens der Sehnenreflexe blieb bis zum Tode ausgesprochene Hypertonie in beiden Armen bestehen, ebenso in den Beinen, die gleichfalls lebhaft Hautreflexe mit Babinski'schem Zehenphänomen und Oppenheim's Unterschenkelreflex zeigten.

Bei der anfangs dieses Jahres vorgenommenen Autopsie wurde eine ausgedehnte multiple Sklerose mit völliger Entmarkung des Brustmarks und des oberen Halsmarks gefunden. Nur im unteren Halsmark und in einem Teil des Lendenmarks sind noch markhaltige Reste der Vorderseitenstränge und des Hinterstrangs erhalten. Die bulbäre Kerngegend ist nahezu frei von Herden, ausgedehntere Sklerosen bestehen in der linken Hemisphäre in der Gegend des Linsenkerns und der inneren Kapsel. Da aber in den marklosen Partien fast durchweg noch wohlerhaltene Axenzylinder nachweisbar sind, lässt sich die eigenartige, pathologische Reflexbewegung aus dem anatomischen Befund nicht mit Sicherheit deuten.

Aehnliche Streckreflexe an den Armen auf sehr schmerzhaft und anhaltende Reize — nicht auf Kälte, und nur selten auf Strichreize — waren nur noch in zwei weiteren Fällen mit dem klinischen Bilde einer fortgeschrittenen multiplen Sklerose zu finden. Auch waren sie nachweisbar bei einem im Koma

eingelieferten Pneumoniekranke neben schwachen Sehnenreflexen, leichter Hyper-tonie der Glieder, Babinski'schen und Oppenheim'schen Zeichen und dem von Oppenheim angegebenen Fressreflex. In diesem, wenige Stunden nach der Untersuchung letal verlaufenen Falle fand sich bei der Autopsie nur ziemlich hochgradiges Oedem des Gehirns. (Eigenbericht.)

353) **M. Rosenfeld** (Strassburg i. E.): Ueber Partialdefekte bei Katatonie.

R. berichtet über Endzustände von Katatonie, in denen festgestellt werden konnte, dass die Kranken die Fähigkeit verloren hatten, durch Betasten Gegenstände zu erkennen. Also eine Störung, welche man bei organischen Erkrankungen der Rinde und bei Rindenverletzungen als Tastlähmung zu bezeichnen pflegt. Diese Störung im Reiche des Tastsinnes wurde dann als sicher erwiesen betrachtet, wenn die Kranken die Prüfung auf die einfachen Tastempfindungen ohne jede Störung an sich vornehmen liessen, korrekte, positive Antworten gaben und die sogenannten einfachen Empfindungsqualitäten, also Berührungsempfindung, Schmerzempfindung, Temperatursinn, Lageempfindung, Ortssinn und Drucksinn sich intakt erwiesen.

Man wird aus den an anderer Stelle mitzuteilenden Krankengeschichten entnehmen können, dass die Patienten zur Zeit der Prüfung genügend aufmerkten und dass vor allem nicht Negativismus und Vorbeireden die Antworten der Patienten beeinflusste. Die Kranken befolgten alle während der Untersuchung an sie gerichteten Anforderungen, gaben positive Antworten, bezeichneten die von einem Reiz getroffenen Hautstellen durch Hindeuten mit der anderen Hand oder durch Bewegung der betreffenden Finger. Sie benannten die Gegenstände, falls sie den einen oder den anderen richtig erkannten, mit dem richtigen Namen. Mit dem Gesichtssinne wurden alle Objekte sofort richtig erkannt und benannt. Es liegt also zunächst kein Grund vor, Schwankungen der Aufmerksamkeit, Negativismus und Vorbeireaktion für das Zustandekommen jenes Ausfalls verantwortlich zu machen. Die Tatsache, dass die Störung im Wiedererkennen von Gegenständen in einem Falle nur halbseitig bestand, wird auch für die Richtigkeit dieser Annahme sprechen. Das Wiedererkennen von Gegenständen durch Betasten verlangt zum Teil wenigstens komplizierte assoziative Verknüpfungen einfacher Tastempfindungen, unter welchen das Lagegefühl und die Muskelbewegungsvorstellung vielleicht die Hauptrolle spielen.

Lissauer hat seiner Zeit schon die Behauptung ausgesprochen, dass die Fähigkeit, Gegenstände durch Betasten zu erkennen, mehr Intelligenz, d. h. kompliziertere assoziative Leistungen erfordern, als das Wiedererkennen durch andere Sinne.

Dann wäre also jener Ausfall auf dem Gebiete des Tastsinnes ein Symptom von Demenz, ein Partialdefekt, von dem es nur noch fraglich erscheint, ob er für bestimmte Formen der katatonischen Demenz charakteristisch ist. Ich habe noch eine ganze Reihe von dementen Kranken auf diese Störung im Bereiche des Tastsinnes untersucht und fand dieselbe nur noch in zwei Fällen von Paralyse mit leichten Anfällen, sonst nicht. Selbst in einem Fall von hochgradiger seniler Demenz mit vollständiger Aufhebung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit fehlte die Störung.

Es ist nun sehr auffällig, dass in den vier Fällen von Katatonie, in welchen sich die Störung im Bereiche des Tastsinnes fand, primäre Störungen

der psychomotorischen Innervationsverhältnisse lange Zeiten hindurch bestand und das Krankheitsbild beherrschte. Darnach könnte es scheinen, als wenn die beschriebenen Partialdefekte im Gebiete des Tastsinns zu den motorischen Störungen der Katatonien in Beziehung stehen und nur mit den letzteren zusammen auftreten.

354) **Pfersdorff** (Strassburg i. E.): Die Prognose der *Dementia praecox*.

Auf Grund der Katamnese von 150 Fällen, welche von 1890—1900 zum ersten Male in der Strassburger Klinik beobachtet wurden, liessen sich folgende Verlaufsarten der *Dementia praecox* feststellen:

1. 110 Fälle, die im akuten Stadium und in der Remission katatonische, motorische Reizerscheinungen boten.

In 75 Fällen trat keine Remission auf. Diese Kranken blieben dauernd interniert. In 23 Fällen schob sich nach dem ersten Anfall eine mehrjährige Remission (von 2—10 Jahren) ein. Während derselben finden sich die motorischen Reizerscheinungen des akuten Stadiums, sie sind jedoch weniger intensiv und treten phasenweise auf. Eine weitere Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass die Kranken oft Beschäftigung und Aufenthaltsort wechseln. Eine Anzahl Kranker konnte so für kürzere Zeitabschnitte Berufsarbeit leisten, je nach dem Stande der Intelligenz; das Sinken derselben tritt in dieser Gruppe nicht in den Vordergrund. Die Intelligenz war intakt in sechs Fällen; als Vorläufer dieser traten nach dem ersten Anfall periodisch Phasen von mehrtägiger Dauer auf, in denen die Kranken reizbar und negativistisch sind; sie leisten volle Arbeit.

Zu dieser ersten katatonischen Hauptgruppe sind noch Fälle zu rechnen, in denen sich im Verlaufe mehrerer Jahre ohne akute Reizerscheinungen, langsam eine Charakterveränderung entwickelt. Die Demenz gibt sich vorwiegend in der Abnahme der Intelligenz kund. Die Interesselosigkeit beruht hier auf einer Einbusse an Vorstellungen. Auch hier sind periodische Erscheinungen vorhanden.

Die zweite Hauptgruppe (40 Fälle) ist dadurch ausgezeichnet, dass die motorischen Reizerscheinungen weniger ausgeprägt sind, dass die Schwankungen des Affektes das klinische Bild beherrschen. Die Schwäche des Affektes ist für diese Zustände charakteristisch.

In zwölf Fällen entwickelte sich die Demenz nach einer grösseren Anzahl meist nicht lang dauernder Depressionen. Die Demenz giebt sich kund in vollständiger Gleichgültigkeit bei erhaltenem geistigem Besitzstand. Trotz erhaltener Vorstellungen fehlt das Interesse. Diese Schwäche des Affektes zeigt sich auch in der Labilität der Stimmungslage. Bei diesen Fällen findet sich auch noch gezierte Sprechweise, Vorliebe für Sprüche, für Redensarten.

In zwölf Fällen traten ebenfalls zahlreiche Depressionszustände auf. Dieselben sind dadurch bemerkenswert, dass auf den geringsten Reiz eine starke Affektreaktion erfolgt. Die begleitenden exzessiven mimischen Bewegungen drücken der Affektäusserung den Stempel des Läppischen auf. Die Stimmung ist meist leicht depressiv, jedoch stets äusserst labil. Die Kranken produzieren zahlreiche Wahnideen und Sinnestäuschungen. Der terminale Verlust der Vorstellungen ist nicht bedeutend, die Kranken werden jedoch durch die kontinuierlichen Affektschwankungen an einer geregelten Beschäftigung verhindert.

In acht Fällen bestand dauernd motorische Erregung mit begleitender Euphorie. Stimmungswechsel und Beeinflussbarkeit fehlt. Im Laufe der Jahre

lassen diese Reizsymptome nach. Die Erregung äussert sich dann in hastigem Sprechen und Reizbarkeit. Die Kranken sind dauernd arbeitsfähig. In den Verlauf schieben sich Depressionen, Zustände motorischer Gebundenheit ein.

Die letzte Gruppe (acht Fälle) ist dadurch ausgezeichnet, dass dauernd eine leichte Euphorie ohne sonstige Reizerscheinungen besteht. Stärkere Affektreaktionen können nicht mehr stattfinden. Die Kranken schildern sich selbst als „kalt“. Sie leisten ihre regelmässige Arbeit und haben Interesse für diese. Periodische Symptome fehlen vollkommen. Rezidive wurden nicht beobachtet, völlige Heilung wurde nicht vorgefunden. 16% der Kranken waren dauernd arbeitsfähig. (Eigenbericht.)

Versammlungsort 1906: Baden-Baden. Geschäftsführer Missl (Heidelberg) und Laquer (Frankfurt). Referatthema: Der Stand der Lehre von den vasomotorischen Nerven. Referent: Paul von Grützner (Tübingen).

III. Bibliographie.

XCHII) **Banke**: Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Verlag: Gustav Fischer, Jena 1904.

Verf. hat sich die dankenswerte Aufgabe gestellt, die bisherigen so zerstreuten und zahlreichen Mitteilungen über die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten einer kritischen Besprechung zu unterziehen unter gleichzeitiger Verarbeitung seiner eigenen Untersuchungen auf diesem Gebiet.

Die Arbeit behandelt in drei Teilen die Physiologie, die allgemeine und spezielle Pathologie der Pupillenbewegungen, ferner im Anhange die Methodik, den anatomischen Verlauf der Pupillarnreflexbahnen und die traumatischen Pupillenstörungen.

In dem ersten Abschnitt interessieren vor allem die Besprechung des Lichtreflexes der Pupille, der Mitbewegungen der Iris und der reflektorischen Erweiterung der Pupillen auf sensible und psychische Reize, sowie des Verf. eigene Untersuchungen über den pupillomotorischen Effekt des galvanischen Stromes, wobei sich ein ziemlich konstantes Verhältnis ergibt zwischen der optischen und motorischen Wirkung des Reizes. Zu der Pathologie leitet über die Besprechung der Pupillenweite und der Irisreaktion unter bestimmten physiologischen Bedingungen wie Schlaf, Ermüdung, Senium, sowie des Verhaltens der Pupillen nach dem Tode und bei den gebräuchlichsten Pupillenreagentien.

Die allgemeine Pathologie scheidet zwischen den zentripetalen (Reflextaubheit, hemianopische Pupillenstarre, paradoxe Reaktion) und zentrifugalen Pupillenstörungen (Okulomotoriuslähmung, Ophthalmoplegia interna, absolute Pupillenstarre). Zwischen diese beiden Kapitel wird die Besprechung der isolierten reflektorischen Pupillenstarre geschoben, deren anatomische Verhältnisse nicht bekannt sind. Hierbei ergibt sich als wichtigstes Resultat, „dass die dauernde isolierte reflektorische Pupillenstarre nur bei Tabes, Paralyse und als Folge der angeborenen oder erworbenen Syphilis vorkommt, während die Fälle, in denen als Residuum einer absoluten Pupillenstarre ein Zustand zurückbleibt, der von dem Robertson'schen Phänomen nicht unterschieden werden

kann, so ausserordentlich selten sind, dass sie praktisch vernachlässigt werden können“. Die Lektüre dieses ausgezeichnet durcharbeiteten Abschnittes kann als theoretisch und praktisch gleich lehrreich dringend empfohlen werden. Eine Besprechung der pathologischen Veränderungen der Sympathikusinnervation, der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize, der Psychoreflexe und Pupillenunruhe sowie der Pupillenweite und Form beschliesst diesen wichtigen Teil.

In gründlichster Weise beschäftigt sich Verf. mit der Methodik der Pupillenuntersuchungen, welche Verf. selber gefördert hat, indem er auf die Bedeutung des Westien'schen Hornhautmikroskops für neuropathologische Zwecke erst recht aufmerksam machte und dies Instrument methodisch ergiebig verwendete. Das Referat über den anatomischen Verlauf der Pupillarreflexbahnen kommt zu dem Resultat, dass ein sicheres Ergebnis bisher noch nicht gewonnen ist.

In der speziellen Pathologie scheidet Verf. die organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems von den sogenannten funktionellen. In der Mitte stehen die toxischen Störungen. Trotz der kompendiösen Form geht Verf. dabei auf alle wichtigen Einzelheiten ein und schält in umsichtiger Kritik die Resultate aus den sich widersprechenden Mitteilungen heraus. Im dritten Kapitel interessieren besonders die Pupillenstörungen bei Epilepsie und Hysterie, wobei Verf., wie öfter, darauf hinweist, dass absolute und reflektorische Starre nicht verwechselt werden dürfen, wiewohl letztere weder bei Epilepsie noch der Hysterie gefunden wird. Hinsichtlich der galvanischen Reflexempfindlichkeit bei Epileptikern konnte Verf. feststellen, dass das Verhältnis der Licht- und Reflexempfindlichkeit etwas kleiner als bei Gesunden ist und die pupillometrische Reizschwelle durchweg ausserordentlich hoch liegt. Auch die Untersuchung der Pupillen im Anschluss an epileptische Anfälle und im Dämmerzustande der Kranken führte zu von der Norm abweichenden Ergebnissen.

Ganz des Verf. Eigentum sind seine Mitteilungen über eigenartige Pupillenstörungen bei den funktionellen Psychosen. Er kommt zunächst zu dem kritischen Resultat, dass mit Ausnahme von Dementia praecox und Imbezillität den Psychosen, deren Anatomie nicht bekannt ist, nachweisbare Pupillensymptome nicht eigentümlich sind. Richtig ist nur, dass Mydriasis bei allen Aufregungszuständen eintritt und Ungleichheit der Pupillen sich häufiger findet, als bei Geistesgesunden. Bei der Dementia praecox und der Imbezillität konnte Verf. dagegen charakteristische Pupillenstörungen nachweisen. Es fanden sich: Fehlen der Psychoreflexe, der Pupillenunruhe, der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize und Erhöhung der Lidschlussreaktion. Bei den Katatonikern im engeren Sinne traten alle diese Symptome auf, bei den andern Formen nur einzelne derselben. „Es zeigt sich, dass ein wesentlicher Unterschied zwischen den drei Formen der Dementia praecox hinsichtlich der Pupillen nicht besteht . . .“ Die Psychoreflexe und die durch das Wechselspiel der psychischen Vorgänge bedingte Pupillenunruhe fehlen stets bei der Dementia praecox auf der Höhe der Krankheit. Dieses Symptom geht den anderen katatonischen Zeichen oft, aber nicht immer längere Zeit voraus und verschwindet nicht wieder, wo es einmal vorhanden ist; die reflektorische Erweiterung auf sensible Reize bleibt zuweilen länger erhalten, als wie die Psychoreflexe und kann gelegentlich in der Remission wiederkehren.“ Verf. betont, dass er nur von 33 Kranken genaue Protokolle besitze, von denen 9 der hebephrenischen, 22 der katatonischen

und 2 der paranoiden Form der Dementia praecox angehören. Die 7 Fälle von Imbezillität waren diagnostisch insofern nicht eindeutig, als es sich um „akute Erregungszustände bei nicht sehr hochgradigem angeborenem Schwachsinn“ handelte, und ein sekundärer Verblödungsprozess nicht auszuschliessen war. Die Genauigkeit, mit welcher Verf. augenscheinlich arbeitet, lässt keinen Zweifel darüber, dass diese Pupillensymptome bei den genannten Psychosen vorkommen. Die weitere Aufgabe wird nun freilich nach der differentialdiagnostischen Seite gehen müssen. Lässt sich eine zirkuläre, katatonische oder hysterische Depression oder Erregung auf Grund dieser Pupillensymptome differenzieren, was ja klinisch öfter auf lange Zeit hin nicht möglich ist, so ist damit ein Fortschritt gewonnen. Es wird also alles auf Nachprüfungen ankommen bei möglichst mannigfaltigen Kranken und Zuständen, wobei natürlich die klinische Diagnostik ebensowohl die differenzierende Bedeutung der Pupillenuntersuchung kontrollieren müsste, wie umgekehrt. Die Angaben des Verfassers sind jedenfalls so bestimmt und selbstkritisch, dass Nachuntersuchungen seitens anderer klinischer Psychiater trotz der sichtlichen Schwierigkeiten geboten erscheinen.

Ein sorgfältig ausgearbeitetes, umfangreiches Literaturverzeichnis beschliesst die Arbeit, welche nicht allein durch die tatsächlichen Mitteilungen wertvoll ist, sondern auch durch die Anregungen und Probleme, welche Verf. häufig gibt und aufstellt.

Arndt.

XCIV) W. His: Die Entwicklung des menschlichen Gehirns während der ersten Monate. Leipzig. S. Hirzel. 1904. 176 Seiten. 105 Abbild.

His hat ein Jahr vor seinem Tode noch einmal eine Darstellung desjenigen Teiles der Hirnanatomie gegeben, dessen Bearbeitung wir in allererster Linie ihm verdanken. Die einzelnen Kapitel bilden keine fortlaufende Reihe, His schildert in mehr oder weniger abgerundeten Kapiteln, was ihm auf Grund seines eigenen Materials bekannt ist. Zu einem Teil hat er bei der Darstellung frühere Arbeitsergebnisse benutzt. Besonders wertvoll wird das Buch durch die Beifügung zahlreicher guter photographischer Reproduktionen seiner Präparate.

Ein kleinerer Teil der Schilderungen betrifft morphologische Verhältnisse des embryonalen Zentralorgans. Einige sehr schöne Kapitel schildern die Histiogenese des Medullarrohres und der Hemisphärenwand in den ersten vier Monaten. Die letzten Abschnitte handeln von der Kommissurenbildung und von der ersten Entwicklung der intramedullären Faserbahnen.

Im Verlauf der Schilderung nimmt His mehrfach in sehr präziser Weise Stellung zu neueren Auffassungen und Theorien. Diese Stellungnahme berührt überaus angenehm durch ihre ruhige Sachlichkeit. Bezüglich der Neuronlehre erklärt er auf demselben Standpunkt zu stehen wie im Jahre 1886: „Jede Nervenfaser geht als Ausläufer aus einer einzigen Zelle hervor.“ Bethe's gegenteilige Beobachtungen bedürfen seiner Meinung nach noch einer sorgfältigen Nachprüfung; eine Diskussion über Nissl's Einwände lehnt er ab, da seine Grundanschauungen von denen N.'s so verschieden seien, dass es schwer falle, einen gemeinsamen Diskussionsboden zu finden.

Die Glia spielt in seinen histiogenetischen Darstellungen eine wichtige Rolle; sie ist bei der Bildung neuer Teile der Zentralorgane stets zuerst vorhanden, lange vor dem Auftreten von Nervenzellen und -Fasern. Auch er hat allmählich die Auffassung gewonnen, dass die Glia rein ektodermaler Herkunft ist, dass das mittlere Keimblatt an ihrer Bildung sich nicht beteiligt. Im übrigen ver-

weist er mehrfach auf die schöne Arbeit seines Schülers Held (1903) und die von diesem vertretene Auffassung von dem syncytialen Charakter der Glia.

Wer diese letzte hirnanatomische Arbeit von His zur Hand nimmt, wird seine Freude daran haben. Sie bildet den Abschluss einer langen Reihe von Forschungen, die für die Hirnanatomie von der allergrössten Bedeutung sind.

Schröder.

XCV) Dubois: Ueber den Einfluss des Geistes auf den Körper. Deutsch von E. Ringier. Bern, A. Francke 1905. 1,00 M.

Eine treffliche kleine populäre Schrift des bekannten Berner Psychotherapeuten, die in leichtfasslicher Form den Nervösen die Hauptursachen ihrer Störungen erläutert und ihnen den Weg zur Besserung durch vernünftige Selbsterziehung zeigt. Das kleine Buch kann vom Arzt den nervösen Kranken in die Hand gegeben werden, es züchtet keine Hypochonder, sondern wird dem Arzt bei seinen therapeutischen Betreibungen ein guter Bundesgenosse sein.

Die Ausstattung der Schrift ist sehr hübsch, die Uebersetzung gut.
Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

355) K. Schaffer: Bemerkungen über die Degeneration vom forensisch-psychiatrischen Gesichtspunkte.

(Körciszsigügi is törvingspeoti orvostudományi szemle. 1905. No. 1.)

Verf. äussert sich in einem kurzen Artikel dahin, dass Degenerierten, die „unter den ihnen eigentümlichen physiologischen Verhältnissen“ ein Delikt begehen, wenn für die Zeit der Tat eine eigentliche Geistesstörung oder ein die Ueberlegung ausschliessender Zustand nicht nachweisbar ist, die Tat zugerechnet werde; ja, sogar eine härtere Strafe sei nötig, denn nur von einer solchen könne man eine moralische Einwirkung erwarten. Würde hingegen die Tat „unter pathologischen Verhältnissen“, d. h. im Affekt, unter dem Einflusse von Zwangsvorstellungen, Alkohol oder dergleichen verübt, was bei der psychopathischen Disposition der Degenerierten leicht möglich sei, dann wäre sehr verminderte Zurechnungsfähigkeit zuzuerkennen, in schweren Fällen könnte selbst die Unzurechnungsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden, wenn auch der Beweis hierfür nicht gelinge.

Epstein (Budapest).

356) H. Breuknik: Ueber Ermüdungskurven bei Gesunden und bei einigen Neurosen und Psychosen. Mit 15 Textfiguren.

(Journ. f. Psycholog. u. Neurolog. Bd. IV. 1904. S. 85—108.)

Die Kurven sind mit dem von Kraepelin verbesserten Mosso'schen Ergographen aufgenommen. Die hysterische Kurve ist durch plötzliches Aufhören nach ziemlich gleichmässiger Leistung gegenüber der nicht in gerader Linie, aber doch allmählig abfallenden Ermüdungskurve des Gesunden charakterisiert. Ferner kommt eine nach kurzer Erholungspause gezogene zweite Kurve der ersten gleich. Das Aufhören beruht also nicht auf Ermüdung, sondern auf psychogenen Einflüssen. Beim Neurastheniker ist die durchschnittliche Hubhöhe, die Anzahl der Hebungen und die Gesamtarbeit geringer als beim Gesunden. Bei Chorea zeigt die Kurve starke, durch die unwillkürlichen

Zuckungen hervorgerufene Unregelmässigkeiten. Bei den verschiedenen untersuchten Psychosen fanden sich noch keine pathologisch verwertbaren Resultate.

Der Verfasser konnte den von Féré behaupteten Einfluss von Magneten und Gerüchen auf die Arbeit nicht bestätigen. Er glaubt, eine gewisse Suggestibilität habe bei Féré diese Resultate vorgetäuscht.

Studien an Nerven- und Muskelkranken machen es wahrscheinlich, dass die Zahl der Hebungen mehr durch das zentrale Nervensystem, die Höhe mehr durch das Muskelsystem beeinflusst wird. v. Muralt.

357) **Weber**: Faecal vomiting and reversed peristalsis in functional nervous (cerebral) disease: a summary of cases and conclusions. (Brain, Summer 1904.)

Nach Mitteilung eines selbstbeobachteten und Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle von Koterbrechen bei funktionellen nervösen Erkrankungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Funktionelles nervöses Erbrechen ist ebenso wie die Lähmungen und Spasmen der Hysterie anzusehen als der Ausdruck eines abnormen Zustandes der Gehirnrinde und ist genau so ein Symptom funktioneller Hirnerkrankung, wie das Erbrechen bei Hirntumor ein Zeichen einer organischen Hirnerkrankung ist.

Das Koterbrechen funktionell nervösen Ursprungs ist nur eine seltene und gewissermassen auf die Spitze getriebene Form des gewöhnlichen hysterischen Erbrechens.

Das Erbrechen bei funktioneller Hirnerkrankung kann bisweilen heftiger sein als bei organischen Krankheiten, da das Auftreten von Koterbrechen bei Fällen von Hirntumor etc. kaum bekannt ist. Zum Zustandekommen des Koterbrechens funktionellen Ursprungs ist eine aktive intestinale Antiperistaltik unbedingt notwendig. Ob dies auch bei dem Koterbrechen infolge von Darmverschluss der Fall ist, ist nicht sicher.

Das Erbrechen geformter Faeces kommt, abgesehen von Simulation und fistulöser Verbindung, zwischen Kolon und Magen nur bei funktionellen Erkrankungen vor; bei organischen ist das Erbrechen gewöhnlich nur faeculent, d. h. es hat nur den Geruch der Faeces, ohne indes sichtbare faecale Partikel erkennen zu lassen. Kölpin (Bonn).

358) **Chalupecky**: Očni priznaky pri traumatické neurose.

(Revue v neurologii, psychiatrii, fysikalni a dietetické terapii. Dezbr. 1904.)

Verf. schildert die Augensymptome bei 15 Fällen von traumatischer Neurose. Am häufigsten fand er konzentrische Gesichtsfeldeingengung, einmal war die Weissgrenze enger als die für die andern Farben. Anästhesie der Kornea und Konjunktiva fehlen manchmal. Augenmuskellähmung sehr selten, häufiger Augenmuskelkrampf. In einzelnen Fällen partielle Achromatopsie (zusammen mit Amblyopie), einmal Erythropisie bei normalem Sehvermögen, einmal mit gleichzeitiger Amblyopie. G.

359) **M. Piekardt** (Berlin): Ueber Aerophagie (Eructatio nervosa) und deren Behandlung. (Aerztliche Praxis. 1. Oktbr. 1904.)

Unter Aerophagie versteht man das krankhafte stossweise Auspressen von Luft aus den oberen Intestinalabschnitten. Eructatio an sich ist ein physiologischer Vorgang, durch den sich der Magen der mit den Nahrungsmitteln aufgenommenen Luft und der durch die Verdauung entstehenden Gase entledigt. Bei der Aerophagie geht die verschluckte Luft nur bis in den Oeso-

phagus (Ref. hat einen Fall gesehen, bei dem durch eingeschluckte Luft der Magen deutlich gebläht war), und wird unter explosivem Geräusch herausgestossen. Das Leiden ist bei Neurasthenikern, Hysterischen, Apämischen vorhanden bezw. mit Ptosis der Eingeweide verbunden. Die Therapie muss auf das Grundleiden Rücksicht nehmen und zunächst roborierend und successiv wirken; da das Leiden durchaus unter dem Willenseinfluss steht, ist besonders in dieser Richtung zu behandeln. Die Elektrizität ist von Nutzen. Von den Narcotica wird Hyoscin, Atropin, Chloral empfohlen. Oefter nützt eine Mastkur, Kohlensäurebäder. Ref. möchte bemerken, dass eine Uebungskur im Wachzustande, bezw. in Hypnose in einem schweren Fall von Aerophagie sehr schnell Hilfe brachte.

G. Flatau (Berlin).

360) **Henry Melge**: Migraine ophthalmique, Hémianopsie et Aphasie transitoires; Hémiface succulente; Photophobie et Tic de clignement.

(Revue neurolog. No. 18. 1904.)

Im Anschluss an einen Fall von Migraine ophthalmique geht der Verf. auf gewisse Begleiterscheinungen der Migräne ein. Es handelt sich um eine Frau, bei der im Anschluss an die Menopause Migräne-Anfälle aufgetreten waren, begleitet von Flimmerskotom, transitorischer Aphasie, Hemianopsie, Paralyse des rechten Facialis, Steifigkeit im rechten Arm, welche gewöhnlich von Somnolenz gefolgt waren. Im Anschluss an die Anfälle entwickelt sich eine leichte Parese des rechten Facialis und eine oedematöse Verdickung der rechten Gesichtseite. (Hémiface succulente.) Als weiterer Folgezustand stellte sich eine auch ausserhalb der Anfälle bestehende Photophobie ein, welche zur Zwangsvorstellung geworden ist und ihrerseits ein dauerndes Zucken in den rechten Augenlidern hervorgerufen hat.

Alle diese Begleiterscheinungen der Migräne lassen sich durch temporäre vasculäre Störungen erklären, und zwar handelt es sich um einen vorübergehenden Spasmus der sylvischen Arterien mit nachfolgender Anämie der von ihnen versorgten Zentren. So erklärt sich, dass die Kranke manchmal eine frappante Aehnlichkeit darbot mit jemandem, der infolge von multiplen kleinen Blutungs- oder Erweichungsherden an Hemiplegie progressive erkrankt wäre. Um die Hemianopsie, das Schwindelgefühl und das Skotom zu erklären, muss man einen ausgedehnten Spasmus annehmen. Dass bei der Migräne vasomotorische Störungen vorkommen, wird wohl mit Sicherheit angenommen werden dürfen. Für eine Beteiligung der vasomotorischen Zentren spricht in diesem Falle noch die Hémifacies succulenta. Aller Wahrscheinlichkeit handelt es sich hier um ein symptomatisches Trophoedem, wie es sich auch bei anderen nervösen Erkrankungen findet. Uebrigens hat sich bei der Kranken dieses Oedem beim Ausbleiben von neuen Anfällen wesentlich verringert. Was nun die Zuckungen der Lider betrifft, so handelt es sich nicht um einen Spasmus, sondern um einen Tic, der durch die Photophobie verursacht wurde. Solche Phobien finden sich bei Migräne gar nicht selten und sind oft von Angsterscheinungen begleitet. Dass es sich um einen Tic handelte, dafür spricht auch die Tatsache, dass die Zuckungen durch den Willen und die Aufmerksamkeit beeinflusst werden konnten. Verf. weist schliesslich noch auf den Unterschied zwischen Tic senile und Tic juvenile hin. Letztere sind weniger hartnäckig. Erstere lassen sich durch die mangelhafte Ernährung und die organische Minderwertigkeit der nervösen Zentren und Leitungsbahnen bei den Greisen erklären. Droyfus.

V. Vermischtes.

Bei der Generalversammlung der freien Vereinigung hessischer Krankenkassen in Alzey am 18. Juni 1905 wurden von dem Referenten, Professor Dr. Sommer in Giessen, betreffend Errichtung einer Nervenheilstätte für Mitglieder von Krankenkassen und anderen sozialen Organisationen im Grossherzogtum Hessen, folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Bedürfnis im allgemeinen: Die Errichtung von Nervenheilstätten für Unbemittelte und Wenigbemittelte sowie besonders für die Mitglieder von Krankenkassen und anderen sozialen Organisationen ist im allgemeinen wünschenswert und bedeutet einen weiteren Fortschritt in der Heilstättenbewegung.

2. Bedürfnisfrage im Grossherzogtum Hessen: Für den Fall, dass die anzustellenden Ermittlungen als voraussichtlicher Bestand einer zu erbauenden Anstalt die Zahl von ungefähr 60 ergeben, erscheint die Voraussetzung zur Erbauung einer derartigen Anstalt im Grossherzogtum Hessen gegeben.

3. Art der eventuellen Anlage: Diese würde zweckmässigerweise aus einem zentralen mehr der speziellen ärztlichen Behandlung mit Medizin, Bädern, Massage, Elektrizität usw. gewidmeten Hauptbau und kleineren einfachen Häusern eventuell Baracken mit Gelegenheit zur therapeutischen Beschäftigung der Patienten in den geeigneten Fällen, besonders durch Garten- und Feldarbeit, bestehen. Die Arbeit ist dabei nicht als ökonomisches Mittel, sondern als Heilfaktor zu behandeln und ärztlich zu regeln.

4. Kosten: Bei dieser zum Teil einfachen Bauart könnte ein Satz von 5000 Mk. pro Bett angenommen werden, so dass bei einer voraussichtlichen Belegung mit 60 Kranken als Bausumme ungefähr 300 000 Mk. aufzubringen wären.

5. Ort der Anstalt: Als Ort kommt für die Anstalt bei der eigenartigen Formation des Grossherzogtums Hessen und den Bodenverhältnissen hauptsächlich der Nordrand des Odenwaldes oder der südliche Teil von Oberhessen in Betracht.

6. Weitere Massnahmen: Es empfiehlt sich, für den Fall, dass die weiteren Erhebungen die unter 2 gemachte Voraussetzung bestätigen, eine Kommission von Aerzten und Bevollmächtigten der beteiligten Organisationen mit den weiteren Vorarbeiten besonders der Aufstellung einer Bauskizze zu beauftragen.

Im Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig erschien vor Kurzem: „Die Königliche psychiatrische Klinik in München“. 71 S. Preis 2 Mk. Die Schrift besteht aus zwei Teilen: den ersten Teil bildet Kraepelin's Festrede zur Eröffnung der Klinik (7. XI. 1904), die eine Uebersicht über die Entstehungsgeschichte der Klinik und eine Darlegung ihrer Einrichtungen, ihrer Aufgaben und Zwecke gibt. Im zweiten Teil bringen die Erbauer des Hauses (Heilmann und Littmann in München) eine Beschreibung der Klinik; sie schildern die Grundrissanlage und den Aufbau, ferner die Wasserversorgung, Heizung, Lüftung und Beleuchtung. Zahlreiche Abbildungen und Grundrisszeichnungen sind dem Text beigegeben. Gaupp.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes

von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2–3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. August 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Kritisches und Eigenes über das Weinen bei Gemütsbewegung.

Von Dr. Ernst Weber, Berlin.

Wir wissen, dass die eigentliche physiologische Bedeutung der Tränen darin besteht, die Oberfläche des Auges schlüpfrig zu erhalten und Fremdkörper, die ins Auge geraten sind, wieder herauszuspülen, dass ihr Ueberfliessen aber auch häufig Gemütsbewegungen des Menschen begleitet und die das Wohlbefinden schädigende hohe innere Spannung dabei vermindert, wie jede nach aussen gerichtete Bewegung des Körpers.

Ein fester Wille kann das Weinen bei Gemütsbewegungen und körperlichen Schmerzen, die meist auch mit Gemütsbewegungen verbunden sind, bis zu einem gewissen Grade unterdrücken, unmöglich ist dies aber, wenn die Sekretionsnerven der Tränendrüse reflektorisch von aussen gereizt werden.

Da nun die Sekretionsnerven der Tränendrüsen mit den sensiblen Nerven des Auges und des grössten Teils des Gesichts aus demselben Hauptnerven kommen, ist bei Reizung dieser Teile die reflektorische Wirkung am sichersten, und ein Schlag aufs Auge oder benachbarte Stellen des Gesichts löst regelmässig Tränensekretion aus, ganz abgesehen natürlich von der direkten Reizung der Bindehaut des Auges durch Fremdkörper.

Als wichtig muss endlich noch die Feststellung hervorgehoben werden, dass neugeborene Kinder in den ersten Monaten ihres Lebens, trotz alles Schreiens, keine Tränen vergiessen, und ferner, dass die Tiere, abgesehen von einigen äusserst seltenen Ausnahmen, nicht weinen.

Nach diesen Vorbemerkungen soll nun im folgenden untersucht werden, warum die Gemütsbewegungen des Menschen so oft gerade Tränenguss zur

Begleiterscheinung haben und nicht in einer anderen, ausgiebigeren körperlichen Bewegung die Ableitung der inneren Spannung finden, zumal die Sekretionsnerven der Tränendrüsen scheinbar nicht durch die Gemütsbewegungen gereizt werden.

Betrachten wir zunächst die beiden bemerkenswertesten Erklärungen, die dafür gegeben worden sind, nämlich die von Darwin und die spätere von W. Wundt.

Darwin¹⁾ geht davon aus, dass bei Naturmenschen, wie bei Kindern, die natürliche Reaktion auf Schmerz und Unbehagen ein lautes Schreien ist, das den ursprünglichen Zweck hat, Hilfe herbeizuziehen. Dabei werden die Augen zusammengekniffen, und dies ist nach Darwin ein unwillkürlicher Selbstschutz des Körpers, durch den erreicht werden soll, dass die Augen nicht zu sehr mit Blut gefüllt werden.

Wie nämlich bei der Erweiterung des Brustkorbes das Herz das venöse Blut ansaugt, so tritt bei heftigem Ausatmen und Schreien eine Verengung des Brustkorbes mit Kontraktion aller Muskeln ein, und die Folge ist eine Rückstauung des venösen Blutes in den kleinen venösen Blutgefässen und Kapillaren. Wenn dies nun in sehr starkem Grade eintritt, wie bei anhaltendem Schreien, sind die feinen Gewebe des Auges in Gefahr, durch Platzen einiger der dort ausserordentlich zahlreichen zartwandigen kleinsten Blutgefässe schwere, oft unheilbare Verletzungen davonzutragen. Davor werden sie nach Darwin durch den starken äusseren Gegendruck des Schliessmuskels des Auges, der das Blut aus den kleinsten Gefässen zurücktreibt, geschützt.

Die Ursache der Tränensekretion beim Weinen ist nach Darwin dann die, dass nach Ausdehnung des ganzen Auges infolge der venösen Blutstauung, der von aussen dazukommende Gegendruck der Schliessmuskeln des Auges durch Reflex auf die Tränendrüsen einwirkt.

Diese Erklärung ist offenbar so zu verstehen, dass bei fortdauernder nervöser Störung das in den Kapillargefässen des Auges übermässig angesammelte Blut durch den von aussen dagegen wirkenden Druck des Schliessmuskels in die mittelgrossen Blutgefässe des Auges gepresst wird und dort einem Drucke von aussen und innen ausgesetzt und durch die schon stärkeren Gefässwände am Durchbruche verhindert, diese Gefässe, und damit den ganzen umliegenden Teil des Auges, in der Weise ausdehnt, dass dadurch eine innere Spannung wie bei einem Schläge von aussen auf dem Augapfel entsteht und gleich solchem Schläge zu reflektorischer Reizung der Sekretionsnerven der Tränendrüse führt.

Endlich setzt Darwin ausführlich auseinander, dass wie die Nervenkraft im allgemeinen mit Vorliebe die gewohnten Wege einschlägt, es nach diesem Prinzipie beim Weinen mit Hilfe der Gedankenassoziation, zumal die Tränendrüse dem Willen fast gar nicht unterworfen ist, schliesslich beim erwachsenen Kulturmenschen dahin komme, dass der Tränenguss schon bei dem Gedanken an Leid, auch ohne Schreien und Zusammenziehung des Schliessmuskels des Auges, eintreten könne.

Als Beispiel für den Einfluss der Assoziation führt Darwin an, dass ein Kind, das mehrere Jahre hindurch fast täglich an Stiekanfällen gelitten hätte,

¹⁾ Darwin, Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei Menschen und Tieren. Kap. VI.

bei denen die Gefässe des Auges anschwellen und reichlich Tränen abgesondert werden, sehr wahrscheinlich später beim blossen Gedanken an das Würgen der früheren Anfälle Tränen ins Auge bekommen würde.

In dem Zucken der Muskeln um die Augen bei unterdrückter Gemütsbewegung sieht Darwin schliesslich immer noch Spuren des ursprünglichen Nervenimpulses, der zwar oft an den willkürlichen Muskeln ganz unterdrückt werden kann, aber dabei doch noch an der dem Willen nicht unterworfenen Tränendrüse sein Vorhandensein zu erkennen gibt.

Folgende Einwendungen sind gegen diese Theorien zu machen.

Darwin¹⁾ berichtet an der Stelle, wo er über das fast einzige Vorkommen des Weinens bei Tieren, nämlich bei dem Elefanten, spricht, dass er im zoologischen Garten beobachtet habe, dass der ostindische Elefant beim Trompeten die Schliessmuskeln der Augen deutlich zusammengekniffen habe. Dementsprechend führt er dann einige glaubwürdige Reiseberichte an, nach denen der ostindische Elefant, wenn er gefangen ist und sich nicht mehr retten kann, oder wenn er in der Gefangenschaft von seinen Jungen getrennt wird, reichlich Tränen vergiesst. Endlich fügt er in einer Anmerkung hinzu, dass er zur genaueren Aufklärung über das Weinen der Elefanten eine spezielle darauf bezügliche Untersuchung in Ceylon veranlasst habe; das Ergebnis sei aber das gewesen, dass eine Herde frisch gefangener Elefanten, wenn sie gereizt wurden, zwar heftig schrien, aber keine Tränen vergossen.

Darwin hatte das Gegenteil von dem Versuche erwartet, und da die anderen Berichte, die er schon vorher hatte, ihm unanfechtbar erschienen, so suchte er das Ergebnis der Untersuchung in Ceylon damit zu erklären, dass die gereizten und erschrockenen Elefanten in Ceylon ihre Verfolger zu beobachten wünschten, deshalb ihre Ringmuskeln nicht zusammenzogen, um am Sehen nicht behindert zu werden und daher auch nicht Tränen vergossen. Diese letztere Erklärung Darwin's ist bestimmt in dieser Form nicht richtig, denn nach Darwin musste das laute Schreien der gereizten Elefanten notwendigerweise die venöse Blutstauung und Ueberfüllung der kleinen Blutgefässe im Auge zur Folge haben, die weitere Folge müsste Zusammenziehung der Schliessmuskeln und, da bei diesen Tieren sonst häufig Tränen beobachtet sind, auch Tränenerguss sein.

Ausserdem ist sehr wohl auch bei Zusammenziehung der Ringmuskeln ein Beobachten des Gegners möglich und überdies wird kaum je, selbst beim heftigsten Weinen, das Auge völlig verschlossen.

An der Richtigkeit der Beobachtung der von Darwin beauftragten Untersucher in Ceylon ist aber kaum zu zweifeln, da sie die Prüfung doch gerade zu diesem einzigen Zwecke anstellten und Darwin sicher gewissenhafte und wissenschaftlich geschulte Personen damit beauftragt hat.

Er selbst empfindet diesen Widerspruch mit seiner Erwartung so unangenehm, dass er die nicht zu seiner Theorie passenden Ergebnisse der Untersuchung in Ceylon nicht im Texte, sondern nur in einer Anmerkung erwähnt.

Bedenken erregt ferner die ausserordentlich grosse Bedeutung, die Darwin der Gedankenassoziation bezüglich des Tränenergusses beim Menschen beilegt.

¹⁾ Ausgabe Hendel, p. 165.

Gewiss kann der Einfluss der Gewohnheit nicht geleugnet werden, aber dass er so gewaltig ist, den Tränenguss nur durch den Gedanken an Leiden, die früher einmal von Schreien und infolgedessen von Tränen begleitet waren, hervorzurufen, erscheint zur Erklärung ungenügend.

Wenn wir im Zorn, auch wenn wir keineswegs die Absicht haben, zu schlagen, mit erhobener Faust drohen, so ist das leicht als ererbte und erworbene Angewohnheit zu erkennen. Wenn wir in Wut und Hohn dem Gegner unwillkürlich die teilweise von den Lippen entblößten Zähne zeigen, so ist auch hierbei die Erklärung Darwin's¹⁾ einleuchtend, dass wir diese Gewohnheit von unseren Urahnen ererbt haben, die durch Weisen ihrer Waffe, der Zähne, den Gegner zu bedrohen und erschrecken suchten.

Bei dem Weinen ohne Schreien ist aber der Vorgang ein viel verwickelterer, denn die eigentliche physiologische Ursache, die venöse Blutstauung, ist gar nicht mehr vorhanden, und in solchen Fällen pflegt die Gewohnheit nur bei überaus alten oder zum Leben wichtigen Vorgängen noch wirksam zu sein.

Gewohnheiten, deren Ursprung weit im Dunkel der Entwicklung zurückliegen, zeigen sich auch um so frühzeitiger beim Kinde, wie z. B. schon vom ersten Tage an beim Kinde die Saugbewegung des Mundes vorhanden ist. Das Weinen ist aber weder eine von so früher Zeit stammende Gewohnheit, denn es tritt erst mehrere Monate nach Geburt des Kindes auf, noch ist es eine zum Leben wichtige, noch eine sehr nützliche Tätigkeit der Tränendrüsen, deren eigentlicher Zweck nur Netzung und Ausspülung der Oberfläche des Auges ist, während der Nebenzweck die Ableitung der Erregung bei Gemütsbewegung durch andere Körperbewegung wohl besser erfüllt werden könnte.

Einem so wenig nützlichen und verhältnismässig so wenig alteingewurzelt Vorgange, wie dem Weinen bei Gemütsbewegung, eine so starke Gewohnheitsmacht zuzusprechen, dürfte aber nicht ohne weiteres gerechtfertigt erscheinen.

Die grösste Schwierigkeit aber, die seiner Theorie entgegensteht, beachtet Darwin gar nicht in genügender Weise, obwohl er die darauf bezüglichen Einzelheiten erwähnt.

Es ist die, dass neugeborene Kinder in den ersten Monaten ihres Lebens, und alle Tiere, mit äusserst geringen Ausnahmen, überhaupt nicht weinen.

Natürlich ist dies so zu verstehen, dass zwar genug Tränen abgesondert werden, um die natürliche Funktion der Tränen, die Reinhaltung der Augenoberfläche, zu versehen, denn sonst würde ja das Auge zugrunde gehen, aber dass der überflüssige Tränenguss ohne direkten Reiz nicht stattfindet.

Darwin sagt, dass die Tränendrüsen beim neugeborenen Kinde vermutlich deshalb noch nicht so tätig seien, wie beim älteren Kinde, weil die Tränendrüsen erst einiger Uebung bedürften. Indessen ist dabei zu erwägen, dass das Nichtvorhandensein des Weinens beim Menschen auf seiner niedrigsten Stufe, wo er dem Tiere am meisten ähnelt, völlig dem Fehlen des Weinens bei den Tieren entspricht, und dass die Erklärung Darwin's hierfür auf keine Weise ausreichen würde.

Wenn das Schreien allein eine so starke Blutstauung in den kleinsten Gefässen des Auges hervorruft, dass sie gefährlich wird, ist nicht einzusehen, warum manche Tiere, wie Darwin selbst angibt, nicht zum Schutze ihre Schliess-

¹⁾ p. 240.

muskeln zusammenziehen, wie andre, und ferner das Zusammenziehen dieser Muskeln im Verein mit dem innern Gegendruck bei fast allen Tieren und den neugeborenen Kindern keine Reizung der Tränendrüse und deshalb kein Weinen zur Folge hat.

Auch der Versuch des Menschen, durch lautes Schreien und gleichzeitiges Zusammenkneifen der Augenschliessmuskeln absichtlich Weinen hervorzurufen, hat, bis auf wenige Tropfen, keinen Erfolg, obwohl doch hierbei alle Verhältnisse so sind, wie sie nach Darwin zum Weinen nötig sind.

Das Misslingen dieses Versuches, sowie das Nichtweinen des schreienden Neugeborenen und des brüllenden Tieres sind die wichtigsten Einwände gegen die Theorie Darwin's.

Eine andere Theorie über die Ursache des Weinens bei Gemütsbewegung gibt W. Wundt.¹⁾

Wundt geht von dem Grundsatz aus, dass ähnliche Gefühle und Empfindungen sich verbinden. Das sinnlich Angenehme verbindet sich mit dem ästhetisch Angenehmen und steht in einer Wechselbeziehung zu ihm.

Die süsse und bittere Empfindung des Geschmacks wird schon in der Sprache auf eigentlich ganz andersartige Dinge angewendet, wie „bittere Sorge“, „süsse Melodie“, ebenso andere Empfindungen in Ausdrücken, wie „nagende Sorge“, „dunkles Geschick“ etc.

Wie nun dieselbe oder ähnliche Empfindung, soweit sie sich mimisch nach aussen fortsetzt, sich immer in gleicher Weise äussert, so wird bei der äusserst innigen Verbindung, die durch die Gewohnheit zwischen beiden entsteht, endlich auch die willkürliche Nachformung der äusseren mimischen Bewegung einer bestimmten Empfindung, diese Empfindung selbst wirklich hervorrufen. Daher die allmähliche Verstärkung eines anfangs schwachen Affektes, indem die Mimik und die Gebärden, die den Affekt begleiten, auf diesen selbst zurückwirken und ihn verstärken, daher die Kunst des guten Schauspielers, der sich durch Nachahmung der äusserlichen Anzeichen einer Gemütsbewegung schliesslich völlig in die Gemütsbewegung selbst versetzt und sie wirklich empfindet.

Durch eine derartige Rückwirkung sucht nun Wundt auch das Weinen bei Gemütsbewegung zu erklären, nachdem er die Theorie Darwin's sehr kurz zurückgewiesen hat, weil das neugeborene Kind, trotz Schreiens, keine Tränen vergiesst und man durch willkürliche Anstrengung der Augenschliessmuskeln höchstens einige Tropfen Tränen erpressen kann. Das Nichtpassen der Theorie Darwin's zu den Verhältnissen bei den Tieren erwähnt Wundt nicht.

Nach Wundt behaupten beim Menschen die Gesichtsvorstellungen den anderen Sinneseindrücken gegenüber so sehr die Herrschaft, dass sich die leidvollen Gemütsvorstellungen, wenn sie sich, entsprechend den angeführten Grundsätzen, mit einer sinnlichen Empfindung in Verbindung setzen, wie das Angenehme mit dem Süssen, mit sinnlichen Empfindungen ähnlicher, das heisst unangenehmer Art im Auge verbinden, wie sie ein schmerzhafter Reiz dort hervorbringt. Wie nun ein wirklicher Reiz im Auge Tränenenerguss zum Zwecke der Beseitigung der Schädlichkeiten zur Folge hat, so tritt er nach Wundt auch bei leidvollen Vorstellen anderer Art ein, da die Gesichtsvorstellungen das ganze Empfinden des Menschen beherrschen.

¹⁾ Wundt, Essays, der Ausdruck der Gemütsbewegung.

Gegen diese Theorie ist folgendes einzuwenden:

Zunächst ist bei dieser Theorie die Vorstellung einer gewaltigen Assoziationswirkung gefordert, indem nicht nur, wie bei Darwin, die Erinnerung an die gewohnte Verbindung des Schreiens mit dem Tränenguss die wirkende Ursache ist, sondern die unwillkürliche Vermischung des leidvollen Gemütseindrucks mit der schmerzhaften Empfindung des wichtigsten Sinnesorgans, dass die Empfindung angeblich beherrscht. Es wäre eher einzusehen, wenn sich durchaus die leidvolle Gemütsempfindung mit einer äusseren sinnlichen Schmerzempfindung verbinden soll, dass dazu die am häufigsten vorkommende Schmerzempfindung am geeignetsten und natürlichsten wäre. Das ist aber keineswegs das Auge, das nur klein und nicht allzu häufig von Fremdkörpern geschädigt ist, sondern die äussere Haut des Körpers, also etwa der Tastsinn.

Selbst angenommen, dass die Gesichtsvorstellungen das ganze Empfinden des Menschen beherrschen, würde dadurch noch lange nicht gesagt sein, dass Verletzungen des äusseren Auges, die übrigens selten genug sind, alle leidvollen Empfindungen des Körpers beherrschen, und, wie man es sich nach Wundt's Theorie vorstellen muss, die gesamten leidvollen Gemütsempfindungen an sich ziehen können.

Der Wert der Gesichtsvorstellungen für den Menschen liegt doch im Innern und kann durch Fremdkörper, die fast immer nur in ein Auge gelangen, — und um Fremdkörper handelt es sich doch bei Wundt —, nicht in der Weise gestört werden, dass eine alles andere übertäubende Leidempfindung entsteht, da das andere Auge die Aufnahme der Gesichtsvorstellungen allein weiterbesorgen kann und der Schmerz allein an anderen Körperstellen oft grösser sein kann.

Ein anderer Grund noch weist die Unrichtigkeit dieser Theorie nach. Die Grundlage der Theorie ist, dass die Gesichtsvorstellungen das Empfinden des Menschen beherrschen.

Es gibt aber viele Menschen, die blind geboren werden, bei denen also gewiss die Gesichtsvorstellungen nicht das Empfindungsleben beherrschen, denn selbst die vielleicht ererbten Gesichtsvorstellungen würden sehr bald von den anderen Sinnesvorstellungen des Lebens zurückgedrängt und überwachsen werden. Von diesen blindgeborenen Menschen ist aber nicht bekannt, dass sie nicht weinen und dadurch wird die Theorie Wundt's hinfällig.

Während wir daher die Erklärung Wundt's über die Ursachen des Weinens bei Gemütsbewegung weiterhin völlig beiseite lassen, scheinen einige Hauptpunkte der Theorie Darwin's unwiderlegbar zu sein und nur die teilweise unrichtige Ausführung und Begründung derselben zu den unlösbaren Schwierigkeiten zu führen, die oben festgestellt wurden.

An der Richtigkeit einer gewissen venösen Blutstauung bei lautem Schreien ist nicht zu zweifeln, und ferner steht es fest,¹⁾ dass aus der Herabsetzung des Druckes in den Arterien und der Druckerhöhung in den Venen eine Stromverlangsamung und Drucksteigerung in den Kapillaren, den kleinsten Blutgefässen, resultiert.

Ebenso ist es einleuchtend, dass der übermässige starke Druck in den Kapillaren die gefährlichsten Wirkungen in dem ausgebreiteten Kapillarnetz des

¹⁾ Schmaus, Grundriss der pathol. Anatomie. IV. Aufl., p. 11.

Auges haben kann, da dort ein Bluterguss die Durchsichtigkeit der Medien vermindern und aufheben kann, so dass die Funktion dieses äusserst wichtigen Sinnesorgans in Frage gestellt ist.

Wiederum ist leicht einzusehen, dass die Kontraktion der Schliessmuskeln des Auges dieser Gefahr abhilft, indem sie das Blut aus den zartesten Endgefässen in die mit stärkerer Wand ausgestatteten zurücktreibt, und dieses Eintreten der Schliessmuskeln ist ausser durch die Vererbung der nützlichen Angewohnheit auch schon durch das Unlustgefühl erklärt, dass die übermässige Ausdehnung der kleinsten Blutgefässe des Auges verursacht und das durch die Kontraktion der Schliessmuskeln vermindert wird.

Endlich ist auch die Einwirkung der sehr starken Ausdehnung der mittelgrossen venösen Blutgefässe auf die Sekretionsnerven der Tränendrüse denkbar, sei es durch Druck der überfüllten Teile auf sensible Nerven des Auges und Fortleitung des Reizes von diesem über den gemeinsamen Ursprung zu den Sekretionsnerven der Tränendrüse, oder durch Vermittlung der durch die starke Ausdehnung gereizten Nerven der Gefässe selbst.

Es bleiben übrig die Widersprüche in den Berichten über das Weinen der Elefanten. Dann die Unwahrscheinlichkeit, dass die Gewohnheit beim Vorgange des Weinens, das weder eine verhältnismässige sehr alte, noch dem Leben sehr nützliche Eigenschaft des Menschen ist, so mächtig ist, dass das Weinen auch ohne Schreien, also ohne die ursprünglich wirkende venöse Blutstauung stattfindet.

Endlich der nicht oder ungenügend erklärte Umstand, dass Tiere und neugeborene Kinder trotz alles Geschreis nicht weinen und dass auch erwachsene Menschen durch Schreien und Pressen der Schliessmuskeln der Augen nicht willkürlich weinen können.

Die Erklärung, die für alles dies ausreicht ist die, dass die venöse Blutstauung infolge des lauten Schreiens nicht stark genug ist, die ihr zugeschriebene Wirkung zu haben, und dass es andere Ursachen einer venösen Blutstauung gibt, die zum Schreien hinzukommend das Weinen veranlassen, aber auch so stark sein können, dass sie ohne das Schreien den Druck so steigern, dass die Reizung der Tränendrüse zustande kommt.

Gerade W. Wundt, dessen Theorie wir zurückweisen mussten, gibt uns die Mittel an die Hand, die richtigen Vorstellungen, die Darwin von der Ursache des Weinens bei Gemütsbewegungen hatte, mehr und teilweise anders, als er selbst zu begründen und dadurch die Schwierigkeiten, die seine Theorie gelassen hat, zu beseitigen.

Nach Wundt sind die verschiedenen Gefühle des Menschen von ganz bestimmten Veränderungen des Körperzustandes begleitet. Am deutlichsten davon sind bei den einzelnen Gefühlsarten gewisse feststehende Veränderungen der Herztätigkeit, von denen man durch Untersuchung des Pulses ein genaues Bild bekommt.

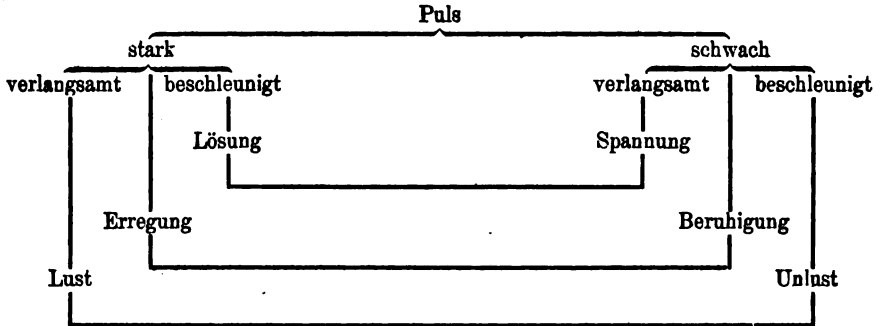
Wundt stellte das auf nächster Seite folgende Schema von diesen regelmässigen Pulsveränderungen bei den verschiedenen Gefühlen auf.¹⁾

Am genauesten lässt sich nach Wundt²⁾ die regelmässige Beziehung zu

¹⁾ Wundt, Grundriss der Psychologie. Leipzig 1905. p. 105.

²⁾ p. 104.

den Pulsbewegungen für die Gefühle der „Lust“ und „Unlust“ nachweisen, und diese sind es gerade, auf die wir hier weiter Bezug nehmen wollen. Am wichtigsten ist uns, dass der Puls bei Unlustgefühlen schwach und beschleunigt ist.



Dabei ist aber folgendes zu beachten:

Bei Gemütsbewegungen haben wir es meist nicht mit dem zu tun, was Wundt unter einfachen Gefühlen versteht, sondern mit Affekten, die einen Prozess höherer Stufe darstellen, und deren Hauptmerkmal es ist, dass sie eine Aufeinanderfolge mehrerer Gefühle in sich schliessen, und ferner, dass ihre Wirkung durch eine Summation von Gefühlen gesteigert wird.¹⁾

Diese Steigerung der Wirkung bezieht sich nun nach Wundt²⁾ auch auf die physiologischen Begleiterscheinungen der Gefühle, aus denen sich der Affekt zusammensetzt, ganz besonders auch auf die Herzbewegung, und führt einige Modifizierung der Verhältnisse bei einfachen Gefühlen herbei.

Wundt stellte fest,³⁾ dass die blosse Verstärkung der Wirkung der einfachen Gefühle auf das Herz nur dann eintritt, wenn die Affekte verhältnismässig ruhige sind, also die einzelnen Gefühle genügend Zeit haben, sich zu entwickeln. Im andern Falle, bei stärkerer Erregung, macht sich als Summationswirkung eine verstärkte Innervation geltend, und das bedeutet beim Herzen, da vorwiegend dadurch seine Hemmungsnerven betroffen werden, Verlangsamung und Verstärkung des Pulsschlags.

Wenn endlich der Affekt ein ausserordentlich stürmischer ist, oder ungewöhnlich lange andauert, so ist die Folge eine Lähmung der Herzzinnervation und Beschleunigung und Schwäche der Herzstätigkeit.

Die weiteren Ausführungen Wundt's sollen hier nicht herangezogen werden, sie bestätigen nur,⁴⁾ dass das Leid ein Unlustaffekt ist, der in seinem meist vorhandenen Charakter mit Schwäche und Beschleunigung der Herzstätigkeit verbunden ist, bei grösserer Intensität der Gefühle aber exzitierend wird und Verlangsamung und Verstärkung des Pulses nach sich zieht.

Die Anwendung dieser Feststellungen Wundt's auf die hier behandelte Frage über die Ursache des Weinsens bei Gemütsbewegung ist sehr naheliegend.

Die pathologische Anatomie lehrt, dass bei Herzschwäche, die sich in schwachem und beschleunigtem Puls zeigt, der Ventrikel nicht vollständig entleert und so der Arteriendruck erniedrigt wird, andererseits in der Diastole das Blut aus den Hohlvenen nicht in gehöriger Menge in den mangelhaft entleerten

¹⁾ Wundt, Grundriss der Psychologie 1905, p. 205. — ²⁾ p. 206.

³⁾ p. 208. — ⁴⁾ p. 214.

rechten Ventrikel einströmt, was eine Rückstauung desselben im Venensystem und Drucksteigerung in derselben zu Folge hat. Ferner dass aus Herabsetzung des Druckes in den Arterien und Druckerhöhung in den Venen Drucksteigerung in den Kapillaren resultiert.

Die Wirkung der Digitalis ist die entgegengesetzte, indem durch sie der Puls verlangsamt und verstärkt wird und die venöse Stauung dadurch beseitigt wird.

Nach Analogie dieser Vorgänge muss auch bei Beschleunigung und Schwäche der Herztätigkeit bei Unlustaffekten eine venöse Blutstauung und Druckerhöhung in den kleinsten Blutgefässen eintreten.

Diese Druckerhöhung muss dann auch in den weitverzweigten Kapillarnetzen des Auges vorhanden sein, und dann sind dieselben Bedingungen gegeben wie beim Schreien, bei dem gleichfalls eine venöse Stauung das Auge mit Blut überfüllt. Ebenso wie dort wird die Kontraktion des Schliessmuskels des Auges zum Schutze der zerreissbaren Kapillaren erfolgen, und die Verstärkung des Druckes, der infolgedessen auf die Wände der mittleren Blutgefässe ausgeübt wird, die reflektorische Reizung der Tränendrüse und Tränenerguss bewirken, wie des näheren oben ausgeführt wurde.

So ist es zunächst verständlich, dass das Weinen auch ohne Schreien erfolgen kann durch leidvolle Gedanken, Vorstellungen oder Gemütseindrücke.

Wir wissen, welche mächtige Einwirkungen Gemütsempfindungen auf das Blutgefässsystem des Kulturmenschen haben können. Die auffälligste Einwirkung ist das Erröten, aber auch plötzlicher Tod durch Herzlähmung kann die Folge von Gemütsbewegung sein. Es ist daher wohl denkbar, dass das bittere, beklemmende Leidempfinden, das gerade bei seiner hilflosen Ruhe um so stärker ist, eine viel grössere Einwirkung durch Vermittlung der überaus empfindlichen Nerven des Gefässsystems auf dasselbe ausüben kann, als das Schreien durch die expiratorische Verengerung des Brustkorbs.

Die anderen Schwierigkeiten, die Darwin's Theorie gelassen hat, verschwinden, wenn man die Verschiedenartigkeit der Leidempfindungen untersucht, die bei Menschen und Tieren von Weinen oder nicht von Weinen begleitet sind.

Es ergibt sich dann, dass das Weinen dann eintritt, wenn die Leidempfindung eine gewisse Stärke erreicht hat, die sie bei manchen anderen Geschöpfen nie erreichen kann, da keine genügende Empfindungsfähigkeit dafür vorhanden ist. Ferner aber, dass es sehr wichtig für das Zustandekommen des Tränenergusses ist, dass man nicht die Möglichkeit sieht, oder die Absicht aufgegeben hat, die Ursache des Leides zu entfernen, und daher ein starkes Mitleid mit sich selbst empfindet.

Aus ersterem Grunde weinen die Tiere und neugeborenen Kinder in ihrer ersten Lebenszeit nicht, denn sie haben bei ihrer niedrigen oder unentwickelten Organisation gar nicht die Fähigkeit, so tiefes Leid zu empfinden, wie höher organisierte und ausgebildete Geschöpfe, und ausserdem sind alle ihre Leidempfindungen mit den reflektorischen Versuchen verbunden, die Ursache des Leids zu entfernen. Sie ergeben sich also nicht in ihr Leiden, sondern kämpfen dagegen an und dadurch kommt es zu Erregung und der Summationswirkung der einzelnen Gefühle, die sich, wie wir oben sahen, durch Verlangsamung und Verstärkung des Herzschlages äussert und keine venöse Stauung, also kein Weinen herbeiführt.

Es ist dabei nur ein scheinbarer Widerspruch, dass die Tiere das Leid weniger tief empfinden und doch ihren Unlustaffekten der höhere Erregungsgrad Wundt's zugeteilt wird. Je tiefer eine Leidempfindung ist, um so ruhiger ist sie verhältnismässig. So lange ein Geschöpf es noch instinktartig versucht, gegen die Ursache des Leides anzukämpfen, ist der Wille zur Tätigkeit vorhanden, der die starke Lebensbejahung des Geschöpfes beweist und dadurch ein gewisses Selbstgefühl, fast Lustgefühl hervorruft, das zur Verlangsamung und Verstärkung des Pulses führt und so das Weinen verhindert.

Erst wenn ein Geschöpf so vervollkommen ist, dass es die Ursachen und Folgen der Ereignisse erkennt, ist es imstande, zu beurteilen, ob seine Kräfte zur Beseitigung der Ursache seiner Leidempfindung ausreichen, und erst dann ist die Möglichkeit vorhanden, dass es darauf verzichtet, sich zu wehren und sich rückhaltlos der unabwendbaren Leidempfindung hingibt, dabei gleichzeitig ein lebhaftes Mitleid mit sich selbst wegen seiner Hilflosigkeit empfindend. Gerade diese Leidempfindung ist aber eine verhältnismässig ruhige. Neugeborene Kinder sind zwar auch hilflos, aber sie sind noch nicht imstande, das zu erkennen und deshalb weinen sie in der ersten Zeit nicht.

Die widersprechenden Berichte über das Weinen der Elefanten erklären sich vielleicht dadurch, dass diese Tiere vermutlich die mit geistig am höchsten stehenden sind und die Berichte über weinende Elefanten immer Elefanten betreffen, die entweder eben gefangen und gefesselt worden waren und die Unmöglichkeit, sich zu befreien, eingesehen hatten, oder die gewaltsam von ihren Jungen getrennt waren und keine Möglichkeit, zu ihnen zu gelangen, sahen.

Im Gegensatze dazu sahen wir, dass bei dem negativ ausgefallenen Versuche, den Darwin mit frisch gefangenen Elefanten in Ceylon über das Weinen anstellen liess, man diese Elefanten reizte, um sie zum Weinen zu veranlassen, und wir wissen, dass dadurch gerade der Erregungszustand geschaffen wurde, der ihr Weinen, wenn sie diese Fähigkeit überhaupt hatten, unmöglich machte.

Auch bei erwachsenen Menschen sieht man Tränen mehr bei hilflosen, schwachen Personen, die nicht die Kraft haben, die Ursache des Leides zu beseitigen, so auch bei Frauen und Kindern nach dem ersten Jahre, sehr selten dagegen bei gesunden Männern, die das Lustgefühl ihrer Widerstandskraft in sich tragen; ebenso äusserst selten, wenn die Leidempfindung mit Hass und Zorn vermischt ist.

Endlich muss noch erwähnt werden, dass es auch Freudentränen gibt und auch die Ursache dieser Erscheinung kann man sich leicht bei Berücksichtigung der Feststellungen Wundt's erklären.

Nach Wundt¹⁾ ist die Freude ein Lustaffekt, geht also mit Verstärkung und Verlangsamung des Pulses einher und ist weit entfernt davon, venöse Blutstauung im Auge und damit Weinen herbeizuführen. Bei Steigerung des Gefühls tritt dann aber eine exzitierende Wirkung und bei übermässiger Stärke der Gefühle endlich, wie wir eben dasselbe bei Unlustaffekten sahen, Lähmung der Herzinnervation und damit Schwäche und Beschleunigung des Pulses, also venöse Blutstauung im Auge und reflektorische Reizung der Tränenrüse ein.

Entsprechend dieser Erklärung findet sich auch Weinen niemals bei mässiger, sondern nur bei einer ungewöhnlich starken und überraschenden Freude.

¹⁾ Wundt, Grundzüge der Psychologie 1905, p. 214.

II. Vereinsberichte.

Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater. München, 13. und 14. VI. 1905.

Bericht von Dr. Gaupp.

Die Versammlung war gut besucht. Die Präsenzliste weist 99 Namen auf. Der Vorsitzende (Vocke-Egling) begrüsst die Anwesenden, namentlich die Gäste aus den Nachbarländern. Kraepelin, in dessen Klinik die Versammlung tagte, begrüsst sie als Hausherr. Es folgen geschäftliche Mitteilungen. Der Verein zählt 85 Mitglieder. Schriftführer: Gaupp (München) und Probst (München). Künftig sollen Referate über wissenschaftliche und praktische Fragen gegeben werden. Referat 1906: Ueber die Lage des irrenärztlichen Standes. Referent Vocke. Referat 1907: Ueber die stationäre Paralyse. Referenten Alzheimer und Gaupp. Es folgen die Vorträge:

361) Kraepelin (München): Fragestellungen in der klinischen Psychiatrie. Vergl. dieses Centralblatt oben S. 573.

Diskussion: Vocke bemerkt, dass der Verein bayerischer Psychiater und die bayerischen Verhältnisse sich gut zu gemeinschaftlichen wissenschaftlichen Forschungen eignen und dass er versichern könne, dass Anstalten und Klinik zusammenarbeiten werden, besonders in der nun im Vordergrund stehenden Frage der stationären Paralyse; er hebt die grössere Befriedigung der Anstaltsärzte hervor, wenn sie sich wissenschaftlich an der Lösung der Aufgaben beteiligen können.

Neisser (Bunzlau): Das von Kraepelin proklamierte Programm gemeinsamer Arbeit, von welchem er zunächst den weiteren klinischen Fortschritt erhofft, ist gewiss mit Freude aufzunehmen und zu begrüssen. Ein erheblicher Erfolg für unsere Disziplin liegt ja schon darin, dass Kraepelin es verstanden hat, eine grosse Zahl von Fachgenossen für die klinischen Fragen zu interessieren und zu einer mehr grosszügigen klinischen Arbeitsweise anzuregen. Ausserdem ist es unbedingt anzuerkennen, worauf ich nachher noch zu sprechen kommen werde, dass eine im allgemeinen wohl naturwahre grosse Gruppenbildung schon jetzt durch ihn angebahnt worden ist. Wenn aber Kraepelin heute, indem er Ziele und Wege der Forschung programmatisch formuliert, die Empfehlung ausspricht, unter allen Umständen eine bestimmte Diagnose zu stellen, alle vorkommenden Fälle, so gut es eben gehe, einer schon bekannten Form diagnostisch einzufügen, um an der Hand eines so gewonnenen Materials die nosologischen Fragen zu studieren, so ist es notwendig darauf hinzuweisen, dass der Methode prinzipielle Fehlerquellen und Einseitigkeiten anhaften, und dass man sich dieser von vornherein klar bewusst sein muss, wenn man nicht verfehlte Schlüsse ziehen will. Wir müssen uns daran erinnern, dass wir bezüglich der Wertigkeit der einzelnen psychotischen Symptome und bezüglich der gegenseitigen Abhängigkeit und Bedingtheit der verschiedenen, sei es gleichzeitig, sei es nacheinander auftretenden Symptomenkomplexe zurzeit keinen anderen Massstab besitzen als denjenigen, welchen uns die klinische Beobachtung selbst bietet. Die pathologische Anatomie lässt vorläufig noch in bezug auf die meisten Punkte im Stich und eine allgemeine

Pathologie, eine physiologische Pathologie, etwa im Sinne der Cohnheim'schen, ist ebenfalls noch ein frommer Wunsch. Gestatten Sie mir an einem Beispiel aus der Somatopathologie klar zu machen, wohin ich ziele. Nehmen Sie einen ganz gewöhnlichen, alltäglichen Fall aus der Praxis: ein kypho-skoliotisches Individuum, das schon öfter katarrhalischen Affektionen der Luftwege, auch Insuffizienzerscheinungen von seiten des Herzens unterworfen war, finden Sie in einem schwer dyspnoischen Zustande: hochgradige Cyanose, Husten mit entsprechendem Auswurf, mässiges Fieber, Eiweiss im Urin, Herzdämpfung nach rechts vergrössert, im übrigen die physikalischen Erscheinungen einer vielleicht gar nicht einmal sehr ausgedehnten Bronchitis; es erfolgt der exitus letalis. Wenn man nun, so wie dies in der Psychiatrie zum grossen Teil noch der Fall ist, die gegenseitige Bedingtheit der einzelnen Symptome und Symptomenkomplexe nicht kennen würde und würde ohne eingehende Individualisierung nach der von Kraepelin empfohlenen Methodik verfahren, so würde der Verlauf dieses Falles in bezug auf die Erkenntnis der „Krankheit“, Bronchitis wahrscheinlich mehr irreführend als klärend wirken. Oder nehmen Sie ein anderes Beispiel: Bei einem sonst ganz typischen Falle von Abdominaltyphus tritt im späteren Verlaufe eine Perforation eines Darmgeschwürs mit foudroyanter Peritonitis und in einem zweiten sonst analogen Falle eine solche mit nachfolgender lokaler Abkapselung ein, während ein dritter Fall normal heilt. Auf diesem Gebiete sind wir soweit, scheiden zu können, was von den Symptomen und dem Verlaufe auf Rechnung des Grundprozesses, was auf andere Umstände zu beziehen ist. Uebertragen wir das aber auf die psychiatrische Disziplin, so muss es doch sehr fraglich erscheinen, ob es berechtigt ist, unter allen Umständen und in jedem Falle eine bestimmte einheitliche Diagnose zu stellen, ganz abgesehen von der Erscheinung, dass die Beobachtung der Fälle in seinen verschiedenen Stadien manchmal an verschiedenen Orten stattgehabt hat. Kraepelin geht meines Erachtens zu weit, wenn er von einer Krankheit durchaus einen ganz bestimmten Verlauf erwartet, wenn er als Massstab der Richtigkeit einer Diagnose fordert, dass dieselbe im Rückblick und Ausblick den klinischen Verlauf des Falles in seiner Eigenart an sich schon zu bestimmen gestatten müsse. Dass in dieser Forderung ein richtiger Grundgedanke liegt, habe ich am allerwenigsten Anlass zu leugnen, da ich ja schon vor nahezu 20 Jahren in meiner Doktorarbeit über die Katatonie diesen Grundsatz vertreten habe. Aber man darf doch nicht verkennen, dass die Geltung dieses Satzes doch nur eine bedingte ist und zwar nicht etwa nur mit Rücksicht auf den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse, sondern nach der Natur der Sache. Das Kraepelin'sche Programm bedarf daher unbedingt der Ergänzung, und zwar bedarf es solcher ergänzender Arbeiten, welche nicht der klinischen Gruppierung des Materials unterzuordnen sind und ihr erst nachzufolgen haben, sondern welche mit ihr Hand in Hand gehen müssen und zum Teil sogar unabweisbare Vorarbeiten für dieselbe darstellen. Klinische Individualisierung und verfeinerte Symptomenanalyse, und auf dieser Grundlage der Ausbau einer allgemeinen Psychopathologie und einer brauchbaren Semiotik sind die Arbeitsziele, welche ich als unentbehrliche Ergänzung des Kraepelin'schen Programms bezeichnen möchte!

Was nun die einzelnen speziell-klinischen Punkte anlangt, so ist es natürlich nicht möglich, bei der Fülle der Anregungen, welche Kraepelin

gegeben hat, auf alles einzugehen. Das eine aber möchte ich sagen, dass ich mich damit nicht befreunden kann, den Typus der Paranoia in dem Querulantenwahn zu erblicken. Diesem Krankheitsbilde sind doch Züge ganz anderer Art eigentümlich: ich erinnere nur an das spezifische Affektverhalten der Querulanten und die ihnen zumeist zukommenden Störungen der Reproduktion, auch die weitgehende Besserungs-, ja Heilungsmöglichkeit. Jedenfalls haben sie meines Erachtens mit dem Bilde beispielsweise, was nach Magnan-Möbius als Paranoia completa bezeichnet wird, keine nahe Verwandtschaft.

Was aber die Dementia praecox-Gruppe anlangt, so muss ich sagen, dass ich bei Uebernahme der 670 Kranke umfassenden Bunzlauer Anstalt, welche eine grosse Zahl von chronischen Fällen enthält, überrascht war, wieviel der der Aufstellung der Dementia praecox zugrunde liegende klinische Gesichtspunkt zur Orientierung leistet und wie leicht sich wenigstens im Groben die dahin gehörigen Fälle herauscheiden lassen.

Kraepelin: Schlusswort.

362) Nissl: Ueber psychiatrische Fehldiagnosen.

Der Zweck der Analyse von fehlerhaft diagnostizierten Fällen ist der, dass man sich über die Fehler volle Klarheit verschafft, die bei der Beurteilung der Krankheitszeichen überhaupt gemacht werden, dass man insbesondere festzustellen versucht, welche Fehler bei richtiger Würdigung der Zustandsbilder bestimmt hätten vermieden werden können und dass man endlich Uebersicht über jene Fehler zu gewinnen trachtet, welche nach dem derzeitigen Stande unserer klinischen Kenntnisse und der Untersuchungsmethoden überhaupt nicht zu vermeiden sind. Es ist aber nicht möglich, ohne eingehende Kenntnisnahme der zur Verfügung stehenden Kasuistik von dem aus der Fehldiagnostik sich ergebenden Nutzen für die klinische Psychiatrie sich völlig zu überzeugen. Vortragender streift zwar kurz einige Ergebnisse mehr allgemeiner Art, so z. B. die Fehler, die trotz der Fortschritte in der Differentialdiagnostik jener Krankheiten, bei denen die Paralyse in Betracht kommt, noch immer gemacht zu werden pflegen, die Tatsache, dass für die Erkennung und Feststellung des die Krankheitszustände in der Dementia praecox-Gruppe charakterisierenden Leitmotivs — nämlich Mangel einer entsprechenden Gefühlsbetonung der Lebenseindrücke bei erhaltener Auffassungsfähigkeit — die heutige Untersuchungstechnik oft gänzlich versagt, die Schwierigkeiten bei der diagnostischen Verwertung des Vorhandenseins oder Fehlens der sogenannten psychomotorischen Hemmung usw. . . ., verweist aber auf seine ausführlichen Mitteilungen, in denen er die Kasuistik eingehend berücksichtigen wird.

Das dem Vortragenden zur Verfügung stehende Fehldiagnosenmaterial ist eine Frucht der Kraepelin'schen Forderung, dass wir uns bei psychischen Erkrankungen nicht damit begnügen dürfen, die Krankheitsäusserungen einfach zu registrieren; Kraepelin verlangt vielmehr, dass wir in jedem Falle eine Diagnose stellen, d. h. dass wir auf Grund der Krankenbeobachtung die vorliegende klinische Krankheitsform erkennen.

Gegen diese Forderung ist der Einwand erhoben worden, dass das Diagnostizieren, das Erkennen der Krankheitsformen deren Kenntnis voraussetzt und dass bei dem derzeitigen Stand der klinischen Psychiatrie von einer Kenntnis der Krankheitsformen nicht wohl die Rede sein kann. Der Zwang, in jedem

Fälle eine Diagnose stellen zu müssen, führe dazu, dass man Fälle, die sich nicht ohne weiteres in eine der aufgestellten Krankheitsformen einfügen lassen, gewaltsam einordnet und man setze dabei stillschweigend voraus, dass die bisher aufgestellten Krankheitsformen nicht nur wirkliche Krankheitsformen, sondern die überhaupt existierenden Krankheitsformen sind.

Um die Kraepelin'sche Forderung zu verstehen, muss man sich darüber im Klaren sein, dass die Aufstellung und Umgrenzung klinischer Krankheitsformen, welche den verschiedenen anatomischen Rindenerkrankungsprozessen entsprechen, das Leitmotiv der Kraepelin'schen Forschungsrichtung ist, dass die Vereinigung möglichst zahlreicher Fälle von gleicher Entstehungsart, gleichen Krankheitszeichen, gleichem Verlaufsmodus und gleichem Krankheitsausgang zu einer klinischen Krankheitsform seinen Forschungsweg bezeichnet und dass endlich das Erkennen der auf diesem Wege gewonnenen Krankheitsformen aus den sich jeweilig darbietenden Zustandsbildern den Prüfstein für die Berechtigung der aufgestellten Krankheitsformen abgibt. — Entsprechen nämlich die aufgestellten Krankheitsformen wirklich verschiedenen anatomischen Rindenerkrankungsprozessen, so wird deren Diagnose notwendig auch die Prognose des Falles in sich schliessen und die weitere Verfolgung des diagnostizierten Falles bis zum Krankheitsausgang wird klarzustellen vermögen, ob die gestellte Diagnose tatsächlich auch die Prognose in sich schloss, d. h. ob die diagnostizierte Krankheitsform eine wirkliche klinische Krankheitsform darstellte. Daraus ergibt sich aber sofort, dass die Stellung der Diagnose nur ein Teil der Kraepelin'schen Forderung ist; ihren wirklichen Wert erhält sie erst durch die Verfolgung des Krankheitsverlaufes und -ausganges des diagnostizierten Falles.

Wer also die Kraepelin'sche Forderung, in jedem Falle eine Diagnose zu stellen, verwirft, weil das Erkennen der Krankheiten deren Kenntnis voraussetzt, übersieht den Umstand, dass die Forderung Kraepelin's nicht der Ausdruck dafür ist, dass wir die klinischen Krankheitsformen bereits kennen, sondern im Gegenteil ein Forschungsmittel für die klinische Psychiatrie sein soll, ferner dass sie die Richtigkeit der bisher umgrenzten Krankheitsformen nicht zur Voraussetzung hat, sondern vielmehr bezweckt, die Richtigkeit der bisher aufgestellten Krankheitsformen zu prüfen und neuen, noch nicht bekannten Krankheitsformen auf die Spur zu kommen, insbesondere aber auch dazu dient, die Symptomatologie zu vertiefen.

Der Zwang, sich bei der Beurteilung eines Zustandsbildes unter allen Umständen ein Urteil über die zugrunde liegende Krankheitsform zu bilden, lässt sich also sehr wohl wissenschaftlich begründen. Eine ganz andere Sache ist die praktische Durchführung der Kraepelin'schen Forderung. Hier können natürlich auch Fehler gemacht werden. Votr. zeigt an der Hand seiner Erfahrungen, wie eine mangelhafte Durchführungstechnik den Wert der Kraepelin'schen Forderung nicht nur herabsetzen, sondern unter Umständen sogar illusorisch machen kann. Votr. ist der Meinung, dass bei der zur Zeit geübten Durchführungsart die bei der früheren Technik nicht immer zu vermeidenden Fehler ausgeschaltet werden. Heute begnügen wir uns nämlich nicht mehr mit der blossen Stellung einer Diagnose, sondern betrachten als das Wesentliche die Begründung der gestellten Diagnose und zwar eine schriftlich fixierte Begründung derselben wo möglich von mehreren unabhängig von

einander urteilenden Beobachtern. Auch die Begründung des Urteils, warum der analysierte Krankheitszustand sich nicht in eine der bis jetzt aufgestellten Krankheitsformen einordnen lässt, bedeutet ein Erkennen, eine Diagnose.

Wenn es richtig ist, dass der Zwang, unter allen Umständen eine Diagnose zu stellen, ein wichtiges Forschungshilfsmittel für die klinische Psychiatrie darstellt, dann liegt es klar auf der Hand, dass auch die schriftlich fixierten Begründungen von fehlerhaften Diagnosen für die klinische Psychiatrie nutzbar gemacht werden können. Die Erfahrung lehrte, dass man in der Regel aus den Fehldiagnosen mehr lernen kann, als aus den richtig gestellten Diagnosen.

Was von der Diagnosenstellung im allgemeinen gesagt wurde, gilt ebenso von den Fehldiagnosen. Mit der schriftlich fixierten Begründung einer gestellten Diagnose ist eben nur ein Teil der Kraepelin'schen Forderung erfüllt. Ohne dass man nicht den weiteren Verlauf und den Krankheitszustand des diagnostizierten Falles verfolgt, bleibt auch die schriftlich fixierte Begründung für die klinische Forschung wertlos. Ganz speziell gilt das natürlich von den Fehldiagnosen. Denn die Fehldiagnose kann überhaupt nur durch die Verfolgung des Krankheitsverlaufes und Krankheitsausgangs als solche sicher erkannt werden.

Ein für die klinische Forschung verwertbares Fehldiagnosenmaterial lässt sich daher nicht von heute auf morgen gewinnen. Die Sammlung eines solchen Materials erfordert Jahre und Jahrzehnte und seine wissenschaftliche Ausnützung setzt eine Unmenge klinischer Arbeit, vor allem eine sorgfältige und objektive Führung der Krankenjournalen und einen wohlfunktionierenden Katamnese-Apparat voraus.

Dank der zielbewussten klinischen Forschungsrichtung Kraepelin's steht der Heidelberger Klinik zur Zeit ein Fehldiagnosenmaterial von bereits mehreren hundert Fällen zur Verfügung. Bis jetzt konnte Vortragender nur einen Teil des vorhandenen Materials und auch diesen nur nach einer Richtung durcharbeiten. Von dem bisher bearbeiteten Bruchteil des Fehldiagnosenmaterials kann hinwieder nur bei einem Bruchteil die wirkliche Diagnose auch nach den strengsten Forderungen der klinischen Psychiatrie für sicher gestellt gelten. Die übrigen Fälle sind noch nicht so lange beobachtet, dass man von einer absoluten Sicherheit zu sprechen berechtigt wäre.

Es war nicht möglich, in einem Vortrage an Hand der Mitteilungen zahlreicher Einzelfälle den eminenten Wert des Studiums eines grösseren Fehldiagnosenmaterials für die klinische Psychiatrie darzulegen; vielleicht aber ist es dem Vortragenden gelungen, die Versammlung zu überzeugen, dass die richtige Durchführung der Kraepelin'schen Forderung, in jedem Falle eine Diagnose zu stellen, unbeschadet des Satzes: Das Erkennen der Krankheiten setzt deren Kenntnis voraus, als Forschungshilfsmittel wissenschaftlich durchaus begründet werden könne und dass das bei der Befolgung dieser Forderung sich von selbst ergebende Fehldiagnosenmaterial vielleicht einen noch grösseren Forschungswert besitzt, als die richtig gestellten Diagnosen.

(Eigenbericht.)

363) Specht (Erlangen): Chronische Manie und Paranoia. Siehe Seite 590 dieses Centralblattes.

Diskussion: Kraepelin stimmt den Ausführungen des Votr. zu, möchte aber der chronischen Manie nicht eine so scharf ausgeprägte Sonderstellung einräumen. Zwar sei sie von den Endzuständen des manisch-depressiven Irre-

seins abzutrennen, aber man beobachte oft genug bei den gewöhnlichen, anfallsweise verlaufenden Formen dieser Erkrankung hypomanische oder depressive Dauerzustände in den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen, während umgekehrt der Vortr. auf das Vorkommen akuterer Anfälle in der chronischen Manie hingewiesen habe. Hier seien also schwimmende Grenzen. Hinsichtlich der Verwechslung mit Paranoia verweise er auf das häufige Vorkommen paranoider Züge auch in den abgegrenzten hypomanischen Anfällen.

Gaupp erwähnt kurz, dass Jung in seinem Aufsatz über „manische Verstimmung“ das Bild der chronischen Manie geschildert hat.

Specht erwidert auf Kraepelin's Bemerkungen, dass er die Selbstständigkeit der chronischen Manie in dem Sinne vertreten habe, dass sie nicht mit chronisch-manischen Sekundärzuständen und sonstigen verwaschenen Bildern von noch ungeklärter klinischer Zugehörigkeit zusammengeworfen werden dürfe. Ihre nahe Verwandtschaft mit den periodischen Psychosen und das Vorkommen von Uebergangsformen zwischen beiden liege in der Natur der Sache. Trotzdem nehme auch nach dieser Seite hin die chronische Manie in ihrer klassischen Ausprägung klinisch, sozial und forensisch eine durchaus eigenartige Stellung ein.

364) Gaupp (München): Die Depressionszustände des höheren Lebensalters.

Vortr. bearbeitete zum Studium der Frage, welchen Einfluss das höhere Lebensalter auf die Klinik der Psychosen ausübt, sämtliche in 11 Jahren aufgenommenen Fälle depressiver Psychosen, die bei Personen von über 45 Jahren ausbrachen. Bei der engen Zusammengehörigkeit der manischen und vieler depressiven Erkrankungen mussten erstere auch zur Untersuchung herangezogen werden. Er erörtert die Vorteile und Mängel einer derartigen methodischen Arbeitsweise, betont namentlich den Wert, den eine Inventaraufnahme aller vorkommenden Fälle, nicht bloss der typischen Formen, besitzt. Er stützt seine Ausführungen auf die Untersuchung von 300 Depressionszuständen und 51 rein oder vorwiegend manischen Erregungen.

Gaupp zeigt mit Hilfe tabellarischer Aufstellungen den Einfluss des Geschlechts (im höheren Lebensalter erkranken viel mehr Frauen an depressiven Psychosen als Männer, während bei den manischen Erregungen das männliche Geschlecht überwiegt), kennzeichnet in Kürze die Depressionszustände bei Paralyse, Hirnlues, sodann das manisch depressive Irresein bei älteren Personen, die periodischen Depressionen, die Melancholie des Rückbildungsalters, die psychotischen Bilder bei arteriosklerotischer und seniler Rindenerkrankung, die ängstlichen Depressionen bei Herzkranken; sodann schildert der Vortr. die atypischen Depressionszustände, vor allem die akute halluzinatorische Angstpsychose mit Verworrenheit und Ausgang in Tod oder Blödsinn, die konstitutionelle Verstimmung mit hysterisch-degenerativen Zügen im Klimakterium und Senium, symptomatische Verstimmungen auf infektiöser und intoxikatorischer Grundlage, die Depressionen bei Thyreoidaeerkrankungen, andere unheilbare depressive Erregungszustände seniler Färbung, endlich die Spätformen der Katatonie, über die Schröder schon früher auf Grund des gleichen Krankenmaterials berichtete, in deren Beurteilung aber Gaupp zum Teil einen etwas abweichenden Standpunkt einnimmt.

Der Vortrag erscheint in der Münch. med. Wochenschrift 1905.

365) **Fausser** (Stuttgart): Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken.

Redner hebt zu Beginn seines Vortrags die Bedeutung der wissenschaftlichen Psychologie als einer grundlegenden und erklärenden Wissenschaft für die Psychiatrie hervor; die dominierende Stellung, die manche Forscher der normalen und pathologischen Anatomie und anderen naturwissenschaftlichen Hilfswissenschaften für die Erklärung der normalen und krankhaften psychischen Vorgänge einzuräumen geneigt sind, werden alle diejenigen auf die Dauer nicht für haltbar ansehen können, die die wissenschaftliche Psychologie als eine selbständige, ihren eigenen Gesetzen folgende, von metaphysischen Voraussetzungen und Bedürfnissen unabhängige Erfahrungswissenschaft auffassen.

Zum psychologischen Verständnis des vorliegenden pathologischen Symptoms beschäftigt sich der Vortragende zunächst mit der normalen Psychologie der rhythmischen Vorstellungen, Gefühle und Bewegungsantriebe.

Im Anschluss an Wundt werden die zahlreichen und weitverbreiteten — nicht nur beim Menschen vorkommenden — rhythmischen Automatismen besprochen, die — phylogenetisch als Mechanisierungen ursprünglicher Willenshandlungen aufzufassen — den belebten Wesen fertig zu Gebote stehen, um entweder als reine Automatismen, ohne Bewusstseinskomponenten (z. B. Herzbewegungen) oder im Dienste von Willens-, insbesondere Triebhandlungen in Tätigkeit zu treten.

Aber nicht bloss die Anlage zum einfachen „Rhythmisieren“, sondern auch die zum „Taktieren“, „Accentuieren“, „Betonen“ finden wir in unserem gesamten psychophysischen Organismus vorgebildet. Auch diese komplizierteren Automatismen werden vom Standpunkt der generellen Entwicklung aus als mechanisierte Willenshandlungen aufzufassen sein, als Niederschläge des natürlichen Aufundabwagens der Aufmerksamkeit: die stärkere Betonung entspricht dem Moment der stärkeren Aufmerksamkeit, die schwächere Betonung dem Nachlassen der Aufmerksamkeit.

Die einstufige Art des von selbst sich einstellenden — zunächst subjektiven — Taktierens ($\frac{2}{8}$ Takt) lässt sich mit Hilfe eines der gebräuchlichen Taktierapparate (Metronom!) ohne Mühe nachweisen.

Sobald uns durch Vermittlung von Muskelzusammenziehungen ein Einfluss auf den äusseren Vorgang eingeräumt wird, wird die subjektive Betonung zur objektiven. Nacheinander werden die verschiedenen Stufen objektiv-rhythmischer Betonung durchgesprochen: als 1. der natürliche Gang und der Marsch; als 2. die rhythmisch ausgeführte entweder gemeinsame (z. B. gemeinschaftliches Heben und Emporziehen schwerer Lasten, Dreschen) oder mehr individuelle (z. B. Schmieden) mechanische Arbeit; als 3. der Tanz.

Zu diesem objektiv-rhythmischen und rhythmisch-accentuierenden Bewegungsformen gehören auch die rhythmischen Lautbildungen der Sprache, die uns hier zu beschäftigen haben. Wenn die natürliche Neigung zum rhythmischen Accentuieren und Betonen gerade beim natürlichen Sprechen für gewöhnlich noch am wenigsten stark in die Erscheinung zu treten pflegt, so hat dies seinen Grund darin, dass der besonnene und gesunde Mensch eben aus Zweckmässigkeitsgründen beim Sprechen nicht nach dem Rhythmus, sondern dem Sinn und dem ganzen Zusammenhang gemäss betont; seine aktiven Auf-

merksamkeits- und Willensvorgänge befreien ihn hier von dem sonst auf die Taktierung gerichteten, biologisch-zweckmässigen (kleinste Muskelarbeit, geringste aktive Tätigkeit des Willens und der Aufmerksamkeit) Zwang der sinnlichen Antriebe.

So bedeutet die rhythmische Betonung als pathologisches Symptom nichts anderes, als ein Zurücktreten der aktiven Aufmerksamkeits- und Willensvorgänge hinter den sinnlichen Antrieben.

Auf diese Weise erklärt es sich, warum wir dieses Symptom hauptsächlich bei solchen Geisteskrankheiten vorfinden, bei denen die Aufmerksamkeits- und Willensvorgänge gestört sind, so insbesondere bei den katatonischen und ähnlichen Verblödungsprozessen. Das Symptom der rhythmischen Betonung ist hier lediglich ein Spezialfall der durch das Zurücktreten der aktiven Aufmerksamkeits- und Willensvorgänge bewirkten allgemeinen Unfähigkeit, auftauchende Antriebe zu unterdrücken, und ist dem Symptom der Stereotypie, des Negativismus, der Befehlsautomatie, der „Manieren“ pathogenetisch und klinisch gleichwertig.

Der Vortragende betont zum Schluss nochmals die Forderung, die normalen oder krankhaften psychischen Zustände zunächst innerhalb ihres eigensten Zusammenhangs als Teilmglieder grösserer psychischer Zusammenhänge zu betrachten und zu analysieren; sowohl die Fragestellung an die Anatomie und die übrigen naturwissenschaftlichen Hilfsdisziplinen, wie die Aufschlüsse von dieser Seite werden dann ganz andere werden, als unter Zuhilfenahme einer naiv-metaphysischen Psychologie, sei es materialistischer, sei es spiritualistischer Art, wie sie heute noch vielfach der Erklärung der psychischen Vorgänge zugrunde gelegt wird.

Diskussion: Kraepelin weist darauf hin, dass wohl noch eine Reihe von katatonischen Störungen durch das Hervortreten ursprünglich vorgebildeter, aber beim gesunden Erwachsenen durch die höhere geistige Entwicklung in den Hintergrund gedrängter Dispositionen zu erklären sind.

Weygandt: Auch im normalen Kindesalter spielen rhythmische Vorgänge eine grosse Rolle, ferner in der Idiotie. Gegenüber dem Versuch, jene Erscheinungen bei Idioten zu erklären durch Annahme einer im Kindesalter einsetzenden Dementia praecox, scheint es mir näher zu liegen, dass sowohl bei Katatonikern wie bei Idioten die rhythmischen Erscheinungen zu erklären sind als Auftreten jener auch beim Menschen latent vorhandenen rhythmischen Antriebe, die beim Idioten durch Verharren auf infantiler Stufe, bei Katatonischen durch Ausfall der apperzeptiven Tätigkeit in Erscheinung treten.

366) **Specht** (Tübingen): Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumatischen Neurosen.

Specht kennzeichnet den gegenwärtigen Stand der Lehre von den traumatischen Neurosen und hebt hervor, dass denjenigen Fragen, über die man sich im Laufe der Zeit geeinigt hat, viele wichtige Fragen gegenüber stehen, die ganz unbeantwortet sind und zu deren Lösung in erster Linie nicht die Neurologie sondern die klinische Psychiatrie berufen ist. Hierher gehören die Fragen nach der klinischen Begriffsbestimmung und der Abgrenzung gegenüber den nicht traumatischen Neurosen. Auf Grund psychologischer Untersuchungen, deren Ergebnisse an Kurven erläutert werden, gelangt Sp. zu der Annahme,

dass die bisher unter einem Namen zusammengefasste Gruppe der traumatischen Neurosen oder der Schreckneurose Kraepelin's wahrscheinlich Krankheitsformen enthalten, die klinisch zu unterscheiden sind. Für die innerliche Verschiedenheit spricht auch das klinische Gesamtbild der untersuchten Kranken. Eine Gruppe der hierher gehörigen Krankheitsformen ist gekennzeichnet durch Krankheitserscheinungen, die sich darstellen als krankhafte Steigerung psychischer Vorgänge, die auch das gesunde Seelenleben beherrschen, namentlich der Ermüdung. In einer zweiten Gruppe wird das Krankheitsbild beherrscht durch Störungen, die in der Gesundheitsbreite und auch im Zustand der Erschöpfung keine Stelle finden, sondern psychischen Ursprungs sind. Diese zweite Gruppe steht in innerlicher Verwandtschaft zur Hysterie, für die ebenfalls die psychische Entstehung der Krankheitserscheinungen wesentlich ist. Sp. erörtert die Gründe, die für und gegen die Selbständigkeit der traumatischen Hysterie gegenüber der originären Hysterie sprechen und befürwortet unter Betonung allgemeiner klinischer Grundsätze, vorläufig den zweiten Formenkreis der Hysterie einzureichen. Noch viel schwieriger als diese Frage gestaltet sich die Beantwortung der Frage nach der klinischen Stellung der anderen Gruppe. Hier erinnert das Krankheitsbild in vielen wesentlichen Dingen an zwei Krankheitsformen, bei denen die gesteigerte Ermüdbarkeit eine hervorsteckende Krankheitserscheinung ist, die erworbene Neurasthenie und die originäre Form der nervösen Schwäche, die Nervosität Kraepelin's. Die krankhafte Veranlagung, die für die traumatischen Neurosen gefordert werden muss, lässt daran denken, ob die erste Gruppe der Nervosität zugerechnet werden darf. Dann würde freilich gleichzeitig eine gewisse innerliche Verwandtschaft zwischen den beiden Formenkreisen der traumatischen Neurosen zugestanden werden gemäss unserer Auffassung, dass Hysterie und Nervosität unter den allgemeinen Begriff der Entartung fallen. Der Unterschied der beiden Gruppen bliebe aber in dem Masse gewahrt, als auch Hysterie und Nervosität sich klinisch von einander scheiden. Eine Entscheidung nach dieser oder jener Richtung hin ist vorläufig nicht möglich. Erhöht werden die Schwierigkeiten der klinischen Umgrenzung noch dadurch, dass sich unter der ersten Gruppe möglicherweise Krankheitsformen befinden, die organischen Ursprungs sind. Vielleicht wird einmal die fortgeschrittene klinische Erkenntnis den Standpunkt einnehmen, dass von den bisher unter einer Gruppe zusammengefassten traumatischen Neurosen ein Teil der Hysterie zuzuweisen ist, ein Teil möglicherweise jenen Krankheitsformen, die wir jetzt als Nervosität beschreiben, und dass als die wirklich echten traumatischen Neurosen allein diejenigen zurückbleiben, die organischen Ursprungs sind.

(Eigenbericht.)

Diskussion: Kraepelin hat ebenfalls die beiden vom Vortr. vorgezeigten verschiedenen Verlaufsarten der Ermüdungskurven bei Unfallkranken feststellen können, glaubt aber, dass es noch ausgedehnter Versuche an anderen Kranken verschiedener Art, namentlich an Hysterischen bedürfen werde, bevor es möglich sei, zu einer Deutung der Ergebnisse zu gelangen.

Weygandt stimmt dem Verf. zu und fügt bei, dass bei Neurasthenie sich durch Feststellung der Ermüdungskurven auch der Fortschritt der Behandlung kontrollieren lässt.

Den Schluss der Sitzung des ersten Versammlungstages bildete die eingehende Besichtigung der neuen Münchener Klinik.

II. Versammlungstag.

Als Ort der nächsten Versammlung wird Würzburg, zu Vorsitzenden werden Vocke und Kauffmann (Werneck) gewählt.

Es folgen die Vorträge mit Demonstrationen:

367) **Alzheimer** (München): Ergibt sich ein annähernd gleicher Krankheitsprozess bei allen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund? (mit Projektion mikroskopischer Bilder verschiedener Rindenerkrankungen).

In seiner geistreichen Abhandlung „Ueber die Klassifikation der Psychosen“ hat Wernicke sich dahin geäußert, dass wir aller Wahrscheinlichkeit nach berechtigt seien, bei den verschiedenen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund einen annähernd gleichen Krankheitsprozess vorauszusetzen. Die Verschiedenartigkeit der klinischen Krankheitsbilder werde damit nicht durch einen verschiedenen Gewebsprozess, sondern durch die wechselnde Anordnung eines einheitlichen Krankheitsvorgangs veranlasst. Neben der Lokalisation habe noch die Aetiologie für die Gestaltung eines Krankheitsbildes Bedeutung.

Wäre die Auffassung Wernicke's richtig, so müsste die weitere Erforschung der anatomischen Grundlagen der Geistesstörungen andere Wege einzuschlagen sich bemühen, als sie bisher gegangen ist. In einigen hoffnungsvollen Anfängen ist es der pathologischen Anatomie gelungen, den Nachweis zu bringen, dass die Krankheiten, welche mit Verblödung und Lähmung einhergehen, durch verschiedenartige Gewebsprozesse bedingt werden. Wenn sie jetzt in das Bereich der eigentlichen Psychosen eindringen will, wird sie sich vor allem die Frage beantworten müssen, ob nicht hier ihr Suchen nach abweichenden Gewebbefunden von vornherein aussichtslos sei und ob ihr nicht etwa nur die Aufgabe zufalle, die Anordnung dieser Veränderungen zu studieren und für die Wernicke'sche Lokalisationshypothese die anatomische Begründung zu finden.

Und tatsächlich scheint auf den ersten Blick manches für Wernicke's Annahme zu sprechen. Während wir bei jenen Prozessen, bei denen uns eine histologische Differentialdiagnose möglich geworden ist, in erster Linie, wenn auch nicht ausschliesslich, abweichende Veränderungen an den Gefässen fanden, begegnen uns hier einzig und allein und immer und immer wieder Schädigungen und Ausfälle nervöser Substanz und Wucherung im Stützgewebe. Die grosse Flut von Arbeiten aber, die sich mit dem Studium der krankhaft veränderten Ganglienzellen beschäftigt hat, hat einstweilen nur zu dem Ergebnis geführt, dass wir für keine Krankheit kennzeichnende Ganglienzellenveränderungen annehmen dürfen, und wenn einzelne Autoren der Meinung sind, dass sich an den Gliawucherungen Verschiedenheiten wahrnehmen lassen, so seien diese, wie Wernicke annimmt, nach den Gesichtspunkten, die uns Weigert an die Hand gegeben hat, nur davon abhängig, wie rasch und infolge welcher ätiologischen Schädlichkeit der Untergang der nervösen Gewebelemente vor sich gehe. Die Gliawucherung sei nur quantitativ verschieden, entsprechend einem langsameren oder schnelleren Fortschreiten des nervösen Zerfalls.

Wenn man aber genauer zusieht, ergeben sich doch gewichtige Anhaltspunkte dafür, dass weder die Schädigung der nervösen Substanz eine gleichartige, noch die Wucherung des Stützgewebes eine nur quantitativ verschiedene ist.

An der Hand einer Reihe von Bildern und Mikrophotogrammen wird dann

dargelegt, dass heute schon der Satz, dass wir für keine psychische Erkrankung eine besondere Ganglienzellveränderung kennen, nicht mehr gültig ist, und dass sich bei den verschiedenen Krankheiten ein recht abweichendes Verhalten der Glia hinsichtlich der Neigung zur Kernteilung, zur Faserbildung, zur Vergrößerung des protoplasmatischen Zelleibes, zur Pigmententartung und anderen regressiven Veränderungen nachweisen lässt. Jedenfalls kann man die wohl richtige Auffassung Weigert's, dass die Gliawucherung ein sekundärer, von der ursprünglichen Erkrankung des nervösen Gewebes abhängiger Prozess sei, nicht so nehmen, dass es sich hier lediglich um quantitative Veränderungen handelt. Es gibt auch ihrem Wesen nach verschiedene Formen der Gliaveränderung.

Wenn man aber alle die Beobachtungen, die hier angeführt wurden, auf die Wage legt, so muss sie sich dahin neigen, dass nicht nur den jetzt schon genauer erforschten Krankheiten, welche zu fortschreitender Verblödung mit Lähmung führen, sondern auch den übrigen Geisteskrankheiten histologisch verschiedene Krankheitsprozesse zugrunde liegen.

Diese zu erforschen und von einander abzugrenzen, ist eine der wichtigsten Aufgaben, welche die pathologische Anatomie der klinischen Psychiatrie zu leisten hat.

Denn mit diesen verschiedenen Krankheitsprozessen stehen auch die nach Wernicke's Auffassung wichtigsten Momente für die Gestaltung eines Krankheitsbildes und seine Stellung zur Klassifikation, die Aetiologie und die Lokalisation offenbar in engen, abhängigen Beziehungen.

Die einzelnen Schädigungen, äussere und innere, die Gifte im weitesten Sinne, fallen mehr oder minder mit dem einzelnen Krankheitsprozesse zusammen, bestimmen mit demselben den Verlauf und die Prognose eines Krankheitszustandes.

Am klarsten tritt dies hervor an dem Beispiel der Presbyophrenie seniler Entstehung und der Korsakow'schen Psychose auf alkoholischer Grundlage. Die histologische Untersuchung zeigt hier, dass die Gewebsveränderungen, ohne Rücksicht auf die Lokalisation betrachtet, bei der Presbyophrenie den senilen entsprechen, bei der Korsakow'schen Psychose aber davon abweichen und unverkennbare Beziehungen zu den alkoholischen Erkrankungen, besonders dem Delirium, erkennen lassen. Die Lokalisation der Veränderungen, die wir ins einzelne noch nicht feststellen konnten, begegnen sich hier offenbar in einem gewissen Stadium der Krankheit, weil klinische Bilder von weitgehender Ähnlichkeit zustande kommen. Im weiteren Verlauf aber weichen sie wieder auseinander dadurch, dass die Presbyophrenie sich klinisch und anatomisch immer mehr in die einfachen Formen der progressiven senilen Demenz einreicht, während der Korsakow'schen Psychose die Eigenart der alkoholischen Störung bleibt, an sich nicht mehr weiter zu schreiten, wenn die äussere Ursache der Krankheit beseitigt ist.

Ebenso bestehen dann enge Beziehungen zwischen den einzelnen Krankheitsprozessen und der Anordnung, in welcher sie das Bindegewebe angreifen. Wir müssen annehmen, dass im allgemeinen ein bestimmtes Gift die Neigung hat, bestimmte Teile der Hirnrinde vorzugsweise zu schädigen.

Aber wie wir schon von der Paralyse und senilen Demenz wissen, zeigt nicht immer der gleiche Krankheitsprozess die gleiche Anordnung. Neben den sogenannten typischen Fällen gibt es abweichend lokalisierte, atypische und

alle Uebergänge zwischen ihnen. Der Krankheitsprozess kann also aus bisher nicht bekannten und wohl auch nicht durch die Edinger'sche Abnutzungstheorie völlig erklärbaren Gründen gelegentlich eine andere Anordnung annehmen. Bei einzelnen Krankheitsprozessen scheint die Anordnung sehr fest bestimmt, bei anderen die Möglichkeit grösserer Variationsbreite gegeben. Dass solche atypische Anordnungen mit atypischen klinischen Bildern auch bei den eigentlichen Psychosen vorkommen, wird an Präparaten von Fällen aus der Dementia praecox-Gruppe erläutert.

So kann also eine einheitliche Schädigung und ein einheitlicher Krankheitsprozess unter Umständen abweichende klinische Bilder veranlassen. Es sei hier nur an die Tabes und Paralyse erinnert. Auf der anderen Seite erscheint es aber wieder zweifelhaft, ob alle Krankheiten, die wir heute als alkoholische betrachten, durch einen einheitlichen Krankheitsprozess bedingt sind. Besonders gilt das vom Delirium tremens. Vielleicht ist aber auch hier, worauf ja auch klinische Beobachtungen hindeuten, nicht der Alkohol die direkte Ursache, sondern eine andere Schädigung, die in alkoholischen Erkrankungen anderer Körperorgane ihren Grund hat.

Wir werden uns schliesslich also mit Wernicke zusammenfinden in der Annahme, dass für die Gestaltung irgend eines Zustandsbildes einer psychischen Krankheit die Lokalisation eines Krankheitsprozesses eine nahezu ausschliessliche Bedeutung hat. Wenn wir uns aber überlegen, dass sich ein gleicher Krankheitsprozess verschieden lokalisieren kann, aber seine verschiedenen Lokalisationsvarietäten wegen der Gleichartigkeit des Prozesses einen gleichen Verlauf nehmen, und wenn wir an dem Beispiel der Presbyophsrenie und Korsakow'schen Psychose sehen, dass verschiedene Krankheitsprozesse gleiche Bilder erzeugen können, weil sie sich vorübergehend in einer gleichen Lokalisation begegnen, während die Verschiedenheit der Prozesse einen weiteren abweichenden Verlauf bedingt, wird uns klar werden, dass wir zu einer natürlicheren Zusammenfassung der verschiedenen Krankheitszustände kommen, wenn wir nicht die Lokalisation, sondern die Verschiedenartigkeit der krankhaften Gewebeprozesse zur Grundlage der Abgrenzung der einzelnen Krankheiten nehmen. (Eigenbericht.)

368) Weller: Demonstration eines neuen Pupillenmessapparates.

Der Apparat besteht im wesentlichen aus folgenden Teilen. 1. dem Beleuchtungsapparat, 2. dem Beobachtungsapparat, 3. dem Messapparat, 4. den Apparaten zur Zeitmessung, 5. dem Apparat zur kinematographischen Aufnahme der Pupillenbewegungen.

Zur Beleuchtung des Auges können abwechselnd Nernst- oder Bogenlampen verwendet werden. Die Intensität des Lichtes ist von 0 bis ca. 800 Meterkerzen abstufbar. Die Lichtzufuhr zum Auge kann, ohne dass die Lampen aus- oder eingeschaltet zu werden brauchen, jeden Augenblick geöffnet oder geschlossen werden. Das Licht fällt in Form eines parallelen Strahlenbündels ins Auge. Der Apparat ist so eingerichtet, dass sowohl ein Auge allein, wie auch beide zusammen beleuchtet werden können.

Der Beobachtungsapparat besteht im wesentlichen aus einem Fernrohr, das gestattet, das Auge in vergrössertem Masse zu betrachten.

Die Messung der Pupillengrösse geschieht, ähnlich wie bei den bisher konstruierten Projektionspupillometern, an einem in die Ebene der Pupille gespiegelten Messapparat, nur mit dem Unterschied, dass kein Massstab ins Auge

gespiegelt wird, sondern statt dessen zwei gegeneinander verschiebbliche Stäbchen. Die Weite der Pupille wird nach geschehener Messung an einer Skala in Zehntelmillimetern direkt abgelesen.

Neben einer exakten objektiven Messung der Pupillengröße gestattet der Apparat auch eine genaue Messung der zeitlichen Verhältnisse des Ablaufs der Pupillenreaktionen. Diese Apparate im einzelnen zu beschreiben, ist hier nicht der Platz.

Um mit dem Apparat die Bewegungen der Pupille kinematographisch aufzunehmen, wird auf einen Ansatz ein gewöhnlicher Meester'scher Kinematograph aufgesetzt und die Aufnahme mit Bogenlicht gemacht.

Der Apparat besitzt noch eine Reihe kleiner Nebenapparate, unter andern auch einen solchen zur Bestimmung der Konvergenzreaktion, die zu beschreiben zu weit führen würde.

Vortr. zeigte einige mit dem Kinematographen gemachte Aufnahmen der Lichtreaktion der Pupille und projizierte zum Schluss eine solche mit dem kinematographischen Projektionsapparat. (Eigenbericht).

Diskussion: Vocke betont die Bedeutung des Weiler'schen Apparates auch für die Irrenanstalten, namentlich für die Untersuchung der psychischen Reflexe bei alten Fällen von Dementia praecox. Leider sei der Apparat in seiner jetzigen Form sehr kostspielig.

369) **Ranke**: Ueber eine besondere Form von Entwicklungshemmung der Grosshirnrinde (mit Demonstration von Präparaten).

Nach kurzem Bericht über die klinischen Erscheinungen (Frühgeburt, Mikrocephalie, Kontraktionen der oberen und unteren Extremitäten beiderseits; septischer Prozess unbekannter Genese und Tod am 20. Lebenstage) und das Sektionsergebnis (Fehlen der rechten Niere und Nebenniere; Mikroencephalie und Mikromyelie; bezüglich der Windungsbildung des Gehirns: nur die primären Fissuren — fiss. Sylvii, Calcarina, Parieto-Occipitalis — typisch ausgebildet, im Frontal- und Occipitalpol eine Anzahl normal tief einschneidender, doch atypischer Furchen, die übrigen Teile beider Hemisphären nur seicht eingekerbt, mikro- und makrogyrisch) eines in der Münchener geburtshilflichen und pädiatrischen Klinik beobachteten Falles wurde eine Anzahl mikroskopischer Hirnrindenpräparate demonstriert, welche vor allem die an den „mikrogyrischen“ Stellen aufgefundenen Rindenveränderungen zeigen sollten. Während am frontalen und occipitalen Pol der Rindenschichtenbau kaum Abweichungen von der Norm aufwies, fanden sich an den genannten Stellen Veränderungen der Architektur, welche in der Literatur bereits mehrfach unter der Bezeichnung der „kortikalen Heterotopie“ oder unter dem Sammelnamen der „Mikrogyrie“ beschrieben worden sind.

Am leichtesten wurde die Orientierung bei Betrachtung der zellarmen superfiziellen Molekularschicht der Rinde. Während diese normalerweise mit der Oberfläche der Windungen parallel läuft, zeigte sie in den demonstrierten Präparaten mancherlei Einstülpungen in die Tiefe, die sich oft wieder verästelten. Am tiefsten reichten diese Einsenkungen der Molekularschicht dort, wo makroskopisch die seichten „mikrogyrischen“ Einkerbungen der Rinde sich befanden. Dort verliefen grössere Gefässe innerhalb dieser Molekularschicht in die Tiefe und schienen eine Art von Furchung anzudeuten. Entsprechend den vielverästelten Zweigen der zellarmen Oberflächenschicht waren die Zellen der

Rinde teils in Häufchen, teils in sehr komplizierten, etwa an Drüsen erinnernden Figuren angeordnet; stellenweise lagen derartige Rindenzellhaufen frei in der Marksubstanz, standen aber — wie Serienschnitte erkennen liessen — immer irgendwie mit der gesamten Rindenzellmasse in Zusammenhang. Das stark reduzierte Mark strahlte mit schmalen Bündeln in diese regellos erscheinenden Zellmassen ein.

Im Temporal- und Parietalgebiete wurden in der Nähe der Ventrikel innerhalb der noch auffallend reichlich vorhandenen Zellmassen des „zentralen Höhlengraues“ knötchenförmige Anhäufungen von kleinen, dunkelkernigen Elementen bemerkt, welche nachweislich zu den aus dem Plexus stammenden Gefässen in naher Beziehung standen. Bei stärkerer Vergrößerung erwiesen sie sich als bestehend aus jugendlichen Elementen der ektodermalen Stützsubstanz, mit einzelnen wohlausgebildeten Ganglienzellen untermischt. Der Verdacht, dass es sich bei ihnen um aus dem Gefässinnern oder der Gefässwand stammende Elemente handeln könne, liess sich mit voller Sicherheit ausschliessen. Die Deutung dieser Herdchen als „ventrikuläre Heterotopien“ schien die nächstliegende.

Nach kurzer Anführung des Wichtigsten aus der über die gezeigte Rindenveränderung publizierten Literatur und nach Abweisung der bisher für diese Veränderung als möglicherweise in Betracht kommend angegebenen Ursachen (Verirrung und Festlegung von Neuroblasten-Gruppen auf der Wanderung zur Rinde — mangelhafte Markentwicklung —, gröbere pathologische Prozesse an den Gefässen, nach Art der Porencephalie etc.) suchte Vortragender an der Hand einiger mikroskopischer Präparate aus der normalen Rindenentwicklung dem Verständnis der interessanten Anomalie näher zu kommen.

Er zeigte, dass bei den Säugetieren in früher Fötalzeit (beim Menschen im IV., am deutlichsten im V. Monat) die Rindenzellen des Grosshirns der noch ungefurchten Oberfläche nicht parallel verlaufen, sondern mit allerlei unregelmässigen Knötchen und Zapfen gegen die zellarme Molekularschicht vorspringen (fötale Rindenwärtchen nach Retzius, Retzius'sche Hirnwärtchen nach His). Dieses mit der Bezeichnung *Status corticis verrucosus simplex sive Retzii* belegte Verhalten gleicht sich bei den gyrencephalen Säugern im weiteren Verlauf der Entwicklung wieder aus (beim Menschen etwa bis zum Ende des VII. Monats); es erhält sich dagegen an manchen Stellen der biencephalen Rinde (am deutlichsten in der Riechrinde der Nager), sowie im *Gyrus Hippocampi* der Gyrencephalen dauernd. Dieses histologische Verhalten des *Gyrus Hippocampi* scheint die Ansicht Broca's und anderer Autoren zu stützen, nach welchen der *Gyrus Fornicatus* (mit dem *Tractus olfactorius* und seinen Wurzeln) als ein eigener Hirnlappen („*Lobus limbicus*“) anzusehen, somit in Gegensatz gegen alle übrigen Hirnwindungen zu setzen sei. In dem demonstrierten Falle des mikrocephalen Kindes zeigte der *Gyrus Hippocampi* keinerlei Abweichung vom *Status verrucosus simplex*.

Für die morphologische Erklärung des atypischen Verhaltens der geschilderten Rindenpartien in diesem Falle dürfte ein einfaches Verharren im fötalen Wärtchenzustande der Rinde nicht ausreichen; ein solches könnte dagegen in Betracht kommen bei einem 1886 von Anton als Mikrogyrie mit Balkenmangel beschriebenen Gehirne.

In dem eigenen und zahlreichen der anderen als „kortikale Heterotopien“

beschriebenen Fälle ist wohl nur die normale Entwicklung zur Zeit des fötalen Status verrucosus simplex stehen geblieben; dagegen hat eine pathologische Weiterbildung im Sinne dieses Zustandes eingesetzt, und endlich hat noch hier und dort ein Versuch zur Windungsbildung stattgefunden: durch diese drei Faktoren liesse sich am ehesten das komplizierte Bild, für das der Ausdruck eines Status corticis verrucosus deformis vorgeschlagen wird, morphogenetisch erklären.

Mit wenigen Worten wurde schliesslich noch auf die Fragen eingegangen: Wie kommt der Status verrucosus simplex zustande? — Wie ist sein Persistieren an manchen Stellen der biencephalen Rinde, sowie im Gyrus Hippocampi der gyrencephalen Säuger zu erklären? — Wie kommt es endlich zu seinem pathologischen Erhaltenbleiben in grösseren Gebieten des menschlichen Gehirns (Fall Anton's), sowie zu der Ausbildung des Status verrucosus deformis? Auf alle diese Fragen liessen sich bestimmte Antworten noch nicht geben; doch haben die Untersuchungen wahrscheinlich gemacht, dass der Status verrucosus simplex einerseits die Furchenbildung des Gehirns phylogenetisch und ontogenetisch vorbereitet, dass sein Auftreten andererseits mit den Hirngefässen in irgendwelcher Beziehung steht. Die Ernährung der Hirnrinde von der Pia aus beginnt nämlich etwa zu derselben Zeit (IV. und V. Fötalmonat), in welcher sich der fötale Würzchenzustand ausbildet; sein Verschwinden aber fällt ungefähr mit der Zeit zusammen, in der eine völlig gleichmässige Vaskularisation der Hirnrinde erreicht ist. Ferner liess sich in dem eigenen wie in einigen der früher publizierten Fälle von Status verrucosus deformis bemerken, dass die verbreiterte atypische Rindenbildung etwa so weit in das verschmälerte Mark hineinreicht, wie sich das Versorgungsgebiet der pialen Rindengefässe erstreckt. Endlich wäre auf die häufig zusammen mit dem Status verrucosus deformis beobachteten „ventrikulären Heterotopien“ hinzuweisen, deren nahe Beziehung zu den Gefässen des Marks — wie die Demonstration zeigte — nachgewiesen werden konnte. Als nächstliegende Anschauung wäre also wohl für die Entstehung des Status corticis verrucosus deformis die Hypothese aufzustellen, dass wir es bei ihm mit einer abnormen Bildung der Hirnrinde zu tun haben, die durch veränderte (ihrer Ursache nach uns einstweilen unbekante) Ernährungsverhältnisse der Rinde zu erklären ist, welche zu einer übermässig starken und abnorm lang andauernden Proliferation der gesamten Rindenelemente im Sinne des fötalen Status verrucosus simplex führten. (Eigenbericht.)

370) **Weygandt (Würzburg):** Ueber Mongolismus (mit Demonstrationen).

Bei der sogenannten mongoloiden Idiotie handelt es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen der eigenartigen Gesichtsbildung mit Schwachsinn und einigen anderen Symptomen, sondern um einen wohlabgegrenzten degenerativen Typus. Vortr. hat in Deutschland und England in letzter Zeit 87 Fälle derart klinisch untersucht.

Die auffallende Gesichtsbildung zeichnet sich vor allem durch niedrige, breite Nasenwurzel, stumpfe Nase, breite Jochbogengegend und schräge, kleine Augenöffnungen aus, sehr häufig findet sich Epicanthus. Der Schädelbau ist exquisit brachycephal.

Fast in allen Fällen ist die Zunge verändert, meist mit Rissen und vergrösserten Papillae fungiformes versehen, gewöhnlich lang, aber nicht eigentlich

verdickt. Die verschiedensten Gelenke sind ausserordentlich weich, die Finger lassen sich nach dem Handrücken vielfach spitzwinklig zurückbiegen. Die kleinen Finger sind gewöhnlich einwärts gekrümmt bei kurz entwickelter zweiter Phalange.

Nicht selten sind mannigfache Degenerationszeichen: Ohrmissbildungen, nach vorn geschlitztes Nasenloch, Asymmetrie, auch innere Defekte, wie angeborener Herzfehler, Atresien usw.

Die Fälle unterliegen vielen körperlichen Krankheiten, vor allem Entzündungen der Lider, Nase, Lippen usw., ganz besonders häufig der Tuberkulose.

Psychisch sind die Mongoloiden zunächst verlangsamt in der Entwicklung, dann lernen sie einige Jahre leidlich, um später wieder stehen zu bleiben. Der Charakter ist still, heiter, gutmütig, vielfach sind sie zu Scherzen aufgelegt. Hervorzuheben ist die Neigung zu Nachahmungen, auch Echolalie, Echopraxis und Grimmassieren sind nicht selten. Die Sprachentwicklung ist meist mangelhaft.

Die Fälle sterben gewöhnlich früh an interkurrenten Krankheiten, selten werden sie über 25 Jahre alt (9,4%), ein Fall war 54jährig.

Die Kinder fallen vielfach schon bald nach der Geburt als abnorm auf. Häufig sind es die letzten Kinder einer kinderreichen Ehe, ferner auch die Kinder von verhältnismässig alten und auch im Lebensalter erheblich verschiedenen Eltern.

Votr. bespricht die verschiedenen Theorien der Affektion, Entstehung auf Grund von Schilddrüsen, von angeborener Syphilis, von Tuberkulose, und kommt zu der auch durch die bisher vorliegenden anatomischen Befunde und ethnologische Tatsachen gestützten Auffassung, dass es sich um eine Hemmungsmissbildung handelt. Die Diagnose ist wichtig wegen der bedenklichen Prognose und auch wegen der Abgrenzung gegen Kretinismus und Myxödem.

(Eigenbericht.)

371) **Reichardt** (Würzburg): Ueber die Bestimmung der Schädelkapazität an der Leiche (mit Demonstration des Apparates).

Die an der Würzburger psychiatrischen Klinik bei jeder Schädelsektion angewandte Methode der Kapazitätsbestimmung besteht darin, dass mit Hilfe eines Metallbandes die Sägelinie, welche peinlich genau in der gleichen Horizontale liegen muss, festgelegt wird. Nach dem Aufsagen des Schädels und der Entnahme von Gehirn und Dura vergewissert man sich durch Eingiessen von Wasser, dass der Wasserspiegel in der Schädelbasis steht, und misst dann durch weiteres Eingiessen von Wasser aus dem Messzylinder in die horizontal eingestellte Schädelbasis und Schädelkalotte deren Kapazität. (Demonstration von Photographien, Schädeln und Apparaten.) Am Messzylinder sind dann die Kapazitätswerte direkt abzulesen. — Die konsequente Bestimmung der Schädelkapazität an der Leiche ist durchaus nötig, da nur mit ihrer Hilfe eine eventuelle Hirnatrophie, Hirnvergrößerung (Hirnschwellung), Mikrocephalie etc. genau und exakt festgestellt werden kann. Bei Paralyse und Dementia senilis z. B. fehlt in einer grossen Anzahl überhaupt eine Hirnatrophie, auch nach jahrelangem, hochgradigem Blödsinn. Wenn andererseits speziell Paralytische oft auffallend niedere Hirngewichte haben, so kann dies seinen Grund darin haben, dass diese Paralytischen (ohne Hirnatrophie!) mikrocephal sind. Man erkennt schon hieraus, wie wichtig eine konsequente Kapazitätsbestimmung an der Leiche ist, wie nur sie vor entsprechenden Fehlschlüssen schützt, und wie

wertlos andererseits in den meisten Fällen eine Hirngewichtszahl ist, ohne Kenntnis der Schädelkapazität. (Eigenbericht.)

Diskussion: Alzheimer hat einige Bedenken gegen die Schlussfolgerung des Votr., dass sich unter den Paralytikern viele Mikrocephalen befinden. Die Kapazität des Schädels könne durch Verdickung des Schädeldachs verringert werden; ferner führe die Paralyse nicht nur zu einem nervösen Schwund, sondern die Wucherung des Stützgewebes, die Gefässvermehrung, die Infiltration der Lymphräume, die Vermehrung des Flüssigkeitsgehalts des Hirngewebes und der Ventrikel veranlassen Gewichtsveränderungen des Gehirns, deren Grösse durch einfache Wägungen gar nicht festzustellen sei.

Reichardt erwidert, dass die grosse Mehrzahl der Paralytiker ohne Hirnverkleinerung keinen nachweisbar verdickten Schädel aufweist — ein Punkt, auf welchen in der Würzburger Klinik sehr genau geachtet wird. Die histologischen Veränderungen paralytischer Gehirne sind oft durchaus die gleichen, ob nun ein Gehirn normal schwer oder verkleinert (im Verhältnis zur Schädelkapazität) ist. Man kann es beispielsweise einem histologischen Präparate nicht ansehen, ob ein Gehirn um 200 gr zu leicht ist oder nicht.

372) Gudden (München): Ueber Schlaftrunkenheit.

Der Vortragende erörtert nach einem Ueberblick über die Literatur an der Hand einiger Fälle zunächst die „physiologische“ Schlaftrunkenheit, scheidet sodann die pathologische Schlaftrunkenheit in eine affektive, eine Traumtrunkenheit und in eine alkoholische. Die epileptische Schlaftrunkenheit wird kurz gestreift. G. gelangt zu folgenden Schlussätzen:

1. Das hervorragendste Zeichen der Schlaftrunkenheit ist eine Verschiebung in der Wiederkehr der Besonnenheit und der Aktionsfähigkeit.

2. Die Ausbildung der Schlaftrunkenheit wird sehr häufig begünstigt durch die Schwäche oder das Fehlen von bestimmten Eindrücken vor dem Einschlafen, welche für die rasche Wiederkehr der Besonnenheit beim Erwachen von Bedeutung sind.

3. In gleicher Weise begünstigend wirkt das längere Vorhandensein von ängstlichen Affekten vor dem Einschlafen.

4. Für das Denken und Handeln der Schlaftrunkenen spielt das normalerweise schon mit vorzeitigem Erwachen verknüpfte Unlustgefühl eine Rolle.

5. Die pathologische Schlaftrunkenheit erstreckt sich bei gewissen Komplikationen (unsanfte Behandlung oder Trauma der Schlaftrunkenen) nicht selten über einen längeren Zeitraum. Die alkoholische Schlaftrunkenheit geht deshalb oft in einen pathologischen Rauschzustand über.

Diskussion: Specht (Tübingen) fragt, ob der Votr. bei Schlaftrunkenen gelegentlich Störungen von seiten des Blutkreislaufes beobachtet habe. Bei einem Fall der Tübinger Klinik fanden sich Herabsetzung der Pulsfrequenz bis auf 48 Schläge, Unregelmässigkeit des Pulses und Cyanose der Hände; im Moment des Einschlafens stieg die Pulsfrequenz; es lag hier nahe, an einen inneren Zusammenhang der psychischen und körperlichen Störungen zu denken.

Weygandt: Es handelt sich bei der Dissoziation der verschiedenen psychischen Funktionen bei der Schlaftrunkenheit um einen allgemeinen Vorgang, der auch beim normalen Einschlafen und Erwachen eine grosse Rolle spielt, wie Weygandt 1893 in seiner Dissertation („Entstehung der Träume“) hervorhob.

Gudden stimmt Weygandt zu. Das Studium der Lockerung des Bewusstseins beim Einschlafen und Erwachen bietet vieles Interessante, das zwar jedem durch Selbstbeobachtung bekannt, aber noch zu wenig gesammelt und verarbeitet worden ist. Kreislaufuntersuchungen machte ich nicht. Specht's Fall erscheint für weitergehende Schlussfolgerungen nicht geeignet, da die beobachtete Hautcyanose auf individuelle vasomotorische Störungen hinweist.

373) **Vocke** (München): Liquidation in Strafsachen.

Der Vortrag, welcher in der Münch. med. Wochenschrift erscheinen wird, wendet sich gegen die Praxis der bayerischen Gerichte, welche, wenn die Kosten der Staatskasse zur Last fallen, für das Gutachten nur den Betrag von 10 M. nach der Mindesttaxe der bayerischen Gebührenordnung vom 17. XI. 1902 bewilligen.

Vortragender beantragt folgenden Beschluss zu fassen:

1. Der Verein bayerischer Psychiater erachtet den gemäss Ziffer 8 der Gebührenordnung vom 17. XI. 1902 in der Praxis meist zur Anwendung kommenden Mindestsatz von 10 M. für ein wissenschaftlich begründetes psychiatrisches Gutachten bei dem Umfange und der Schwierigkeit derartiger Gutachten in den meisten Fällen nicht als eine angemessene Vergütung der Mühe-waltung des Sachverständigen im Sinne der Pr.-O.

2. Der Verein beauftragt deshalb den Vorstand zunächst im Hinblick auf § 12 II der genannten Verordnung beim Kgl. Justizministerium die generelle Bewilligung eines höheren Betrages in solchen Fällen nachzusuchen, eventuell eine Ergänzung der Gebührenordnung hinsichtlich zeitraubender Gutachten bei den Aerztekammern zu beantragen.

Kraepelin schlägt vor, dem Votr. ohne Diskussion vollkommen zuzustimmen.

Die Versammlung beschliesst in diesem Sinn.

374) **Neisser** (Bunzlau): Kurze Mitteilung über epileptische Psychosen. Der Vortrag erscheint in dieser Zeitschrift.

375) **Nitsche** (München) demonstriert eine 47jährige Frau, bei der sich im Klimakterium nach mehrmonatiger Depression und Schlaflosigkeit, ziemlich plötzlich eine Angstpsychose entwickelt hatte mit heftigster Angst, Selbstmordversuchen, Versündigungsideen, Furcht schwanger zu sein, wobei die Besonnenheit erhalten war. Nach 10 Tagen trat im Anschluss an einen tetanie-artigen Anfall Verworrenheit mit Angst und sinnloser Erregung auf, welcher Zustand dann dem jetzt noch bestehenden wich. Die Kranke ist tief verworren, ratlos, hat wenig Affekt, der nicht eigentlich ängstlich gefärbt ist; Gesichtsausdruck verständnislos. Sie spricht fast fortwährend unzusammenhängend, ohne Beziehung zur Situation; der Inhalt ihrer Rede besteht aus Bruchstücken von gleichgültigen früheren Erlebnissen, die aneinandergereiht werden, ohne dass eine Gesetzmässigkeit dabei zutage träte; die in der Rede häufig eintretenden Pausen werden durch Flickwerk, wie „Ja, ja“, „also“ ausgefüllt. In der Umgebung gehörte Worte werden bisweilen ohne Beziehung eingeflochten. Dabei zielloser, wenig energischer Bewegungsdrang. Patientin ist sehr schwer zu fixieren, nicht ablenkbar, nicht negativistisch, nicht erregbar. Keine aphasischen oder asymbolischen Erscheinungen. Keine nervösen Störungen, keine Arteriosklerose. Puls sehr frequent und klein. Lumbalpunktion negativ. Trotz sorgfältigster

Ernährung ist das Körpergewicht rapid gesunken. — Die Krankheit lässt sich den der Kraepelin'schen Schule bekannten Formen nicht einreihen. Es handelt sich um ein noch nicht bekanntes Krankheitsbild. Nach früher gemachten Erfahrungen ist Ausgang in psychische Schwäche wahrscheinlich, wenn es gelingt, die Kranke am Leben zu erhalten. (Eigenbericht.)

An der Diskussion über die klinische Wertung des Falles beteiligen sich Pick, Neisser, Alzheimer, Gaupp, Kraepelin.

376) **Busch und Plaut** (München): Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung verlängerter warmer Bäder.

Die ausserordentliche beruhigende Wirkung fortgesetzter Bäder von 34 bis 35 Grad Celsius ist in weitem Umfange anerkannt und häufig in der Literatur konstatiert, die einzelnen Faktoren dieses Einflusses dagegen sind noch sehr wenig erforscht, besonders soweit sie auf psychischem Gebiet liegen.

Plaut und Busch begannen gemeinschaftlich diesbezügliche experimentelle Untersuchungen, vorerst nur in der Absicht, die Wege kennen zu lernen, auf denen sich die Gewinnung endgültiger Resultate erstreben liesse.

Sie untersuchten die Veränderungen, welche unter der Einwirkung zweistündiger Bäder von 35 Grad an Normalen sich einstellen und zwar bezüglich des Blutdrucks, der Pulszahl, der Temperatur und der groben Kraft, gemessen am Ergographen. Dem gleichen Ziele auf dem Gebiet psychischer Vorgänge dienten Wahlreaktionen, Assoziationen, fortlaufendes Addieren einstelliger Zahlen und die Auffassung von Gesichtseizen. Die Versuchspersonen badeten im ganzen in sechs Versuchsreihen jeden zweiten Tag zwei Stunden. Vor und nach dem Bade wurden die Versuche angestellt, der Blutdruck wurde einmal vor dem Bade, dann nach $\frac{1}{4}$ stündiger Einwirkung desselben und gegen Schluss im Bade gemessen. Auf den Badetag folgte ein Normaltag, an welchem eine zweistündige Ruhezeit das Bad vertrat, sonst wurde in ganz gleicher Weise gearbeitet. Eine Aenderung der Resultate nach dem Bade gegenüber dem Ergebnis vor demselben, verglichen mit der Differenz vor und nach der Ruhezeit, konnte also mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen Einfluss des Bades bezogen werden.

Während Puls und Temperatur ausser einer unbedeutenden Neigung zum Ansteigen keine Badewirkung erkennen liessen, sank der Blutdruck (gemessen mit dem Gärtner'schen Tonometer) beträchtlich. Nach zwei Stunden war er bei den drei Versuchspersonen um 27,16, und 5 mm geringer als vor dem Bade, einen noch tieferen Stand aber nahm er nach $\frac{1}{4}$ stündigem Bade ein und zwar um 2 bez. 7 mm. Am Ergographen stiegen die Leistungen einer Versuchsperson sowohl nach der Ruhe als nach dem Bade etwas an, bei der zweiten sanken sie in letzterem Fälle, doch war auch hier der Ausfall an den verschiedenen Tagen wechselnd; bald wurde nach dem Bade mehr, bald weniger geleistet, und die Abnahme der Zahl nicht der Höhe der Einzelleistungen auch an den Tagen, die eine ungunstige Wirkung des Bades andeuteten, sprach gegen das Bestehen einer Ermüdung des Muskels. — Hier sei noch bemerkt, dass das Gewicht der Versuchspersonen keine Abnahme erfuhr, es blieb im Verlauf der Versuchsreihe unverändert oder zeigte eine Zunahme von $\frac{1}{2}$, 1 und 3 Pfund. — Gering waren die Veränderungen der Assoziationen und nicht zu einem Schlusse zu verwerten, nicht ungunstig, d. h. nicht im Sinne einer Ermüdung beeinflusst, zeigten sich die Wahlreaktionen. Die Gesamtarbeit des

Addierens nahm durch das Bad, verglichen mit der Wirkung der Ruhe, etwas zu, die Pausenwirkung dagegen beträchtlich ab. Da die in der Pausenwirkung ausgedrückte Erholungsfähigkeit der Ermüdbarkeit parallel zu gehen pflegt, darf also eine Herabsetzung der letzteren durch das Bad gefolgert werden. Als Gesichtssreize für die Auffassungsversuche dienten Täfelchen mit neun Buchstaben, die durch einen vorbeipendelnden Spalt kurze Zeit sichtbar wurden. Es fand sich auch hier ähnliches wie bei den Additionsversuchen. Die Auffassung war nicht vermindert, sondern nach dem Bade meist etwas gebessert. Objektive Zeichen der Ermüdung liessen sich also auf keinem der untersuchten Gebiete nachweisen.

Bei alledem war das Gefühl der Müdigkeit nach dem Bade durchweg ein beträchtliches und hielt mehrere Stunden an.

Die Arbeit will nur ein Vorversuch sein und die Verf. beabsichtigen hier in ausgedehnter Weise weiter zu arbeiten, ehe sie ihre Resultate als endgültige betrachten.

Soweit die vorläufigen Resultate einen Schluss gestatten, ist es der, dass anscheinend das Bad nur Müdigkeit, nicht Ermüdung hervorruft. Während unsere anderen schlaf- und beruhigungbringenden Mittel, soweit sie untersucht sind, deutliche objektive Ermüdungserscheinungen konstatieren liessen, Trional und Chloralhydrat z. B., die geistige Leistungsfähigkeit auf allen in dieser Arbeit untersuchten Gebieten herabsetzen, demnach eine schädigende Wirksamkeit entfalten, beschränkt sich nach den vorliegenden Versuchen der Einfluss des warmen Bades auf die Gemeinempfindungen und Gefühle. Bestätigen sich diese Ergebnisse, so besitzen wir demnach in ihm ein Mittel, das unsere Patienten zu beruhigen vermag, ohne irgend eine ungünstige Nebenwirkung.

(Eigenbericht.)

Die Vorträge von Stransky („Zur Lehre von der Sprachverwirrtheit“), Ast („Einige Fälle von induziertem Irresein“) und Rehm („Erfahrungen über Lumbalpunktion“) wurden wegen Zeitmangels zurückgezogen.

III. Bibliographie.

XCVI) Emil Kraepelin: Einführung in die psychiatrische Klinik. Zweite durchgearbeitete Auflage. Leipzig, Ambrosius Barth. 1905.

Nachdem Verf. erst im vorigen Jahre die siebente, vielfach umgearbeitete Auflage seines „Lehrbuches der Psychiatrie“ erscheinen liess, wurde in diesem Jahre die Neubearbeitung und Herausgabe der zweiten Auflage seiner „Einführung in die klinische Psychiatrie“ notwendig. Wohl Beweis genug, wie sich der vom Verf. vertretene klinische Standpunkt in der Psychiatrie trotz aller Gegnerschaft immer neues Terrain erobert, nicht minder aber dafür, mit welcher ungewöhnlichem Geschick Kraepelin seinen Stoff beherrscht und seinen Schilderungen volle Lebenswahrheit zu verleihen weiss.

Selbstverständlich hat Verf. in der neuen Auflage die Fortschritte unseres Wissens berücksichtigt, „soweit es für die Bedürfnisse des Anfängers angebracht erschien“.

Einige frühere Beispiele sind durch neue ersetzt worden, weil sich durch den späteren Verlauf herausstellte, dass dieselben als Paradigmata nicht geeignet waren. Eine besonders dankenswerte Bereicherung hat aber das Buch durch die erheblich umfänglichere Bearbeitung des so überaus wichtigen aber auch schwierigen Kapitels über das „Entartungsirresein“ und über „krankhafte Persönlichkeiten“ erfahren. Bemerkenswert schien mir besonders ein neuer Gesichtspunkt für diese Frage, den Verf. freilich nur kurz andeutet, indem er eine Form der „krankhaften Persönlichkeiten“ gewissermassen als Vorstufe einer bestimmten Psychose (des manisch depressiven Irreseins) auffasst. Ich glaube, dass sich eine weitere Ausdehnung der Forschung gerade nach dieser Richtung hin recht fruchtbringend erweisen könnte.

Wenn es mir erlaubt ist, für die nächste Auflage des Buches noch einen Wunsch auszusprechen, so ist es der: Die Verlagsbuchhandlung möchte die zu dem Lehrbuch gehörenden Tafeln, soweit sie photographische Aufnahmen von Kranken darstellen, auch der „Einführung in die psychiatrische Klinik“ begeben — natürlich ohne Preiserhöhung! Das Buch würde gerade für den praktischen Arzt dadurch an Interesse und Brauchbarkeit gewinnen.

Ewald Hecker.

XCVII) Alfred Petrón (Upsala): En analys af cirka 800 fall af Kronisk sinnessjukdom jänte en granskning af vår officiella psykiatriska nomenklatur. (Eine Analyse von ca. 800 Fällen chronischer Geisteskrankheit nebst einer kritischen Prüfung der in Schweden offiziellen psychiatrischen Nomenklatur.) Upsala Läkareförenings Förhandlingar X, Heft 1—6. 1904 bis 1905.

Eine grosse klinische Arbeit, die im grossen und ganzen eine Bestätigung der Kraepelin'schen Lehren bringt und für eine Reform der offiziellen schwedischen Einteilung der Psychosen eintritt. Die Hauptergebnisse des Verf. sind:

Das manisch-depressive Irresein bildet eine selbständige grosse Krankheitsgruppe, zu der alle Fälle von „einfacher“ Manie, periodischer und rezidivierender Manie gehören. Die „Mischzustände“ werden von Petró anerkannt und an eigenen Beispielen erläutert. Gehörstäuschungen, fixierte Wahnvorstellungen in der Erregung kommen vor. Der Ausdruck „sekundäre Paranoia“ für die atypischen ungeheilten Zirkulären ist zu verwerfen. Komplikation mit Epilepsie kommt vor. Pubertät, Involution und Senium begünstigen den Ausbruch des manisch-depressiven Irreseins. Die Melancholie erkennt P. als eine Involutionspsychose an. Unter „Confusio“ fasst er alle Infektions- und Erschöpfungspsychosen zusammen. Die Dementia praecox will er im offiziellen Schema in die drei Gruppen, Hebephrenie, Katatonie, Dementia paranoides gesondert haben. Die Prognose der Katatonie ist auch nach seinen Erfahrungen meist, aber nicht ausnahmslos ungünstig. Neben der allgemeinen sei stets eine individuelle Prognose zu stellen, die namentlich von der Art des Beginnes (akut oder chronisch) abhängt. Er berichtet über seine Erfahrungen über „Spätkatatonie“: 6 Männer und 18 Frauen erkrankten erst nach dem 40. Jahr (zwischen 40 und 45: 2 Männer, 7 Frauen; zwischen 45 und 50: 2 Männer, 5 Frauen; zwischen 50 und 55: 2 Männer, 4 Frauen; mit 58 bzw. 59 je eine Frau). Verf. schildert dann verschiedene Typen der paranoiden Form der Dementia praecox, zu der er das *délie chronique* Magnan's nicht rechnet. Er will

dieses jedoch auch nicht zur Paranoia gezählt wissen, in der er eine ausgesprochen degenerative Erkrankung sieht. Er bringt eine Rubrik: *Insania degenerativa*, zu der er auch einige Fälle von Magnan's *Délire systématisé des dégénérés* rechnet. Unter den Intoxikationspsychosen führt Petréon auf: halluzinatorische Alkoholparanoia, myxoedematöses Irresein. Die organische Demenz (mit Ausschluss der Paralyse) teilt er ein 1. in Psychosen auf Grund lokaler Erkrankung des zentralen Nervensystems und 2. in senile Psychosen, bei denen er zahlreiche Unterformen unterscheidet: einfache senile Demenz, Presbyophrénie, senile Depressionszustände, deliriöse senile Erkrankungen, senile Verrücktheit. Bei der Imbezillität kennt er Fälle mit „periodischen Unruhezuständen“ und andere mit vagen, nicht systematisierten Wahnbildungen ohne Sinnestäuschungen, in denen er eine rudimentäre Form der Paranoia sieht.

Am Schluss seiner Ausführungen verwirft der Verf. den Begriff der sekundären Demenz vollständig und gibt noch eine statistische Zusammenstellung der in die Upsalaer Pflegeanstalt 1902 und 1903 aufgenommenen Fälle der verschiedenen Altersstufen.

Gaupp.

XCVIII) F. Martius: Krankheitsanlagen und Vererbung. Leipzig und Wien, F. Deuticke. 1905. 39 S. Preis 1,00 M.

Vergl. den ausführlichen Bericht über den Vortrag des Verf. auf dem XXII. Kongresse für innere Medizin, S. 377 dieses Centralbl. Die vorliegende Abhandlung, die auch für den Psychiater von Interesse und Bedeutung ist, gibt in etwas erweiterter Form den Inhalt jenes Vortrages wieder.

Gaupp.

IC) A. Pilez: Beiträge zur Schwachsinnigen-Fürsorge. Heft II. 1. Die Erscheinungen des Schwachsinn. 2. Ueber den moralischen Schwachsinn. Wien 1905. Verlag des Vereins „Fürsorge für Schwachsinnige und Epileptische“.

Zwei kurze gemeinverständliche Vorträge des Wiener Klinikers, die dem Fachmann natürlich nichts Neues bieten.

Gaupp.

C) Iwan Bloch: Die Perversen. Moderne Zeitfragen No. 6. Pall-Verlag, Berlin 1905.

Gemeinverständlicher Aufsatz, in dem Bloch seinen bekannten Standpunkt in der Beurteilung sexueller Anomalien darlegt. Er sieht in ihnen kein modernes Entartungsphänomen, sondern tief in der menschlichen Natur begründete, überall und zu allen Zeiten auftretende, von der Kultur unabhängige Erscheinungen, als deren Hauptquellen er den Reizhunger (Hoche), die leichte Bestimmbarkeit des Geschlechtstriebes durch äussere Einflüsse und die Bedeutung häufiger Wiederholung bezeichnet. Sadismus und Masochismus haben ihre Wurzeln im normalen Unterschied des geschlechtlichen Verhaltens von Mann und Weib. Sexualität und Grausamkeit gehören phylogenetisch eng zusammen. Die Homosexualität ist nie oder fast nie angeboren; somatische sexuelle Zwischenstufen kommen bei normaler Heterosexualität, normale Körperbeschaffenheit bei Homosexuellen vor. Äussere Einflüsse bestimmen im frühen Alter die Triebrichtung. Bisexualität kann mehr oder weniger vorübergehend in jedem Menschen auftreten; kurz vor und während der Pubertät ist sie sogar häufig. Viele Menschen (z. B. die paidophilen Griechen) waren heterosexuell und daneben homosexuell. Im Orient werden auch heute viele Heterosexuelle homosexuell.

Gaupp.

CI) B. Drastich: Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte. II. Spezieller Teil. Wien, Verlag von Josef Safár. 1905. Preis 4,75 M.

Verfasser legt in dem 204 Grossoktavseiten umfassenden Bande seine Erfahrungen, die er im Verlaufe von mehr als zehn Jahren in seiner militärpsychiatrischen Tätigkeit im (österreichischen) Garnisonspital No. 1 und beim Militärsanitätskomitee gesammelt hat, nieder. Der Zweck der Publikation soll darin bestehen, die wichtigsten beim Militär vorkommenden Formen von Geistesstörung und psychopathischen Zuständen mit besonderer Betonung ihrer forensischen Seite zu besprechen, wobei Verf. aber ausdrücklich hervorhebt, dass es ihm ferne liege, ein Lehrbuch der Psychiatrie schreiben zu wollen. Der Darstellung der verschiedenen Geistesstörungen sind häufig Krankengeschichten mit wörtlicher Wiedergabe einiger Gutachten, sowie die Erörterung spezifisch militärischer, forensischer oder militärärztlicher Verhältnisse und Fragen eingefügt. Ist ja gerade in der Armee für den Psychiater noch ein ungeheueres Arbeitsfeld brachliegend, von dessen Mannigfaltigkeit der Fernerstehende wenig Vorstellung hat! Daher betont Drastich mit Recht, dass mit der Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände nur jene Militärärzte betraut werden sollten, die sich die entsprechenden Kenntnisse auf diesem Gebiete erworben haben. In Oesterreich sind schon seit längerer Zeit für die Armee Zentralstellen für forensisch-psychiatrische Beobachtungen geplant; an die Spitze derselben würden psychiatrisch geschulte Militärärzte zu treten haben.

In der Einleitung macht Verf. eindringlich auf die grossen Mängel bei der Assentierung der Rekruten aufmerksam und empfiehlt, dass sog. Unterabteilungen geschaffen würden, in welchen z. B. ein Offizier je 8—10 Rekruten eingehenden Befragungen über Heredität, Anlage, Entwicklung, durchgemachte Krankheiten, Vorstrafen etc. unterwerfen und über die Befunde Meldung erstatten solle; dieser Vorgang würde jedenfalls wesentlich dazu beitragen, psychisch minderwertige Elemente unter den Rekruten herauszufinden. Bisher wurden immer wieder namentlich die psychisch Degenerierten und die mit angeborenem oder erworbenem Schwachsinn Behafteten verkannt und wegen ihrer vielfachen Vergehen empfindlich bestraft. Es ist, wie Drastich ausführt, als eine erwiesene Tatsache zu betrachten, dass ein grosser Teil der Sträflinge sowohl im Zivilstande als auch beim Militär aus Degenerierten besteht.

Aus der Besprechung der einzelnen Psychosen ist besonders hervorzuheben: ein vorzügliches Untersuchungsschema für Imbecille, ferner einige sehr beherzigenswerte Ausführungen beim Kapitel Alkoholismus; es sei eine Pflicht der Militärärzte, gewissen Eigentümlichkeiten des Offizierstandes, die diesbezüglich eine Gefahr involvierten oder zum mindesten der Entstehung des chronischen Alkoholismus Vorschub leisteten, entgegenzutreten; es sei dringend geboten, dass man auch in Offizierskreisen die Geringschätzung gegen die Bestrebungen der Antialkoholiker möglichst bekämpfe.

Eine besonders eingehende Besprechung mit interessanten Beispielen ist den akuten Rauschzuständen gewidmet, die ja im Heere häufig zur Beobachtung gelangen.

Von Interesse ist weiter die Angabe, dass Verf. innerhalb zehn Jahren unter 384 geisteskranken Offizieren 198 Mal die Diagnose progressive Paralyse stellen konnte. In der Besprechung der Dementia praecox vermisst man

merkwürdigerweise jede Angabe über das Vorkommen von Halluzinationen bei dieser Erkrankung, während die beigegebenen Fälle zum Teil klar das Bestehen typischer Sinnestäuschungen zeigen.

In einem Anhang wird kurz noch die „Behandlung von Geisteskranken“ besprochen.

Das vorliegende Buch wird zweifellos seinen Zweck erfüllen; es ist aber auch weiteren psychiatrischen Kreisen sehr zu empfehlen, da es aus einem Arbeitsfelde entstanden ist, das der Psychiatrie bisher noch ziemlich verschlossen war. Für eine nächste Auflage, die dem Buche zu wünschen ist, wäre nur eines nötig, eine gründliche Durcharbeitung des sprachlichen Ausdrucks; häufig findet man, besonders in den Krankengeschichten, Indikativ und Konjunktiv, und was besonders schmerzlich wirkt, die Tempi verwechselt; wer kann z. B. folgenden Satz lesen, ohne dass sich sein Sprachgefühl empört: . . . „Im Jahre 1894 erlitt er ein Schädeltrauma mit Gehirnerschütterung und im Jahr darauf fortgesetzte psychische Insulte dadurch, dass er eine wutranke Wölfin, welche einen Waldheger angefallen, erschlagen, den letzteren, als er selbst wutkrank geworden, eingefangen und ins Spital transportiert hat, wo dieser nach kurzer Zeit an Tollwut gestorben ist, und schliesslich durch Wochen in der Angst gelebt hat, in gleicher Weise wie der Heger zu erkranken und zu sterben“ (S. 181).

Hoffentlich wird der Verf. diesen einen grossen Mangel in der nächsten Auflage ausmerzen.

A. Dreschfeld (München).

CII) Ueber die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen. Beratungsergebnisse aus der Sitzung des Wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen am 17. II. 1905. Mit 3 Kurventafeln im Anhang. Berlin 1905. A. Hirschwald.

Die vorliegende Schrift, deren Verfasser Generalarzt Stricker und Geheimerat Ziehen sind, interessiert natürlich in erster Linie die Sanitätsoffiziere, hat aber in einzelnen Teilen auch allgemeine psychiatrische Bedeutung. Nach einer statistischen Einleitung wird zunächst erörtert, wie der Einstellung Geisteskranker und Geistesschwacher in das Heer nach Möglichkeit vorgebeugt werden kann. Hierzu dienen: A) beim Heeresergänzungsgeschäft: 1. Ermittlungen über früheren Aufenthalt in einer Anstalt und über andere psychiatrische Feststellungen. 2. Ermittlungen über den Besuch einer Hilfsschule oder Hilfsklasse für Schwachbefähigte. 3. Berücksichtigung des Berufes und etwaiger Vorstrafen. 4. Befragen von Gemeindemitgliedern über etwa auffällige Züge bei dem Einzustellenden. B) bei der Einstellungsuntersuchung: Prüfung des anamnestischen Materials. Besonders genaue Untersuchung des geistigen Zustandes der vielfach Vorbestraften, der unsicheren Heerespflichtigen, der Arbeitssoldaten, der körperlich Auffälligen (mehrere Degenerationszeichen!) und der schwer erblich Belasteten, der geistig auffallend Beschränkten. Erhebungen in der Heimat bei allen Verdächtigen. Anwendung von Fragebogen bei Prüfung auf Schwachsinn. Bei Verdacht der Simulation psychiatrische Begutachtung. Bei auffälligem Verhalten zunächst Ueberweisung in das Lazarett.

Die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Rekruten gelingt nicht in allen Fällen; es werden immer einzelne eingestellt werden, deren psychische Anomalie bei der Einstellung nicht ermittelt wird. Darum gibt die Schrift im

3. Abschnitt Anweisungen zur frühzeitigen Erkennung von Schwachsinn und Geisteskrankheit im Verlauf der Dienstzeit. Hird wird empfohlen: Dauernde Aufmerksamkeit hat der Truppenarzt zu widmen: den erblich Belasteten, den mit mehrfachen Degenerationszeichen Behafteten, den vielfach Vorbestraften, ferner solchen Soldaten, die eine schwere Kopfverletzung erlitten haben, und solchen, die sich öfter, anscheinend ohne genügenden Grund, krank melden. Diese Soldaten sollen auch die militärischen Vorgesetzten, Offiziere und Unteroffiziere, in und ausser Dienst beobachten. „Die militärischen Vorgesetzten sind vom Truppenarzt darüber aufzuklären, dass auch grosses körperliches Ungeschick und schwere Erziehbarkeit aus krankhafter Grundlage entspringen kann, und dass es daher von Wichtigkeit ist, den Arzt auf solche Leute aufmerksam zu machen, ebenso wie auf geistig Beschränkte und durch eigenartiges Benehmen auffällige Leute. Beobachtung im Lazarett ist stets erforderlich bei allen, die einen Selbstmordversuch gemacht haben. Besondere Prüfung der geistigen Gesundheit ist bei Ueberweisung eines Mannes in ein Militärgefängnis oder in eine Arbeiterabteilung geboten. Ueber zweifelhafte Geisteszustände wird vor der Ueberweisung zu entscheiden sein.“

Von den Beispielen zur Intelligenzprüfung erscheinen mir einige bemerkenswert, da sie in den üblichen Fragebögen, soviel mir bekannt, nicht berücksichtigt sind. So: Rückläufiges Aufzählen der Wochentage und Monatsnamen. Farbe der verschiedenen Briefmarken? Unterschied von Baum und Strauch, Fluss und Teich, Irrtum und Lüge? Verwendung der Messalon'schen Methode: aus drei genannten Wörtern (Wasser—Berg—Tal) einen Satz zu bilden.

Gaupp.

CIII) Toby Cohn: Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. I. Teil: Obere Extremität. Berlin 1905. S. Karger. 216 Seiten. Preis 5,60 Mk.

Der Berliner Neurologe T. Cohn, dem wir schon manche gute Arbeit verdanken, gibt in dem neuen Unternehmen, dessen erster Teil vorliegt, einen interessanten Versuch, die Ergebnisse der Betastung des menschlichen Körpers im Zusammenhang darzustellen und zu lehren, wie man vorzugehen hat. Er will also eine „palpatorische Diagnostik“ schaffen. Er warf sich die Frage auf: „Was kann man alles an normalen menschlichen Körper palpieren?“ Er machte seine Studien am Lebenden und an Leichen der Anatomie.

Das Buch beginnt mit einer Einleitung: Allgemeine Palpation. Der Verf. schildert hier die Technik des Palpierens am lebenden Körper. Dann geht er im I. Teil sofort über zur Palpation der oberen Extremität. Er gliedert diese in die sieben Abschnitte: Schulter, Oberarm, Ellbogen, Vorderarm, Handwurzel, Mittelhand, Finger. 21, zum Teil schematische, nicht durchweg befriedigende Abbildungen und ein Inhaltsverzeichnis sind dem I. Teil beigegeben. Auf die Bedeutung des ganzen Werkes werden wir zurückkommen, wenn es vollständig erschienen sein wird.

Gaupp.

CIV) J. Marcinowski: Im Kampf um gesunde Nerven. Ein Wegweiser zum Verständnis und zur Heilung nervöser Zustände. 2. Auflage. Otto Salle, Berlin 1905. 148 Seiten.

Ein populäres, recht gut geschriebenes Buch eines erfahrenen und vielseitig gebildeten Arztes, der namentlich auch für die Psychotherapie das richtige Verständnis hat. Der 1. Teil („Warum sind wir nervös“?) schildert die körper-

lichen Grundlagen und die seelischen Ursachen der Nervosität, der 2. Teil („Wie werden wir gesund?“) handelt von der ärztlichen Leitung, Behandlung und Erziehung nervenschwacher Menschen. Ein Anhang gibt allgemeine Ratschläge über Kleidung, Wohnung, Körperpflege, Muskelarbeit, Ernährung.

Das Buch kann Aerzten, auch gebildeten Laien, warm empfohlen werden.

Gaupp.

CV) **J. Marcinowski**: Nervosität und Weltanschauung. Verlag von O. Salle, Berlin 1905. 132 Seiten.

Das Glaubensbekenntnis eines philosophisch begabten und geschulten Arztes, der als Leiter eines Sanatoriums sich die Aufgabe gesetzt hat, seine Kranken nicht in der üblichen Weise mit larvierten Suggestionen (Elektrizität, Fichtennadelbäder etc.) zu behandeln, sondern sie durch Aufklärung, Erziehung und Aufmunterung zu einem Leben mit höheren Zwecken tauglich zu machen. (Vergl. des gleichen Verfassers Schrift: Im Kampf um gesunde Nerven.) Der Inhalt des Buches ist in einem Referat nicht wiederzugeben, ich begnüge mich damit, die Ueberschriften der einzelnen Kapitel zu nennen: I. Teil: Nervosität und Weltanschauung. Die Nervosität als Gefühlskonflikt und die Rolle der Logik. Nutzenwendungen. Vom Missverstehen und Gekränktsein. Von der falschen Beachtung krankhafter Zustände. Die Abhängigkeit des Körpers vom Gehirn. Vom psychophysischen Parallelismus und vom identischen Vorgang mit zwei Fronten (Seele und Körper). Vom Sinn der Welt. Von der gestaltenden Kraft der Umgebung und von der persönlichen Reaktion als eigener Tat. Von der Notwendigkeit. Von der sittlichen Freiheit und von der Verantwortlichkeit. Vom Egoismus und vom Altruismus. Vom Zufall, vom Zweck und von der Vorsehung. Von der ausgleichenden Gerechtigkeit. Von Sünde, Strafe und Lohn und vom Gewissen. Von der Erhaltung von Kraft und Stoff und vom Gesetz der steigenden Werte. Vom Aufstieg und Niedergang in der Entwicklung und von der „aktiven Resignation“ im grossen. Vom Wert der Persönlichkeit und vom Inhalt des Jenseits. Von der Gottheit. Vom Menschen und seinen sittlichen Idealen.

II. Teil: Eine kurze Theorie vom Wollen und Können. (Die Zielvorstellungen.) Vom Wollen und Handeln. Vom Wollen und Aufmerken. Von den falschen Zielvorstellungen. Weitere Folgen der fehlerhaften Technik des Wollens (die Hemmungszustände). Von den positiven Zielvorstellungen und von der Idee des Erreichbaren. Vom Wollen und Können. Von der gestaltenden Kraft des Gedankens.

Gaupp.

CVI) **Paul Maas**: Die Entwicklung der Sprache des Kindes und ihre Störungen. Würzburger Abhandlungen V, Heft 8. A. Stuber's Verlag 1905. 0,75 M.

Verf. referiert zunächst über die in der Kinderpsychologie erörterten Probleme der Sprachentwicklung, mit denen sich namentlich Preyer, Ament, Meumann, Idelberger, Schultze, Gutzmann beschäftigt haben. Dann bespricht er die Pathologie und Therapie des Stotterns, Stammeln und Polterns, deren theoretische und praktische Ausgestaltung wir am meisten Gutzmann und seinen Schülern verdanken, nachdem Kussmaul die ersten Grundlagen geschaffen hatte.

Gleichzeitig mit vorliegender Abhandlung erschien eine populär geschriebene Schrift von Nadoleczny (München) über denselben Gegenstand („Sprachent-

wicklung und deren Störungen“ nach Vorträgen, die N. im Verein für Volks-
hygiene gehalten hat).

Gaupp.

CVII) Eivind Olrik: Schweigepflicht des Arztes. Kopenhagen 1905.
45 Seiten.

In Dänemark gibt es keine gesetzlichen Bestimmungen über Verpflichtung des Arztes zur Verschwiegenheit im Beruf. Nur analogisch (Rechtsanwälte, Apotheker, Hebammen) lassen sich einige allgemeine Gesichtspunkte deduzieren. Zunächst sucht Verf. eine Abgrenzung der Frage und schliesst hier die Medizinalbeamten und den als Sachverständigen fungierenden Arzt aus. Ferner wird hervorgehoben, dass es sich um eine Pflicht zur Verschwiegenheit, nicht um ein Recht des Arztes in dieser Beziehung handelt. Es ist nicht und darf nicht dem Arzte überlassen werden, zu entscheiden, ob er schweigen will oder nicht; es wird ihm eine Schweigepflicht aufgelegt mit Rücksicht auf allgemeine Interessen, denen er in seinem Berufe dienen soll. Die Bedeutung der Schweigepflicht liegt vorwiegend auf zivilrechtlichem Gebiete. Das Vertrauen muss geschehen sein im Interesse der Krankenbehandlung; die Schweigepflicht umfasst auch die Gehilfen des Arztes. Auch die übrigen Erfahrungen über den Patienten und seine Verhältnisse, die der Arzt kraft seines intimen Zutrittes zum Patienten machen kann, unterliegen der Schweigepflicht. Was das Verhalten des Arztes Eheleuten gegenüber anbelangt, hängt es hier von Einwilligung der vertrauenden Person ab, ob der Arzt sprechen darf; er braucht es aber nicht. In Fällen von Ehescheidung wird die herrschende Auffassung vom Umfang der Schweigepflicht entscheiden müssen. Während einer event. Gerichtsverhandlung darf der Arzt Aufschlüsse machen, die notwendig sind, um seine Berechtigung auf ein bestimmtes Honorar zu begründen. Es muss angenommen werden, dass es dem Arzte zu sprechen gestattet ist, um Verbrechen u. dergl. zu verhüten. — Man merkt es deutlich dem Verf. an, dass er Jurist ist und nicht die vielen konkreten Konfliktsfälle kennt, die jeden Tag dem Arzte vorkommen. Aber auch als theoretisch sind seine Thesen sehr anfechtbar und nicht sehr tiefdringend. Und wenn er zuletzt erklärt, die Zeugenpflicht dürfe nicht durch die Schweigepflicht gebrochen werden, verteidigt er einen Gesichtspunkt, der kaum von Aerzten, auch nicht von den meisten bestehenden Gesetzgebungen geteilt werden wird.

A. Wimmer (Kopenhagen).

IV. Referate und Kritiken.

377) **H. Pfister:** Die Enuresis nocturna und ähnliche Störungen in neuropathologischer Beziehung.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XV. 1904. S. 613.)

Fälle, bei welchen das Bettnässen erst nach dem fünften Jahre und nur selten oder in kleinsten Serien auftritt, gehören meist zur Epilepsie, seltener zur Hysterie. Sie sind ebenso wie diejenigen, in denen die Enuresis auf dem Wege der Imitation und Kontagion entstanden ist, von der essentiellen Enuresis zu trennen. Diese ist nicht das Symptom einer einzigen wohlcharakterisierten Krankheit, sondern kommt bei den verschiedensten körperlichen Zuständen, in

den Frühstadien mehrerer Nerven- und Geisteskrankheiten und schliesslich auch bei belasteten Individuen vor, die nie ausgesprochen nervenkrank werden. Die Enuresis ist also als ein neuropathisches Stigma hereditatis anzusehen.

Bumke.

378) **Fordyce**: The alternating sinusoidal current. Its administration by means of the bath.

(The Scott. Med. and Surg. Journal 1904.)

Verf. hat bei einer Reihe nervöser und rheumatischer Leiden von der Bäderbehandlung mit sinusoidalen Wechselströmen zum Teil recht gute Erfolge gesehen; bei andern Erkrankungen, z. B. Hysterie, war dagegen ein günstiger Einfluss nicht zu konstatieren. Das psychische Moment spielt als Heilfaktor eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Kölpin (Bonn).

379) **Maximilian Roth** (Wien): Uebungstherapie bei Chorea.

(Zeitschr. f. physikal. u. diät. Therapie. 1904. Bd. VIII, Heft 9, S. 475—480.)

Einleitend beruft sich Verf. auf die Erfolge, welche Friedländer mittels der Uebungstherapie bei Paralysis agitans zu verzeichnen hatte, und teilt zwei nicht minder beachtenswerte Resultate mit, die er auf die gleiche Weise in seiner eigenen Praxis bei Schüttellähmung erzielte.

Auf diese Anregung hin hat er die Uebungsbehandlung auch bei Chorea versucht. Seine innerhalb vier Jahren an 12 Fällen gewonnenen Erfahrungen berechtigen ihn zu der Annahme, dass wir mit Zuhilfenahme der Uebungstherapie bessere und raschere Heilerfolge bei der Chorea erreichen werden, als wie mit den bisher üblich gewesenen Verfahren. Das Verfahren ist höchst einfach und kann von jedem praktischen Arzte ohne Zuhilfenahme von Apparaten ausgeführt werden. Allerdings muss der Arzt dasselbe der Form und dem Grad der Koordinationsstörung anpassen. Zu diesem Zwecke muss er eine genaue Untersuchung des Kranken, eine aufmerksame Beobachtung der vorhandenen Bewegungsstörung, der Ermittlung der von der Koordinationsstörung meist betroffenen Muskelgebiete der einzuleitenden Kur vorausgehen lassen. Ueber die einzelnen Bewegungen, welche vorzunehmen sind, vergleiche man das Original. Sie sind vom Verfasser ganz genau vorgeschrieben. Wichtig ist, dass zunächst nur jene Bewegungen vorzunehmen sind, welche leicht ausgeführt werden können, dass der Arzt sie nicht kommandiert, sondern mit dem Kinde selbst vormacht bzw. mitmacht und dass er anfänglich nur die gröberen Bewegungen vornimmt.

Buschan (Stettin).

380) **Turán**: Balneo-diätetische Behandlung der Anämie und Neurasthenie der Frauen.

(Orvosok lapja 1905, No. 15 u. 16.) Ungarisch.

Bei den sogenannten konstitutionellen Anämien bleibt die Eisentherapie ziemlich erfolglos, da es sich nicht um eine Verminderung des Hämoglobingehaltes allein, sondern um eine Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen handelt; die Hämoglobin-Verminderung kommt bloss als sekundäre Erscheinung in betracht. Die eigentliche Ursache solcher Anämien ist nach Verf. in einem veränderten Chemismus des Stoffwechsels zu suchen, welcher eine Autointoxikation hervorruft, die in einem anämischen Zustande zum Ausdruck gelangt. Hauptgrund dieser Autointoxikation ist in der irrationalen Ernährung zu suchen; das Wesentliche dieser Stoffwechselstörung wäre in einer Armut des Organismus

an Kohlehydraten, hauptsächlich aber an anorganischen Stoffen, somit in einer Demineralisation zu erblicken, deren Hauptgrund in einer ungenügenden Assimilation des mit den Nahrungsmitteln eingeführten Eisens liegt. Die primären Anämien sind somit der Ausfluss einer enterogenen Intoxikation.

Das hauptsächlich therapeutische Moment liegt demnach in einer derartigen Regelung der Diät, dass eben die anorganischen Substanzen in grösserer Menge einverleibt werden: bei möglichster Vermeidung eiweisshaltiger Speisen sollen die vegetabilischen Nahrungsmittel dominieren. Ferner Genuss natürlicher eisenhaltiger Mineralwässer und Anwendung von lauen, event. kohlen-sauren Bädern. Komplikationen, insofern solche Folgen des anämischen Zustandes sind, erheischen keine besondere Behandlung, sondern werden durch die Diät gebessert.

Epstein (Budapest).

381) **M. Levi Bianchini**: Ricerche sull'opoterapia dell'epilessia. (Riv. Veneta di Scienze Mediche, A. XXI., fasc. 5, 1904.)

Kurzer Bericht über Versuche mit Gehirnsubstanz als Heilmittel bei Epilepsie. Das Ergebnis war ein absolut negatives. K. Abraham.

V. Vermischtes.

Im Verlag von Johann Ambrosius Barth erschien als III. Band der „natur- und kulturphilosophischen Bibliothek“ ein Buch des geistvollen Heidelberger Biologen Hans Driesch: „Der Vitalismus als Geschichte und als Lehre“. Der Verf. gibt zunächst eine historische Darlegung des älteren Vitalismus von Aristoteles bis Schopenhauer, schildert sodann die allmähliche Ueberwindung dieses älteren Vitalismus namentlich unter dem Einfluss der materialistischen Reaktion und wendet sich schliesslich nach einer geschichtlichen Kennzeichnung des modernen „Neovitalismus“ der prägnanten systematischen Begründung seiner eigenen Lehren von der Autonomie der Lebensvorgänge zu. Wer sich für allgemein-biologische Fragen interessiert, dem sei die — freilich nicht immer leicht verständliche — Schrift bestens empfohlen. Gaupp.

Der XIX. Bericht des „Basler Irrenhilfsvereins“ (Basel 1905, Basler Druck- und Verlagsanstalt) enthält unter anderem einen Aufsatz von Gustav Wolff: Die Aufnahme in die Irrenanstalt und der Schutz der persönlichen Freiheit. G.

Vom „Handbuch der Physiologie des Menschen“, das Wilibald Nagel (Berlin) im Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn in Braunschweig herausgibt, erschien, nachdem der III. Band bereits ganz herausgekommen ist, (Referat s. S. 273 dieses Centralblattes 1905) nunmehr die erste Hälfte des I. Bandes: Physiologie der Atmung, des Kreislaufes und des Stoffwechsels. H. Bornthau behandelt im 1. Abschnitt die Atembewegungen und ihre Innervation, Christian Bohr (Kopenhagen) die Blutgase und den respiratorischen Gaswechsel. Die allgemeine Physiologie des Herzens stammt aus der Feder von F. B. Hofmann (Innsbruck), der auch das darauf folgende Kapitel: Die Innervation des Herzens und der

Blutgefäße bearbeitet hat. 27 Abbildungen sind dem vorliegenden Buche beigegeben, das in manchen Teilen (z. B. Innervation der Atmung und der Blutgefäße) auch für den Neurologen und Psychiater Wichtiges bringt. Wie der Verlag mitteilt, soll binnen kurzem die erste Hälfte des für unsere Kreise besonders wichtigen IV. Bandes (Physiologie des Nervensystems und der Muskeln, der Stimme und Sprache) erscheinen. Gaupp.

Am 2. Juli d. Js. fand die Eröffnungsfeier der Erweiterungsbauten der Heilstätte „Waldfrieden“ für Alkoholranke bei Fürstenwalde a. d. Spree unter grosser Beteiligung von Anstaltsdirektoren und anderen Anhängern der Anti-Alkoholbewegung statt.

Die Landesdirektion der Provinz Brandenburg war durch Herrn Landesrat Gerhard, die Armendirektion von Berlin und Charlottenburg durch die Stadträte Münsterberg und Samter vertreten.

Der stellvertretende Vorsitzende des Vereins, welcher — unter dem Vorsitz des Herrn Geheimrat Dr. Sander — diese Heilstätte teils aus privaten Mitteln, teils mit Unterstützung der Provinz und Städte Berlin und Charlottenburg begründet hat, Herr Stadtrat Dr. Waldschmidt hat sich ganz besondere Verdienste um das Zustandekommen, die Erbauung und innere Ausgestaltung dieser Anstalt erworben, die nicht nur hervorragend geschmackvoll eingerichtet ist, sondern auch geradezu eine Musteranstalt genannt werden kann.

Derselbe hielt einen längeren Vortrag, in welchem er die Entstehung der Anstalt entwickelte und die bisherigen Erfolge der Behandlung mitteilte. Danach sind etwa ein Drittel der bisher behandelten ca. 300 Alkoholkranken seit den 5 Jahren des Bestandes abstinent geblieben; eine Ziffer, die mit den in der Schweiz gemachten Erfahrungen übereinstimmt.

Als besondere therapeutisch wertvolle Faktoren wirken das abstinente Milieu und die Anhaltung zur Beschäftigung namentlich mit Landwirtschaft in dem ausgedehnten Gutsbezirk der Anstalt, die im Walde schön gelegen ist.

Die Erweiterungsbauten tragen den Charakter einer geschlossenen Anstalt mit drei aus Parterre und Obergeschoss bestehenden hübschen Häusern, welche für Kranke mit leichten Alkohol-Psychosen bestimmt sind.

Nunmehr sind 150 Plätze in der Anstalt vorhanden, von denen einige 30 für freiwillig Eintretende zur Verfügung stehen.

Die ärztliche Leitung der Anstalt ist in den Händen des Herrn Dr. Dankwardt.

Der Provinzialverband von Brandenburg sowie die Deputation für städtische Irrenpflege in Berlin haben einen Vertrag mit dem Bezirksverein gegen den Missbrauch geistiger Getränke für Berlin und Umgegend geschlossen, wonach bereits eine Anzahl geeigneter Alkoholkranker aus den Landesirrenanstalten und Irrenanstalten der Stadt Berlin in die Heilstätte Waldfrieden überführt worden sind. Diese ist auch mit Pensionärabteilungen für Kranke besserer Stände versehen.

Bei der Bewirtung sprachen Herr Stadtrat Münster und Herr Landesrat Gerhard den Dank der Gäste aus. Letzterer hob in einem launigen Toast mit Recht hervor, dass die dort kredenzt alkoholfreien Getränke recht trinkbar waren.

Max Edel (Charlottenburg).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Er erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 1. September 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

(Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich.)

Experimentelle Beobachtungen über das Erinnerungsvermögen.

Von Doz. Dr. C. G. Jung, Sekundararzt.

Bei unseren Assoziationsexperimenten¹⁾ mit hysterischen Patienten haben wir mehrfach die Beobachtung gemacht, dass die V. P. bei Reizworten, welche sich deutlich auf ihren Komplex bezogen, lange Zeit nicht reagierten und dann plötzlich fragten: „Was haben Sie für ein Wort gesagt?“ Wurde V. P. dann genauer befragt, so zeigte es sich, dass sie das eben zugerufene Reizwort vergessen hatte. Wir erkannten gleich, dass diese auffallende Störung des Erinnerungsvermögens nichts anderes war, als das von Freud beschriebene Vergessen resp. „nicht erinnern wollen“ von unlustbetonten Eindrücken. Das von uns beobachtete Phänomen ist ein Spezialfall der allgemeinen Tendenz, den unlustbetonten Vorstellungskomplex zu verdrängen und zu vergessen. (Vergl. Freud's Arbeiten.²⁾)

¹⁾ Jung: Diagnostische Assoziationsstudien. Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1904—1905.

²⁾ Freud: Die Abwehrneurose. Neurol. Centralbl. 1894, p. 362.

Derselbe: Zum psychischen Mechanismus der Vergesslichkeit. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1898, p. 436.

Derselbe: Ueber Deckerinnerungen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1899.

Derselbe: Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie 1901.

Wie allgemein bekannt sein dürfte, ist es das grosse Verdienst von Freud (z. T. auch von Breuer), bei Hysterischen für diese Tatsache ausführliche Beweise erbracht zu haben, deren Gültigkeit man nur dann anzweifeln kann, wenn man nicht selber die Freud'sche Psychoanalyse erprobt hat. In neueren Arbeiten¹⁾ hat Freud die gleichen Verdrängungsmechanismen auch für den normalen Traum und für die kleinen Zufälle des täglichen Lebens (Versprechen, Verlesen etc.) nachgewiesen. Unseren experimentellen Untersuchungen ist es gelungen, den verdrängten Vorstellungskomplex auch in den Assoziationen nachzuweisen, welche durch Zuruf eines Reizwortes erzeugt werden. Die Aufdeckung und der Nachweis des verdrängten Komplexes ist praktisch von grösster Wichtigkeit z. B. bei der Hysterie. Jeder Hysterische hat einen verdrängten Vorstellungskomplex, welcher kausale Bedeutung hat. Für die Therapie ist es deshalb unerlässlich, den Komplex zu kennen, wenn man nicht auf die so wichtigen, psychotherapeutischen Hilfen verzichten will. Wie Freud gezeigt hat, sind aber die Hemmungen, welche den Komplex verdrängen, so stark, dass die betreffenden Vorstellungen überhaupt häufig vom Bewusstsein abgespalten sind. Um diese Sperrung zu umgehen, hat Freud bekanntlich seine sinnreiche Methode des zwanglosen Assoziierens erfunden. Diese Methode ist aber äusserst zeitraubend und setzt sowohl beim Patienten, wie beim Arzt, gewisse Qualitäten voraus. Die gleichen Sperrungen nun verraten sich auch bei der Assoziationsmethode. Durch Zusammenstellung der Reizworte, welche eine Sperrung ausgelöst haben, sieht man sofort, welcher Art etwa der verdrängte Komplex sein mag, woraus man wertvolle Angaben erhält über die Richtung, in der man noch ergänzende Fragen stellen muss. Zur weiteren Umschreibung des Komplexes kann man auch noch der vermuteten Richtung entsprechende Reizwörter einstreuen. Die Kunst ist, die komplexverdächtigen Reaktionen unter den irrelevanten aufzufinden, was nicht immer ganz leicht ist. Ich habe darum eine ganze Reihe von sogenannten „Komplexmerkmalen“ gesammelt. (Vergl. meine Arbeit: Ueber das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment.) Die Komplexmerkmale sind im Prinzip bei normalen und bei pathologischen Assoziationen dieselben. Die Aufdeckung des Komplexes ist ferner von weittragender Bedeutung für die kriminalpsychologische Anwendung unseres Experimentes, wie sie von Hans Gross und seinen Schülern, angeregt durch unsere Versuche, gemacht wurde.²⁾ Der Komplex in diesem Falle ist der Tat-

¹⁾ Freud: Traumdeutung.

²⁾ Hans Gross: Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik. Archiv f. Kriminalanthropologie und Kriminalistik 1905.

bestand eines Verbrechens: Die Komplexreizwörter sind Bezeichnungen von Dingen, welche mit der Vorstellung des Verbrechens assoziiert sind.

Die eingangs erwähnte Beobachtung wurde mit zum Ausgangspunkt eines neuen Verfahrens zur Aufdeckung komplexverdächtiger Assoziationen. Das Reproduktionsverfahren, wie ich diese Methode benennen möchte, besteht darin, dass nach vollendeter Aufnahme der Assoziationen (gewöhnlich 100) noch einmal überprüft wird, ob sich die V. P. erinnert, wie sie auf die einzelnen Reizworte reagiert hat. Man wiederholt also das Experiment einfach, wobei man der V. P. natürlich immer eine gewisse Zeit lässt, um sich auf die frühere Reaktion zu besinnen. Bei diesem Reproduktionsverfahren ergeben sich nun gewisse gesetzmässige Eigentümlichkeiten, die ich an Hand der Versuche kurz darstellen möchte. Die leitende Idee bei diesen Versuchen war mir, herauszufinden, ob die Stellen, wo die Erinnerung versagt, zufällige, oder ob sie irgendwie systematisch bedingt sind. Ich habe die Versuche bei geistig Gesunden und Kranken angestellt, und überall wenigstens prinzipiell gleiche Phänomene gefunden. (Organische Gedächtnisstörungen natürlich ausgeschlossen.) Da es sich in dieser Mitteilung bloss darum handelt, das Phänomen als solches festzustellen und zu schildern, so wählte ich als Beispiel zwei pathologische Fälle, in welchen die fragliche Erscheinung deutlich ausgesprochen ist.

Fall I. 32jähriger Berufsmusiker, der bei mir wegen leichten Angstzuständen und der Zwangsbefürchtung, nicht mehr Solo spielen zu können, in psychoanalytischer Behandlung sich befand. Vor zwei Jahren war Pat. verlobt; die Verlobung löste sich aber bald in Verstimmung und Streit auf. Das Frauenzimmer hatte einen unversöhnlichen, streit- und eiferstüchtigen Charakter. Es kam deshalb zu recht heftigen Auseinandersetzungen und schliesslich zum Bruch, als Pat. die Dummheit beging, einer Andern Ansichtspostkarten zu schreiben. Die Nächte nach den Streitszenen konnte Pat. nicht mehr schlafen. Damals traten die ersten nervösen Erscheinungen auf. Vor ca. einem Jahr unterhielt Pat. ein geheimes Verhältnis zu einer Dame aus reicher und vornehmer Familie, das aber bald sich wieder auflöste. Im Januar dieses Jahres verlobte Pat. sich wieder mit einem etwas dummen Mädchen, welches aber damals schon im dritten Monat gravid war von einem Andern, was Pat. damals nicht wusste. Die mannigfachen Aufregungen, welche diese Verhältnisse mit sich brachten, verschlimmerten seinen nervösen Zustand derart, dass er ärztliche Behandlung

Wertheimer und Klein: Psychologische Tatbestandsdiagnostik. Gross' Archiv für Kriminalanthropologie. XV. 1904.

A. Gross: Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik als kriminalistisches Hilfsmittel. Allgem. österr. Gerichtszeitung. 56. Jahrg. No. 17.

W. Stern: „Psychologische Tatbestandsdiagnostik“. Beiträge zur Psychologie der Aussage. Bd. II, H. 2.

Hans Gross: Zur Frage des Wahrnehmungsproblems. Vortrag in der Wiener jur. Gesellschaft. XII. 1904. Beiträge zur Psychologie der Aussage. B. II, H. 2.

aufsuchen musste. Zu erwähnen ist noch, dass Pat. zwischen dem 18. und 25. Jahr ein sehr ausschweifendes Leben führte, worunter seine Potenz angeblich stark gelitten hat.

Assoziations- und Reproduktionsversuch.

Die Ergebnisse der beiden Versuche sind nebeneinandergestellt. Die nicht oder falsch reproduzierten Assoziationen sind jeweilen durch den Druck hervorgehoben.

Reizwort	Reaktion	Reakt.-Zeit in Sek.	Reproduktion	Bemerkungen
Kopf grün	leer Rasen	3,2 2,2	sehen Farbe, Baum	Komplex der Krankheit. Wahrscheinlich perseverierender Gefühlston.
Wasser stechen	ertrinken tot	2,2 1,8	tief unangenehm	{ Pat. hatte infolge der Krankheit Suicidgedanken.
Engel	schön	8,0		Hier hat wahrscheinlich der Gefühlston der vorausgehenden Reaktion perseveriert. Pat. verstand zuerst das Reizwort nicht. Uebrigens werden hier auch gern erotische Reminiscenzen angeknüpft.
lang	Tisch	2,8	—	—
Schiff	Mannschaft	3,0	fahren, untergehen	Suicid durch Ertränken.
pflügen	Bauer	2,0	—	—
Wolle	Schaf	2,0	—	—
freundlich	sehr	2,8	—	Liebschaft mit der vornehmen Dame.
Tisch	hoch	3,6	—	Verlängerte Reaktionszeit infolge des perseverierenden Gefühlstons.
fragen	schwer	3,2	stellen	Bezieht sich auf den gleichen Komplex.
Staat	schön	2,4	—	—
trotzig	sehr	2,0	—	I. Braut.
Stengel	grün	2,2	—	—
tanzen	gut	2,2	—	—
See	bewegt	2,0	—	—
krank	unangenehm	8,8	—	Krankheit
Stolz	sehr	2,8	—	Verhältnis mit der vornehmen Dame.
kochen	gut	2,0	—	—
Tinte	schwarz	1,8	—	—
bös	sehr	4,8	—	I. Braut
Nadel	stechen	1,4	—	—
schwimmen	nicht	2,8	gut	Suicid
Reise	beschwerlich	2,4	lang	Perseverierender Gefühlston.
blau	Farbe	2,0	—	—
Brot	schmecken	2,8	—	—
drohen	mir	10,4	—	Angst vor der Zukunft, Suicid.
Lampe	gut	2,2	brennen	Persev. Gefühlston.
reich	angenehm	3,4	—	Vornehme Dame.
Baum	grün	2,0	hoch	Persev. Gefühlston.
singen	schön	1,4	gut	—
Mitleid	angenehm	4,6	haben	„ „ „ Angeblich Krankheitskomplex, doch ist wahrscheinlich noch irgend etwas anderes dahinter, was Patient verschweigt.

Reizwort	Reaktion	Reakt.-Zeit in Sek.	Reproduktion	Bemerkungen
gelb	Stoff	5,4	Farbe	Zuerst das Reizwort nicht verstanden.
Berg	hoch	1,2	—	—
spielen	Kinder	2,4	—	—
Salz	bitter	1,8	—	—
neu	Stoff	2,4	Kleid	?
Sitte	gut	3,0	böse	Vorleben. Ehebrecherisches Verhältnis zu der Dame.
Zeiten	angenehm	3,6	—	—
Wand	weiss	2,2	—	—
dumm	das Rind	4,8	sehr	II. Braut.
Heft	blau	2,2	schreiben	Persev. Gefühlston.
verachten	ihn	3,4	mich	Vorleben, erotische Komplexe.
Zahn	scharf	2,2	lang	Persev. Gefühlston.
richtig	schreiben	3,3	—	Korrespondenz hinter dem Rücken der I. Braut
Volk	Schweizer	2,4	—	—
stinken	Mist	2,0	—	—
Buch	schön	3,6	gut, gutes	Hat zuerst das Reizwort nicht verstanden. Sonst?
ungerecht	Richter	2,0	sehr	Die gewohnte Reaktion „sehr“ dürfte die Zugehörigkeit zu einem der erotischen Komplexe anzeigen.
scheiden	Säure	6,0	—	Hat zuerst das Reizwort nicht verstanden. Bezieht sich auf das Verhältnis zu der vornehmen Dame.
Hunger	weh	2,0	—	—
weiss	Lamm	2,2	—	—
Rind	schlachten	4,4	töten	Reminiszenz aus den Streitszenen mit der ersten Braut.
aufpassen	sehr	2,0	—	Persev. Ton.
Bleistift	lang	2,0	—	—
trüb	Wetter	4,8	—	—
Pflaume	blau	1,8	—	—
treffen	Ziel	2,0	Schütze	Rendez-vous mit der vornehmen Dame.
Gesetz	verachten	2,6	—	Die Dame ist verheiratet.
lieb	sie	2,6	—	Die Dame.
Glas	durchsichtig	2,0	—	—
streiten	unangenehm	2,2	heftig	I. Braut.
Ziege	Weide	3,8	—	Persev. Ton. Das Reizwort wurde vom Pat. wiederholt.
gross	Mann	2,4	Kind	?
Kartoffel	essen	1,8	—	—
malen	Wand	3,2	schön	?
Teil	ganzes	3,0	?	Hier tönte „Geschlechtsteil“ an.
alt	Münze	7,4	Mann	Unter der Konstellation der vorhergehenden Reaktion wurde hier die Impotenzangst angeregt.
Blume	riecht	1,6	—	—
schlagen	Stock	2,0	heftig	Streit mit der I. Braut.
Kasten	hineintun	3,4	?	Persev. Ton.
wild	Pferd	1,6	—	—
Familie	haben	2,6	—	II. Braut
waschen	Gesicht	1,8	—	—
Kuh	schlachten	2,6	töten	Reminiszenz aus den Streitszenen mit der I. Braut.

Reizwort	Reaktion	Reakt.- Zeit in Sek.	Reproduktion	Bemerkungen
fremd	mir	2,0	—	I. Braut.
Glück	haben	1,6	—	—
erzählen	Geschichte	1,6	—	—
Anstand	gut	2,0	Sitte	Vorleben, vornehme Dame.
eng	Stiefel	1,8	—	—
Bruder	Schwester	1,2	—	—
Schaden	haben	1,6	machen	Impotenz.
Storch	lang	1,0	—	—
falsch	schreiben	5,8	reden	Korrespondenz hinter dem Rücken der I. Braut.
Angst	haben	1,2	—	—
küssen	sie	2,0	—	Vornehme Dame.
Brand	Haus	4,0	—	Reizwort nicht verstanden. Persev. Ton.
schmutzig	Strasse	1,2	—	—
Türe	Haus	2,0	hoch	?
wählen	Wählerschaft	2,0	—	—
Heu	duftig	1,4	—	—
still	Wasser	2,4	—	Suicid.
Spott	angenehm	1,6	unangenehm	Persev. Ton.
schlafen	sehr	2,2	tief	—
Monat	Januar	4,6	—	"Vergl. R. 3. Zuerst R. W. nicht verstanden. Januar ist der kritische Monat.
farbig	Tuch	1,6	—	—
Hund	bissig	2,4	beissen	Streit mit der I. Braut.
reden	sinnig	1,8	—	—

In diesen Assoziationen sprechen einige gut abgegrenzte gefühlbetonte Komplexe an. Ihre Merkmale sind hauptsächlich Verlängerung der Reaktionszeit und Beeinflussung der nächstfolgenden Reaktion. Auf eine eingehende Analyse verzichte ich, da dies leicht zu weit führen würde.¹⁾

Zur Orientierung dürften die den Reaktionen jeweils beigefügten Bemerkungen genügen. Wo die Analyse eine durch Komplex konstellierte Assoziation ergab, wurde es angemerkt. Ueberblicken wir nun das ganze Experiment, so sehen wir, dass sich die unrichtigen Reproduktionen mit ganz wenig Ausnahmen an denjenigen Stellen finden, welche direkt durch den gefühlbetonten Komplex konstellig sind, oder bei den Reaktionen, die unmittelbar auf eine kritische folgen, die also noch im Bereich des perseverierenden Gefühlstons liegen. An zahlreichen Stellen ist ohne weiteres der Einfluss der Perseveration an der Verlängerung der Reaktionszeit oder an Form und Inhalt der beeinflussten Reaktion zu erkennen. Unter 38 unrichtigen Reproduktionen finden sich bloss 5, bei welchen die Analyse keine Komplexkonstellation nachweisen konnte. Immerhin

¹⁾ Eine eingehende Darstellung der Komplexphänomene findet sich in meiner Habilitationsschrift: „Ueber das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment“. Barth, Leipzig 1905.

deuten die an diesen Stellen meist vorhandenen Verlängerungen der Reaktionszeit auf die Möglichkeit eines Gefühlstones hin. Die Analyse ist eben bei Halbgebildeten und Ungebildeten sehr schwierig und zeitraubend, oft erweist es sich auch infolge Mangels an Entgegenkommen geradezu unmöglich, in alle Tiefen zu dringen. Bei poliklinischen Patienten kann es sich auch leicht um Individuen handeln, die allen Grund haben, ihr Geheimnis zu bewahren.

Abgesehen von diesen durchaus nicht in Betracht fallenden Ausnahmen zeigt es sich mit aller Deutlichkeit, dass das Vergessen nicht die irrelevanten Reaktionen, sondern die bedeutungsvollen Komplexreaktionen betrifft. Sollte sich dieses Verhalten allgemein bestätigen, so hätten wir im Reproduktionsverfahren ein Mittel gefunden, um Komplexe objektiv in den Reaktionen aufzudecken. Aber auch theoretisch kann dieses Verfahren von Wert sein, indem es uns einen Weg zeigt zur Untersuchung des vielbesprochenen Zusammenhanges von Gefühlsbetonung und Erinnerungsvermögen.

Bevor wir näher auf diese Fragen eingehen, referiere ich einen zweiten Fall:

V. P. 2 ist ein junger gebildeter Mann, 22 Jahr alt. Erregbar und empfindlich, sanguinisch, moralisch defekt, nicht besonders intelligent. Die V. P. ist dem Verfasser genau bekannt; auch hat V. P. ohne weiteres genügende Auskunft über die in den Assoziationen angeschnittenen Komplexe geben können.

Komplex I. Pat. ist sehr erregbar und ausserordentlich empfindlich. Diese Eigenschaft disponiert ihn zu häufigen Konflikten mit der Umgebung. Einer dieser Konflikte hat ihn in die Irrenanstalt gebracht. Pat. hatte einen guten Bekannten, der sich einmal den Scherz erlaubte, ihn mit Eselsohren abzubilden und die Karrikatur in einer Damengesellschaft zu produzieren. Pat. stellte den Täter nachher zur Rede. Dieser leugnete die Sache ab, worauf Pat. ihm eine Ohrfeige gab und ihn auf schwere Säbel forderte.

Das Verhältnis zu seiner Familie ist ein sehr gespanntes.

Komplex II. Mehrfache Liebesabenteuer. Von einer galanten Dame erhielt Pat. eine Brillantnadel, die er im Schlips trug und von der er jüngst einen Stein verloren hat, was ihn sehr ärgerte.

Eine dieser Bekanntschaften ist eine Griechin. Im eben überstandenen Dienstjahr bei der Kavallerie hat er ein ganz tolles Leben geführt.

Komplex III. Pat. wollte sich jüngst verloben mit einer reichen Partie. Die Sache hat sich aber zerschlagen.

Komplex IV. Pat. hat sich entschlossen, Agrikultur zu studieren, welcher Gedanke ihn momentan ziemlich beschäftigt, ausserdem treibt er mit Passion den Ruder- und andere Sports.

Ich teile die Assoziationen dieses Falles in extenso mit. Die Methode der Analyse ist die gleiche, wie ich sie bereits in meiner Arbeit über die Reaktionszeiten dargestellt habe. Alle Stellen, wo die Analyse mit Sicherheit

oder grosser Wahrscheinlichkeit einen Komplex ergeben hat, werden mit der Zahl des betreffenden Komplexes bezeichnet. Die bei der Reproduktion nicht oder falsch erinnerten Assoziationen sind wie oben durch den Druck hervorgehoben.

No.	Reizwort	Reaktion	Reakt.- Zeit in Sek.	I. Reprod.	II. Reprod.	Bemerkungen
1	Kopf	Hut	2,8	—	Bedeckung	Komplex der Dummheit (Eselsohren!) und des Anstalts-Aufenthaltes. Vermutung, er sei geisteskrank.
2	grün	Farbe	1,4	—	—	—
3	Wasser	rudern	2,6	?	—	IV.
4	stechen	Lanze	2,8	—	—	I. Säbelduell.
5	Engel	Himmel	1,8	—	—	—
6	lang	—	—	—	—	I. Reizwort nicht verstanden. Reaktion ausgelassen.
7	Schiff	-bau	1,0	—	—	—
8	pflügen	Acker	2,2	—	—	} IV.
9	Wolle	Schaf	1,2	—	—	
10	freundlich	Herr Z.	2,4	—	—	Bekanntsch. a. d. Anstalt.
11	Tisch	Bank	2,2	—	—	—
12	fragen	Antwort	3,6	?	—	III.
13	Staat	Schweiz	3,8	—	Einrichtung	Die vorausgehende Reaktion 12. lautet Fragen — Antworten 3,6 und bezieht sich auf Komplex III. Infolge des perseverierenden Gefühlstones ist hier die Reproduktion gestört.
14	trotzig	Dirndl	4,8	—	—	„Das trotzige Dirndl“, Couplet. Das Reizwort „fragen“ hat Komplex III getroffen. Wie stark der Gefühlston nachklingt, sieht man am treppenförmigen Ansteigen der Zeiten und am Inhalt der Reaktion 14.
15	Stengel	Blume	1,8	—	—	—
16	tanzen	Damen	3,8	—	—	II.
17	See	Zürich	2,0	—	—	IV.
18	krank	Medizin	4,2	—	sein	I. Komplex der Internierung. Beobachtung des Geisteszustandes.
19	Stolz	Herr S.	1,8	—	—	I. Bekanntsch. a. d. Anst.
20	kochen	Küche	2,0	—	—	—
21	Tinte	schreiben	1,6	—	—	—
22	bös	Herr C.	3,0	sein	—	I.
23	Nadel	Schlips	3,2	Kravatte	Kravatten-nadel	II.
24	schwimmen	Wasser	2,0	—	—	IV.
25	Reise	Abenteuer	3,8	—	—	II.
26	blau	Farbe	2,4	—	—	—
27	Brot	Korn	2,8	—	—	V.

No.	Reizwort	Reaktion	Reakt.- Zeit in Sek.	I. Reprod.	II. Reprod.	Bemerkungen
28	drohen	zornig	3,0	—	Jemandem	I. Komplex des Duells.
29	Lampe	Licht	2,0	—	—	—
30	reich	Geld	3,4	—	sein	III.
31	Baum	Blätter	3,0	Blatt	—	—
32	singen	Musik	2,8	—	—	Die kritische Reaktion ist hier offenbar „reich — Geld“, von ihr aus nehmen die Zeiten treppenförmig ab. Die der kritischen folgende Reaktion ist unsicher reproduziert.
33	Mitleid	haben	2,6	—	—	—
34	gelb	Farbe	2,8	—	—	—
35	Berg	Besteigung	1,8	—	Tour	—
36	spielen	Tennis	3,0	—	—	IV.
37	Salz	Meer	4,2	—	—	—
38	neu	-Griechisch	6,2	—	—	II.
39	Sitte	u. Gebräuche	2,2	—	—	—
40	reiten	Pferd	1,8	—	—	II.
41	Wand	tapeziert	3,4	—	—	—
42	dumm	Herr B.	6,4	sein	—	I. gleiche Reproduktion wie bei „böse“; es handelt sich um denselben Komplex.
43	Heft	schreiben	2,2	—	—	—
44	verachten	Herr H.	2,8	—	—	I. Bekanntschaft a. d. Anstalt. Pat. hatte mit diesem Herrn einen ähnlichen Zusammenstoß, wie mit dem Herrn vom Kompl. I.
45	Zahn	ziehen	2,4	—	—	—
46	richtig	Antwort	8,0	grad und richtig	—	I. bezieht diese Reaktion auf das Ableugnen vom Komplex I.
47	Volk	Stamm	2,0	—	—	—
48	stinken	Karbol	3,6	—	—	I. Anstalt.
49	Buch	lesen	1,6	—	—	—
50	ungerecht	Russland	3,0	—	—	—
51	Frosch	Schenkel	1,6	—	—	—
52	scheiden	Ehe	6,0	?	—	III.
53	Hunger	essen	4,0	—	—	—
54	weiss	Farbe	3,4	—	—	—
55	Rind	Viehzucht	2,6	—	—	IV. die Zeiten zeigen hier wieder von der kritischen Reaktion an ein schönes treppenförmiges Absteigen.
56	aufpassen	Vortrag	6,2	—	Frage	IV.
57	Bleistift	schreiben	4,2	—	—	—
58	trüb	Himmel	7,6	—	—	I. Anstaltsaufenthalt.
59	Pflaume	Kernobst	3,0	—	—	IV.
60	treffen	schliessen	2,6	—	—	I.
61	Gesetz	Staatseinrichtungen	6,2	?	—	I.

No.	Reizwort	Reaktion	Reakt.- Zeit in Sek.	I. Reprod.	II. Reprod.	Bemerkungen
62	lieb	und teuer	7,4	—	—	II. oder III.
63	Glas	Wasser	2,2	—	—	—
64	streiten	Differenz	4,8	—	—	I.
65	Ziege	Landwirtschaft	2,8	—	—	IV.
66	gross	Deutschland	11,2	?	Baum, Tanne	Eine Ichbeziehung: Pat. ist von ausserordent- licher Körperlänge.
67	Kartoffel	Landwirtschaft	2,8	—	—	IV.
68	malen	Bilder	2,4	—	—	—
69	Teil	haben	4,6	—	—	III. Pat. hatte darauf gerechnet, Teilhaber am Geschäft seines Schwiegevaters in spe zu werden.
70	alt	werden	1,8	—	—	—
71	Blume	Blüte	3,4	—	} Stengel blühen Blätter	IV.
72	schlagen	Säbel	4,0	—		—
73	Kasten	Deckel	2,8	—	—	—
74	wild	werden	3,2	—	sein	I. wild-böse.
75	Familie	Eltern	4,6	—	—	I.
76	waschen	Seife	3,6	—	—	—
77	Kuh	Landwirtschaft	4,4	—	—	IV.
78	fremd	sein	4,0	—	—	—
79	Glück	-lich	2,2	—	—	—
80	erzählen	Geschichte	1,6	—	—	—
81	Anstand	haben	3,0	—	und Sitte	I.
82	eng	Wohnung	5,0	Zimmer	—	I. Anfenth. i. d. Anstalt.
83	Bruder	Geschwister	4,4	—	—	I.
84	Schaden	anrichten	2,8	haben, leiden	haben, leiden, erleiden, zu- fügen	I. bezieht sich auf schwere Exzesse in der Trunkenheit. Verstand hier zuert das Reizwort nicht.
85	Storch	Vogel	4,0	—	—	Verstand hier zuert das Reizwort nicht.
86	falsch	Neid	4,8	—	sein	—
87	Angst	haben	3,8	—	—	—
88	Küssen	angenehm	3,4	—	—	II.
89	Brand	Feuerwehr	6,4	—	—	—
90	schmutzig	Strasse — augenblicklich	6,8	—	—	Von der Reaktion „küssen — angenehm“ an steigen die Zeiten bedeut. Vergl. darüber unten.
91	Türe	öffnen	1,6	—	—	—
92	wählen	Wahl	3,2	—	—	—
93	Heu	einfahren	3,2	—	—	IV.
94	still	nachts	3,6	—	—	II.
95	Spott	und Hohn	1,8	—	—	Verstand zuerst das Reiz- wort nicht.
96	schlafen	nachts	2,0	—	—	II.
97	Monat	12 sollen ein Jahr bedeuten	3,2	—	—	—
98	farbig	Blumen	8,2	—	—	—
99	Hund	Dogge	2,4	—	—	—
100	reden	fremde Sprache	5,0	?	—	II. Griechin.

Die Reaktionen 94--98 stehen unter dem Einfluss eines Komplexes, der einiger Erläuterungen bedarf. Die genannten Reaktionen zeigen verschiedene intensive Komplexmerkmale. Der Komplex birgt sich offenbar unter „Nachts“. Beim zweiten Mal geht von dieser Reaktion ein treppenförmiges Aufsteigen der Reaktionszeit aus. Ich äusserte dem Pat. gegenüber den Verdacht, dass es sich hier um eine neuere Liebesgeschichte handle, was dieser aber nicht zugab. Bei R. 98 „Küssen — angenehm“ findet sich eine ähnliche Zeitsteigerung und bei R. 56 ist es schwer verständlich, warum „aufpassen — Vortrag“ eine so lange Zeit (6,2 Sek.) verursachen sollte. Komplexmerkmale bei den Reaktionen auf küssen, schlafen, still, aufpassen, erweckten den Verdacht auf eine Liebesgeschichte, die Pat. hinter unserem Rücken angefangen hatte.

Am Tage nach der Aufnahme dieser Assoziationen fingen wir einen an den Pat. adressierten Brief auf. Derselbe war von einem Mädchen, das er bei einem seiner freien Ausgänge kennen gelernt hatte, und enthielt Vorschläge, sowohl wie sie ihr Verhältnis verheimlichen, als auch, wie sie sich ein Rendez-vous geben könnten.

Was die oben dargestellte Assoziationsreihe betrifft, so finden wir vor allem deutlich ausgesprochene Komplexe, die sich auf die bekannte Weise ausdrücken. Unter den 100 Reaktionen sind nur 13, bei denen die Erinnerung versagt hat. Untersuchen wir nun zunächst, wo die nicht reproduzierten Reaktionen vorkommen, so sehen wir, dass 12 davon an den durch Komplex konstellierte Punkte sich befinden, eine nicht reproduzierte Reaktion folgt unmittelbar auf eine Komplexreaktion. Wir können daher vermuten, dass die Erinnerungsstörung mit dem Komplex, resp. mit dessen Gefühlston zusammenhängt. Wie ich früher nachgewiesen habe,¹⁾ drücken sich starke Gefühle (Unlustgefühle!) namentlich in abnorm langen Reaktionszeiten aus.

Das arithmetische Mittel aller Reaktionen, die richtig reproduziert wurden, beträgt 3,0 Sek. Das Mittel der nicht reproduzierten beträgt 5,0 Sek. Die Zeiten der nicht reproduzierten sind also bedeutend länger, als die der übrigen Reaktionen, womit eine objektive Bestätigung gegeben ist für die Vermutung, dass die Erinnerungsstörung mit dem starken Gefühlston der Reaktion zusammenhängt.

Der erste Reproduktionsversuch wurde unmittelbar nach vollendeter Aufnahme der 100 Reaktionen angestellt. Ich habe nun am folgenden Tage nochmals reproduzieren lassen. Die Ergebnisse sind unter der Rubrik II. Reproduktion dargestellt.

Von den 100 Reaktionen wurden bei der zweiten Reproduktion 14 unrichtig reproduziert.

(Die Reproduktion wurde als richtig angenommen, wenn sie auch die erste Reproduktion wiedergab bei Reaktionen, welche schon das erste Mal falsch erinnert worden waren.)

¹⁾ Ueber das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment.

11 von 14 unrichtigen Reproduktionen betreffen Reaktionen, welche das erste Mal richtig reproduziert wurden, aber infolge ihres Inhalts oder ihrer Reaktionszeit als komplexverdächtig erschienen. Nur drei Reaktionen wurden auch das zweite Mal falsch erinnert. Wir sehen also, dass die amnestischen Sperrungen im gleichen Sinne wie bei der ersten Reproduktion sich weiter entwickelt haben und nun noch eine Reihe von Reaktionen einbeziehen, welche ebenfalls den Komplexen angehören. Für praktische Zwecke dürfte es sich also empfehlen, zwischen der Aufnahme der Reaktionen und dem Reproduktionsversuche einige Zeit verstreichen zu lassen.

Die amnestischen Sperrungen kommen nach meiner jetzigen Erfahrung ebenso häufig bei der kritischen wie bei der ihr unmittelbar folgenden Reaktion vor. Diese beiden Fälle repräsentieren das gewöhnliche Verhalten. Es kommen nun aber auch mehr inselförmige Amnesien vor und zwar, wie es scheint, besonders bei der Hysterie, wo die Gefühlstöne von grosser Intensität sind und sich über viele folgende Reaktionen erstrecken können. So fand ich jüngst bei einer 23jährigen Hysterica, welche im ganzen bloss 13% falsche Reproduktionen hatte, folgende interessante Kette:

- | | |
|-----------------------|------------------|
| 1. Wasser: — (Fehler) | |
| 2. stechen: Biene | 1,8 |
| 3. Engel: -hof | 21,0 |
| 4. lang: Messer | 9,0 |
| 5. Schiff: Dampf- | 7,0 |
| 6. pflügen: Feld | 4,2 R. „Garten“. |
- } Glaubt hier bei der Reproduktion gar nicht reagiert zu haben, wie bei Reaktion 1.

Das Reizwort Wasser hatte die Reminiszenz eines Suicidversuches wachgerufen, wie nachträglich durch die Psychoanalyse nachgewiesen wurde. Bei „Engel“ tauchte sofort wieder die Vorstellung von Sterben und Jenseits auf, diesmal mit einem anhaltenden Gefühlston, welcher in abnehmender Intensität die folgenden Reaktionen hemmte, wie das treppenförmige Absteigen der Reaktionszeiten aufs schönste zeigt. Alle vier Reaktionen zeigten sich also amnestisch gesperrt.

Die Theorie unseres Phänomens schliesst sich eng an die Lehren Freud's, deren psychologische Tiefe und Fruchtbarkeit überhaupt und speziell von den Psychiatern noch viel zu wenig zu Rate gezogen wird. Freud sagt im wesentlichen, dass das Vergessen überaus häufig bedingt ist durch den der vergessenen Vorstellung assoziierten Unlustton, d. h. man vergisst mit Prä dilektion das Unangenehme, resp. auch das mit dem Unangenehmen Assoziierte.¹⁾ Der diesem Vergessen zugrunde liegende

¹⁾ Vergl. Pick: Zur Psychologie des Vergessens bei Geistes- und Nervenkranken. Gross' Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminal. 1905.

Vorgang ist die Verdrängung des Unlustaffektes, die man bei Hysterischen tagtäglich beobachten kann. Das „systematische“ Vergessen spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung des sog. Ganser'schen Dämmerzustandes, wie ich nachgewiesen habe.¹⁾ Bis jetzt hat bloss Riklin²⁾ meine Anregung aufgenommen und in fruchtbarer Weise weiter entwickelt. Die erwähnten Untersuchungen bestätigen vollauf die Richtigkeit der Freud'schen Lehre in diesem Punkte. Es ist das gewöhnliche oft recht schwer zu überwindende Hindernis der Psychoanalyse, dass gerade das wesentliche (der verdrängte unlustbetonte Komplex) vergessen ist. Man stösst meistens gerade da auf die Amnesie („Ich weiss nicht“, „ich hab vergessen“ etc.), wo das Wichtige kommt. Die amnestischen Sperrungen unseres Experimentes sind nichts anderes als hysterische Amnesien in Nuce. Sie haben auch das mit der hysterischen Amnesie gemeinsam, dass nicht nur genau das, was kritisch ist, vergessen wird, sondern auch Umliegendes, das zufällig mit dem perseverierenden Unlustton koinzidiert.

Die Reaktionsworte, die so leicht vergessen werden, muten an wie Ausreden; sie spielen etwa eine ähnliche Rolle, wie die „Deckerinnerungen“ Freud's. Wenn z. B. ein hysterisches junges Mädchen mit einer qualvoll langen Reaktionszeit auf „Küssen“ mit „Schwesterkuss“ reagiert und nachher die Reaktion vergessen hat, so begreift man ohne weiteres, dass „Schwesterkuss“ nur eine Ausflucht war, welche einen wichtigen erotischen Komplex verdecken musste. Derartige Reaktionen haben etwas von (natürlich unbewusster) Simulation an sich und klingen ganz ähnlich, wie die „Deckerinnerungen“, mit denen Hysterische die kausalwichtigen Ereignisse verdecken.³⁾ In der Oberflächlichkeit dieser Reaktionen liegt häufig auch ein Grund für das rasche Vergessen; denn diese Worte können ebenso gut durch eine Reihe anderer von gleicher Oberflächlichkeit ersetzt werden. Das Täuschende derartiger Reaktionen ist eine Teilerscheinung des bekannten allgemeinen Eindrucks, welcher so häufig schon der Hysterie den Vorwurf der bewussten Simulation eingebracht hat. Es ist aber hervorzuheben, dass sehr häufig der unter der Ausflucht verborgene Komplex vom Bewusstsein gründlich abgespalten ist, indem die Hysterischen tatsächlich oft erst in der Hypnose darauf gebracht werden können, was eigentlich hinter der verdächtigen Reaktion steckt.

¹⁾ Ein Fall von hysterischem Stupor bei einem Untersuchungsgefangenen Journ. f. Psychol. u. Neurol. 1902. p. 110. Und „Ueber Simulation von Geistesstörung“.

²⁾ Riklin: Zur Psychologie hyster. Dämmerzustände und des Ganser'schen Symptoms. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1904.

³⁾ Vergl. Riklin: Analytische Untersuchungen der Symptome und Assoziationen eines Falles von Hysterie. Psychiatr. neurol. Wochenschr. 1905.

Wie das Experiment zeigt, hat die falsche Reproduktion Wert als Komplexmerkmal. Ich weiss nicht, ob irrelevante Reaktionen auch vergessen werden. Sie kann aber auch einen positiven Wert durch ihren Inhalt haben, indem sie eine zweite Assoziation zum Reizwort und zum verdrängten Komplex darstellt, was unter Umständen der Analyse schätzenswerte Dienste leisten kann. Für kriminalpsychologische Untersuchungen gilt natürlich das gleiche. Wie für das Assoziationsexperiment überhaupt, so bemerke ich auch für die Reproduktionsmethode, dass der verdrängte Komplex durchaus nicht etwa bewusst sein muss, um sich in den Reaktionen zu verraten; er tut es auch, wenn er vom Bewusstsein weitgehend abgespalten ist, wie das bei Hysterischen überaus häufig der Fall ist. Soweit ich jetzt sehe, ist das angeregte Phänomen überall das nämliche, wo es sich um verdrängte Komplexe handelt, wie bei Normalen, Hysterischen und Katatonischen; beim Normalen ist es eine „kurze Verlegenheit oder momentane Hemmung“, bei der Hysterie eine der bekannten „willkürlichen“ Amnesien und beim Katatonischen eine „Sperrung“ schlechthin. Der psychologische Mechanismus aber ist derselbe.

II. Vereinsberichte.

Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Bericht von E. Raimanu (Wien).

Sitzung vom 14. März 1905.

382) **A. Fuchs** demonstriert neuerlich einen Fall von Hypophysentumor; seit der letzten Vorstellung hat die obesitas universalis des Pat. beträchtlich zugenommen (10 kg), die bitemporale Hemianopsie sich in Amaurose ex atrophia nervi optici verwandelt. Leichte rechtsseitige Hemiparese, fast keine Kopfschmerzen. Die Fortschritte in der Usur des Keilbeines sind an Röntgenbildern sehr gut zu verfolgen.

383) **A. Fuchs** demonstriert eine 30jährige Frau mit spastischer Parese der linken unteren Extremität, seit Monaten langsam zunehmend, Volumsabnahme, Kälte und Blässe, Hypalgesie und Thermhypästhesie daselbst. In der Höhe des 7. und 8. Dorsalsegmentes links vorne Analgesie, welche rückwärts zwei bis drei Querfinger höher hinaufreicht. F. diagnostiziert Syringomyelie.

In der Diskussion berichten v. Frankl, Schlesinger, Infeld, Richter über atypische Fälle von Nervenkrankheiten, in denen eine antiluetische Behandlung zu Erfolgen führte, weshalb auch im demonstrierten Falle eine solche zu versuchen sei.

384) **A. Fuchs** demonstriert ein 25jähriges, in einer Steindruckerei beschäftigtes Mädchen, mit einer seit Wochen allmählich zunehmenden Parese der linken

Oberextremität; daselbst schwere Schädigung der tiefen Sensibilität und Ataxie. Schwindelgefühl; beide Papillae Optici abgeblasst, unscharf begrenzt. Wenn Pat. sich ganz ruhig verhält, machen die Finger der linken Hand athetoide Bewegungen. Auf Grund dieses Symptoms lokalisiert F. den Herd in die Bindearmregion.

385) **A. Fuchs** demonstriert ein 22jähriges Mädchen ohne hysterische Stigmen. Vor sieben Wochen entstand plötzlich eine Beugekontraktur der Finger rechts und links. Jeder Versuch einer Streckung ist sehr schmerzhaft; beide Hände sind zyanotisch und schwitzen enorm stark. Gelenke und Knochen frei; Sensibilität intakt. Terapia electrica suggestiva von Erfolg; daher wohl eine funktionelle Affektion.

386) **A. Fuchs** demonstriert endlich einen 13jährigen Knaben mit bilateraler Athetose, asphyktisch geboren, mit Konvulsionen am fünften Tage. Der Casus bildet eine Bestätigung für den Satz Freud's, es lasse sich bei dieser Form eine Bevorzugung mütterlicher Bedingungen erkennen und die Intelligenz sei oft weit weniger gestört als bei ähnlich intensiver Ausbildung anderer Typen.

387) **Arthur Schüller** demonstriert die anatomischen Präparate eines Falles von angeborener Mikrogryrie nebst Syringomyelia gliosa und multipler Hirnrückenmarkssklerose und spricht im Anschlusse hieran über Kombinationen organischer Erkrankungen des Nervensystems. Eine auf ein grosses Material sich stützende Zusammenstellung lässt 1. bestimmte Nervenkrankheiten ausfindig machen, welche sich öfters mit anderen kombinieren; 2. das häufigere Zusammentreffen zweier an sich seltener Nervenkrankheiten lässt auf pathogenetische Beziehungen dieser beiden Erkrankungen schliessen; 3. ein bestimmtes Symptom einer Nervenkrankheit kann durch das Hinzutreten einer zweiten modifiziert werden in einer Art, welche Schlüsse bezüglich der Natur jenes Symptoms zulässt: a) die infolge von Tabes geschwundenen Sehnenreflexe können bei Auftreten einer Hemiplegie neuerdings zum Vorschein kommen; b) bei Kombination von Tetanie mit rezenter Fazialislähmung fehlt auf der gelähmten Seite das Chvostek'sche Symptom; c) der Paralysis agitans-Tremor kann bei Auftreten einer Hemiplegie sofort auf der gelähmten Seite verschwinden; 4. die durch die Nervenkrankheit verursachten Beschwerden können durch Hinzutreten einer zweiten gebessert werden.

388) **E. Redlich** bespricht an der Hand mehrerer kurz skizzierter Fälle Hemiparesen, bei denen die Hautreflexe auf der hemiparetischen Seite nicht, wie zu erwarten stand, herabgesetzt, sondern im Gegenteil gesteigert waren. R. schliesst sich jenen an, welche die Reflexbahn für die Hautreflexe durch den Kortex gehen lassen, und nimmt zur Erklärung des geschilderten Verhaltens Reizzustände im Kortex an, womit der Umstand stimmt, dass bei der Mehrzahl der besprochenen Fälle Jackson'sche Anfälle bestanden.

Diskussion: v. Frankl, Redlich, v. Wagner, Stransky.

Jahresversammlung am 9. Mai 1905.

389) **Otto Marburg**: Zur topischen Diagnostik der Mittelhirnkrankheiten.

Vortr. gruppiert die Erscheinungen nach den drei Symptomenkomplexen, welche den drei Etagen der Vierhügelgegend, dem Hirnschenkelfuss, der Hirn-

schenkelhaube und den eigentlichen corp. quadrigemina entsprechen. Das Weber'sche Syndrom in seiner vollen Ausbildung (kontralaterale Hemiplegie mit Hirnnervenbeteiligung, gleichseitige komplette Okulomotoriuslähmung) spricht für eine Affektion der medialen Pedunkulusanteile. Ist die Okulomotoriuslähmung inkomplett (Freibleiben der Pupille), dann beschränkt sich der Herd mehr auf spinale Teile; tritt Sensibilitätsstörung hinzu, reicht er in die Haube hinauf, während bei den nicht eindeutigen vasomotorisch-trophischen Störungen mittlere Pedunkulusabschnitte (motorisches Gebiet) oder die knapp darüber befindliche substantia nigra ergriffen sein dürften. Charakteristischer als für die hinteren lateralen Pedunkulusabschnitte ist die Symptomatologie der vorderen und zwar deshalb, weil hier zu den Pedunkulussymptomen solche von seiten des tractus opticus resp. der corp. geniculata lateralia hinzukommen können. Namentlich bei Tumoren zeigen die Krankheitsbilder mannigfache Berührungspunkte und Uebergänge.

Tritt zu einer halbseitigen Athetose, Chorea, resp. einem Tremor, z. B. dem Zittern der Paralysis agitans vergleichbar, eine kontralaterale Lähmung des Okulomotorius (Benedikt'sches Syndrom), dann hat man das Recht, einen Herd in der Mittelhirnhaube anzunehmen. Auch hier wird die Sicherheit der Diagnose durch das gleichzeitige Auftreten der Störungen gesteigert; es wird aber nicht so leicht ein Fall zu finden sein, wo, wie beim Weber'schen Syndrom, zwei Herde das gleiche hervorbringen. Bei Hauben- und Pedunkulusherden zugleich, nur mit Weber'schem Syndrom, wurden stets beide Okulomotorii in mehreren Muskeln betroffen gefunden.

Ein- oder beiderseitige Okulomotoriuslähmung mit Ataxie vom Typus der cerebellaren, das Syndrome de Nothnagel, wie es genannt zu werden verdient, weist auf eine Schädigung der Vierhügelganglien, besonders wenn es mit Seh- oder Hörstörungen verbunden ist. Doch sind diese Erscheinungen nicht durch eine Zerstörung des Vierhügels selbst, sondern seiner nächsten Nachbarschaft bedingt, insbesondere der Gegend um den Aquädukt. Uebrigens kann auch ein Tumor des Wurms zu analogen Erscheinungen führen.

Sitzung vom 6. Juni 1905.

390) **E. Stransky** demonstriert einen Alkoholiker, welcher das vom Votr. im Jahre 1900 zuerst beschriebene Phänomen des assoziierten Nystagmus darbietet und wendet sich gegen die Auffassung dieses Phänomens als eines reflektorischen (Bernheimer, Baer); der beschriebene Nystagmus persistiert trotz völliger Anästhesierung der Kornea und Konjunktiva durch Kokain.

In der Diskussion erwähnt Karplus eines Falles von Nystagmus bei einem Neurastheniker, wo das Phänomen reflektorisch vom Vestibularis ausgelöst worden sein dürfte.

391) **A. Fuchs** demonstriert einen 48jähr. Mann, welcher seit 5—6 Jahren über an Intensität stets zunehmende Schmerzen unter dem linken Rippenbogen klagt. Schliesslich konnte man dort ein kleines Knötchen tasten, dessen Berührung intensiv schmerzhaft war. Seit Exstirpation des kaum hirsekorngrossen Gebildes ist der Schmerz vollkommen geschwunden. Merkwürdig ist nun der histologische Befund, welcher zur Diagnose eines Nebennierenkeimes, nach anderen eines Epithelkörperchens zwingt.

392) **A. Fuchs** demonstriert weiter einen 17jährigen Burschen mit einer kongenitalen fast vollständigen Ptosis links, Hautnarben an Wangen, Kinn, Narben am harten Gaumen und einer seit sechs Wochen auftretenden schmerzlosen Volumszunahme der linken Unterkiefergegend. Nachdem für kongenitale Lues kein Beweis zu erbringen ist, bleibt nichts übrig, als vorläufig alle drei Symptome als von einander unabhängig zu nehmen.

Diskussion: Schüller.

393) **A. Fuchs** demonstriert endlich eine 32jährige Frau, welche an Tetanie leidet, deren akutes Stadium seit Wochen abgelaufen ist. Im letzten Anfälle, vor ca. zwei Monaten, traten an beiden Händen, insbesondere an der Muskulatur des Thenar, grobfibrilläre, fasciculäre Zuckungen auf. Im Gegensatz zu von Frankl-Hochwart muss Fuchs das Vorkommen derartiger Zuckungen bei Tetanie als ausserordentlich selten bezeichnen.

394) **Siegfried Türkel**: Zum § 2 a, b, c österreichisches Strafgesetz.

Die Mehrzahl der österreichischen Irrenärzte und insbesondere die Mitglieder der Wiener medizinischen Fakultät haben wiederholt erklärt, dass sie zur Beantwortung der Frage, ob ein Individuum zurechnungsfähig sei oder nicht, keineswegs kompetent seien, und haben Klage darüber geführt, dass sie durch eine derartige Fragestellung in eine ganz exzeptionelle Lage gebracht werden. Votr. behauptet, dass die sogenannte „Subsumtion unter das Gesetz“ Aufgabe des Richters sei und der Experte seiner Pflicht Genüge getan habe, wenn er die vom Richter gestellten Fragen innerhalb der Grenzen der St.-P.-O. „so gut beantwortet, als er eben kann“. Auch dazu genügt es aber nicht, den betr. Fall aufs genaueste zu erkennen, man müsse auch wissen, welche Zustände das Gesetz im Auge hatte und hat, wenn es von der Beraubung des „Vernunftgebrauches“, der „abwechselnden Sinnverrückung“ und der „Sinnenverwirrung“ spricht. Der Votr. entwickelt historisch die Anschauungen, welche seit 1800 bezüglich dieser Probleme die herrschenden waren, resumiert die gegenwärtige Interpretation des obersten Gerichtshofes und gibt zum Schlusse der Anschauung Ausdruck, dass der § 2 St.-G. durch die Fortschritte der Psychiatrie als selbständiger Wissenschaft überholt sei und man in der Praxis mit demselben nichts mehr anfangen könne, wenn man ihn nach der klaren Absicht des Gesetzgebers interpretiere.

Sitzung vom 20. Juni 1905.

395) **E. Stransky** demonstriert einen 16jährigen Burschen, der nach einem Schädeltrauma im Winter 1903 erkrankte und zusammengefasst folgende Symptome bietet. Psychisch: Gedächtnisstörungen, leicht manische Verstimmung mit unverkennbarem Puerilismus auf intellektuellem Gebiete; somatisch: starker Nystagmus in allen Blickrichtungen, bei Intentionsbewegungen zunehmendes Wackeln des Kopfes, Zittern und Ataxie in den oberen Extremitäten, Gang exquisit torkeind, von cerebellarem Typus. P.-S.-R. sehr lebhaft, rechts > links. Sprache skandierend, nach längerem Sprechen verwaschen. Da das Krankheitsbild keine Progression aufweist, glaubt Votr. eine diffuse Sklerose mit besonders erheblicher Beteiligung des frontocerebellaren Systems annehmen zu dürfen.

396) **Maximilian Sternberg** demonstriert einen 28jährigen Pat. mit multipler Sklerose, der 1902 eine 28tägige Waffenübung mitmachte, bis zum 24. Oktober

1903 arbeitete, an diesem Tage aber einen Unfall erlitt und seither dauernd arbeitsunfähig ist. Am 27. Oktober, also drei Tage nach dem Unfall, neurologisch untersucht, bot er Atrophia nervi optici beiderseits, Intentionstremor, Differenz der P.-S.-R., Zwangslachen. Der Fall illustriert den verschlimmernden Einfluss des Traumas auf eine latente multiple Sklerose, regt aber auch zur Kritik der Annahme einer traumatischen Entstehung jener Krankheit an. Der aktenmässige Beweis, das Trauma habe einen Pat. in voller Arbeitsfähigkeit getroffen, beweist noch nicht, dass derselbe damals in der Tat gesund war.

An der Diskussion beteiligen sich: Fuchs, Redlich, Hirschl, Stransky, Infeld.

Diskussion über den Vortrag Türkel (vergl. Sitzung vom 6. Juni 1905).

v. Wagner: Der Vortr. hat das Gefühl der Unsicherheit des Gerichtspsychiaters nur gesteigert, indem er zeigte, dass der § 2 St.-G. in der Hand obergerichtlicher Entscheidungen wie weiches Wachs geformt, dass ein wichtiges Wort „ganz“ (beraubt) bald im Sinne von Intensität, bald im Sinne von Dauer aufgefasst, dass schon längst nicht mehr nach dem Wortlaut des Strafgesetzes judiziert wird; denn dass eine grosse Anzahl derjenigen, die unter allgemeiner Zustimmung nach § 2 a exkulpiert werden, nicht des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt sind, ist sonnenklar. Zu Unrecht erklärt man das mit den Fortschritten der Psychiatrie; vielleicht wollte der Gesetzgeber tatsächlich, dass nur mangelnde Einsicht in die Strafbarkeit einer Handlung Strafe ausschliesse. Nachdem die Forderung, zum strengen Wortlaut des Gesetzes zurückzukehren, von den meisten als widersinnig abgelehnt werden dürfte, bleibt nur übrig, nach dem dezentennienlang geübten Geiste, und zwar so konsequent als möglich zu judizieren. Dann muss man aber den Nachweis geistiger Störung quantitativ nehmen, da man sonst überhaupt niemanden würde verurteilen können.

Wer soll nun diese quantitative Bestimmung treffen, feststellen, ob die vorhandenen geistigen Störungen jenen Grad erreicht haben, dass sie unter den § 2 a fallen? v. Wagner glaubt, dass es der Würde seiner Wissenschaft besser entspricht, wenn der Arzt die Beantwortung dieser gar nicht auf seinem Wissensgebiet liegenden Frage ablehnt. Auch nach der St.-P.-O. hat diese Entscheidung der Richter zu treffen. Damit wird die Sache allerdings nicht besser. Es muss in der kontinuierlichen Reihe, die von normalen Zuständen durch alle Uebergangsstufen zur völligen Geisteszerrüttung führt, an irgend einer Stelle eine Grenze gesetzt werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass gerade die zweifelhaften Fälle am häufigsten vor den Richter kommen, weil sie am häufigsten Verbrechen begehen. Wo aber diese Grenze zu setzen ist, sagt weder die Wissenschaft, noch das Gesetz; nicht einmal ein allgemein akzeptiertes Uebereinkommen gibt es. Diese Grenze ist willkürlich und daher auch verschieblich. Die beiden Hauptschwierigkeiten der forensischen Psychiatrie werden immer fortbestehen: einerseits, dass eine naturwissenschaftliche Erkenntnis (Krankheit) in einen dieser Wissenschaft ganz fremden Begriff (Zurechnungsfähigkeit) umgemünzt werden soll; andererseits, dass eine scharfe alternative Entscheidung getroffen werden soll, wo eine fliessende Reihe vorhanden ist.

Die Schwierigkeiten sind im System begründet und die Aerzte müssen verlangen, dass dieses geändert werde. Entweder, dass die Frage der geistigen Beschaffenheit des Täters erst auf den Strafvollzug Einfluss bekommt, oder dass wenigstens die verminderte Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetz eingeführt

werde. Warum sich die Gesetzgeber gegen letztere gar so sträuben, sei unbegreiflich; sie sei eigentlich schon im Strafgesetz, nur am unrechten Ort, als mildernder Umstand, was bekanntlich gegenüber den Minderwertigen zu unsinnigen Folgen, zu einem verminderten Schutz der Gesellschaft führt. Leider besteht sehr wenig Hoffnung auf eine zeitgemässe Reform des Strafgesetzes; keinesfalls dürfte aber der § 51 des deutschen St.-G. vorbildlich werden, denn dieser sei um kein Haar besser als der österreichische, wiewohl er viel jünger sei.

Noch ein anderer Uebelstand ist im System begründet. Der Richter erwartet, dass der Arzt einen als geisteskrank exkulpierten Verbrecher nach den Intentionen des Richters behandle, während der Anstaltsarzt gar keine oder nur eine sehr kurze Internierung für nötig befindet. Solche Fälle verletzen das öffentliche Rechtsbewusstsein. Zu steuern ist dieser Kollision nicht dadurch, dass die politischen und Justizbehörden die Entlassungen aus den Irrenanstalten hemmen können, sondern nur durch die Errichtung von Staatsirrenanstalten für irre Verbrecher, wie sie v. Wagner bei der Enquête für das neue Irrengesetz vorgeschlagen hat. Das ist das mindeste, was man von der Gesetzgebung fordern muss; mit dieser anderwärts bereits erprobten Einrichtung werden nicht nur die Konflikte zwischen Gericht und Irrenanstalt, sondern auch das anwidernde Schauspiel aufhören, dass manche Verteidiger die Angeklagten aller Evidenz zum Trotz um jeden Preis der Psychiatrie zuschieben wollen; es wird nicht mehr eine reine Prämie für den Nachweis von Geistesstörung bestehen.

v. Sölder leitet in Widerspruch zu der Behauptung Türkel's aus dem Wortlaute der St.-P.-O. das Recht und die Pflicht des Sachverständigen ab, sich über Vorhandensein oder Fehlen des Vernunftgebrauches (§ 2a) zu äussern. Aber auch wenn v. Sölder's Auslegung bestreitbar sein sollte, keineswegs könne Türkel seine Anschauung begründen.

Vermag nun der Psychiater eine sachverständige Aeusserung darüber abzugeben? Auch diese Frage ist unbedingt zu bejahen. Die Begriffe: Beraubung des Vernunftgebrauches, Sinnverrückung und Sinnverwirrung sind zwar, da sie im Strafgesetz enthalten sind, formell strafrechtliche, inhaltlich jedoch zweifellos psychopathologische Begriffe; wer sollte für deren Auslegung und Anwendung sachverständig sein, wenn nicht der Psychopathologe? Einige spezielle Rechtskenntnisse sind allerdings hierfür unentbehrlich. Und wer berufsmässig sich als psychiatrischer Sachverständiger verwenden lässt, hat die Pflicht, sich dieses Minimum an Jurisprudenz anzueignen. Es verhält sich hier nicht anders, wie auf anderen Gebieten der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, wofür sich viele Beispiele anführen lassen. Der Standpunkt Türkel's könnte den Psychiatern nur willkommen sein, indem sie des unangenehmsten Teiles ihrer Aufgabe überhoben würden, allein die Strafrechtspflege würde Schaden leiden, indem die Richter ungleich öfter fehlgreifen würden. Tatsächlich unterlässt es der Richter kaum je, den Rat des Psychiaters, ob die Voraussetzungen des § 2a, b, c vorliegen, einzuholen und letzterer hat sachlich und formell die Pflicht, jenem Verlangen zu entsprechen.

E. Raimann will wegen der vorgertückten Zeit nur eine prinzipielle Bemerkung machen. Türkel habe ausgeführt, dass es den Aerzten nicht zustehe, einen Fall mit Beziehung auf § 2a, b, c St.-G. zu begutachten, gleichzeitig aber auch überzeugend begründet, dass es dann mit dem bisherigen

Strafgesetz nicht mehr gehe. Von den Bedürfnissen der praktischen Rechtspflege aus gebe es somit ein unerbittliches aut-aut, entweder sofort ein neues Strafgesetz oder doch Stellungnahme des Psychiaters in dem eben von v. Sölder entwickelten Sinne, dessen Anschauungen Raimann voll und ganz teilt. Andernfalls treibe man passive Obstruktion und nütze den Psychiatern gar nichts. Vortr. erinnert beispielsweise an einen von Wagner zitierten Fall. Die Fakultät kam zu keinem bestimmten Schlusse, die Geschworenen mussten im Zweifel freisprechen, ein Irrenanstaltsdirektor nahm die seiner Ueberzeugung nach geistesgesunde Person nicht auf und so erfreut sich eine höchst gemeingefährliche mehrfache Mörderin der Freiheit.

v. Wagner bemerkt, dass im eben erwähnten Falle die Fakultät überhaupt sich nicht klar war; der Ausspruch unterblieb nicht aus prinzipiellen Gründen.

Hoevel stimmt bezüglich der Verpflichtung des Sachverständigen durchaus v. Sölder bei. Der § 2 sei nicht so schlecht und enthalte alle wichtigen Punkte. Es wird immer zweifelhafte Fälle geben, in denen man lediglich auf subjektive Wertung angewiesen ist; Hauptsache sei ein absolut klares und deutliches Gutachten.

Im Schlusswort verteidigt Türkel seine Interpretation, entwickelt aber auch allgemein und am Beispiele eines Paranoikers die Konsequenzen, welche sich entwickeln, wenn sich die Psychiater tatsächlich auf ihre Pflicht beschränken. Nach dem Wortlaute des Gesetzes müsste eine grosse Anzahl von effektiv Geisteskranken, die gegenwärtig nicht bloss nach dem in Oesterreich sondern auch anderwärts geltenden Gebrauche von der strafrechtlichen Verantwortung frei erklärt, verurteilt werden, während § 2 a St.-G. nur auf Personen Anwendung fände, die sich in ihrem Zustande ohnehin selten noch in Freiheit befinden und selbst dann nur selten noch kriminell werden. Der Animus novandi sei allseits vorhanden, hoffentlich folge dem guten Willen bald die Tat.

75. ordentliche Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 17. VI. 1905 in Bonn.

Von Dr. Deiters.

Der Verein hat im vergangenen Jahre fünf Mitglieder durch den Tod verloren: Focke-Koblenz, Wahl-Bonn, Halbey-Bendorf, Brie-Grafenberg, Koester-Bonn. Ihnen sowie dem so jäh verstorbenen Professor Wernicke-Halle widmete der Vorsitzende Pelman warme Worte der Erinnerung.

Es folgen geschäftliche Mitteilungen, sowie die Aufnahme einiger neuer Mitglieder.

Vorträge: -

397) **Westphal** (Bonn): a) Ueber die Differentialdiagnose der *Dementia paralytica* und der *Lues cerebri*.

An der Hand zweier Beobachtungen weist Westphal auf ein anscheinend seltenes Krankheitsbild hin, dessen Unterscheidung von der progressiven Paralyse von Bedeutung ist.

Der vorgestellte 35jährige Patient infizierte sich im 20. Lebensjahre syphilitisch. Keine ärztliche Behandlung. Nach drei Jahren Beginn der Psychose, die jetzt nach 12jähriger Krankheitsdauer unverändert fortbesteht.

Die Psychose ist charakterisiert durch andauernd euphorische, mitunter leicht gereizte Stimmung mit zahllosen blühenden unzusammenhängenden Grössenvorstellungen (grösster Diplomat und Gelehrter, nächste Beziehungen zum Kaiser und Papst, sein Geist wie Cäsar's Geist, allumfassend etc.) Dabei grosser Schreib- und Rededrang. Orientierungsfähigkeit gut, Merkfähigkeit in ausgezeichneter Weise erhalten, lebhaftes, aufmerksames, interessiertes Wesen. Sinnestäuschungen, Verfolgungs- oder hypochondrische Ideen sind nie beobachtet worden. Von körperlichen Symptomen haben sich allmählich entwickelt: reflektorische Pupillenstarre, eine hochgradige tabische Arthropathie des rechten Kniegelenks, Mal perforant der Fusssohle. Sehnenreflexe noch gut erhalten mit Ausnahme einer deutlichen Herabsetzung des rechten Achillessehnenreflexes. Leichte Sensibilitätsstörungen (circumscribed Analgesien). Andeutung von Ataxie. Romberg. Spinalpunktion ergibt reichliche Lymphocytose, Trübung der Flüssigkeit beim Kochen. Keine artikulatorische Sprachstörung.

Die Diagnose stösst auf erhebliche Schwierigkeiten.

Gegen Paralyse spricht die fehlende Verblödung trotz sehr langer Krankheitsdauer, die vortreffliche Merkfähigkeit, das Fehlen der Sprachstörung, das lebhafte aufmerksame Wesen. Die Entwicklung der Psychose relativ kurze Zeit nach der Infektion, die Eigenart der Psychose lassen eine zufällige Komplikation von Tabes und Psychose, wie sie mehrfach beschrieben worden sind, als sehr unwahrscheinlich erscheinen. Gegen eine hebephrenische Psychose oder Dementia paranoides spricht das attente Wesen, die Lebhaftigkeit und rege Anteilnahme des Pat., sowie das Fehlen einer ausgesprochenen Demenz trotz sehr protahierten Krankheitsverlaufes. Am meisten Berührungspunkte bietet das Krankheitsbild mit einer im ganzen seltenen Erkrankungsform, der chronischen Manie. Es fehlen aber eigentliche Ideenflucht und Ablenkbarkeit.

Es handelt sich demnach um eine eigenartige Psychose, welche wahrscheinlich auf dieselbe Ursache wie die komplizierende Tabes zurückzuführen ist.

Im Anschluss an diesen Fall berichtet Westphal über einen zweiten ganz ähnlichen Fall*), der aus äusseren Gründen nicht demonstriert werden konnte. An Stelle der Tabes fanden sich bei diesem Pat. auf Erkrankung der Seitenstränge hinweisende Symptome. Die vorgetragenen Beobachtungen zeigten in übereinstimmender Weise, dass sich auf syphilitischer Basis ungemein langsam verlaufende Psychosen entwickeln können, die im wesentlichen das Bild manischer resp. hypomanischer Erregung darbieten und ausgezeichnet sind durch das Bestehen einer gehobenen Stimmung mit massenhaften unzusammenhängenden Grössen- und Ueberschätzungsideen. Eine schwerere Demenz scheint selbst nach sehr langer Krankheitsdauer nicht einzutreten, wenn auch ein gewisser Grad von geistiger Schwäche nicht zu verkennen ist. Die körperlichen

*) Anmerkung: Beide Fälle sind in einem klinischen Vortrag (Medizinische Klinik 1905, No. 27, p. 671) ausführlich wiedergegeben.

Symptome weisen auf eine Erkrankung der Hinterstränge oder vorwiegende Beteiligung der Seitenstränge hin. Von entscheidender Bedeutung wird die anatomische Untersuchung derartiger Fälle sein. W. hält das Bestehen feinerer Gefäßveränderungen, wie sie besonders von Kampf und Heubner, in jüngster Zeit von Nissl und Alzheimer beschrieben sind, für die wahrscheinliche Grundlage der Erkrankung.

b) Fall von hysterischer Pseudotetanie mit vasomotorisch trophischen Störungen einhergehend.

Bei der vorgestellten Patientin treten bei Druck an irgend einer Körperstelle oder auch spontan bei Beschäftigung mit der Kranken exquisite schmerzhafte tonische Krämpfe in oberen und unteren Extremitäten, den Kaumuskeln und dem Orbicularis oculi ein (Demonstration). Das Bild der Krämpfe entspricht dem der Tetanie. Es fehlt aber die mechanische Uebererregbarkeit der Nerven und vor allem die elektrische Uebererregbarkeit (Erb'sches Symptom). W. begründet die Annahme einer hysterischen Pseudotetanie unter Anführung ähnlicher Beobachtungen von ihm, von H. Curschmann jun. u. a.

Kompliziert sind diese tonischen Kontrakturen mitunter durch Anfälle von lokaler Synkope und Asphyxie an Händen und Füßen, welche W. aber auch unabhängig von den Anfällen von Pseudotetanie bei der Kranken beobachtete. Aus den weiss verfärbten Händen entleert sich bei diesen Zuständen beim Einstechen kein Blut. An den Füßen ist es zu trophischen Störungen mit Veränderungen der Nägel und der Haut gekommen.

Bemerkenswerter Weise werden bei diesen Anfällen die in der Zwischenzeit gewöhnlich gut nachweisbaren Fusspulse nicht mehr fühlbar, um bei Verschwinden der Kälte und Cyanose, beim Nachlassen der subjektiven Beschwerden (Schmerz, Kriebeln) wieder aufzutreten.

W. weist auf die eventuelle Bedeutung derartiger Beobachtungen für die Auffassung gewisser Fälle von intermittierendem Hinken hin, für welche Oppenheim und Erb geneigt sind, eine rein nervöse (vasomotorische) Grundlage des Leidens anzunehmen. Zeichen von Arteriosklerose fehlen in unserer Beobachtung völlig. Schliesslich ist zu bemerken, dass die an Neurosen reiche, schwachsinnige Patientin seit ihrer Krankheit an typischen epileptischen Anfällen mit nachfolgenden aphasischen Störungen leidet.

c) Ueber die Diagnose der Huntington'schen Chorea in ihren Frühstadien.

Die vorgestellte Patientin leidet seit 1893 an gewissen psychischen Störungen (Reizbarkeit, flüchtigen wechselnden Wahnvorstellungen usw.) Seit 1898 in hiesiger Anstalt mit Unterbrechungen in Behandlung. Körperlich seit dieser Zeit: starrer Gesichtsausdruck, schwerfällige Sprache, steifer unsicherer Gang (öfteres Hinfallen), lebhaft gesteigerte Sehnenreflexe (zeitweilig Fussklonus).

Bei intendierten Bewegungen tritt in den auffallend steif dem Ziel genäherten Armen und Händen ein Tremor auf, der sehr an den Intentionstremor der multiplen Sklerose erinnert.

Januar 1905 wurden zuerst zweifelloose choreatische Bewegungen in den Händen konstatiert, die zurzeit allgemeiner verbreitet und stärker geworden sind. Weitere Nachforschungen ergeben jetzt, dass Pat. aus einer

Choreafamilie stammt, in der in drei aufeinander folgenden Generationen nicht weniger als acht Fälle (inkl. unserer Pat.) von Chorea vorgekommen sind*).

Bemerkenswert ist bei unserer Patientin, dass akutere psychische Störungen dem Auftreten choreatischer Bewegungen eine lange Reihe von Jahren vorausgegangen waren, jetzt beim Deutlichwerden derselben entschieden nachgelassen haben. Auf ein ähnliches Verhalten hat W. bereits in früheren Mitteilungen hingewiesen. Pat. bietet zurzeit mit Ausnahme einer leichten Gedächtnisschwäche keine auffallenden psychischen Störungen dar. Schliesslich erörtert W. die der multiplen Sklerose ähnlichen Symptome, welche Pat. lange Zeit dargeboten hat. Dieselben sind wohl zum Teil auf das Auftreten und Wiedernachlassen willkürlicher Muskelspannungen zurückzuführen, durch welche Patientin die sich schon subjektiv bemerkbar machende Inkoordination der Bewegungen zu bekämpfen suchte. (Eigenbericht.)

398) **R. Förster** (Bonn): Demonstration (Pons-Tuberkel).

F. demonstriert das Gehirn eines 18jährigen Mädchens, das von Jugend auf schlecht beanlagt, sonst aber gesund gewesen war. Im Jahre 1904 war sie plötzlich mit Hinterkopfschmerzen und psychischer Veränderung erkrankt. Bei der Aufnahme in die Anstalt war sie läppisch-heiter erregt, glaubte sich von Männern verfolgt und machte einen schwachsinnigen Eindruck. Körperliche Störungen waren nicht vorhanden. Pat. war öfter unreinlich. Eine eigentümliche steife Kopfhaltung wurde damals als Stereotypie aufgefasst. Sie beruhigte sich bald, beschäftigte sich ein wenig und wurde entlassen mit der Diagnose Imbezillität und Dementia praecox.

Zu Hause verschlimmerte sich der Zustand bald wieder, ausserdem kam es zu Schluckbeschwerden und Erbrechen.

Beim Wiedereintritt in die Anstalt stand der Kopf steif nach links hinten, der Gang war taumelnd, die Pupillen ungleich, kein Strabismus. Die Bewegungen der Bulbi waren beschränkt, die Sprache normal, die Halswirbelsäule druckempfindlich. Ophthalmoskopische Untersuchung ergab Stauungspapille. Die Sehfähigkeit nahm schnell ab bis zu völliger Erblindung. Gehör und Geruch waren herabgesetzt. Psychisch war sie benommen, sprach davon, dass Männer ihr nachliefen.

Die Diagnose schwankte zwischen Hydrocephalus acutus oder Tumor in der mittleren Schädelgrube. Mit Rücksicht auf die letztere Möglichkeit wurden bei der Lumbalpunktion nur wenige ccm Flüssigkeit entnommen, deren Untersuchung negativen Befund ergab. Nach der Lumbalpunktion besserten sich die Erscheinungen ein wenig.

Unter den Erscheinungen der Lungenphthase ging die Kranke zugrunde.

Obduktion: Dura gespannt, Gyri abgeplattet, Oberfläche eigentümlich trocken. An der Basis geringe Vorwölbung des Pons. Auf dem Durchschnitt ein grosser knolliger Tuberkel, der fast den ganzen Pons einnimmt, nur schmale Streifen am Rande freilässt. Ferner fand sich Tuberkulose in den Lungen, Pleura, Zwerchfell und Nieren.

Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus.

*) Anmerkung. Wir verdanken diesbezügliche Mitteilungen der Güte des Herrn Sanitätsrat R. Kleinschmidt und Dr. Weyrauch in Elberfeld. Weyrauch hat die Familiengeschichte veröffentlicht. (Münchener mediz. Wochenschrift 1905, No. 6.)

399) Kölpin (Bonn): Demonstration mikroskopischer Präparate.

a) Erweichungsherde in der Medulla oblongata mit retrograder Degeneration in Pyramidenbahn und Schleife.

Die Degeneration der Nervenfasern verläuft nicht immer nach dem Waller'schen Gesetz. K. hat einen Fall von retrograder Degeneration der Pyramiden- und Schleifenbahn untersucht, dessen Präparate er demonstriert.

Die Präparate stammen von einem Potator, der an den üblichen psychischen und neuritischen Erscheinungen erkrankt war; später kam Ptosis hinzu; endlich erlitt er einen apoplexieähnlichen Anfall mit linksseitiger Lähmung, später rechtsseitige Zungenatrophie und starb neun Monate nach diesem Anfall.

Die Obduktion ergab im Rückenmark Degeneration der linken, in der Medulla oblongata der rechten Pyramidenbahn.

Mikroskopisch fanden sich in der Medulla oblongata mehrere Erweichungsherde, in denen das Gewebe vollständig zerstört war bis auf geringe Gliarreste und in denen sich massenhafte Körnchenzellen vorfanden. Durch einen dieser Herde war rechts die Pyramidenbahn vollständig zerstört, durch einen andern der grösste Teil der medialen Schleife, durch einen dritten endlich der Hypoglossuskern.

Es fand sich retrograde Degeneration der medialen Schleife und aufsteigende Degeneration der rechten Pyramidenbahn.

In der Literatur sind bisher nur zehn Beobachtungen von retrograder Degeneration der Pyramidenbahnen vorhanden, und zwar sind unter diesen nur zwei, in denen sich, wie im hier mitgeteilten, die Degeneration über die Kreuzung hinaus erstreckt.

Warum es in einem Fall zu retrograder Degeneration kommt, im andern nicht, ist unbekannt. Nach Verletzung von peripheren Nerven finden sich in den Ursprungszellen häufig Veränderungen. Bei retrograder Degeneration der Pyramidenbahnen sind Zellenveränderungen bisher nicht gefunden worden, doch ist es möglich, dass die trophische Energie der Zellen verändert ist.

Der Vortrag wird in extenso im Archiv für Psychiatrie veröffentlicht werden.

b) Im Anschluss daran zeigte K. noch Präparate von Fibrillenfärbung nach Bielschowski.

400) Ungar (Bonn): Die Verwertung der in direkter Rede protokollierten Aussagen für das gerichtsarztliche Gutachten.

Die richterlichen Protokolle sind stets in direkter Rede abgefasst. Handelte es sich um direkte wörtliche Niederschrift der Aussage, so wäre nichts dagegen einzuwenden. Das ist aber nicht der Fall, sondern das Protokoll bringt die vom Richter redigierte Aussage des Vernommenen. Alles, was der Vernommene sagt, niederzuschreiben, wäre ja auch wohl nicht durchführbar, weil es viel zu viel wäre. Aber bei dem allgemein üblichen Modus kommen nicht selten irreführende Entstellungen vor. Es wird von Personen, die nicht imstande sind, einen zusammenhängenden Satz zu sprechen, im Protokoll eine schön stilisierte, logisch zusammenhängende Aussage produziert.

Zur Illustration berichtet Votr. über einen Fall seiner Beobachtung, wo ein bei einer Prügelei Beteiligter unter Eid eine falsche Aussage gemacht hatte, die in einem logisch und geläufig abgefassten Protokoll niedergelegt war. Bei der persönlichen Untersuchung stellte sich heraus, dass er hochgradig schwachsinnig war.

Für den Sachverständigen ist die Bedeutung eines solchen Protokolls gering, wenn er den zu Beurteilenden persönlich untersuchen kann. Es kommen aber Fälle vor, wo dieser bereits tot ist oder sich inzwischen psychisch wesentlich verändert hat. Dann wäre es von Wichtigkeit, aus dem Protokoll allein sich ein Urteil über den Geisteszustand bilden zu können; und das ist bei der üblichen Methode des Protokollierens unmöglich.

Zu einer Reform in dieser Sache gäbe wohl die zur Zeit in Vorbereitung befindliche Reform des Strafprozesses eine passende Gelegenheit. U. schlägt vor, die Sache so zu regeln, dass in direkter Rede nur das protokolliert werde, was auch wörtlich so gesagt worden sei, alles andere in indirekter Rede, und zweitens, dass im Protokoll zwischen den auf Fragen gegebenen Antworten und den spontanen Aussagen deutlich unterschieden werde.

Diskussion.

Pelman hebt hervor, dass es sich in der Tat um eine sehr reformbedürftige Sache handle. Verschlimmert werde sie noch dadurch, dass die Stelle des Untersuchungsrichters bei den Juristen nicht sehr beliebt und darum nicht immer gerade mit dem Tüchtigsten besetzt sei. Er fordert U. auf, seinen Verbesserungsvorschlag in präziser Form vorzulegen, damit die Versammlung in einer Resolution Stellung nehmen kann.

Aschaffenburg berichtet ebenfalls über einen charakteristischen Fall und schlägt vor, eine Resolution der Versammlung an den demnächst tagenden Medizinalbeamtenverein zu senden, wo die Frage der Strafprozessreform erörtert werden soll.

Peretti hat vielfach ähnliche Erfahrungen gemacht. Der vernehmende Richter stellt sich nachher gewöhnlich auf den Standpunkt: was im Protokoll steht, ist auch so gesagt worden. Zweckmässig wäre eine Notiz des Untersuchungsrichters zum Protokoll, wie der Vernommene sich bei der Vernehmung benommen habe. Ein vollständiges Protokoll nach Frage und Antwort aufzunehmen, würde kaum möglich sein.

Fabricius berichtet kurz über zwei Fälle seiner Beobachtung.

Ungar betont, dass mit einer Notiz des vernehmenden Richters zum Protokoll nicht viel gewonnen wäre; denn dass dem Richter der Geisteszustand eines Vernommenen auffällig erscheine, sei sehr selten. Mit der Protokollierung nach Frage und Antwort wären freilich nicht alle Schäden beseitigt, aber doch die wichtigsten. Er habe nur darauf aufmerksam machen wollen, dass die direkte Rede im Protokoll die Quelle von Irrtümern sein könne. Seine Forderung sei, dass die direkte Rede nur dann angewendet werde, wenn die Aussage wörtlich wiedergegeben werde.

Auf Pelman's Vorschlag wird die Sache einer Kommission von drei Mitgliedern überwiesen, in welche Ungar, Aschaffenburg und Pelman gewählt werden.

401) **Aschaffenburg (Köln):** Eid und Zeugnisfähigkeit Geisteskranker.

In den kürzlich erschienenen Protokollen der Strafprozess-Revisionskommission ist vom Eide Geisteskranker gar nicht die Rede. Es besteht also die Gefahr, dass die bevorstehende Reform dieses so dringend reformbedürftige Kapitel ganz unberücksichtigt lassen wird.

Die Richter legen auf den Eid grosses Gewicht, auch bei Leuten, die auch ohne Eid nicht leicht die Unwahrheit sagen würden; er soll den Zweck haben, dass sie das Gedächtnis mehr anspannen und Vorbehalte machen.

Votr. teilt eine Reihe Fälle aus seiner Praxis mit. Die Fähigkeit zum Eide wird nach dem heute gültigen Gesetz generell vorausgesetzt, braucht nicht im einzelnen Fall geprüft zu werden. Daraus ergeben sich die häufigen Missgriffe; denn es kommt nicht oft vor, dass ein Richter von selbst Anlass findet, an der geistigen Gesundheit eines Menschen zu zweifeln.

Es muss gefordert werden, dass Geisteskranke überhaupt nicht vereidigt werden. Ihre Vernehmung braucht damit nicht ausgeschlossen zu sein; denn nicht selten können sie wichtige Dinge zum Tatbestand aussagen.

Die Bedingungen, unter welchen nach heutigem Gesetz unbeeidigte Vernehmung vorgeschrieben ist, reichen nicht aus. Ein Paranoiker z. B., der ohne Zweifel das erforderliche Verständnis für Wesen und Bedeutung des Eides hat, wird seine wahnhaften Beschuldigungen gegen seine Verfolger unbedenklich beschwören. Auch Hysterischen fehlt das Verständnis für das Wesen des Eides sicher nicht; welchen Wert aber ihre Aussagen haben, bedarf keiner Erörterung.

Dem Richter steht es allerdings frei, jede Aussage nach seinem Belieben zu verwerten; aber auch Richter sind Menschen und suggestiven Einflüssen unterworfen. Die Sicherheit, mit welcher z. B. Hysterische ihre unwahren Aussagen vorbringen, wirken auf dem Richter mit grosser suggestiver Kraft, besonders wenn entgegenstehende Aussagen unsicher und schwankend vorgebracht werden.

Jetzt können von Geisteskrankheit Genesene über die Zeit ihrer Krankheit vernommen werden; das scheint so bedenklich, dass dagegen eine besondere gesetzliche Schutzwehr errichtet werden muss.

Schliesslich wiederholt Votr. seine bereits im Hoche'schen Handbuch vorgeschlagene Fassung eines neu aufzunehmenden Paragraphen: Unbeeidigt sind zu vernehmen Personen, deren Aussage durch Geisteskrankheit oder Geistesschwäche beeinflusst ist.

Diskussion:

Landerer fordert, dass bei den üblichen Fragen der Gerichte an die Anstalten nach der Vernehmungsfähigkeit einzelner Kranken im bejahenden Falle stets hinzugefügt werden sollte, dass die betreffenden nicht beeidigungsfähig seien.

Ungar bemängelt an der von Aschaffenburg vorgeschlagenen Fassung, dass der Begriff Geisteskrankheit kein feststehender sei und sich daraus denn doch wieder Schwierigkeiten ergeben.

Aschaffenburg hält dies Bedenken nicht für schwerwiegend und glaubt, dass seine Fassung sich in der Praxis bewähren würde.

Auf Pelman's Vorschlag wird die Frage zur Vorbereitung einer Resolution derselben Kommission überwiesen, wie die vorhergehende.

Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Grossherzogtum Hessen.

Von Privatdozent Dr. **Dannemann** (Giessen).

Am 9. Juli tagte zum zweiten Male die neugegründete Vereinigung unter dem Vorsitz von Mittermaier (Giessen) zu Mainz. Nach einleitenden Worten der Begrüssung durch Justizrat Horch (Mainz), der die Sympathien S. Exzellenz des Herrn Justizministers übermittelte, welcher selbst Mitglied der Vereinigung ist, wies zunächst der Vorsitzende auf die kürzlich in Heidelberg erfolgte Gründung der forensisch-psychologischen Vereinigung hin und verlied dem Wunsche Ausdruck, dass die Zukunft zum Kartell der im Interesse der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie gebildeten Gesellschaften führen und ein Zusammenschluss derselben stattfinden möge.

Hierauf referierte zunächst

402) **Horch** (Mainz) zum Antrage Sommer's. Nach diesem soll dem Grossherzoglichen Ministerium die Resolution der Vereinigung unterbreitet werden, dass

1. in dem psychiatrischen Unterricht für Mediziner die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich psychiatrischer Zustände im Strafgesetzbuch sowohl wie im bürgerlichen Gesetzbuch erläutert werden;
2. für die Studierenden der Rechtswissenschaft der Besuch eines Kursus über forensische Psychiatrie obligatorisch gemacht wird. In diesem Unterricht ist auf die Psychologie gebührend Rücksicht zu nehmen.

Aus den Ausführungen Horch's heben wir folgenden Passus hervor: „Hier kann nur eine psychiatrische Ausbildung helfen. Sie soll dem künftigen Juristen in planmässiger und geordneter Weise einen Einblick in das Wesen jener Zustände vermitteln, die ihm so häufig die grössten Rätsel aufgeben und ihn zu folgenschweren Missgriffen veranlassen können. Es ist nicht zu befürchten, dass hierdurch eine Art medizinischer Halbbildung erzeugt und das Streben des Richters verstärkt werde, sich selbst für die Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände als Sachverständigen zu betrachten; das geschieht auch jetzt häufig genug ohne jede wissenschaftliche Vorbildung. Ist diese selbst aber planmässig und gründlich, so kehrt mit dem Wissen immer auch Zweifel ein, und die Zuversichtlichkeit des Laien schwindet. Missgriffe werden immer vorkommen. Wo finden sie sich nicht? — Aber der psychiatrisch gebildete Richter wird fähig sein, die Grenzen seines Wissens zu übersehen, und der Missgriff wird zur Ausnahme werden.“

Die Resolution Sommer's wurde einstimmig angenommen. Damit ist in Hessen wohl von allen Bundesstaaten zuerst die letzte Konsequenz der neuerdings immer lauter werdenden Klagen über ungenügende psychologische Schulung und Unkenntnis der Juristen in psychiatrischen Dingen gezogen, und es steht zu hoffen, dass künftighin der hessische Jurist sich obligatorisch in dieser Richtung vervollkommen wird.

Hierauf referierte

403) **Rechtsanwalt Fuld** (Mainz): Ueber die Fürsorgeerziehung vom juristischen Standpunkte.

Er wies eingangs darauf hin, dass schon in verschiedenen deutschen

Partikularstrafgesetzsammlungen vor dem Erlass des Reichsstrafgesetzes Bestimmungen bezüglich der Prophylaxe des Verbrechens getroffen waren, soweit es sich um Jugendliche handelte. Bedauert wird, dass in Hessen statt der älteren Bezeichnung „Gesetz betr. die Unterbringung jugendlicher Uebeltäter und verwahrloster Kinder“ neuerdings im Ausführungsgesetz zum B.-G.-B. die Benennung „Gesetz betr. die Zwangserziehung Minderjähriger“ wieder gewählt sei. Preussen bevorzugte bekanntlich den Terminus „Fürsorgeerziehung“, während Hessen möglichste Anlehnung an die Ausdrucksweise des B.-G.-B. anstrebte. Doch schlug Hessen eigene Wege in der Regelung der Voraussetzungen der Zwangserziehung ein.

Preussen wollte sie früher eingeleitet wissen nur unter der Voraussetzung der vorherigen Verübung einer strafbaren Handlung. Nicht die Gefährdung des sittlichen Gedeihens eines Kindes genügte, sondern erste Bedingung war ein strafrechtlicher Verstoss. Nur ein solcher begründete das Recht des Staates, einzugreifen. Darnach konnte man sich in geeigneten Fällen geradezu versucht fühlen, Kinder zu einem Delikt relativ harmloser Natur anzustiften, nur um ihrer sich versichern zu können.

Hessen ging von jeher über den Rahmen des preussischen Fürsorgeerziehungsgesetzes hinaus. Hier genügte schon sittliche Verwahrlosung oder die Gefahr ihres Eintrittes; das Gesetz hatte also weit mehr einen präventiven Charakter, wie die älteren preussischen Bestimmungen, richtete sich weit intensiver gegen pflichtvergessene Eltern und Erzieher. Wie das preussische, kennt auch das hessische Gesetz zwei Erziehungsalternativen: Anstalt und Familie. Zunächst prävalierte auch in Hessen die erstere, während sich dies im Laufe der Jahre mehr und mehr zu Gunsten der Familienerziehung geändert hat.

Die praktische Bedeutung der Fürsorgeerziehung illustrieren folgende Zahlen: Bis zum 31. III. 04 waren in Hessen 2586 Jugendliche in Zwangserziehung genommen worden. 190 konnten widerruflich entlassen werden, bei 249 erschien der Zweck erreicht, 159 schieden aus wegen anderweitiger Sicherung derselben. 1419 waren noch in Zwangserziehung, nämlich 639 in Anstalten, 780 aber in Familien. — Es waren 1891 in Familien nur 221, dagegen 323 in Anstalten. 1898 stellte sich dieses Zahlenverhältnis bereits auf 432 zu 454, während 1902 in Familien 624 Zöglinge untergebracht waren, wohingegen die Anstalten nur 543 beherbergten. Familienpflege kostet in Hessen im Mittel 105 Mark pro Anno, Anstaltspflege dagegen 250, ein Umstand, der aber in dieser Sache allein nicht massgebend sein darf, falls etwa durch Anstaltspflege mehr zu erreichen wäre.

Referent ergeht sich darüber, ob Anstalts- oder Familienpflege zu bevorzugen ist. Er gibt letzterer in mancher Beziehung den Vorzug, warnt aber davor, an sie übertriebene Anforderungen zu stellen. Man soll nicht „Idealfamilien“ suchen zur Unterbringung von Fürsorgezöglingen, sondern in bescheidenen Verhältnissen lebende „Normalfamilien“, die grade nicht ein Geschäft aus der Uebernahme der Erziehung machen. Betont wird die günstige Lage der hessischen Verhältnisse gegenüber denen in Preussen, wo Anstaltserziehung mehr und mehr Platz greift, die in der Rheinprovinz beispielsweise 91% aller Zöglinge beträgt.

Bedauerlich ist, dass sowohl in Hessen wie auch in Preussen nach Inkrafttreten der § 1666 und 1838 B.-G.-B. bezüglich des Verhältnisses zwischen

der Erziehung auf Grund der Spezialgesetze und derjenigen auf Grund der genannten Paragraphen Zweifel entstanden sind, die geeignet erscheinen, die prophylaktische Wirksamkeit des Gesetzes in Frage zu stellen. Bei Unterbringung auf Grund des B.-G.-B. fallen die Kosten den Armenverbänden zur Last, für die auf Grund der Spezialgesetzgebung Untergebrachten ersetzt in Hessen der Staat den Gemeinden die Hälfte der Kosten bei Beendigung der Unterbringung. Handelt es sich aber um Jugendliche, die unter den § 56 des St.-G.-B. fallen und auf Grund eines freisprechenden Urteils untergebracht werden müssen, so trägt der Staat allein die Kosten, sofern nicht eigene Mittel zur Verfügung stehen. Es liegt also im Interesse der Ortsarmenverbände, abzuwarten, bis die sittliche Verwahrlosung eines Jugendlichen einen solchen Grad erlangt hat, dass es zur Einleitung eines Strafverfahrens kam. Auch in Preussen hat sich das Kammergericht auf den Standpunkt gestellt, dass die Fürsorgeerziehung eine subsidiäre Massregel sein soll und nicht verhängt werden darf, wo durch vormundschaftliche Massregel das Kind noch mittelst anderweitiger Unterbringung der Verwahrlosung entzogen werden kann.

Die Folge solcher Differenzen ist ein Rückgang in der Zahl der Untergebrachten, was gleichbedeutend ist mit einer Verminderung der Wirksamkeit der Gesetzgebung.

Redner konstatiert, dass schon jetzt die Kriminalstatistik einen Rückgang der Jugendlichen zeigt und gibt der Hoffnung Ausdruck, dass wir in Deutschland Erfolge erzielen möchten, wie sie in England erreicht wurden.

Etwa zwei Drittel der Fürsorgezöglinge entfallen überall auf das männliche, nur ein Drittel auf das weibliche Geschlecht. Etwa 16 bis 17%, aller sind ausserehelicher Abkunft. Erhebliche Mühe macht der Fürsorgeerziehung überall die Versorgung der jugendlichen Prostituierten. Für sie kommt Familien-erziehung nur in geringem Maasse in Betracht, da auch Familien sich meistens dieser Elemente zu erwehren suchen. Verminderung der jugendlichen Prostituierten hat sich einstweilen durch die Fürsorgegesetzgebung nicht erzielen lassen. Hier zeigt sich eine Hauptaufgabe der Jugendschutzvereine, wie denn überhaupt nur ein Zusammengehen und enger Kontakt zwischen der Gesellschaft und den Organen des Staates, frei von aller Schablone, auf diesem Gebiete Erfolge zeitigen kann.

Es ist nicht angebracht, in emphatischer Weise die Bedeutung der Fürsorgeerziehung als Verbrechensprophylaxe zu übertreiben, sie ist nicht die Panacee auf kriminalpolitischem Gebiete, aber sicher eines der wichtigsten Mittel, die verbrecherische Entartung zu bekämpfen. Schon Goethe wies im Gespräche mit Eckermann darauf hin, dass die Erziehung der Jugendlichen und Unreifen eine viel wichtigere Aufgabe der Rechtspflege sei, als die Bestrafung derer, die sich vergangen. Die moderne Gesetzgebung brach zum Glück mit der Legende von den unentziehbaren elterlichen Rechten. Der Staat wird dem Ideal am nächsten kommen, in dem kein der Fürsorge Bedürftender ihrer entbehren wird.

404) **Balsler** (Mainz) sprach als Korreferent zum gleichen Thema vom ärztlichen, speziell gerichtsarztlichen Standpunkte aus. Er wirft die Frage auf, welche Erfolge die Durchführung der gesetzgeberischen Massregeln erzielt habe. — Der Kreisausschuss zu Mainz erteilte darauf im Vorjahre in seinem Rechenschaftsberichte die verblüffende Antwort, dass die Erfolge der

Zwangserziehung in gar keinem Verhältnisse zu dem aufgewendeten Gelde ständen. Die Richtigkeit dieser Behauptung für Mainz kann Referent nicht in Abrede stellen, die Strafakten früherer Zöglinge lieferten ihm den Beweis. Er fragt, ob die Umsetzung der Zwangserziehungsgesetzgebung in die Praxis eine Sisyphusarbeit sei, oder ob man nicht etwa dem schwierigen Problem bei der Ausführung der Gesetze in unzureichender Weise gerecht geworden sei. Balsler meint, es werde viel zu viel schablonisiert, zu wenig individualisiert. Der richtige Ort, an dem man zunächst über den für die Zwangserziehung in Aussicht Genommenen verhandeln müsse, sei nicht das Amtszimmer des Vormundschaftsrichters, sondern die Wohnung des ersteren. Genaue Erhebungen seien in jedem Einzelfalle nötig über die Kriminalität der Eltern, Alkoholismus, sittliche Mängel derselben, Einflüsse der Nachbarschaft und des gesamten Milieus. Es sei wünschenswert, dass dem Vormundschaftsgericht ergänzende Organe, vielleicht durch das Ortsgericht, geschaffen würden. In Analogie zur Ausführung der Armenpflege, in der überall engster Kontakt zwischen Pfleger und Pflegling gesucht wird, sollte auch auf dem Gebiete der Zwangserziehung gearbeitet werden durch Heranziehung geeigneter Helfer, die zum Teil aus den Armenpflegern zu gewinnen seien, zum Teil aus dem Kreise der Gefängnislehrer sich heranziehen lassen dürften.

Ein genauer körperlicher und psychischer Status ist im Beginn jeder Zwangserziehung zu verlangen. Ihn kann nur der sachkundige Arzt erheben. Es ist die Heredität festzulegen, die Erkrankungen der ersten Kindheit sind namhaft zu machen, erlittene Traumen zu registrieren etc. Die gesamte geistige Persönlichkeit des Zöglings ist zu analysieren. Im preussischen Fürsorgeerziehungsgesetz ist mit keinem Worte eine Mitwirkung des Arztes betont. Im hessischen bestimmt der Absatz 5 des Artikel 2 wenigstens, dass in Fällen von Missbildung und körperlicher Vernachlässigung das Kreisgesundheitsamt ein Gutachten abgeben soll. Das genügt mit nichten. Mit Rücksicht auf den Umstand, dass unter den für die Zwangserziehung reklamierten Jugendlichen sich sehr viele geistig Abnorme befinden, muss der psychiatrisch gebildete Arzt zum Zwecke der Sichtung dieses Menschenmaterials herangezogen werden.

Die Kriminalität der Jugendlichen ist zum grossen Teile auf den angeborenen Schwachsinn zurückzuführen, der so zahlreiche Spielarten und Uebergangsformen besitzt. Weiter spielt hier eine Rolle die Epilepsie in weiterem Sinne, ferner jene Minderwertigkeit, die als Degenerationsform anzusehen ist, welche sich auszeichnet durch paranoische Züge, Unverträglichkeit und Mangel an Respekt vor allen bürgerlichen und staatlichen Institutionen und allem, was überhaupt Anspruch auf Autorität machen darf. Redner empfiehlt die ihm von Hamburg her bekannte sog. Zwangsschule, in welche zunächst auf bestimmte Zeit Minderjährige kommen, die durch ihr sittliches Verhalten eine Gefahr für ihre Mitschüler darstellen, bei denen aber durch strenge Zucht Besserung erzielt werden kann.

Für die in Besserungs- und Erziehungsanstalten untergebrachten Zöglinge ist eine Trennung in Befähigungsklassen zu fordern. Ihren abnormen geistigen Eigenschaften ist in der Hausordnung Rechnung zu tragen. Krankhafte Affektzustände sind zu berücksichtigen. In den Anstalten ist ausserdem ärztlichem Einflüsse in viel weiterem Umfange Einfluss zu gewähren, wie es bisher der Fall war. Balsler schlägt vor, dass in dem von ihm gewünschten Pfleger

eines Zöglings, der im Beginn der Zwangserziehung zweckmässiger Weise das Milieu des Zöglings durchforschen würde, auch später eine Mittelsperson zwischen Anstalt und der oft weiter einen schädlichen Einfluss üben den Familie geschaffen werden möge. Weitere Ausführungsbestimmungen erscheinen dem Redner notwendig. Ein so wichtiges soziales Problem dürfe man nicht einseitig behandeln, sondern müsse sich bemühen, allen Seiten der Aufgabe gerecht zu werden.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren Ministerialrat Best (Darmstadt), Oberstaatsanwalt Theobald (Giessen), Dr. Klumker (Frankfurt) und der Verfasser dieses Berichtes. Letzterer wies auf die in Giessen neuerdings seitens des Amtsgerichtes und des Ortsarmenverbandes gern geübte Praxis hin, für die Fürsorgeerziehung in Aussicht genommene Minderjährige der psychiatrischen Klinik zur Beobachtung zu übergeben. Er wünscht, dass das hessische Gesetz einen Passus enthalten möchte, der etwa analog dem § 81 der Str.-Pr.-O. den in jedem Falle zunächst zweckmässig heranzuziehenden Kreisarzt veranlassen sollte, in schwierigeren Fällen eine psychiatr. Beobachtung und Begutachtung zu beantragen. Weiter erscheint ihm die Errichtung einer ärztlichen Zentrale bezw. Anstellung eines Arztes im Hauptamt für das gesamte Grossherzogtum empfehlenswert, dem die Sichtung des ganzen Bestandes an Fürsorgezöglingen im Lande nach psychiatrischen Gesichtspunkten übertragen werden könnte. Eine von dieser Stelle aus einheitlich organisierte Statistik der Fürsorgeerziehung, Einreihung der Einzelnen unter bestimmte psychiatrische Rubriken, Fixierung der gewonnenen Resultate, Feststellung der späteren Lebensschicksale, der späteren Beteiligung der aus der Fürsorgeerziehung Entlassenen an den Aufnahmeziffern der Irren- und der Strafanstalten etc. würde am ehesten erweisen, ob die Zwangserziehung eine Sisyphusarbeit sei, oder ob sie ein günstiges Resultat in letzter Linie zu erzielen vermöge.

(Es war nicht möglich, an dieser Stelle noch die Bemerkungen der Herren Ministerialrat Best und Dr. Klumker zur Diskussion zu bringen, da dieselben zu spät eingingen. Vorträge und Diskussionsbeiträge werden im Zusammenhange in einem Sonderheft der Grenzfragen bei Marhold (Halle) zum Abdruck kommen.)

Die nächste Sitzung der Vereinigung soll Ende Oktober in Darmstadt und in der Landesirrenanstalt Philippshospital (früher Hofheim) stattfinden. Thema: Der angeborene Schwachsinn in seinen Beziehungen zum Strafrecht. Zu dieser Tagung soll das Krankenmaterial der hessischen Landesirrenanstalten über den Zeitraum der letzten zehn Jahre, soweit es sich um Vertreter des angeborenen Schwachsinn handelt, durchforscht werden.

III. Uebersichtsreferate.

Journal newropatologii i psichiatrii 1904.

(Organ der Neuropathologischen Gesellschaft zu Moskau.)

Heft 1/2. **W. Jakowenko:** Erblichkeit bei Geisteskrankheit. S. 1. Eine streng kritische Betrachtung der pathologischen Stigmata ergibt, dass gleichzeitiges Vorkommen von Geisteskrankheiten, Epilepsie und angeborenem Schwachsinn in der väterlichen und mütterlichen Linie (doppelseitige Heredität) sehr selten ist, weshalb es in diesen Fällen nicht angeht, von negativer Zuchtwahl

im eigentlichen Sinn dieses Wortes zu reden. Die Gesamtsumme ein- und doppelseitiger Belastung betrug in dem von dem Verf. untersuchten Material 35,8 % Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige in der Verwandtschaft.

J. Wjäsowski: Der Alkoholismus und seine hypnotische Behandlung. S. 60. Die Erfahrungen des Verf., die recht optimistische sind, betreffen ein Beobachtungsmaterial von 319 Fällen mit 28 Rezidiven, darunter 9 chronische und 19 sogenannte periodische Trinker („Saboisäufer“).

W. Giljarowski: Ueber Veränderungen des Zentralnervensystems bei alkoholischer Polyneuritis. S. 76. Mit 1 Tafel. Die Nervenzellen der Gehirnrinde zeigten in den beiden zur Obduktion gelangten Fällen diffuse und peripherische Chromatolyse (Nissl'sche Färbung). Es fand sich ferner in beiden Fällen starke Erweiterung der kleinen Venen, sowie der Kapillaren, in einem Fall ausserdem kapillare Blutaustritte, die keine klinischen Erscheinungen gemacht hatten; das Gefässlumen barg besondere, hyalin-degenerierte Schollen.

P. Preobrashenski: Zur Lehre von der amyotrophischen Lateralsklerose. S. 99. Die amyotrophische Lateralsklerose ist eine Erkrankung vorwiegend des höheren Alters, jenseits des vierzigsten Lebensjahres. Sie beginnt ebenso oft mit Erscheinungen an den Beinen, wie an den Armen; oft treten zuerst auch bulbäre Erscheinungen auf. Schmerzen in den Muskeln (spontan und bei Druck) sind in zweifelhaften Fällen von differential-diagnostischem Wert. Es gibt eine Reihe Uebergangsformen zwischen chronischer Poliomyelitis und spastischer Spinalparalyse, zwischen welchen beiden die ganze Variationsreihe der amyotrophischen Lateralsklerosen sich ausbreitet; auch die Paralysis bulbaris superior und inferior gehören als Varietäten der Paralysis anterior subakuta hierher. Die Bezeichnung „amyotrophische Lateralsklerose“ ist klinisch und pathologisch-anatomisch nicht zutreffend, da ausser den Pyramidenbahnen nicht selten auch andere Teile des Rückenmarkes, die Oblongata und das Gehirn affiziert sind. Es handelt sich um eine ungleichmässige Affektion des zentralen und peripherischen motorischen Neurons mit konsekutivem Muskelschwund, die sich dadurch von anderen Muskelatrophien unterscheidet, dass die amyotrophische Lateralsklerose zugleich eine spinale und cerebrale sein kann. Man erkennt bei der Krankheit gewissermassen das Bild aufsteigender Degeneration der motorischen Bahnen des Rückenmarkes; die Affektion des Distalendes des Achsenzylinders schreitet zum Gehirn hin fort. Oefters leidet zuerst das periphere motorische Neuron, demnächst das zentrale, nicht selten sind aber beide gleichzeitig, ausnahmsweise auch das zentrale zuerst affiziert; im peripheren Neuron erkrankt primär die Zelle; was im zentralen Neuron zuerst erkrankt, ist fraglich. Grundlage des Leidens ist eine angeborene (manchmal auch erworbene) Schwäche der motorischen Leitungsbahnen, die deshalb Schädlichkeiten (toxisch-leukomähnlichen Einflüssen) leichter nachgeben; sonstige ätiologische Momente (Traumen, Erkältung etc.) begünstigen nur den toxischen Insult.

M. Gurewicz: Die Gestalt der Nervenlemente des menschlichen Kleinhirns. S. 125. Der Verf. macht eine Reihe von anatomischen Besonderheiten der Purkinje'schen Zellen namhaft, die bei Tieren nicht zur Beobachtung kommen und deshalb als rein menschliche Bildungen aufgefasst werden. Die übrigen Elemente der Kleinhirnrinde zeigten keine derartigen Charakteristika beim Menschen. Es handelt sich in erster Linie um Eigentümlichkeiten der Dendriten und ihrer Verästelungsweise.

Heft 3. **A. Mendelson:** Versuch einer suggestiven Behandlung der Trunksucht in den Ambulatorien des St. Petersburger Kuratoriums für Volksntüchternheit.

E. Iwanow: Zur Frage nach der diagnostischen Bedeutung des Muskelwulstes bei Geistes- und Nervenkranken. S. 324. Hochgradiges Muskelphänomen charakterisiert akute Psychosen und konstitutionelle Neurosen, angeborene und andere Demenz, Initialstadium diffuser chronischer Erkrankungen des Rückenmarkes und seiner Häute; Fehlen desselben: Krämpfe, Kontrakturen, hysterische Muskelspannung, Neurasthenie, Schwund der motorisch-trophischen Zentren, Zerstörung der Nervenstämmе, spontane Degenerationszustände im Muskel. Bei akuten Psychosen ist das Phänomen ebenso oft vorhanden wie bei Typhuskranken, von denen 45% an akuten Psychosen erkranken.

F. Rybakon: Zur Theorie der Hypnose. S. 350.

S. Stupin: Ueber Volkssanatorien für Nervenranke. S. 360.

L. Minor: Ueber Lokalisation und klinische Bedeutung der sog. Knochensensibilität oder des Vibrationsgeföhls. S. 377. Verf. kommt zu dem Ergebnis, dass diese Art der Sensibilitätsprüfung keinerlei Vorzug vor den früher geübten Methoden hat, aber möglicherweise doch für die Nervenpathologie mit der Zeit Bedeutung gewinnen möchte.

P. Preobrashenski: Ueber syphilitische Paraplegien mit dissoziierten Störungen der Sensibilität. S. 394—434. Die Krankheitsform kommt vorwiegend bei Männern im jugendlichen und mittleren Alter mit oder ohne Lues in der Anamnese vor, apoplektiform oder langsam, ohne Temperatursteigerung und Prodromalerscheinungen; charakterisiert durch gleichzeitige Affektion von Sensibilität und Motilität, Blase und Rectum; taktile Sensibilität wenig oder gar nicht, Schmerz- und Temperaturregefühl lebhaft affiziert oder ganz aufgehoben, besonders oft Psychroanästhesie. In akuten Fällen anfangs Paraplegia mit Muskelschlaffheit und fehlenden bezw. herabgesetzten Patellarreflexen; oft Brown-Séguard'sche Lähmung mit dissoziierter Sensibilität. Anatomisch findet sich Thrombose der Art. spinalis anterior und ihrer Aeste in akuten Fällen; sonst treten noch weitere entzündliche Erscheinungen hinzu. Das Bild ist meist pathognomonisch für spinale Lues, wenn Hämorrhagien und Traumen ausgeschlossen werden können. Der Krankheitsprozess affiziert vor allem das untere Brustmark und das Lendenmark, seltener das Halsmark.

Heft 4. **W. Worobjow:** Ueber die Grundlagen unserer Vorstellungen vom „degenerativen“ Ohr. S. 567. Es wird an der Hand grosser Beobachtungsreihen nachgewiesen, dass auch sog. Geistesgesunde vielfach degenerative Ohrformen aufweisen, manche derselben noch öfter als Geistesranke. Das Vorhandensein von Entartungszeichen am Ohr will Verf. deshalb keineswegs leugnen, er konstatiert nur, dass solche Dinge auch bei Normalen vorkommen, was übrigens schon bekannt genug ist.

W. Rudnew: Ueber thermische und algetische Anästhesie. S. 584. In dem mitgeteilten Fall bestand ausserdem Herabsetzung der taktilen Sensibilität.

E. Johansohn: Zur Kasuistik des epileptischen Irreseins. S. 592. Epilepsie mit chronischer Paranoia.

W. Weidenhammer: Fall von akuter hämorrhagischer Meningoencephalitis mit Sinusthrombose. S. 614. Im Anschluss an Influenza

Thrombose der Sinus und der Piavenen, diffuse Thrombophlebitis in Pia und Hirnrinde mit ausgebreiteten hämorrhagisch-encephalitischen Herden bei jungem tuberkulösem Mädchen; Thrombose wahrscheinlich marantischer Natur.

E. Voss: Zur Lehre vom hysterischen Fieber. S. 634. Besonders bei schweren Neurosen und bei vorhandenen Krämpfen kann Fieber neben anderen vasomotorischen Störungen als primäres hysterisches Symptom auftreten. Die vasomotorische Diathese und ihre Erscheinungen (Fieber, Oedeme, Polyurie, Exantheme) deuten auf kortikale bzw. subkortikale Lokalisation der Hysterie, worauf auch die Koinzidenz von Fieber mit Krampfanfällen deutet. Hysterisches Fieber ist zu diagnostizieren unter Ausschluss nicht nur organischer Affektionen im allgemeinen, sondern auch unter Ausschluss organischer Affektionen, die erfahrungsgemäss Fieber machen.

S. Suchanow und J. Wwedenski: Ueber Geistesstörungen bei cerebraler Arteriosklerose. S. 647 und 888. Grundtypus dieser Art Geistesstörungen ist Dementia arteriosclerotica simplex, daneben als Ausdruck individueller Reaktion verschiedene andere Formen. In manchen Fällen treten Anfälle akuter Psychosen hinzu. Die psychischen Veränderungen sind charakterisiert durch eigentümliche Erscheinungen von Geistesschwäche mit progressivem Verlauf und Intermissionen.

Heft 5. **A. Bernstein und F. Czarnecki:** Ueber Anwendung elementarer Methoden objektiv-psychischer Untersuchung beim Studium epileptischer Bewusstseinsstörungen. S. 775 und 1078. Dem Kranken waren einfache Gegenstände und Darstellungen solcher vorgezeigt mit der Aufforderung, sie zu nennen oder zu bestimmen. Analyse einiger hierhergehöriger Fälle, die den Nutzen des Verfahrens beleuchten.

W. Dobrochotow: Ueber trophische Störungen bei Tabes dorsalis. Mit fünf Fig. und einem Radiogramm. S. 794. Beschreibung eines Falles von Tabes dorsalis mit eigentümlichem Zusammentreffen trophischer Störungen (Osteoarthropathia und Malum perforans) und mit Komplikationen im Verhalten der Temperatur.

N. Toporkow: Cocainismus und Cocainomanie. Magnan'sches Symptom. S. 816. Bei mehreren von den aufgeführten Fällen fehlte das Magnan'sche Symptom oder trat erst spät (nach drei Jahren) auf; nur in einem Fall war es schon sechs Wochen nach dem Gebrauch von Cocainkompressen zu bemerken.

P. Preobrashenski und M. Margulis: Zur Lehre von der Polimyositis. S. 841. In einem obduzierten Fall, wo die Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit auf toxisch-infektiöse Ursachen zurückgeführt werden konnte, fand sich an den Muskeln, abgesehen von dem gewöhnlichen Bilde der Muskelatrophie, schwerer parenchymatöser Zerfall mit wachstümlich-hyaliner Degeneration und Fragmentierung des Muskelgewebes. Am Nervensystem konnten geringe Veränderungen der Vorderhorn ganglien nachgewiesen werden.

M. Gurewicz: Ueber den fibrillären Bau der Nerven elemente. S. 877. An Präparaten des Rückenmarkes, der Grosshirn- und Kleinhirnrinde vom Kaninchen, die mit der neuen Ramon y Cajal'schen Methode behandelt wurden, schildert G. den sog. Neurofibrillenapparat der Nervenzellen. An den grösseren Zellen des Rückenmarks und der Oblongata findet der Verf. ein

ausserordentlich dichtes Netz von Neurofibrillen, entstanden durch Entwicklung von Sekundärfibrillen und durch Bildung von Anastomosen zwischen ihnen. An den kleineren Nervenzellen erschien das intrazelluläre Netz nicht so deutlich. Die Elemente der Substantia gelatinosa Rolando erwiesen sich frei davon.

Heft 6. **N. Postowski**: Zur Diagnostik der syphilitischen Psychosen. S. 1023. Nach eingehender Analyse mehrerer hierhergehöriger Fälle gelangt P. zur Unterscheidung einer besonderen stuporösen Form des syphilitischen Schwachsinnns. Die syphilitischen Psychosen sollen in die Klassifikation der Geisteskrankheiten eingeführt werden.

A. Agapow: Eine Dermoidcyste an der Gehirnbasis. S. 1048. Frau, 41 Jahre alt, Tumor der Gehirnbasis auf Grund der gewöhnlichen klinischen Anzeichen diagnostiziert. Autopsie: Dermoid von 5×4 cm Umfang zwischen den Grosshirnschenkeln mit Dislokation des linken Nervus opticus, des Infundibulum, der Corpora mammillaria und Kompression und Erweichung des Crus cerebri sinister.

J. Wwedenski: Zur Kasuistik seltener Formen vorübergehender Wahnzustände. S. 1054. Mitteilung eines Falles von primärer Entwicklung komplizierter Wahnideen bei relativer Klarheit des Bewusstseins und Erhaltung des formell-logischen Denkens, sowie bei vollem Fehlen irgendwelcher halluzinatorischer Erscheinungen in dem Symptombild der akuten Paranoia.

P. Preobrashenski: Multiple Cystizerken des Zentralnervensystems und der Muskeln. S. 1068. Mit einer Tafel. Trotzdem das Gehirn von Cystizerken in unglaublicher Anzahl durchsetzt war, bestanden zu Lebzeiten keinerlei Herdsymptome, sondern bloss Erscheinungen von Hirntumor.

M. Schaikewicz: Ueber Geistesstörungen beim Militär (im Zusammenhang mit dem russisch-japanischen Kriege). S. 1102. Schilderung einer Reihe von Beobachtungen an Geisteskranken aus der mandschurischen Armee. Nach diesen Beobachtungen treten Psychosen teils während der Schlacht selbst, teils einige Stunden später auf, oder es vergeht eine längere Zeit, bis zu zwei Monaten, ehe die ersten Erscheinungen der Geistesstörung sich bemerkbar machen.

A. Schmidt: Zur Lehre von der Myotonie. S. 1106. Mit zwei Porträts. Fall gleichzeitigen Bestehens von Myotonie und Myxödem bei einem 40jährigen Individuum.
Richard Weinberg (Dorpat).

Medicinskoje Obosrenije. Herausgegeben von der Moskauer Medizinischen Gesellschaft. Jahrg. 1904. (Bd. LXI und LXII.)

No. 5. **S. A. Blum**: Staatliche und gesellschaftliche Massnahmen im Kampf mit dem Alkoholismus. (S. 370—387.) Zwangsweise Internierung rückfälliger Alkoholiker in spezielle Heilanstalten soll gesetzlich sanktioniert werden und im Einzelfall auf gerichtliche Verfügung stattfinden. Ethisch und intellektuell unselbständige Alkoholiker sollen einer privaten Aufsicht unterliegen; in grossen Städten sind zu diesem Zweck besondere Fürsorgekomitees zu begründen. Die Schaffung spezieller Heilanstalten ist eine der obersten Aufgaben von Staat und Gesellschaft im Kampfe mit dem Alkoholismus. Temperenzpredigten und Belehrung über den Schaden des Alkohols wirken stets wohlthätig und ernüchternd. Bei Frauen ist Erweiterung

ihres sozialen Wirkungskreises ein zweckmässiges Mittel. Alkoholismus als Aeusserung eines kranken Zentralnervensystems soll in besonders dazu hergerichteten Anstalten behandelt werden. Bei der Fürsorge für Alkoholiker sollen Staat, Gemeinden und öffentliche Wohltätigkeit zusammenwirken. Die Gesellschaft soll auf den eigenen Niedergang acht geben, der eine Quelle geistiger, moralischer und körperlicher Missbildungen darstellt.

No. 6. **P. A. Preobrashenski**: Ueber die Bedeutung der Syphilis in der Aetiologie der Tabes dorsalis; Fall von Tabes im Kindesalter. (S. 395—407.) Keine Tabes ohne Syphilis, wie es keine diphtheritische Lähmung ohne Diphtherie gibt. Die erhobenen Einwendungen sind leicht zu zerstreuen. Was bei Syphilitikern Tabes auslöst, ist unbekannt; vorausgehende antisymphilitische Therapie hat nach des Verf. Erfahrungen gar keinen Einfluss, da Tabes sowohl nach, als vor und selbst während solcher Kuren auftritt.

F. F. Czarnecki: Ein Fall von unwiderstehlicher Neigung zur Geophagie. (S. 410—422.) Ausführliche Schilderung geophager Neigungen bei einem psychisch labilen 60jährigen Bauern, die der Verf. wesentlich mit Störungen der Sensibilität an den Schleimhäuten des Verdauungsapparates in Zusammenhang bringt.

No. 10. **L. S. Minor**: Ueber Facialislähmung infolge unglücklicher Zufälle. Mit vier Abbild. (S. 671—683.) Mitteilung dreier Fälle von traumatischen Facialis- (und teilweise Trigemini-)paralysen. Daran anknüpfend Bemerkungen über ihre forensische Bedeutung im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes.

M. Schaikewicz: Ueber neuropathische Unbeweglichkeit der Wirbelsäule. (S. 684—691.) Im Anschluss an einen weiteren Fall von Bechterew'scher Rückgratsteifigkeit wird der Satz vertreten, dass es sich hierbei um eine besondere klinische Varietät handelt, deren pathologisch-anatomische Grundlage nichts Spezifisches aufweist und deren Zusammenhang mit Spondylitis deformans weiterer Bestätigung bedarf. Mechanische oder trophische Störungen vom erkrankten Rückenmark aus genügen nicht, um an nicht prädisponierten Wirbelsäulen das Leiden hervorzurufen. Wahrscheinlich handelt es sich um pathogene Faktoren, die auf Rückenmark und Wirbelsäule gleichzeitig Einfluss üben.

No. 13. **W. P. Panfilow**: Zwei Fälle von Adam's-Stokes'schen Phänomen. (S. 13—18.) In beiden Fällen bestand Alkoholismus.

F. A. Sokolow: Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei Epilepsie und kombiniertem Herzfehler. (S. 19—23.) Man soll nach Ansicht des Verf. bei schwerer Epilepsie möglichst früh zum artifiziellen Abort schreiten.

No. 17. **J. J. Winokurow**: Kleinhirngeschwülste im Kindesalter. (S. 281—291.) Ausführliche Krankengeschichte und anatomischer Befund bei solitärem Tuberkel der linken Kleinhirnhälfte im Gebiete der hinteren zwei Drittel des Lobus quadrangularis, des Lobus semilunaris, Lobus posterior inferior, sowie eines Teiles des Lobus cuneiformis und der Declive. Es wird bei dieser Gelegenheit auf die Unsicherheit der Diagnostik der „Kleinhirntumoren“ hingewiesen.

No. 20. **N. Kuschow**: Ueber eine Affektion der Wirbelsäule bei *Tabes dorsalis*. (S. 495—501.) In einem Falle bestand bei einem Tabiker Skoliose im Bereiche der drei unteren Brustwirbel, die viele Jahre nach dem Auftreten der *Tabes* sich einstellte; es lagen wahrscheinlich Veränderungen der Gelenke, vielleicht auch der Wirbelkörper vor. Im zweiten Fall handelte es sich um hochgradige *Kyphoskoliose* der unteren Brustwirbel vom fünften abwärts. Nach vielen pro und contra entscheidet sich der Verf. hier für die Annahme tabischer Veränderungen der Wirbelsäule.

R. Weinberg (Dorpat).

IV. Referate und Kritiken.

405) **J. Valobra** (Turin): *Policlono infettivo*. Contrib. allo studio delle mioclonie. (Scritti medici public. in onore di Camillo Bozzolo, Torino 1904.)

Beschreibung zweier Fälle von multiplem Myoklonus, welcher nach Ansicht des Autors durch Bakteriengifte hervorgerufen wurde, weil er im Anschluss an akute Infektionskrankheiten auftrat.

K. Abraham.

406) **Rivière**: *Physiothérapie de la Neurasthénie*. Communication faite au Congrès international d'Electrothérapie.

(Journal de Physiothérapie. Oktober 1904. Saint Louis, Sept. 1904.)

Bei der Neurasthenie handelt es sich um eine Schwäche des Nervensystems, verbunden mit einer grösseren Reizbarkeit. Zur Heilung bedarf es also einerseits der Anregung, andererseits der Beruhigung und zwar in richtiger Anwendung und Dosierung. Beide Bedingungen werden durch die Physiothérapie erfüllt, je nachdem man die eine oder andere Art anwendet. Verf. wendet kalte Duschen, Kohlensäurebäder, Mechano-, Masso- und Kinesitherapie, Vibrationsmassage und vor allem die Elektrotherapie an. Er gibt genau die einzelnen Indikationen für die Anwendung der einzelnen Behandlungsarten an. Leider gestattet der Raum nicht, genau auf diese Ausführungen einzugehen. Die Elektrizität kann in allen möglichen Arten angewandt werden, jedoch sind am wirksamsten die Hochfrequenzströme, elektrostatische Bäder, Faradisation, Radiotherapie, Licht- und hydroelektrische Bäder. Durch genaues Dosieren, Abwechseln und Berechnen lassen sich oft in den schwierigsten Fällen die schönsten Dauererfolge erzielen. Die Anwendung soll nur unter sachkundiger ärztlicher Aufsicht geschehen.

Dreyfus.

407) **Frigyesi**: *Chorea gravidarum*.

(Beilage „Gynaekologia“ des Orvosi Hetilap. 1905. No. 14.) [Ungarisch.]

Bei einer 23jährigen Frau zeigten sich im fünften Monate der zweiten Schwangerschaft schwere choreatische Erscheinungen; Temperatur bis 39,6° C. Puls über 100. Trotz verabreichter *Narcotica rapide* Zunahme der motorischen Erscheinungen, weshalb die Durchführung der Entleerung des Uterus angezeigt war. Der künstliche Abortus verlief glatt, unmittelbar danach Sinken der Temperatur mit bald darauf folgender Temperaturzunahme; Exitus am dritten Tage. Obduktion: Hyperämie des Gehirnes und seiner Häute, Endocarditis verrucosa, überdies puerperale Veränderungen. Keine mikroskopische Untersuchung. Nach Ansicht des Verf. ist die sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft bei der *Graviditätschorea* dann indiziert, wenn schwere cerebrale Störungen, oder endo-

karditische Erscheinungen bestehen (letztere wurden bei der Pat. auch nachgewiesen). Die Entleerung der Gebärmutter ist auch dann angezeigt, wenn die choreatischen Erscheinungen Progression zeigen, oder der Kräftezustand rasch abnimmt. Epstein (Budapest).

V. Vermischtes.

„Die Wege der Psychologie“ lautet der Titel eines Vortrags, den Theodor Lipps auf dem V. internationalen Psychologenkongress in Rom hielt und der im 1. Hefte des VI. Bandes des Archivs für die gesamte Psychologie veröffentlicht wurde. Ich empfehle den gedankenreichen Aufsatz des geistvollen Forschers allen denen, die für die Grundfragen der Psychologie Interesse haben. Gaupp.

Bemerkungen zu der Besprechung von Prof. Bleuler-Zürich über „Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf naturwissenschaftlicher Grundlage“ von Prof. Sommer-Giessen. (Vergl. dieses Centrallblatt vom 15. September 1904, Seite 587.)

In Bleuler's Besprechung treten mehrere Mängel hervor, gegen die ich mich, nachdem eine ganze Reihe von Beurteilungen des Buches, besonders auch von juristischer Seite erfolgt sind, wende. Der Hauptfehler in Bleuler's Kritik liegt in der Verkennung der deterministischen Grundfrage und der unrichtigen Beurteilung der von mir gegebenen Lösung. Ich habe ausgeführt, dass auf dem Boden des konsequenten Determinismus der Begriff der Strafe in dem Sinne einer bessernden Einwirkung nur dann haltbar ist, wenn der menschliche Wille als Teil und Glied des deterministischen Geschehens aufgefasst wird, indem er einerseits als determiniert, andererseits als determinierend erscheint. Ich habe diese Auffassung als aktiven Determinismus bezeichnet.

Nachdem ich mich fast 10 Jahre mit diesem Grundproblem der Kriminalistik beschäftigt habe, erhebe ich den Anspruch, in diesen Dingen ernst genommen zu werden, wie dies auch von tiefer blickenden Referenten, Medizinern und Juristen geschehen ist. Ich muss daher entschieden Einspruch gegen die oberflächliche und entstellende Fassung einlegen, in welcher Bleuler meine Auffassung wiedergibt. Er sagt Seite 588: „Diese künstliche Schwierigkeit führt Sommer auf einen sehr amüsanten Ausweg (!), indem er plötzlich statt des Willens des Delinquenten den des Gesetzgebers und des Richters einsetzt, der in den Gang der Welt eingreifen kann.“ Dies ist eine völlig verwirrende Darstellung meiner Auffassung. Im übrigen ist der „amüsante Ausweg“ nach meiner Ueberzeugung die einzig mögliche Lösung des Dilemmas, in welchem sich die Naturwissenschaft bisher den strafrechtlichen Fragen gegenüber befunden hat. Ich bitte die Herren Kollegen, die Ausführungen meines Buches mit Bleuler's Darstellung zu vergleichen, die völlig ungenau ist.

Ferner muss ich folgende Aeusserungen Bleuler's zurückweisen: „Warum soll es (abgesehen von dem momentanen Wortlaut des § 51) so wichtig sein, das Pathologische vom Verbrecherischen abzugrenzen? Vom Standpunkt des Determinismus aus ist kriminalistisch diese Frage ohne jede Bedeutung.“ Hierzu bemerke ich: 1. Jede Wissenschaft hat die Verpflichtung, ihre eigenen

Grundlagen und Voraussetzungen zu untersuchen. Daher gehört eine Untersuchung des Begriffes Krankheit und eine Bestimmung seiner Grenzen entschieden zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Psychopathologie. 2. Die Anwendung des Begriffes Geisteskrankheit ist von so grosser Bedeutung für das Schicksal des einzelnen Menschen, der Gegenstand der Begutachtung ist, dass die Psychiatrie auch aus humanen Gründen verpflichtet ist, die Frage sorgfältig zu erörtern. 3. Auch vom Standpunkt des rein naturwissenschaftlichen Determinismus aus ist es nötig, die verschiedenen Gruppen von psychophysischen Organisationen nach Möglichkeit zu unterscheiden und nicht alle wirklichen psychologischen Unterschiede gegenüber dem einheitlichen Kriterium des Determiniertseins zurücktreten zu lassen. 4. Gerade im Hinblick auf eine wissenschaftliche Kriminalpolitik ist es erforderlich, die verschiedenen Gruppen von psychophysischen Organisationen genau zu erforschen, ihre Unterschiede hervorzuheben und die Konsequenzen hieraus für die praktische Behandlung zu ziehen. Bleuler irrt sich also durchaus, wenn er die von mir vorgenommene Differenzierung auf deterministischer Grundlage für bedeutungslos hält.

Zu der Angabe Bleuler's, dass ich mich in der Abgrenzung der einzelnen Geisteskrankheiten eng an Kraepelin anschliesse, bemerke ich, dass dies psychiatrie-geschichtlich falsch ist, da meine Darstellung auf der 1894 erschienenen Diagnostik der Geisteskrankheiten beruht, an deren Einteilung und Auffassung sich Kraepelin bewusst oder unbewusst allmählich angenähert hat. Speziell ist die Lehre vom primären Schwachsinn schon damals von mir in umfassenderer Weise entwickelt worden, als es von Kraepelin unter dem von Morel übernommenen und falsch gewendeten Ausdruck *Dementia praecox* geschehen ist. Ferner ist der neuerdings von Kraepelin ohne Nennung meiner Urheberschaft angewendete Ausdruck *Psychogen* von mir schon 1894 mit genauer sprachlicher Begründung entwickelt worden. Es liegt also in Bleuler's Angabe vielleicht sogar eine Umkehrung der psychiatrie-geschichtlichen Tatsachen vor. Auch den Vergleich mit Aschaffenburg's Buch lehne ich ab, da dieses gerade in der grundlegenden Frage des geborenen Verbrechers auf mein Dresdener Referat zurückgreift.*)

Zum Schluss noch ein Punkt. Bleuler beschwert sich darüber, dass ich in den abgedruckten Gutachten speziell bei den Rechenbögen nicht die falschen Antworten hervorgehoben habe. Hierzu bemerke ich, dass ich für den urteilenden Juristen das genaue Lesen und eigene Durchprüfen der Resultate durchaus für nötig halte, während ein Psychiater bei einiger Aufmerksamkeit leicht den Schlüffel erkennen wird, der in dem gleichartigen Anwachsen der Zahlenreihen liegt und der es erlaubt, ausserordentlich rasch die Lösungen zu prüfen. (Vergl. Diagnostik der Geisteskrankheiten, II. Auflage, Seite 101 und Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden Seite 294.)

Herr Kollege Bleuler hat früher in seiner Schrift über den geborenen Verbrecher mein Dresdener Referat über den Stand der Kriminalpsychologie zum Gegenstande von Widersprüchen gemacht, auf die ich nie geantwortet habe, da ich hoffte, dass derselbe das Unrichtige seiner damaligen Einwendungen

*) Vergl. Text und Zitat in Aschaffenburg's Buch: Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Seite 161.

selbst einsehen würde. Aus mehreren Stellen seines Referates entnehme ich, dass dies in der Tat grösstenteils eingetroffen ist. Um so weniger kann ich eine Veranlassung zu den neuerlichen Einwendungen Bleuler's einsehen, die ich ebenso wie die früheren für unrichtig halte. Ich bedauere sehr, einem von mir verehrten Kollegen, dessen sachliche und ernstgemeinte Art ich im übrigen anerkenne, in den genannten Punkten entgegentreten zu müssen und hoffe, dass sich auch in diesen allmählich ein Einverständnis wird erzielen lassen.

Sommer.

Durch die Freundlichkeit des Herrn Redakteurs des Centralblattes ist es mir möglich geworden, das Manuskript der obigen Entgegnung zu sehen. Ich würde stillschweigend die Zukunft als Richter über uns walten lassen, wenn ich nicht gerne sagen möchte, dass ich zwei Dinge anders geschrieben wünschte: Dass Sommer sich an Kraepelin anschliesse, hätte ich anders ausdrücken sollen; ich kann die Phrase nur damit entschuldigen, dass eben Kraepelin's Schema bekannter ist als das ähnliche Sommer's, das früher publiziert worden ist. Ferner hätte ich, wie ich nun sehe, nicht erzählen sollen, dass mich die Einführung des richterlichen Willens in die Diskussion, in der der Wille des Delinquenten eine so grosse Rolle gespielt hat, amüsierte. Ich dachte nicht daran, dass jemand daraus schliessen könnte, ich würde Sommer's hochbedeutendes Werk und seine Theorien nicht ernst nehmen. Ich glaube das Gegenteil durch Inhalt und Ton der Besprechung gezeigt zu haben.

Materiell kann ich allerdings dem Herrn Verfasser hier keine Konzession machen. Der Wille des Richters hat hier nichts zu tun und noch weniger die Frage, ob dieser determiniert sei. Die Frage ist nur, wie man auf den Verbrecher einwirken könne oder solle. Die auf ihn wirkende „bewegende Kraft“ kann in diesem Zusammenhang Wille oder etwas ganz anderes sein.

Ebenso sehr glaube ich Recht zu haben, wenn ich darauf bestehe, dass die Unterscheidung von krank und nicht krank für den Zusammenhang des ganzen Buches irrelevant ist. Ich möchte geradezu sagen, dass sie in dieser Diskussion viel Schaden gestiftet hat, indem sie zu der unglücklichen Frage führte: Irrenhaus oder Zuchthaus?, die für die meisten Fälle beantwortet werden muss: keines von beiden. Dass es wissenschaftlich sehr wichtig und praktisch ebenso nötig ist, die verschiedenen Arten von Verbrechern zu kennen und zu gruppieren, konstatiere ich mit Sommer gerne auch bei dieser Gelegenheit.

Der Unterschied zwischen dem Buche und der Anschauung, die ich (nicht allein) vertrete, liegt in der Hauptsache darin, dass Sommer noch einen kleinen Teil der alten Methode und vielleicht auch der alten Theorien beibehält, während wir uns einzig und allein um die Beobachtung und die Schlüsse, die man daraus ziehen muss, kümmern. So gibt es eben für uns gar kein Dilemma, das Sommer mit seinem aktiven Determinismus zu lösen hätte. Deshalb hat Herr Kollege Sommer auch vollständig recht, wenn er meine Kritik oberflächlich nennt; für meinen Standpunkt ist sie es hoffentlich nicht.

Dass ich die im geborenen Verbrecher niedergelegten Ansichten geändert hätte, ist mir unbekannt; ich freue mich aber, mich nun so ausgedrückt zu haben, dass ein so bedeutender Forscher wie Sommer weniger zu widersprechen findet.

Bleuler.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. September 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Beitrag zur Kenntnis der Epilepsie.*)

Von Dr. Clemens Nelser, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Bunzlau.

Gestatten Sie mir in gedrängter Kürze einige summarische Beobachtungen mitzuteilen, welche sich auf das Epileptiker-Material der von mir 2 $\frac{1}{2}$ Jahr geleiteten Anstalt zu Lublinitz beziehen, dessen systematische Durcharbeitung nunmehr nach meiner Versetzung nach Bunzlau durch mich nicht mehr erfolgen kann.

Was mir zunächst auffiel und worauf ich auf Grund der Lehrbuchdarstellungen und des Literaturstudiums in diesem Umfange nicht gefasst war, das war die ausserordentliche Häufigkeit der Dämmerzustände, worunter ich hier alle ausgeprägteren und nicht ganz kurzdauernden, mit einer gewissen Selbständigkeit sich aus dem Habitualzustande heraushebenden Bewusstseinsalienationen zusammenfassen möchte. Nach einer im April 1904 zum Zwecke eines für die Göttinger Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie angekündigten Vortrages gemachten Zusammenstellung befanden sich damals 90 epileptische Männer und 70 Frauen, im ganzen also 160 Epileptiker in Beobachtung. Von diesen 160 Epileptikern waren es nicht

*) Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung bayerischer Psychiater zu München am 14. Juni 1905.

weniger als 99, welche zeitweise Dämmerzustände darboten, also 61,92 % des ganzen Bestandes, und zwar waren es von 90 Männern 53, das sind 59 % und von 70 Frauen 46, also 65,7 %. Es sei ausdrücklich bemerkt, dass einfache kurze Benommenheitszustände nach Krampfanfällen hier nicht einbezogen sind. Einen Unterschied zwischen den Fällen genuiner Epilepsie und denjenigen symptomatischer bzw. sekundärer Epilepsie mit nachweisbarer organischer Grundlage (cerebrale Kinderlähmung oder dergleichen) habe ich nicht beobachten können, so dass ich dieselben ohne weiteres in die Gesamtzahl einbezogen habe. Ich hebe dies deshalb hervor, weil Raecke und andere Bearbeiter des Gegenstandes ausdrücklich ihr entgegengesetztes Verfahren betonen.

Dass sich Psychosen anderer Art mit Epilepsie komplizieren oder bei Epileptikern auftreten können, ist bekannt. Doch ist dies, wenn nur solche Störungen herangezogen werden, welche auch als selbständige Psychosen auftreten und in ihrem symptomatischen Gefüge eine bekannte klinische Form darstellen, nicht allzu häufig; die meisten in der Literatur niedergelegten Fälle betreffen Paranoiker. Ich habe auch einen Fall gesehen, in welchem eine zirkuläre Psychose — zunächst allerdings nur in Gestalt einer depressiven und einer nachfolgenden manischen Phase — aufgetreten ist. Die Zahl dieser Phasen würde ja eigentlich nicht zu dieser Diagnose berechtigen, aber die Ausprägung, namentlich des über ein halbes Jahr währenden manischen oder richtiger hypomanischen Zustandes war eine so unverkennbare typische, wie sie eben sonst nur den periodischen bzw. zirkulären Formen eigen ist.

Bei einem anderen jugendlichen Kranken wurden eigentümliche Depressionszustände von mehrmonatlicher Dauer beobachtet, in welchen eine paranoisch-symbolisierende Ausdeutung aller Vorgänge im Sinne der Eigenbeziehung, jedoch ohne Systematisierungstendenz, Platz greift. Endlich möchte ich noch einer Kranken kurz Erwähnung tun, bei welcher es mehrfach beobachtet wurde, dass sie — meist nicht lange nach dem Einschlafen — plötzlich schreckhaft erwachte und durch äusserst lebhaft Halluzinationen eine mehr oder weniger kurze Weile (bis zur Dauer von einigen Tagen) in schwerer Erregung erhalten wurde.

Bezüglich des Auftretens der Dämmerzustände und namentlich was ihr Verhältnis zu den Krämpfen betrifft, kann ich im wesentlichen das bestätigen, was Raecke darüber gefunden hat. Ich gestatte mir Ihnen hier eine Verlaufskurve mit täglichen Eintragungen heruzureichen, welche sich über anderthalb Jahre erstreckt und die in betracht kommenden Verhältnisse sehr instruktiv veranschaulicht. Sie finden über- bzw. untereinander eingetragen die Kurve der Krampfanfälle, wo-

bei die Tages- wie Nachanfalle besonders kenntlich gemacht sind, ferner die Kurve des Körpergewichtes, und was besonders wichtig ist, eine Kurve des psychischen bzw. gemüthlichen Verhaltens, indem — ungefähr so wie es Arndt und Dohm, Schüle und andere gemacht haben — die nach der exaltativen Richtung liegenden Stimmungsausserungen als Ausschläge nach oben, und die nach der depressiven Richtung liegenden nach unten von einer das gemüthliche Gleichgewicht repräsentierenden Horizontalen eingetragen werden. In solchen Kurven liess ich in Lublinitz den Krankheitsverlauf aller Epilepsiefälle und auch einiger sonstiger Krankheitsfälle fortlaufend zur Darstellung bringen und ich möchte dieses Hilfsmittel der klinischen Beobachtung — auch ganz abgesehen von irgend welchen wissenschaftlichen Sonderuntersuchungen — auf das wärmste empfehlen. Man hat bei den täglichen Meldungen über diese und jene Aeusserungen, Handlungen, Stimmungen und Wünsche der Kranken tatsächlich eine ganz andere Handhabe der Beurteilung als es ohne diese graphische Registrierung möglich ist; das Zustandsbild des Augenblicks reiht sich viel klarer und durchsichtiger in den ganzen Verlauf ein, und namentlich bei den Formen der von Binswanger sogenannten erblich-degenerativen Geistesstörung tritt die oft sonst sehr wenig markierte Periodizität des Verlaufs durch diese Eintragungen mit einer Prägnanz hervor, welche in einzelnen Fällen sogar für die Behandlung eine gewisse Richtschnur schafft. Was nun die Ergebnisse an dem Epileptikermaterial anlangt, so lehrt ein Studium der Kurven unzweifelhaft, dass die Dämmerzustände zwar sehr häufig im Anschluss an Krämpfe bzw. namentlich im Anschluss an gehäufte Krampfanfälle auftreten, dass sie aber auch ohne jeden zeitlichen Anschluss oder Zusammenhang mit diesen ganz selbständig sich entwickeln können, so dass eine gesetzmässige Abhängigkeit dieser beiden epileptischen Hauptsymptome nicht festgelegt werden kann. Nicht selten finden wir das Verhältnis so, dass zunächst mehrfache Krampfanfälle auftreten, dann nach vielleicht zwei Tagen der Dämmerzustand einsetzt und dass dann während der ganzen Dauer dieses Dämmerzustandes die Krämpfe zessieren. Ein anderer sehr wichtiger zeitlicher und wohl ursächlicher Zusammenhang springt aus den Kurven auf den ersten Blick hervor, nämlich die bekanntlich ganz ausserordentliche Bedeutung, welche die Menstrualzeiten bei weiblichen Patienten für die Auslösung von Krämpfen ebenso wie von Dämmerzuständen haben. Ganz evident ist auch im nämlichen Sinne die Rolle, welche der Mitte des Intermenstruums zukommt. Namentlich gerade die Kurve der Patientin, welche Ihnen vorliegt, zeigt dies deutlich. Ich möchte diese Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne

von neuem ganz allgemein auf die Bedeutung dieser Intermenstrualabschnitte für den Verlauf der Psychosen bzw. psychotischen Erregungen hinzuweisen, wie dies seiner Zeit von Schüle an der Hand sehr beweisender Aufzeichnungen getan worden ist. Auch für die Behandlung ist es sehr wichtig, auf diesen Zeitpunkt besondere Rücksicht zu nehmen, wie ich schon früher, u. a. in meinem Pariser Kongressvortrage über die Bettbehandlung betont und seitdem immer von neuem bestätigt gefunden habe. Da aber die Autoren und namentlich die Lehrbücher, soweit ich sehe, auf diesen Punkt nicht aufmerksam machen, wollte ich wegen der praktischen Wichtigkeit noch einmal darauf hinweisen. Wiederholt habe ich auch folgendes Verhältnis beobachtet — und auch die Ihnen vorgelegte Kurve zeigt dies Verhalten einige Male auf —, dass ein Dämmerzustand mit oder ohne Krampfanfälle zur Zeit der Menses einsetzt und sich dann ohne Unterbrechung bis zu den nächsten Menses ausdehnt, mit deren Einsetzen er zur Lösung gelangt. Ich habe bei den männlichen Kranken ebenfalls nach einer irgendwie gearteten gesetzmässigen Periodizität geforscht, aber nichts derartiges finden können, namentlich vermochte ich zur Bestätigung der von Swoboda angenommenen Perioden des menschlichen Organismus Anhaltspunkte nicht zu gewinnen. Von weiteren Untersuchungen erwähne ich nur kurz, dass zahlreiche Blutdruckmessungen sowohl mit dem älteren als auch mit dem neuen verbesserten Gärtner'schen Apparat uns verwertbare oder irgendwie eindeutige Befunde nicht gebracht haben, wie wir nach der Alter'schen Publikation es gehofft hatten. Wir hatten allerdings auch keinen dem seinigen analogen Fall in unserem Material. Ebensowenig konnten die von Mangelsdorf so häufig angetroffenen und zum Ausgangspunkte erfolgreicher Behandlung gemachten transitorischen Magen-erweiterungen konstatiert werden, wenn auch Indigestionen verschiedener Art tatsächlich sehr oft im Geleite der Dämmerzustände sich fanden und die Wichtigkeit regelmässiger Darmeinläufe in der Behandlung der Epileptiker immer von neuem betont zu werden verdient.

Soweit die Zeit es irgend erlaubte, sind bei allen Dämmerzuständen Untersuchungen in der Weise gemacht worden, dass den Patienten Gegenstände und Bilder zur Benennung vorgelegt wurden, überhaupt sind, wo es anging, die Identifikationsprozesse der verschiedenen Sinnesgebiete gesondert geprüft worden, desgleichen die Fähigkeit zur Ausführung geforderter Bewegungen und Handlungen wie namentlich auch der Sprache. Ich muss hier den besten Dank meinen ärztlichen Mitarbeitern, den Herren Bresler und Przewodnik aussprechen, welche diese Mühewaltung trotz starker dienstlicher Belastung bereitwillig auf sich genommen haben.

Auch Assoziationsversuche, wenn auch in kleiner Zahl und nur in primitiver Form, sind angestellt worden. Leider kann ich, wie schon erwähnt, eine Durcharbeitung der Details — einzelne Krankengeschichten sind wohl auf 100 Bogenseiten und darüber angeschwollen — nicht mehr vornehmen, insbesondere das etwa Gesetzmässige der Fehlreaktionen bei der Bilderbenennung, welche kaum in einem einzigen Falle ganz fehlerlos erfolgte, oft aber sehr starke Störungen aufwies, nicht mehr an diesem Materiale herauszuschälen versuchen.

Soviel möchte ich aber doch sagen, dass Bonhöffer's Eindruck ein vollkommen richtiger war, den er in dem Satze zusammengefasst hat: „Ich zweifle nicht, dass ein Teil der Erscheinungen, die sich beim Delirium tremens hinsichtlich der assoziativen Tätigkeit, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit usw. ergeben haben, bei vergleichenden Untersuchungen als konstante Bestandteile dessen, was wir bisher als leichte Grade von Bewusstseinstrübung bezeichnet haben, sich herausstellen.“ Dagegen kann ich dem von ihm an epileptischen Kranken erhobenen Befunde, dass bei Vorlegung von Bildern in den Fehlreaktionen besonders häufig die Neigung hervortrete, Gattungsbegriffe an Stelle der konkreten speziellen zu setzen und dass die bezüglichen Leistungen des Epileptikers — im Gegensatz zum Alkoholiker — etwa den Ergebnissen bei Imbezillität höheren Grades entspreche, nicht eine irgend allgemeinere Gültigkeit beimessen. Ebenso habe ich auch Raecke's Angabe, dass die Inkohärenz des Gedankenablaufs besonders hervortrete, wenn man verwirrte Epileptiker rechnen lässt, in recht vielen Fällen nicht bestätigt gefunden. Aber die von Bonhöffer wie von anderen hervorgehobene Neigung der Epileptiker zur Perseveration, speziell auf sprachlichem Gebiete, ist in weitem Umfange zu konstatieren gewesen und ist auch mir als ein sehr wichtiges Symptom erschienen.

Entgangen ist merkwürdigerweise den meisten Autoren bis vor kurzer Zeit die erhebliche Häufigkeit und Wichtigkeit von Sprachstörungen. Bernstein hat sicherlich Recht mit dem Hinweis, dass diese Tatsache sich nur dadurch verstehen lässt, dass die Untersuchung nicht darauf gerichtet gewesen ist. Allerdings glaube ich nicht, dass es lediglich oder auch nur hauptsächlich, wie Bernstein annimmt, auf die Reduktion der spontanen Vorstellungs- und Sprachtätigkeit zurückzuführen ist, dass die aphasische Störung erst durch eine Untersuchung aufgedeckt werden muss, sondern mindestens ebenso häufig, ja in der Mehrzahl der Fälle liegt die Sache ebenso wie bei den akuten Psychosen überhaupt: die Ausfallerscheinungen werden von den Reizerscheinungen verdeckt, letztere verhindern bzw. erschweren die

Untersuchung auf jene oder legen den Gedanken an eine solche nicht nahe, so dass man sich früher — man könnte vielleicht sagen: in der Vor-Wernicke'schen Zeit — an der Beschreibung des äusseren Verhaltens und den Aeusserungen etc. der Patienten nebst einer somatisch-neurologischen Untersuchung meistens genügen liess, so auch noch beispielsweise in den meisten von Raecke in seiner Monographie mitgeteilten Krankengeschichten. Tatsächlich aber gelingt der Nachweis von Sprachstörungen (ebenso wie von asymbolischen Symptomen) in der Regel auch an den in Erregungszuständen begriffenen Kranken, zumal sich meist Momente lucideren und für eine Untersuchung zugänglicheren Verhaltens zwischenschieben. Ich begnüge mich hier mit der Mitteilung zweier Fälle, aus deren Krankengeschichten ich nur soviel wiedergeben möchte, dass der Charakter des psychotischen Anfalls und andererseits das Vorhandensein der Sprachstörung ersichtlich wird. Lediglich um die Darstellung kürzer und instruktiver halten zu können, gestatte ich mir hier Schilderungen und Explorationsprotokolle verschiedener zum Teil zeitlich auseinander liegender Anfälle willkürlich aneinander zu reihen, was darum unbedenklich geschehen kann, weil die meisten Anfälle der betreffenden Patienten sich im grossen und ganzen gleichen.

Otto B., 28 Jahre alt. Genuine Epilepsie nach Schreck.

Notiz vom 13. IX. „Heute Nachmittag Ausbruch der Erregung (Dämmerzustand). Gegen 2 Uhr springt er plötzlich auf, tanzt johlend und schreiend in der Stube umher, zerschlägt einen Wandspiegel, schleudert einen Schemel gegen den Fussboden mit aller Gewalt, so dass er zerbricht. Nach einigen Minuten beruhigt, legt sich wieder ins Bett. — Gegen 5 Uhr kommt Pat. zu der zweiten Raptus ähnlichen Erregung. Brüllt aus Leibeskräften, rast durch die Stube über Betten und Stühle, klatscht in die Hände, schreit fortwährend „Adieu, Adieu!“ Ist dabei soweit zu fixieren, dass er die Hand gibt und antwortet, um allerdings gleich darauf weiter zu brüllen und umherzugehen. Auf's Bett niedergedrückt, strampelt er mit den Beinen, versucht immer wieder herauszuspringen, wirft sich auf den Bauch, ruft „Adieu, adieu!“ Sein Blick fällt auf die Uhr des gegenüberliegenden Gebäudes, ruft laut: „in 5 Minuten 5 (richtig), und mir kommts vor, als wenna in der Nacht wäre um 12.“ Wird gebadet bis 8 Uhr abends. Nachts gegen $\frac{1}{2}$ 10 Uhr eine der letzt geschilderten ähnliche Erregung. Bekommt 7 gr Paral. Darauf die Nacht durch ruhig.

14. IX. Früh gleich ins Bad gesetzt, laut erregt. (Mittags) ruhig, lang ausgestreckt in der Wanne, Zunge stark belegt. Hatte gestern Abend einen Einlauf bekommen. Befragt nach Schwindelerscheinungen: „Das dreht sich immerfort. Ich sitze auf der Haumaschine und das dreht sich immerfort.“ Ref., nahe bei ihm an der Wanne, drehe sich auch. Die Wanne dreht sich auch. Aufgefordert, die Richtung der Drehbewegungen anzugeben, beschreibt er mit der Rechten grosse Kreise im Sinne des Uhrzeigers. „Wenn mir bloss einer könnte in den Kopf geben, was für eine Predigt letzten Sonntag war!“ (Warum?)

„Wenn mich der liebe Gott fragen wird, was für ein Evangelium war.“
1/4 2 Uhr Nachmittags: Beim Eintritt ruhig. Farbenprüfung (Wollbündel vorgehalten, soll die Farbe nennen): gelb, blau: richtig; grün: bräunlich, dann etwas weniger blau als das andere; tieferes Grün: noch weniger blau; rot: nachdem er sich versprochen (blau), richtig: rötlich. Weitere Untersuchung durch Unruhe des Pat. unterbrochen. Springt plötzlich auf, stellt sich auf den Wannrand, ruft laut: „Adieu, Adieu! Wenn ich bloss Hochzeit machen könnte mit der Cäcilie M. Adieu!“ Reicht dem Arzt die Hand, „Adieu, Herr Doktor!“ Unter Tränen reicht dem Pfleger die Hand: „Adieu!“ Unmittelbar darauf zum Pfleger: „Adieu, Sie Lausigel“, mit drohender Pose. Dreht sich dann plötzlich um und öffnet mit raschem Griff beide Wasserhähne. Setzt sich auf Aufforderung in die Wanne zurück, um dann plötzlich emporzuschellen. Brüllt: „Adieu, Adieu!“ Erinnert sich des vermeintlichen Urhebers seiner Krankheit: „Wenn ich den blos mal sehen könnte!“ Weint.

20. IX. In den letzten Tagen benommen, aber ruhig, wurde fortwährend von den Schwindelsensationen geplagt, „es dreht sich mir alles wie eine russische Schaukel“.

27. IX. Wieder komponierter, Druck- und Schwindelgefühle.

28. IX. Heut bis zum Abend 18 leichte auraartige Anfälle. Als der Pfleger dem Arzt davon Mitteilung macht, verfällt B. plötzlich in einen heftigen Erregungszustand; stürmt durch den Saal, fortwährend höhnisch rufend: „18 Anfälle? Der (Pfleger) will sich bloss einschmeicheln, Ha! 18 Anfälle!“ Schlägt gegen die Pfleger, die ihn ins Bett zurückführen, ein. Im Bett stellt er sich mit einem Ruck auf den Kopf und macht einen Uberschlag über das untere Bettende, lärmt, brüllt, ist nicht zu bändigen. Bad. Wachsaaal für Unruhige.

In dieser Weise ungefähr war das äussere Geschehen in den stürmischeren Anfällen. Meist traten Schwindelgefühle sehr stark in den Vordergrund; zeitweise lag er mehr benommen und mutistisch da, dann wieder war er mehr weinerlich oder plötzlich zornmütig und aggressiv oder wirbelte tanzend sinnlos im Zimmer umher; tagelang begrüßte er dann jeden Eintretenden mit „Adieu“, nahm auch während der Visite vom Arzt, vom Pfleger, von den Kranken immer von neuem, wohl 50 mal am Tage, Abschied, in der Regel mit den Worten: „ich fahre in den Himmel, Adieu“, oder: „der Herr Pfarrer soll kommen“, „mein Bruder soll kommen“ usw. Bei diesen kurzen, mehr interjektionellen Aeusserungen war dann manchmal die Sprache ohne grobe Auffälligkeit, manchmal deutlich lallend und schwerfällig.

Ich lasse nun die vom Kollegen Przewodnik eingetragenen Journalnotizen von einer Exploration während eines solchen Anfalls wörtlich folgen.

23. I. Pat. spontan: „Ich möchte am liebsten morgen aufstehen“. Lässt sich bereitwillig körperlich untersuchen — — — leicht benommener Gesichtsausdruck. (Worin bestand denn ihre Krankheit in den letzten Tagen?) „Dass ist eben so — so — dass ich eben sollte sterben“. (Angst?) „Ebenso — so — ich sollte von hier wegkommen“. (Wohin?) „In den Himmel . . . dass ich eben sollte nach den andern was sie eben von hier schon weg sind“ . . . Gibt den Wochentag und das Datum richtig an. Dynamometer: rechts 36, 45, 35 1/2, links 41, 37 1/2, 32.

Bilderbuchbilder. Ball: (Was ist das?) „Ein Ball“.

Soll die Farben angeben: richtig bis auf blau, das er als grünlich und hellgrün nennt.

Medizinflasche und Glas: „Ein Glas“. (Was ist drin?) „Mit ä . . . rot“. Flasche mit angeknüpftem Rezept: (Was ist drin?) „Das ist mehr . . . so ein —“ stockt. (Was soll das sein?) Ein Streifen . . .“ (Zuckerstück?) „Diese sind mit ä — ä —“, deutlich erschwerte Wortfindung. (Wissen Sie was es ist?) Tupft mit dem Finger darauf, setzt vergeblich an. (Was macht man damit?) Zucker: „Ins äh — ins — zum —“, dann rasch einfallend, „das soll mehr süß werden“. Erkennt und benennt danach einige andere Abbildungen richtig, wenn auch nicht sehr prompt; ich übergehe den betreffenden Passus des Protokolls; danach: (Bild mit Hammer, Zange, Nägeln). Nach Befragen, nach einiger Zeit mit dem Zeigefinger den Hammer betupfend, „das ist ein —“, dann zur Zange übergehend: „Ein — — na!“, hält das Bilderbuch in entsprechender Entfernung vom Auge, starrt es an, nach mehr wie einer Minute richtig: „Zange“. (Hammer?) „Ein Hammer“. (Das?) (Nägel): „sind 2 — sind 2 — 2“, stockt.

Eier mit Menage: zeigt erst eine Weile auf das Ei im Eierbecher, fährt dann mit dem Finger und deutet auf das angeschnittene Ei: „Ein durchgeschnitten — na, wie heisst denn das, wo die Henne legt?“

Löffel: „Ein — —“, fährt mit dem Finger den Löffel entlang, „mit dem, was man essen tut“.

Es folgten noch einige weitere Prüfungen mit analogem Ergebnis „Werden Sie rechnen können?“ „Wir können es ja einmal probieren“:

7 + 19? „26“, prompt,

20 dazu? erst „40“, dann richtig „46“,

weniger 5? „41“.

Längere Sätze werden mit kleinen Auslassungen und Zusätzen im allgemeinen ohne gröbere Fehler nachgesprochen. „Dritte reitende Artilleriebrigade“ wird mit leichtem Stolpern wiederholt. Prüfung auf Ataxie an oberen und unteren Extremitäten negativ. Kaureflex vorhanden.

30. I. Ausser Bett, Puls 108, klein; Schleimhaut sehr blass. Gang ohne Störung. Bei „dritte reitende Artilleriebrigade“ leichtes Stolpern in der vorletzten und drittletzten Silbe. Die nämlichen Bilderbuchbilder werden bei prompter Reaktion richtig und sicher bezeichnet.

Der zweite Fall, aus dessen Krankengeschichte ich einige Stellen mitteilen will, stellt sich etwas anders dar. Es traten bei einer seit vielen Jahren ihrer Krämpfe wegen in der Anstalt befindlichen, übrigens an „cerebraler Kinderlähmung“ leidenden 35jährigen Patientin in zweimonatlichen Zwischenräumen etwas protrahiertere Psychosen von akut manischem Charakter auf, etwa vom Typus der im Verlaufe der Meynert'schen Amentia zu beobachtenden manischen Zustände. Diese Anfälle verlaufen so, dass nach einiger Zeit des Bestehens der Erregung bzw. auf der Höhe derselben mit Zunahme der Bewegungsunruhe auch die Sprachleistungen ungeordneter und gleichzeitig einförmiger werden; der Rede-

drang besteht fort, aber die Produktivität wird geringer, es wiederholen sich dieselben Wendungen, so dass geradezu eine Art Pseudoverbigeration entsteht, in dieser Zeit fallen die von Anfang an gelegentlich hervortretenden paraphasischen Bildungen mehr auf, bei Nachlass der Reizerscheinungen sind letztere besonders ausgeprägt, ebenso die Erschwerung der Wortfindung und die sprachliche Perseveration. Es tritt dann, während der äussere Gesamthabitus durchaus nicht derjenige der Erschöpfung ist, namentlich in den affektösen Monaten, eine ungemein starke Insuffizienz auf dem Gebiete der motorischen Sprache hervor, welche übrigens zum Teil offenbar subjektiv von der Patientin empfunden wird. Bei dieser Patientin zeigt sich auch jedesmal im Anfall eine Herabsetzung der Merkfähigkeit, die keineswegs allen Fällen eigentümlich ist. Der Vollständigkeit wegen erwähne ich noch, dass sich mit dem Abklingen der Erregung bei der Patientin in der Regel ein kurzdauerndes paranoides Stadium anschliesst, worauf hier nicht näher eingegangen werden soll, zumal dies ja nur dem typischen Verlauf analoger akuter Störungen auch der „rüstigen“ Gehirne entspricht.

Marie Cz. 25. II. 03. Tags zuvor Einsetzen der manischen Erregung. Ist viel aus dem Bett herausgekommen, lebhaft agierend, glänzende Augen, weite Pupillen. Zunächst korrekte Begrüssung: „Guten Abend“, (Kennen Sie mich?) „Ja, Sie sind doch der Herr Tyralla oder der Herr Neisser, nicht wahr?“ (Was bin ich?) „Oberarzt oder Oberpfleger . . .“, geht in Flüsterton über, spricht unablässig, unverständlich in Flüsterton weiter, aber nicht beschleunigt. Es wird ihr ein Bilderbuch vorgelegt und auf einzelnen Abbildungen mit der Frage: was ist das? gezeigt.

(Laterne:) sofort richtig „Laterne“.

(Tintenfass:) „Das ist, das ist . . . der Stern . . .“, flüstert abgerissen weiter: „hier die Bilder, sehen Sie, wo Sie keine Kinder haben gehabt“.

(Ball:) sofort richtig. Dazwischen will sie sich aufsetzen, deckt das Deckbett auf, unbekümmert um das völlig beblutete Hemd, flüstert: „42 Bilder, 42 Bilder, 51 Bilder . . . Stange . . . Herr Stange . . . was haben . . . 4 Meilen von Oppeln — 21. Bilder — 21. September — der Stange oder der kleine — der grosse . . .“

(Pferd:) richtig.

(Haus:) richtig.

(Sprechen Sie nach: dritte reitende Artilleriebrigade:) Pause, dann: „der Karl Josef“ . . . „Mühlhausen“.

Trotz wiederholter Aufforderung spricht sie nur das Schlusswort (richtig) nach, zwischendurch mischen sich einzelne Worte der Bilderbezeichnungen, die sie schon genannt hat oder auf die gerade der Blick fällt, ein: „das kleine Häusel“ und dergleichen. Es wird das Bild eines radfahrenden Schornsteinfegers gezeigt, sofort: „Schornsteinfeger“. (Was tut der?) „Der tut hier (sucht nach dem Wort) hier reinraten“. (Was tut er?) Er tut fahren“. (Was denn?) „4. Klasse, 5. Klasse.“

Sprechen Sie einmal nach: „Hier zu dem Gute gehört eine grosse Brennerlei“, nach wiederholter Aufforderung: „Hier zu dem Gute gehört eine gute Brennerlei“. Sprechen Sie nach: „In einem grösseren Garderobengeschäft sind mehrere Angestellte“ („sind mehrere Angestellte“), „sind mehrere Angestellte“. (Den ganzen Satz:) „In einem ganzen Satze sind mehrere Angestellte oder so“.

Zahl 7020 nach $1\frac{1}{2}$ Minute vergessen.

26. 2. 03. Gestern Abend 1 gr Trional; danach eine Zeit lang ruhig, später fliessend vor sich gesprochen und öfter im Zimmer umhergegangen. Vormittags öfter laut gesungen. Begrüsst den Arzt in gehöriger Weise; Physiognomie noch leidlich komponiert, ist zunächst ruhig zu fixieren, wird allmählig erregter und produktiver. (Erinnern Sie sich, dass Sie gestern aufgeregt waren?) ohne Ausdruck des Verständnisses, mehr mechanisch: „Ja, ja, von 11—12 Uhr . . .“ (Was ist dann von 11—12 Uhr?) „Von 11—12 Uhr ist in Karlsruhe Mittagsbrot, dann geht die Mutter waschen — Emma heisst sie — von Levy's die Martha — (plötzlich glücklich zu mir aufblickend): ach, jetzt weiss ich schon, jetzt weiss ich schon, der Herr Kuratus ist es!“ — (unvermittelt weinend): „ach, da ist die Mutter gestorben.“ — Heult und schluchzt ununterbrechbar — „25 Jahre ist die Mutter tot — der Vater ist tot — Simon — Levy — Abraham — ein ganzes Jahr. — (Es wird ihr das Bild eines Korbes gezeigt) sofort richtig: „Korb“ — der Henkel desselben?): „das ist ein Horn“ — heult dazwischen weiter „21 Jahre war es, wie sie gestorben sind,“ weint. (Lachen Sie einmal!) tut es sofort — schluchzt gleich darauf weiter: „ach da habe ich doch meine Mutter erkannt! der Korb — der Korb — mit den Aepfeln“ — (nie beschleunigt, in ruhigem Tempo, mit Pausen) macht den Mund weit auf, biegt den Kopf hinten über — dann weiter: („der Korb“) beginnt ein heiteres Lied zu singen — schluchzt dann wieder. (Es wird das Bild einer Lanze gezeigt): „Artillerie“. (Nochmals der Henkel des Korbes) jetzt richtig: „Henkel“. — (Muff?) richtig. — (Nelke?) Pause, dann: „Rose“. — (Pferdeköpfe): „das sind Ziehhamperle“; nach wiederholter Aufforderung richtig: „Pferde“. — (Nüsse) langsam zögernd: „Nüsse“; („was für welche?) richtig: „Haselnüsse“.

Aufgefordert zu lesen, liest sie in dem Tone, in dem mit Eifer in der Schule laut gelesen wird, fliessend, aber ohne jede Rücksicht auf den Sinn und besonders auffällig über viele Worte flüchtig hinweggehend, Buchstaben verlesend, Worte auslassend, z. B. „Hier lie(g)t der Fu(ch)s in seinem Loch, ich weete (wette)“ etc.

(Sprechen Sie nach: „Neben der Schmiede befinden sich zwei neugebaute Häuser.“) „Neben der Schmiede befinden sich zwei ben — beneute — beneute Häuser“, fährt fort: „das muss wohl auch wahr sein!“

(Wenn viele Kranke in einem Zimmer beisammen sind, gibt es leicht Streit.) „Wenn viele Streit, wenn viele Kranke in einem Krankenzimmer beisammen sind, gibt es viele Kranken Streit.“

Ein Assoziationsversuch misslang gänzlich, da immer die Reizworte, sofern sie überhaupt reagierte, einfach entsprechend den früheren Aufforderungen nachgesprochen wurden.

Aus einer Exploration, eine Reihe von Tagen später, aber noch im nämlichen Anfall: (Geht's Ihnen besser?) „Nein, ich weiss ja nicht — es ist

alles zerspirbelt, alles zer — p . . . pampst“, Pause, „wie genäht.“ Beschreibt mit der Rechten einige Kreise — „Schwester geholt, oder wie — ich weiss selber nicht, wie das ist gewesen — (soll wieder einen Satz nachsprechen!) „Ich kann ja nicht — alles verstopft“, bohrt mit dem Finger im linken Ohr — spricht einen kurzen Satz fehlerlos nach. Bei der nächsten entsprechenden Aufgabe: „ich kann halt nicht, ich kriegs nicht raus . . . Ich weiss nicht.“ Ratlose Physiognomie, weinerlich. (Sprechen Sie nach: „Stuhl.“) „Nachsprichen Stuhl . . . keine Geduld habe ich heute — Stuhl nachsprechen.“

Nach den dem Falle vorausgeschickten Bemerkungen erübrigt sich eine weitere Epikrise. Nur beiläufig möchte ich darauf aufmerksam machen, dass die wiedergegebene Journalnotiz auch für die Frage der Ideenflucht bei epileptischen Manien wie auch für die Frage, ob eine Beschleunigung des Vorstellungsablaufs mit jener verknüpft sein müsse, einen Beitrag liefert.

Noch ein Punkt bedarf einer besonderen Erörterung. Nicht nur im Hinblick auf die Befunde an Alkoholdeliranten, sondern durch den unmittelbaren Eindruck wird es nahe gelegt, in solchen Fällen wie der zuletzt erwähnte und überhaupt bei den Dämmerzuständen das Verhalten der Aufmerksamkeit zu prüfen. Dass dieselbe während des Anfalls für gewöhnlich in Bezug auf Intensität und Kontinuität herabgesetzt ist und dass es starker Anreize bedarf, um dieselbe vorübergehend auf die normale Höhe zu heben oder gar zu fesseln, ergibt jede Exploration der Kranken. Auch die im manischen Zustande vielfach so prompte Erfassung der Sinneseindrücke steht hierzu nicht im Gegensatz. Es fehlt aber eine Methode, um in solchen Fällen den Anteil, welchen die Aufmerksamkeitsstörung an dem Zustandekommen der symbolischen und der uns hier speziell interessierenden aphasischen Symptome hat, genauer festzulegen. Bonhöffer hat bekanntlich in sehr sinnreicher Weise für seine bezüglichen Untersuchungen an Alkoholdeliranten die halluzinatorische Suggestibilität benutzt. Er fand, namentlich auf optischem Gebiete, dass je kleinere Drucktypen oder je ungewohntere Objekte dargeboten wurden, je mehr also die Aufmerksamkeit zur Bewältigung der gestellten Aufgabe notwendig war, desto lebhaftere Halluzinationen auftraten. Eine analoge Prüfung ist bei den Epileptikern nicht möglich, da die Vorbedingung, die Möglichkeit Halluzinationen zu erzeugen, nicht gegeben ist. Ich suchte nun nach einem Hilfsmittel, welches das Vorhandensein der Aufmerksamkeitsherabsetzung etwas exakter als die blosse allgemeine Beobachtung des Krankun darzutun geeignet wäre. Ein solches schien mir in der dynamometrischen Prüfung gegeben zu sein. Fast immer hat sich eine recht erhebliche Verringerung der dynamo-

metrischen Werte ergeben. Dieser Befund kann, wie ich meinen möchte, nur so gedeutet werden, dass die für die Erzielung der Wirkung erforderliche Konstanz der Innervationsimpulse nicht aufgebracht werden kann; denn dass nicht genügend grobe muskuläre Kraft in diesen Zuständen zur Verfügung sein solle, ist angesichts der Tobsuchtsleistungen dieser Patienten recht unwahrscheinlich. Ich möchte vielmehr glauben, dass die in dem verringerten dynamometrischen Ausschlage sich kundgebende Störung als ein Ausdruck der Aufmerksamkeitserschwerung auf motorischem Gebiete angesprochen werden darf. Noch direkter liess sich dieselbe auf sprachlichem Gebiete dadurch nachweisen, dass abwechselnd kurze oder längere Sätze und einzelne Worte zum Nachsprechen aufgegeben wurden. Es zeigte sich hierbei in durchaus charakteristischer Weise eine erhebliche Verschlechterung der sprachlichen Leistung bei einem Anwachsen der Aufgaben. Einzelne Worte wurden fast ausnahmslos tadelfrei nachgesprochen; das Nachsprechen von ganzen Sätzen, namentlich von etwas längeren Sätzen, wurde dagegen nur selten bewältigt und gleichzeitig trat die Perseveration in besonders starker Ausprägung in die Erscheinung. Bei der Deutung kommt die Ermüdbarkeit und die Merkfähigkeit mit in Frage. Es ist aber nicht schwer, bei häufiger Wiederholung und Veränderung der Aufgaben den Anteil dieser Faktoren einigermaßen richtig abzuschätzen und in Rechnung zu stellen. Es bleibt dabei deutlich der Eindruck bestehen, dass diese nicht oder sicher nicht in allen Fällen verantwortlich zu machen sind, in denen etwas grössere Aufgaben sprachlicher Reproduktion nicht gelingen.

Wenn man danach nicht zweifeln kann, dass die Herabsetzung der Aufmerksamkeit, welches ein den Dämmerzuständen zugehöriges Kardinalsymptom ist, eine erhebliche Rolle bei dem Zustandekommen der besprochenen Sprachstörungen spielt, so geht es doch wohl nicht an, diese Störung auf jenen Faktor einfach zurückzuführen, wie Raecke (pag. 144 der Monographie) anzunehmen geneigt ist. Im Gegenteil dürfte die Auffassung berechtigt sein, dass die Aufmerksamkeitsherabsetzung auf dem sprachlich-motorischen Gebiete so deutlich in die Erscheinung tritt, weil hier eine durch den Krankheitsprozess gesetzte Funktionsschädigung vorliegt. Bezüglich der Analyse der letzteren und der daran anzuknüpfenden Folgerungen darf ich auch auf die jüngsten ausgezeichneten Erörterungen von Heilbronner verweisen. An dieser Stelle möchte ich nur betonen, dass ich eine deutliche symptomatisch sich scharf heraushebende Erschwerung der Wortfindung, mitunter mit paraphasischen Zügen und dann auch immer mit Perseveration so oft und so andauernd in epileptischen Dämmerzuständen angetroffen habe, dass ich schon vor jetzt

drei Jahren meinen Mitarbeitern und anderen Kollegen gegenüber diese Störung als eine regelmässige und charakteristische für die epileptischen transitorischen Psychosen bezeichnen zu können glaubte. Ich muss aber hinzufügen, dass ich später auch Fällen begegnet bin, welche keine Spur davon aufwiesen. So konnte ich z. B. einmal in einer Sitzung der Lublinitzer Aerzte und Juristen (welche ich öfter zu zwanglosen psychiatrischen Besprechungen und Krankendemonstrationen in der Anstalt vereinigte) zwei Epileptiker nebeneinander vorstellen, von denen der eine (der oben beschriebene Otto B.) zur Zeit eine ausgeprägte amnestische Aphasie darbot, während der andere wie ein Schlaftrunkener taumelte und durch Gesichtstäuschungen von plastischer Deutlichkeit in seinem Gebahren bestimmt wurde, aphasische Störungen aber zur Zeit gänzlich vermissen liess.

Es sind dies aber, wenn ich auf Grund meines Materials urteilen darf, entschieden die Minderzahl und es scheint mir nicht ausgeschlossen, dass sich diese Fälle bei näherer Prüfung auch sonst symptomatisch abheben lassen (durch ein Vorwiegen sensorischer Symptome).

(Aus der Universitätsirrenklinik Heidelberg.)

Apraxie bei progressiver Paralyse.

Von M. Lewandowsky, Berlin.

Der Tagelöhner A. W., 36 Jahre alt, wurde am 29. VII. 1904 aus der Irrenstation des Landesgefängnisses zu B. in die Irrenklinik Heidelberg überführt.

Ueber die Anamnese und die Entwicklung des Krankheitsbildes sind wir nur durch den Bericht des Anstaltsarztes zu B. unterrichtet: B. soll ursprünglich gut veranlagt gewesen sein, jedoch immer ein sehr liederliches Leben geführt haben. Seine Frau hielt er zur Prostitution an, wurde wegen Kuppelei und Hehlerei zu 1 Jahr 9 Monaten Gefängnis verurteilt und am 2. Dezember 1902 in das Landesgefängnis zu Mannheim eingeliefert.

W. soll schon früher (wie lange vorher, ist nicht bekannt) epileptische Anfälle gehabt haben. Im Landesgefängnis zu M. wurden die Anzeichen einer Geistesstörung im Januar 1903 festgestellt; er machte jedoch schon bei seiner Einlieferung einen dementen Eindruck. Im Januar 1903 verfiel er in einen Zustand schwerer Bewusstseinsstrübung, wurde ängstlich, zitterte, verliess nachts das Bett, lief mit dem Nachtopf in der Hand wie im Traum herum, war zeitlich desorientiert, war unrein und liess das Essen zum Teil wieder aus dem Munde herauslaufen. Vorübergehend besserte sich der Zustand, dann trat ein stuporöser Zustand ein, in welchem der Kranke in die Irrenstation des Landesgefängnisses zu B. am 23. III. 1903 überführt wurde. Hier erschien er verblödet; er sprach nicht und kümmerte sich nicht um seine Umgebung,

blieb stundenlang, ohne sich zu rühren, auf einer Stelle sitzen. Er war unrein und musste gefüttert werden. Einmal antwortete er auf die Frage, woher er sei, „von Wallstadt“. Während des $\frac{5}{4}$ jährigen Aufenthaltes in B. wurden eine Reihe von Erregungszuständen beobachtet, in denen er umhersprang, an Tischen und Bänken herumriss, Angriffe auf seine Mitgefangenen machte u. a. Ende 1903 hatte er einen solchen Anfall, in dem er offenbar lebhaft halluzinierte. Denn er schrie plötzlich: „Ach Gott, Philipp, bist Du es? Sieht man Dich auch wieder?“ Immer wieder sprang er aus dem Bett und schrie: Philipp, Heinrich. Sonst brachte er meist nur undeutliche Worte heraus, nur manchmal versucht er auf Anrufen die Zunge herauszustrecken. Er schrie oft unartikuliert. Die rechte Hand trug er mit gespreizten Fingern zeitweise auf der Brust, mit der linken rieb er sich stundenlang am linken Ohr. Der Gang war schwankend und stolpernd. Epileptiforme Anfälle wurden nicht beobachtet. Ein Decubitus hat sich sehr gebessert. Der Zustand scheint als Katatonie aufgefasst worden zu sein.

In der Heidelberger Klinik lebte der Kranke noch zwei Monate. Bis kurze Zeit vor dem Tode blieb sein Zustand im wesentlichen ein konstanter, so dass ich mich damit begnügen kann, hier eine Zusammenfassung der häufigen Untersuchungen zu geben, die mit dem Kranken angestellt wurden.

Der Kranke ist ein mässig grosser Mann. Sein Ernährungszustand ist leidlich. Er liegt dauernd im Bett. Niemals macht er spontan den Versuch, sich im Bett aufzurichten oder das Bett zu verlassen. Auf einem Stuhl kann der Pat. sitzen, wenn man ihn hinsetzt, macht jedoch dann niemals den Versuch, aus dieser sitzenden Stellung sich zu erheben. Er fällt jedoch leicht vom Stuhl und bleibt dann hilflos liegen.

Sein rechter Arm ist dauernd in einer kontrakturähnlichen Stellung. Der Oberarm ist adduziert, der Vorderarm gegen den Oberarm rechtwinklig gebeugt, die Hand liegt der Brust an, ist jedoch — abweichend von dem Bilde der gewöhnlichen hemiplegischen Kontraktur — geöffnet, so dass also die Vola mit der Brust in Berührung kommt, die Finger befinden sich in einer Art Schreibstellung, die Phalangen sind gestreckt. Der Arm leistet allen Bestrebungen, ihn aus dieser Position zu bringen, energischen Widerstand; auch im Schlaf verschwindet die Kontraktur nicht ganz.

Das rechte Bein zeigt nur leichte Spasmen, die Sehnenreflexe der rechten Seite sind, besonders am Arm, stärker als links. Babinski besteht nicht. Die Hautreflexe sind auf beiden Seiten gleich.

Ehe wir zur Schilderung der übrigen Motilität, insbesondere des linken Armes, übergehen, muss gesagt werden, dass der Kranke motorisch absolut aphasisch war, er konnte nichts hervorbringen ausser unartikulierten Schreien, die anscheinend perseveratorisch gewöhnlich einige Minuten wiederholt wurden. Dass er auch sensorisch aphasisch — sprachtaub — war, ist mindestens sehr wahrscheinlich; denn er befolgte absolut keine Aufforderung, auch keine zu den wenigen Handlungen, deren er — wie wir gleich sehen werden, überhaupt noch fähig war. Von irgend einer Verständigung mit dem Kranken auf dem Wege der Sprache oder Schrift war jedenfalls keine Rede.

Pat. liegt gewöhnlich mit offenen Augen da. Lidschlag ist vorhanden. Im Schlaf sind die Augen geschlossen. Die Augenbewegungen sind frei und ohne Störung. Pat. folgt mit den Augen den im Zimmer auf- und abgehenden

Personen oder Gegenständen, die ihm gezeigt werden. Die Pupillen reagieren auf Licht.

Das Gesicht ist ohne einen bestimmten Ausdruck und schlaff. Eine Mimik wurde nie bemerkt. Bei den wilden unartikulierten Schreien, die der Kranke von sich gibt, werden jedoch die Faciales innerviert, und zwar immer die beiden Gesichtshälften gleichzeitig. Auch der Gaumen wird innerviert. Pat. kaut und schluckt ohne wesentliche Störung, abgesehen davon, dass er ab und zu die Nahrung wieder vorn aus dem Munde hinauslaufen lässt. Steckt man dem Pat. Gegenstände in den Mund, so werden sie unterschiedslos mit den Zähnen festgehalten, meist kaute er auch darauf herum, immer wenn es sich um nicht zu harte Gegenstände handelte. Pat. scheint nicht imstande zu sein, etwas auszuspeien.

Pat. scheint nicht imstande zu sein, die Zunge über die Zahnreihe hinauszubringen. Den Versuch dazu macht er einigemale bei Aufforderung durch Gebärden, übrigens ist das Zungezeigen die einzige Handlung, zu der er durch Gebärden zu veranlassen ist.

Sehr auffallend ist die Haltung der linken Hand, die der Pat. fast dauernd hinter dem linken Ohr hält, genau wie ein Schwerhöriger, der seine Ohrmuschel einem Schall entgegenhält; rutscht die Hand dabei vor das Ohr, so nimmt der Pat. sie sofort wieder an ihren alten Platz hinter der Ohrmuschel. Sehr selten kommt es vor, dass die Hand ruhig neben dem Körper liegt; wenn der Pat. steht, so legt er ab und zu die Hand auf den Rücken. Ist er erregt, so macht er gewöhnlich mit der linken Hand reibende Bewegungen auf dem Kopf, immer von links nach rechts im Kreis herumfahrend. Einmal wurde beobachtet, dass der Patient im Affekt die Hand hoch über den Kopf erhob, wie wenn er jemanden schlagen wollte.

Es wurde nun geprüft, wie der Kranke sich verhielt, wenn man ihm Gegenstände bei offenen Augen in die linke Hand gab. Zunächst wurden alle Gegenstände ausnahmslos festgehalten. Eine Anzahl von Gegenständen wirft der Kranke, nachdem er sie eine zeitlang festgehalten hat, dann zu Boden, z. B. einen Perkussionshammer, einen Bleistift. Es kommt das jedoch nur selten vor, und keineswegs werden immer die genannten Gegenstände weggeworfen. Sonst werden Gegenstände, die man dem Pat. in die Hand gegeben hat, entweder zum Munde oder hinter das linke Ohr geführt. Dabei werden essbare Dinge (Brödcchen u. a.) wohl öfter an den Mund, als hinter das Ohr gebracht; es ist jedoch fast die Regel, dass auch nicht essbare Dinge (Streichholzschachtel, Schlüssel u. a.) in den Mund, und keine besondere Ausnahme, wenn essbare oder trinkbare Dinge (ein Glas Wein) hinter das Ohr gebracht werden. Immerhin kam das letztere sehr viel seltener vor, als das erste. Es ist zu bemerken, dass dem Kranken die Gegenstände immer in die neben dem Körper oder auf dem Schoss liegende Hand gegeben wurden. Es ist niemals beobachtet worden, dass er die Hand vom Ohr hinweg direkt zum Mund geführt hätte, wohl aber das Umgekehrte.

Bei einer Untersuchung wurde beobachtet, dass der Kranke Gegenstände, die ihm nur gezeigt wurden (ein Blatt Papier, ein Schlüssel) mit der flachen Hand kurz berührte. Dass der Kranke einen Gegenstand, der ihm nicht direkt in die Hand gegeben wurde, spontan ergriffen hätte, ist niemals beobachtet

worden. Auch ist keine Rede davon gewesen, dass der Kranke etwa ein Brödchen, das er an den Mund geführt hatte, zweckentsprechend gehandhabt hätte, um es aufzuessen. Er hielt es am Mund fest und kaute darauf herum.

Auch wurden andere Bewegungen der linken oberen Extremität als die beschriebenen niemals gesehen.

Lag der Patient, wurden die unteren Extremitäten meist gestreckt gehalten, jedoch zuweilen auch an den Leib gezogen.

Der Gang des Patienten war etwas ataktisch und hatte etwas Schiessendes.

Dass Pat., wenn er lag oder sass, niemals sich spontan erhob, war schon erwähnt. Man musste ihn hinstellen. Niemals nun setzte er sich spontan, oder auf Winke in Gang, sondern nur, wenn man ihn etwas angestossen oder mitgezogen hatte. Zum Rückwärtsgehen war er nicht zu bewegen. Ging er vorwärts, so zeigte er eine Neigung, nach links abzuweichen. Er folgte einem Vorangehenden, machte letzterer jedoch Biegungen nach rechts, so schoss er meist an ihm vorbei gradeaus, während er Wendungen nach links mitmachte. Eine Treppe hinauf ging er mit starker Unterstützung und hob dabei die Beine ganz übermässig.

Was die Beeinflussung seiner Bewegungen durch den Gesichtssinn betraf, so machte er im Gange, wenn er vor eine Wand oder ein Fenster kam, halt, drehte sich dann meist um und fiel hin. Als man ihm die Augen verbunden hatte, fing er lebhaft an zu schreien, wollte zuerst gar nicht gehen, ging schliesslich jedoch, ohne dass die Gangbewegung sich wesentlich von der bei offenen Augen unterschieden hätte.

Die Versuche über die Bewegungen des linken Armes waren sämtlich ohne Ausschluss des Gesichtssinnes angestellt. Ich habe ihn auch nie veranlassen können, die Bewegung der Hand zum Munde bei geschlossenen Augen auszuführen. Schloss man ihm während dieser Bewegung rasch die Augen, so kam es vor, dass er den Mund verfehlte und es trat sehr deutlich eine Ataxie der Bewegung hervor.

Führte man Gegenstände gegen seinen Mund (ohne diesen zu berühren), so öffnete er den Mund immer, wenn es sich um essbare Dinge handelte, häufig, aber nicht immer, wenn es andere Gegenstände waren (Schlüssel, Seife).

Auf die Näherung eines brennenden Streichholzes scheint er manchmal mit einem leichten Abwenden des Kopfes zu reagieren.

Auf die Vorzeigung eines Spiegels reagierte er mit Schreien, auf Bedrohung mit einer Pistole oder mit einem Messer gar nicht.

Auf heftige Schalleindrücke (Anschlagen eines Gong) reagierte Pat. mit einem leichten Zusammenfahren; das ist alles, was bei ihm überhaupt von akustischen Reaktionen festgestellt werden konnte.

Reaktionen auf Gerüche wurden nicht beobachtet.

Pat. ass, was man ihm gab, anscheinend mit gutem Appetit. Auch in ein Stück Seife biss er wiederholt hinein und verschluckte etwas davon, um allerdings dann schwache Zeichen des Unbehagens von sich zu geben.

Auf schmerzhaft Berührungen reagiert Pat. mit Schreien.

Pat. ist unrein.

Schon wenige Tage nach der Aufnahme wurde von spezialistischer Seite eine Stauungspapille mit frischen Blutungen festgestellt, die im Laufe der Beobachtung noch zunahm.

Die Spinalflüssigkeit zeigte reichliche Leucocyten und ausserordentlich vermehrten Eiweissgehalt.

Ich konnte den Kranken bis zum 1. Oktober beobachten. Er starb am 4. Oktober, nachdem er in den letzten Tagen fast beständig bewusstlos gewesen war und sehr häufige Anfälle klonischer Zuckungen in der gesamten Körpermuskulatur, jedoch beginnend im rechten Arm, gehabt hatte.

Die Sektion und die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab, wie mir Herr Prof. Nissl mitzuteilen die Güte hatte, eine typische progressive Paralyse.

Die Bemerkungen, die wir zur Analyse des beschriebenen Falles zu machen haben, können sehr kurz sein. Was zuerst die Beurteilung des Symptomenkomplexes anbetrifft, den der Kranke darbot, so liegt seine Besonderheit in der ausserordentlichen Einschränkung der motorischen Fähigkeiten. Dabei sehen wir natürlich ab von der Kontraktur des rechten Armes und von der motorischen Aphasie, welche letztere die Deutung des Falles nur sehr erschwert.

Betrachten wir zuerst die Bewegungsfähigkeit des linken Armes, so zeigte dieser keine Zeichen einer eigentlichen hemiplegischen Lähmung. Aber der Kranke schien im wesentlichen nur noch über drei Bewegungsformen dieses linken Armes zu verfügen, das war die Bewegung hinter das Ohr, die Bewegung zum Mund und die Reibbewegung auf dem Kopf. Nur einmal wurde beobachtet, dass er versuchte, ihm gezeigte Gegenstände zu berühren. Die Hand wurde geschlossen, wenn man einen Gegenstand hineinlegte, und dieser Gegenstand dann entweder zum Munde, oder hinter das Ohr geführt.

Ueber den psychischen Zustand des Kranken sind wir infolge der totalen Aphasie nicht unterrichtet. Aber es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass die zweifellos bestehende Demenz — so hochgradig sie auch gewesen sein mag — diese Form motorischer Störung nicht allein zu erklären vermag.

Es bleibt dann zu erwägen, ob diese Verarmung der Motilität im Einklang stand mit der Einschränkung seiner Wahrnehmungen. Dass eine solche bestand, ist wohl sicher, wenngleich ihre Feststellung bei einem Kranken mit so beschränktem Ausdrucksvermögen, wie in unserem Fall, immerhin nur im allergrössten möglich ist. Es ist jedoch anzunehmen, dass der Kranke vollständig sprachtaub war; wenigstens hat er nie eine Aufforderung, die an ihn gerichtet wurde, auch wenn ihre Ausführung ihm möglich gewesen wäre, befolgt. Der Kranke war darüber hinaus sicherlich ferner fast völlig zentraltaub, da ein leichtes Zusammenfahren die einzige Reaktion auf akustische Reize war, die wir bei ihm feststellen konnten. Weiter waren die Geschmacksempfindungen sicherlich sehr

reduziert. Die Schmerzempfindung war erhalten; ob eine Tastlähmung bestand oder nicht, war unmöglich festzustellen.

Von seinen Gesichtswahrnehmungen machte er sicherlich bis zu einem gewissen Grade Gebrauch. Das zeigte sich schon an den Unlustäusserungen, die er bei Verbinden der Augen von sich gab und an der Schwierigkeit, ihn dann zu irgendwelchen motorischen Aeusserungen zu bringen. Auch versuchte er wenigstens bei einer Untersuchung, ihm gezeigte Gegenstände zu berühren, und er machte immer vor Hindernissen Halt und folgte im Gange Vorangehenden. Inwieweit er die Gegenstände erkannte, ist nun der Punkt, der nicht mit absoluter Sicherheit zu bestimmen ist. Es wurde angeführt, dass er immer nur nicht essbare Gegenstände wegwarf und dass er im allgemeinen essbare Gegenstände zum Munde führte; dass bei dieser Reaktion neben dem Gesichtssinn auch der Tastsinn wirksam war, kommt nicht in Betracht für die Folgerung, die uns hier wichtig ist, dass er nämlich eine Reihe von Gegenständen erkannte, und es ist uns weiter sehr wahrscheinlich, dass der Kranke sehr viel mehr erkannte, als streng zu beweisen ist. Denn immer wieder war auffällig die Beweglichkeit des Blickes, bezw. der Augen. Der Kranke verfolgte mit den Augen jeden, der ins Zimmer trat, jeden Gegenstand, den man an seinen Augen vorbeiführte. Diese Beweglichkeit des Blickes, die auch durch Wendungen des Kopfes unterstützt wurde, gab eigentlich dem Krankheitsbilde das Charakteristische durch den Gegensatz, der dadurch zu der Beschränkung der Motilität des übrigen Körpers hergestellt wurde.

Wir möchten daher mit grosser Wahrscheinlichkeit schliessen, dass die Verarmung der Motilität unseres Kranken weder durch die Demenz allein, noch auch durch die etwa bestehende Agnosie zu erklären ist, und das bedeutet dann, dass wir das Wesen der Störung im wesentlichen auf motorischem Gebiete zu suchen haben. Auch waren die Störungen der Motilität ja in der Tat so hochgradig, dass sie aus einer Agnosie gar nicht zu erklären sind, wenn der Kranke z. B. ausser Stande war, ein Brötchen so zu hantieren, dass er es zweckgemäss essen, sondern es nur immer am Munde festhalten konnte. Wir müssen daher unsern Fall in die Gruppe der motorischen Apraxie im Sinne Liepmann's*) einreihen.

Die motorische Apraxie zeigt sich objektiv darin, dass bei erhaltener Bewegungsfähigkeit zweckgemässe Handlungen nicht ausgeführt werden können, wie bei der Aphasie Worte nicht ausgesprochen werden können. Von allen Bewegungen der linken oberen Extremität waren in unserem Fall nun nur drei übrig geblieben. Durch diese weitgehende Beschränkung der Handlungsfähigkeit grenzt unser Fall hart an das Gebiet

*) Ueber Störungen des Handelns bei Gehirnkranken. Berlin 1905.

der Seelenlähmung im Sinne Nothnagel's. Die reine Seelenlähmung, wie ich sie einmal gesehen habe, scheint mir darin zu bestehen, dass der Kranke seine Extremität zweckgemäss überhaupt nicht mehr benutzt, dieselbe Extremität aber bei Gesten, beim Sprechen z. B., anscheinend unwillkürlich, jedenfalls ohne den bewussten Willen des Kranken, ausgiebige und von den normalen kaum abweichende Bewegungen macht. Von normalen Gesten war bei unserem Kranken ja keine Rede. Allenfalls könnte man das Umherfahren auf dem Kopf und das einmal beobachtete Erheben des Armes wie zum Schlage als Ausdrucksbewegungen auffassen. Ganz auffällig war bei unserem Kranken die fast dauernd vorhandene Haltung der linken Hand, welche hinter dem linken Ohr festgehalten wurde, und die fast den Eindruck einer katatonischen Stereotypie machte. Wenn der Kranke auch Gegenstände, die er als essbar zweifellos erkannte, zuweilen hinter das Ohr führte, so ist das wohl zwanglos als eine motorische Entgleisung in die bevorzugte Bewegungsrichtung zu betrachten.

Durch die Kontraktur des rechten Armes war es unmöglich, dessen Handlungsfähigkeit zu prüfen. Zu bemerken ist jedoch, dass vielleicht diese Kontraktur und dadurch die Behinderung des rechten Armes überhaupt erst den Kranken veranlasst hat, mit dem linken Bewegungen zu machen. Es wäre wohl möglich, dass ohne diese rechtsseitige Kontraktur links das Bild einer reinen Seelenlähmung zum Ausdruck gekommen wäre.

Dagegen, dass der Kranke Gegenstände erkannte, könnte man einwenden, dass er den Mund öffnete, auch wenn ihm nicht essbare Dinge gegen die Lippen geführt wurden. Ich habe aber Erscheinungen dieser Art auch bei anderen Apraktischen gesehen. Solche Kranke sind sehr geneigt, auf ihnen durch Gebärden suggerierte falsche Benutzungsformen von Dingen einzugehen, z. B. sich mit einer Schere zu kämmen, auch dann, wenn man Haftenbleiben ausschliesst. Zweifellos liegt in dieser Bewegung eines Gegenstandes zum Munde hin eine Suggestion.

Gar nicht anders denn als motorisch können wieder gedeutet werden die auffallende Unfähigkeit des Kranken, spontan sich aufzusetzen, sich vom Stuhl zu erheben, sich spontan in Marsch zu setzen und rückwärts zu gehen.

Das Krankheitsbild liess auf eine multiple Herdbildung oder auf einen diffusen Krankheitsprozess in der Rinde schliessen. Mit einem Herde war ja die rechtsseitige Kontraktur, die Aphasie und Apraxie neben den Störungen des Gehörs und Geschmacks bei intaktem Facialis gar nicht zu erklären. Als Grundlage eines solchen Prozesses wurde mit Wahrscheinlichkeit eine Lues cerebri angenommen; dazu konnte die Stauungspapille stimmen. Damit stand auch in Einklang der positive

Befund der Lumbalpunktion. Die Sektion fügte zu den Besonderheiten des Falles eine neue, den Befund einer gewöhnlichen progressiven Paralyse.*) Dass Asymbolie bei progressiver Paralyse vorkommen kann, ist bekannt (Wernicke, Heilbronner, Abraham). Ein Fall wie der unsere, in welchem die beschriebene Form der Apraxie durch Monate konstant geblieben wäre, ist jedoch nicht bekannt, ganz abgesehen von der Form der Apraxie selbst. Die einseitige Kontraktur ist ja bei progressiver Paralyse nicht gar so selten. Ein psychischer Status war nicht zu erheben wegen der Aphasie und auch der Apraxie. Was nun aber vor allem verhindert hat, die Diagnose auf progressive Paralyse zu stellen, war die Stauungspapille, die ja ganz allgemein als Beweis gegen progressive Paralyse gilt. Man möchte beinahe glauben, dass, obgleich bei zweimaliger Untersuchung von ophthalmologischer Seite die Diagnose Stauungspapille mit Bestimmtheit gestellt und sogar eine Verschlimmerung konstatiert wurde, hier doch etwas anderes vorgelegen haben könne. Sonst müsste allerdings mit dem Vorkommen von Stauungspapille auch bei progressiver Paralyse gerechnet werden.

Meinem früheren Chef, Herrn Prof. Bonhoeffer, sage ich für die Erlaubnis zur Veröffentlichung des Falles ergebenen Dank.

II. Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 5. Juni 1905.

Bericht von Dr. Max Edel (Charlottenburg).

Die Sitzung fand im Festsaal der Anstalt der Stadt Berlin für Epileptische Wuhlgarten-Biesdorf statt. Die Besichtigung der Anstalt schloss sich daran an.

Tagesordnung:

408) Hebold spricht über die Entstehung und Entwicklung der Anstalt.

Hebold hiess die Gesellschaft willkommen und leitete die Besichtigung mit einer Erläuterung über die Entstehung und Entwicklung der Anstalt Wuhlgarten während ihres nunmehr fast 12jährigen Bestehens ein. Hervorzuheben ist daraus, dass eine Vergrößerung der Anstalt durch zwei Ueberwachungshäuser zur Unterbringung der immer grösser werdenden Zahl der im sicherheitspolizeilichen Interesse untergebrachten Kranken notwendig geworden und aus-

*) Eine genauere anatomische Untersuchung besonders zur Feststellung einer eventuellen Lokalisation des Prozesses wird noch vorgenommen werden.

geführt ist, dass ferner ein Infektionskrankenhaus für Männer und ein solches für Kinder und Frauen eben fertiggestellt worden sind. Die Zahl der Plätze beläuft sich danach auf 1300. Die Anstalt ist voll besetzt und es sind schon eine Anzahl Kranker, um Plätze für Neuaufnahmen zu haben, in eine Privat-anstalt ausgegeben. An der Hand des Planes wurden die einzelnen Gebäulichkeiten und die Einrichtungen der Anstalt besprochen und erwähnt, dass sie im wesentlichen den Eindruck einer Irrenanstalt macht, in der der Unterbringung der Kranken in freiere Verhältnisse ein grösserer Raum gewährt ist.

(Eigenbericht.)

409) **Bratz:** Das Krankenmaterial der Berliner städtischen Anstalt Wuhlgarten.

Für die schwebenden Erörterungen, welche an die Organisation und rechtliche Stellung der neuen Spezialanstalten für Epileptische sich knüpfen, und welche die etwaigen Abweichungen von dem Charakter und der Rechtslage der Irrenanstalten zum Gegenstand haben, schien es uns von Interesse, das Krankheitsmaterial der Berliner Epileptiker-Anstalt Wuhlgarten einer Prüfung zu unterziehen, wie dasselbe sich in den ersten zwölf Jahren ihres Bestehens gestaltet hat.

Es sind hier zunächst Zahlen aus bestimmten Abschnitten der Berichtszeit von der Männerabteilung gegeben. Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt in der Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen.

Nach klinischen Gruppen geordnet, war das Zahlenverhältnis der aufgenommenen Kranken folgendes:

a) Rund 50 Prozent der aufgenommenen Männer litten an echter Epilepsie. Ein nicht unerheblicher Teil dieser echten Epilepsiefälle war mit sekundärem Alkoholismus, ein kleinerer Anteil mit Hysterie kompliziert.

b) 35 Prozent der aufgenommenen Männer litten an Alkoholismus chron. Die Zuweisung nach Wuhlgarten war zumeist dadurch veranlasst, dass Konvulsionen oder wenigstens Schwindelanfälle bei den betreffenden Potatoren aufgetreten waren. Nach Ablauf der schweren Alkoholvergiftungserscheinungen waren die Trinker naturgemäss frei von Anfällen und konnten bei unsern reichen Arbeitseinrichtungen (Landwirtschaft, zwei grosse Werkstätten mit Tischlerei, Schneiderei, Schuhmacherei etc.) und bei der streng in der Anstalt durchgeführten Totalabstinenz der Kranken und Pfleger, hier eine sehr zweckmässige Behandlung und fast durchweg eine weitgehende Besserung ihres Zustandes erfahren.

c) 7 Prozent litten an reiner Hysterie. Während bei rein theoretischer Betrachtung eine Gesundheitsschädigung der Hysterischen durch das Zusammenwohnen mit Epileptischen befürchtet werden konnte (Erschrecken, psychische Infektion), hat sich in der zwölfjährigen Praxis gezeigt, dass niemals eine ernstere Gesundheitsstörung der Hysterischen vorgekommen ist.

Viele Hysterische konnten nach mehrmonatlicher Behandlung als „zeitweise geheilt“ entlassen werden. Allerdings ist das günstige Resultat wohl dadurch beeinflusst, dass das Gros der betreffenden Kranken in offenen Landhäusern (4 in der Anstalt) gepflegt wird, welche je 25 bis 48 Kranke beherbergen und durch ihre Bauart und Zahl eine weitgehendste individuelle Trennung der einzelnen Klassen von Kranken ermöglichen. Diese (im Projekt seiner Zeit vom Geheimrat Sander (Dalldorf) entworfenen) Landhäuser haben sich überhaupt ausserordentlich für das Krankenmaterial der „Epileptiker“-Anstalt bewährt.

d) 3 Prozent der Aufgenommenen litten an Imbezillität oder Idiotie ohne Konvulsionen oder nur mit episodischem Auftreten solcher. Die Imbezillen ohne oder nur mit gelegentlichen Konvulsionen, aber „epileptoider Degeneration“ stammten in letzter Zeit zumeist aus der städtischen Erziehungsanstalt, aus welcher neben echten Epileptikern häufiger derartige Kranke nach Wutanfällen, Selbstmordversuchen oder sonstigen Zeichen psychischer Erkrankung hierher überwiesen wurden.

Für diese Fürsorgezöglinge lag in hiesiger Anstalt die in letzter Zeit viel erstrebte Möglichkeit psychiatrischer Aufsicht und Beschäftigung (Erlernung eines Handwerks) vor. Leider konnte diese theoretisch-ideale Behandlung in Wirklichkeit nur einem Teil der Fürsorgezöglinge zugute kommen, weil diese in hohem Grade zu Entweichungen neigen und deshalb häufig in geschlossenen Häusern gehalten werden mussten.

e) Organische Erkrankungen des Nervensystems 3 Prozent.

f) Paralyse.

g) Einfache Seelenstörung und sonstige Erkrankungen je 1 Prozent.

Die rechtliche Stellung der Anstalt gegenüber ihren Kranken ist im Wesentlichen abhängig von dem Geisteszustande derselben. In der Irrenanstalt ist allein durch die Bedingungen der Aufnahme fast jeder Aufgenommene als geisteskrank gekennzeichnet. Erst im Laufe der Behandlung hat vielleicht der Arzt die Frage zu prüfen, ob der Zeitpunkt geistiger Gesundung eingetreten ist, der einen etwaigen Entlassungswunsch zu einem rechtlich unabweisbaren macht. Anders in der Epileptikeranstalt. Schon bei jeder Aufnahme erhebt sich die gutachtliche Frage, ob der Betreffende gemäss den preussischen Bestimmungen der Staatsanwaltschaft des zuständigen Landgerichts als geisteskrank anzuzeigen ist, oder ob er als geistesgesund solcher Anzeigepflicht nicht unterliegt.

Diese Entscheidung, ob die Anstalt die Rechte und Pflichten einer Irrenanstalt oder eines Krankenhauses dem Kranken gegenüber hat, wiederholt sich weiterhin bei jedem Schritt. Die Detinierung in geschlossenem Hause, Verweigerung der Entlassung, Verfügung über Schriftwechsel, über Vermögensobjekte verlangt in vielfachen, täglich sich ereignenden Fällen, vom Arzte diese Entscheidung. Und wenn, um ein Beispiel herauszugreifen, auch nur ein geistesklarer, aber gereizter Epileptiker nach der Aufnahme sich weigert, seiner Ehefrau zu der verschlossenen Wohnung die Schlüssel herauszugeben? Diesen Fragen hat naturgemäss der Leiter unserer Anstalt, mein verehrter Chef, Herr Direktor Hebold, seine besondere Aufmerksamkeit zugewendet. Auf seine Anregung habe ich seit einer Reihe von Jahren den Geisteszustand der in die Anstalt eintretenden Männer nach den verschiedensten Richtungen, insbesondere auch auf die Geschäftsfähigkeit erwogen.

Die in der Literatur niedergelegten Berechnungen, wie viel Epileptiker als geistesgesund anzusehen sind, so besonders die Arbeiten von Wildermuth, Habermaas, Pelmann, Turner liefern uns zwar wertvolle Anhaltspunkte, aber alle scheinen mir zu einseitig allein den bekannten intellektuellen Verfall, insbesondere den des Gedächtnisses bei Epileptischen zu berücksichtigen.

Die neueste sehr sorgfältige Statistik von Turner ist in einer englischen Arbeitskolonie für Epileptiker erhoben, welche alle im Laiensinne geistesranke Epileptiker von der Aufnahme ausschliesst. Turner teilt nach dem Grade des intellektuellen Verfalls die Epileptiker in vier Klassen ein, in 1. Intellektuell-

Normale, 2. Gedächtnisschwache, 3. geistig Geschwächte und 4. Verblödete. Er findet in der ersten Klasse, derjenigen der Intellektuell-Normalen, ebenso wie Habermaas $13\frac{1}{2}$ Prozent.

Wenn wir für die Erfordernisse des praktischen Lebens und nach rechtlicher Beziehung die Epileptiker in Klassen geistiger Gesundheit und Krankheitsgrade einteilen wollen, müssen wir unseres Erachtens neben dem geistigen Verfall alle übrigen interparoxysmellen wie Anfallserscheinungen berücksichtigen. Zunächst ist wichtig die krankhafte Erregbarkeit. Um ein Beispiel zu geben: Ein Spätepileptiker, der nach wenigen Jahren der epileptischen Erkrankung zwar nur wenig gedächtnisschwach geworden ist, aber in seiner Erregbarkeit und Verstimmung, weil Arzt und Ehefrau gegen die Entlassung aus der Anstalt sind, die früher ehrerbietig behandelten Aerzte beschimpft und die Jahre lang geliebte und geschätzte Frau in niedriger Weise schmätzt, ein solcher Epileptiker ist durch seine krankhafte Erregbarkeit, die vorübergehend auch sein Urteil beeinflusst, dem praktischen Leben gegenüber schon ziemlich insuffizient. Des weiteren verdient für die Beurteilung der Abweichung von der Gesundheitsbreite neben der Erregbarkeit die sonstige Nervenschwäche Berücksichtigung; leichte Ermüdbarkeit und vornehmlich die Widerstandsunfähigkeit oder Resistenzlosigkeit gegenüber dem Alkohol.

Neben diesen interparoxysmellen Symptomen werden wir aber für die Abschätzung des Geisteszustandes die Anfälle selbst durchaus nicht vernachlässigen. Häufigkeit der Anfälle, die Dauer der nachfolgenden Benommenheit, Dauer und Häufigkeit etwaiger akuter epileptischer Psychosen werden mit zur Abwertung der gesamten psychischen Leistungsfähigkeit herangezogen werden.

Bei einer solchen Verwertung aller interparoxysmellen und aller Anfalls- oder Aequivalenterscheinungen können wir natürlich die Epileptiker nicht nach Intelligenzklassen einteilen.

Um alle Krankheitserscheinungen berücksichtigen zu können und den Bedürfnissen der Praxis dabei zu genügen, sind wir zu drei Klassen gekommen:

Auf der einen Seite die geistig Gesunden I, dahin sind die leichtesten Grade von Gedächtnisschwächung oder Erregbarkeit mit einbezogen.

Auf der andern Seite stehen diejenigen Epileptiker, welche durch die Schwere einer oder meist mehrerer Krankheitserscheinungen in ihren Kombinationen im Sinne des Bürgerlichen Rechts nicht mehr fähig sind, ihre Angelegenheiten zu besorgen (III), welche entmündigt werden können.

Zwischen beiden steht eine Klasse II; Kranke, welche vorübergehend (z. B. zur Zeit der Aufnahme) oder dauernd als geistig erkrankt zu bezeichnen sind, bei denen aber die geistige Erkrankung oder Schwächung nicht derartig ist, dass der Betreffende in Betrachtung seines Gesamtlebens entmündigt werden könnte.

Nach einer sorgfältigen Prüfung der aufgenommenen echten Epileptiker des Jahres 1904 — dies Jahr ist gewählt, weil es einerseits noch nicht zu weit zurückliegt, andererseits schon eine längere Beobachtung der Aufgenommenen verbürgt — ergibt sich folgendes.

Aufgenommen 202. Davon waren:

I. Geistig gesund oder wenigstens so intakt, dass sie dem Staatsanwalt nicht angezeigt wurden, $32 = 15,8$ Prozent.

II. Geistig erkrankt, aber geschäftsfähig $67 = 33\frac{1}{6}$ Prozent.

III. Geschäftsunfähig $103 = 50,9$ Prozent. (Eigenbericht.)

410) **Veit:** Die Verletzungen bei Epileptikern und ihre Verhütung.

Vortr. schildert die in der Anstalt Wuhlgarten gebräuchlichen Schutzmassnahmen gegen Verletzungen der Epileptiker. Ausser den allgemein üblichen Schutzvorrichtungen gegen Verletzungen (wie niedrige Betten mit Seitenwänden, Vermeidung von Federkissen, geschützte Oefen oder Heizvorrichtungen etc.) sind noch besonders zu erwähnen: Schutzkappen für Kopf, Kinn, Ellbogen und eine Bandage gegen habituelle Luxation. So einfach diese verschiedenen Schutzapparate auch sind, so ist es doch dadurch gelungen, die Epileptiker vor Verletzungen im Anfall zu bewahren. Und dass dies der Fall sein kann, beruht auf der bemerkenswerten Tatsache, dass die Epileptiker gewöhnlich auf ein und dieselbe Körpergegend oder nach einer Seite fallen.

Vortr. demonstriert dann während der auf die Vorträge folgenden Besichtigung der Anstalt Wuhlgarten die besprochenen Schutzvorrichtungen an den verschiedenen Kranken. (Eigenbericht.)

411) **Leubuscher:** Vorstellung eines Falles von simulierter Epilepsie.

Rudolf Br., 1864 geboren, gab mehrfach an, dass ein Bruder seines Vaters und sein eigener ältester Bruder geisteskrank gewesen seien. Vom 12. Lebensjahre an sind bei ihm Krämpfe beobachtet worden und seitdem wurde Br., der vorher wegen seiner Faulheit und Liederlichkeit oft von Eltern und Lehrern bestraft worden war, als unnormal angesehen und man verlangte nichts mehr von ihm. Nach kurzer Lehrzeit bei einem Schornsteinfegermeister kam Pat. wegen seiner fortgesetzten dummen Streiche in das Wilhelmsstift zu Potsdam, dann nach Dalldorf auf die Idiotenabteilung, wo er 1884—1887 verblieb. Nach kurzem durch eine Flucht erreichten und mehrfach zu Diebstählen benutzten Aufenthalt draussen wurde er wieder nach Dalldorf auf dieselbe Abteilung zurückgebracht. Jetzt gefiel es ihm hier nicht mehr, und zugleich beginnen wieder seine Krampfanfälle, die mehrere Jahre cessiert hatten. Sie dauern vom März 1888 ungefähr bis zum Anfang des Jahres 1889 in Intervallen von im Durchschnitt zehn Tagen fort. Die nächsten Jahre verbrachte Pat. im wesentlichen auch in Dalldorf mit Ausnahme eines kurzen Aufenthaltes bei Achtziger in Charlottenburg und einiger in völliger Freiheit verbrachter Monate. Bis Juli 1893 nur zwei Anfälle.

Vom 26. 7. 1893 bis 7. 2. 1894 in der Irrenanstalt Herzberge. Dort ruhiges Verhalten, von Zeit zu Zeit Krampfanfälle.

Am 7. 2. 1894 nach der Anstalt für Epileptische zu Wuhlgarten. Ein Jahr lang hier Aufenthalt ohne Krampfanfälle, dann folgen sieben Jahre des Lebens in der Freiheit, in denen von ungemein vielen, ziemlich schwachsinnigen Diebstählen berichtet wird. Während dieser Zeit auch einige Krampfanfälle im Hause seines Schwagers. 1902 wieder nach Wuhlgarten. Hier enthüllte er, da er lieber wieder nach Herzberge wollte, den Aerzten, dass er seine Krampfanfälle immer nur simuliert habe, um irgend etwas damit zu erreichen. Auf Befehl produzierte er sich in höchst geschickter Weise.

Br. wird jetzt vorgeführt und stürzt während der Unterhaltung mit ihm plötzlich nieder: kurzdauernde klonische Krämpfe, dann tonische, Augen extrem nach oben gedreht, auf Nadelstiche keine Reaktion, rötlicher Schaum vor dem Munde. Dauer des Anfalls ungefähr eine Minute.

Das Bemerkenswerte an diesem Falle ist die lange Dauer (26 Jahre), in der Br. seine Simulation von Kindheit an aufrecht erhalten hat. Dass er

wirklich kein Epileptiker ist, geht, abgesehen von seinem Selbstbekenntnis und der beliebigen Wiederholung seines Anfalls, aus der Bestimmtheit hervor, mit der Br. jeden einzelnen in der Krankengeschichte aufgeführten Anfall begründen kann. Gelernt hat er es als Kind durch die epileptischen Anfälle eines Nachbarn. Zuerst hat er als Knabe simuliert, um Freiheit und Nachsicht in der Schule zu erlangen, später um Straffreiheit oder innerhalb einer Irrenanstalt die Verlegung auf eine ihm angenehmere Abteilung zu erreichen. Einige Anfälle ausserhalb der Anstalt zur Erlangung einer Armenunterstützung.

Die Angaben über familiäre Belastung sind, wie er jetzt behauptet, auch von ihm erfunden worden. (Eigenbericht.)

Hebold bemerkt, dass es der zweite Fall von Simulation in zwölf Jahren ist; der andere betraf auch einen Schwachsinnigen.

Birnbaum: Vor 20 Jahren stellte Westphal einen Epileptiker vor. Während er über die Epilepsie sprach, fiel der Vorgestellte plötzlich nieder und stellte die ganzen Phasen des epileptischen Krampfanfalles mit heftigem Aufschlagen des Kopfes, Schaum vor dem Munde etc. noch besser dar, als der hier zeigte Fall. Dann sagte Westphal: Bitte, stehen Sie auf, ich danke Ihnen.

Leubuscher erwähnt, dass sein Patient sogar blutigen Schaum vor den Mund bekommt.

412) Schmidt: Demonstration.

Die aufgestellten Präparate stammen von einer 46jährigen epileptischen Paranoica, welche im Juli vorigen Jahres hierselbst verstarb.

Die ersten Zeichen der Erkrankung gaben sich kund im Juni 1900 durch Hinken mit dem rechten Fuss. Als bald traten hinzu Schwäche in den Beinen, Spasmen, Kontrakturen, Sensibilitätsstörungen, Steigerung der Patellarreflexe etc., so dass die Kranke im Verlaufe von etwa zwei Monaten nicht mehr gehen konnte und dauernd das Bett hüten musste.

Die Sektion ergab nun zwei Hauptbefunde: erstens an ganz symmetrischen Stellen der beiden mittleren Schädelgruben je einen etwa erbsengrossen subduralen Tumor; zweitens einen solchen von Haselnussgrösse, ausgehend von der Dura des Dorsalteils des Rückenmarks, welcher an dieser Stelle eine hochgradige Querschnittsdegeneration der Fasern mit entsprechendem Nervenschwund in auf- und absteigender Richtung zur Folge hatte.

Durch die mikroskopische Untersuchung erwies sich die erstgenannte Geschwulst als fibröses Gewebe, welches von einer Unzahl kleiner, runder, intensivfärbbarer Kugeln — Psammomkugeln — durchsetzt war. Der Rückenmarkstumor bot ein gleichartiges Bild dar, jedoch mit dem Unterschiede, dass hier die Kugeln sehr spärlich auftraten und das fibröse zellenarme Gewebe bei weitem überwog. Auch an anderen Stellen der Dura des Rückenmarks — weit ab von dem eigentlichen Tumor — fanden sich im mässig gewucherten lockeren Bindegewebe zahlreiche Psammomkörper.

Im gefärbten Präparat (van Gieson) boten diese Psammomkörper ein prächtiges Bild dar: konzentrisch geschichtete Scheiben mit einer Art Lumen in der Mitte, welches vielfach nur beim Spielen der Mikrometerschraube hervortritt; die periphere Zone wie die in hyaliner Entartung begriffene Adventitia aussehend. Einzelne dieser Figuren zeigten in der Mitte ein deutliches Lumen mit hellgelb aussehendem krümligem Inhalt und unterschieden sich nur durch die solide Veränderung der Schichten von einem lebenden Blutgefässe. An

anderen Figuren endlich sah man seitlich abzweigende kolbige Aussackungen. Kurzum, das Ganze machte den Eindruck, als ob es sich um Veränderungen handelte, die aus Gefässresten oder Gefässelementen hervorgegangen waren.

Ob die Identität der beiden Tumoren, das genau symmetrische Auftreten der erstgenannten in den mitleren Schädelgruben, endlich das zerstreute Vorhandensein von Psammomkörpern in der Dura fernab vom Tumor auf eine in der kongenitalen Anlage begründete Anomalie zurückzuführen ist, lässt sich nicht entscheiden. (Eigenbericht.)

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 24. Juni 1905.

Bericht von Dr. Max Edel (Charlottenburg).

413) Seiffer: Klinische Demonstration.

Seiffer stellt einen Fall von rezidivierender Geisteskrankheit vor, welcher nach vielen Richtungen von besonderem Interesse ist.

Es handelt sich um einen 35jährigen Steueraufseher, welcher hereditär erheblich belastet ist. Bereits in seiner Jugend trat eine Reihe von psychopathischen Momenten zutage: eine mehrere Jahre lang anhaltende melancholische Verstimmung infolge des Selbstmordes seines Vaters, eine Sammelwut, die sich auf die verschiedensten Dinge erstreckte, eine Neigung zur Absonderung von seinen Kameraden, eine gewisse Selbstüberschätzung, regelmässige Führung eines Tagebuches 18 Jahre hindurch bei ganz unbedeutenden Erlebnissen, leichte Erregbarkeit des Brechzentrums, z. B. beim Anblick von Blut, migräneartige Anfälle, beim Militär auch ein Anfall von (nicht sicher) epileptoidem Charakter. Ferner hat er seit dem Alter von 9—10 Jahren mehrfache Kopf- und andere Verletzungen durchgemacht, in deren Gefolge es wiederholt zu kurzen vorübergehenden Verwirrheitszuständen gekommen ist.

Die einzelnen, seit seinem 24. Lebensjahre aufgetretenen psychischen Erkrankungen verteilen sich auf folgende Zeiträume:

1. Erkrankung: 25. II. 1894 bis Anfang IV. 1894 } psychiatr. Klinik Breslau u.
2. „ Ende IV. 1894 bis 29. I. 1896 } Prov.-Irren-Anstalt Kosten,
3. „ Sommer 1900: ca. 4 Wochen Dauer;
4. „ VII. 1902 bis X. 1902; Köpenicker Krankenhaus,
5. „ VII. 1903 bis Ende August 1903; Breslauer Irrenanstalt,
6. und jetzige Erkrankung: Ende April bis Ende Mai 1905.

Die erste Erkrankung im Jahre 1894 trat nach einem sehr anstrengenden Dienst als Grenzaufseher auf. Pat. hatte im Anschluss daran einen Schwindelanfall mit Bewusstlosigkeit und Erbrechen, war aber in den nächsten Stunden nachher noch gesund, bis er sich infolge der ungerechten Beschuldigung der Trunkenheit und infolge der sofortigen Dienstentlassung ungemein stark aufregte. Dann erst, aber noch am gleichen Tage, bekam er einen Verwirrungs-zustand mit zahlreichen Wahnvorstellungen, Illusionen und Halluzinationen, indem er tagelang planlos in verschiedenen Städten umherirrte und schliesslich im Dämmerzustande der Breslauer Irrenklinik zugeführt wurde. Dasselbst trat

bereits nach wenigen Wochen völlige Genesung ein, bis er infolge einer neuen psychischen Erregung Ende April 1894 abermals erkrankte (Tobsuchtsanfall, massenhafte Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Nahrungsverweigerung, Selbstmordversuche, Amnesie für mehrere Monate, Ueberführung nach der Prov.-Irren-Anstalt Kosten). Auch die folgenden Anfälle psychischer Erkrankung tragen diesen Charakter: halluzinatorische Erregungszustände mit zahlreichen Wahnvorstellungen persekutorischer (und immer derselben) Art wie früher; wiederholt auch Dämmerzustände innerhalb der halluzinatorischen Erregungszustände mit vollkommener Amnesie, während für die übrigen Zeiten der Erkrankungen eine sehr scharfe Erinnerung besteht. Auch bei der jetzigen Erkrankung wurde Pat. im Dämmerzustande in die Charité aufgenommen, nachdem er von der Polizei im Berliner Tiergarten aufgenommen worden war. Dieser jetzige Dämmerzustand dauerte, soviel bekannt, etwa 10 bis 14 Tage. Pat. wusste nicht, wie er von ausserhalb hierher gelangt ist. Er war zunächst vollständig mutazistisch, hatte eine totale Analgesie des ganzen Körpers, teilweise fehlende Schleimhautreflexe, einen Druckpunkt in der Iliacalgegend und Hyperalgesie in der Umgegend des letzteren. Nach einigen Tagen fing er an, auf Fragen schriftlich zu antworten, dann auch mündlich. Es ging daraus hervor, dass er zunächst noch desorientiert war und zahlreiche Halluzinationen und Wahnvorstellungen derselben Art, wie bei seinen früheren Erkrankungen, hatte. Ganz allmählich trat dann völlige Klarheit, Freisein von Sinnestäuschungen und Wahnideen und retrospektive Krankheitseinsicht ein. Nach Besprechung einiger symptomatologischer Gesichtspunkte kommt Votr. zu dem Schlusse, dass es wohl am nächsten liege, in dem vorgestellten Falle als Diagnose eine rezidivierende akute halluzinatorische Paranoia auf der Grundlage einer degenerativen, hysterisch-epileptischen Veranlagung anzunehmen.

Wegen des allgemeinen psychopathologischen Interesses wird der Fall an anderer Stelle ausführlich publiziert werden. (Eigenbericht.)

Liepmann fragt, ob Gründe vorliegen, den Namen hysterische Dämmerzustände für den interessanten Fall abzulehnen, der doch mehrfach auftretende Bewusstseinsstörungen auf hysterischer Basis zeige. Der Name Paranoia sei doch für chronische mit kontinuierlichen Wahnbildungen einhergehende Psychosen ursprünglich gebraucht.

Seiffer entgegnet, der Zustand habe mehrere Jahre gedauert und die akute halluzinatorische Paranoia könne in Zeit von Tagen, Wochen und Monaten ablaufen. Fast immer bestand erst geistige Gesundheit, dann Geisteskrankheit, die als halluzinatorische Verwirrtheit, Amentia oder halluzinatorische Paranoia bezeichnet werden müsse. Darauf hat sich jedesmal ein Dämmerzustand von bestimmter Dauer eingestellt, dann trat wieder der halluzinatorische Erregungszustand ein, der allmählich wieder in den normalen übergang.

Liepmann will auf das Wort Dämmerzustand keinen Wert legen, wenn von hysterischer Psychose in diesem Fall die Rede sei, deren Charakter als periodischer halluzinatorischer Erregungszustand aufzufassen sei, womit Seiffer übereinstimmt.

414) Rauschke: Begleitdelirien.

Einleitend gibt Votr. eine Definition der Begleitdelirien, als vorzugsweise auf intellektuellem Gebiete sich abspielender geistiger Störungen, welche durch

im Körper wirkende Schädlichkeiten hervorgerufen wurden, und welche in ihrem Verlauf und in ihrer Schwere von der fortlaufenden und mehr oder weniger intensiven Einwirkung des betreffenden Agens abhängig seien, und erwähnt dann die verschiedenen Formen: Infektions- oder Fieber-, toxische, Defervesenz- oder Kollaps- und Inanitions-Delirien, zwischen denen Uebergangsformen beständen.

Aus der Fülle der Begleitdelirien greift er diejenigen bei Kompensationsstörungen des Herzens und bei chronischen Nierenkrankheiten heraus und teilt zwei diesbezügliche Fälle mit. In dem einen Falle handelt es sich um einen 54jährigen Arteriosklerotiker mit Mitralinsuffizienz, Myocarditis und Kompensationsstörungen. In der Anamnese war Lues nachgewiesen; die Kniephänomene fehlten. Neuritis oder Symptome von Delirium potatorum bestanden nicht. Er zeigte leichte Delirien im Sinne von Halluzinationen und Illusionen, die gelegentlich zur Verkennung der Umgebung führten.

Die zweite Mitteilung betrifft einen 62jährigen Biertrinker mit Arteriosklerose, Aorten-Aneurysma, Aorten-Insuffizienz und Stenose und Hypertrophie beider Herzventrikel, Stauungserscheinungen im ganzen Körper, namentlich auch von Seiten der Nieren. Die Obduktion ergab ausserdem chronische Leptomeningitis. Auch hier war Alkoholdelirium ausgeschlossen. Der Kranke hatte schwere Delirien im Sinne von Halluzinationen und Illusionen und schwere Inkohärenz; daneben bestand Hemmung. Die Affektlage entsprach dem Ablauf der Ideenassoziation.

In beiden Fällen handelte es sich um toxische Delirien infolge mangelnder Nierentätigkeit, welche zu ihrem Ausbruch einer Vorbereitung des Körpers bedurften, in dem einen Falle durch überstandene und nicht spurlos vorübergegangene Lues, in dem anderen durch Schädigung des Körpers infolge chronischer Alkohol-Exzesse.

Votr. glaubt, dass, wie in diesen beiden und einem dritten von ihm nicht ausführlich mitgeteilten Falle, wo bei einer Kranken mit hochgradiger Anämie und chronischer Nephritis sich ohne Temperatursteigerung kurz vor der Entbindung bis ins Puerperium reichende Delirien einstellten, die Begleitdelirien im allgemeinen zu ihrer Entstehung zwar einer auslösenden Ursache bedürfen, aber auch eine Prädisposition irgendwelcher Art nötig haben; dass es sich in seinen Fällen nicht um reine urämische Delirien handelte, dafür spricht ihm das völlige Fehlen des Fürstner'schen Symptoms.

Zum Schluss bespricht er kurz die Differentialdiagnose zwischen Begleitdelirien einerseits und akuter halluzinatorischer Paranoia sowie Meningitis andererseits. (Eigenbericht.)

Ziehen bemerkt, dass in beiden Fällen das Bild des Delirium tremens namentlich in körperlicher Beziehung nicht vorgelegen habe; dadurch bekämen dieselben erst ihren Wert.

415) **Lipmann:** Psychose der Mutter und Psychose der Tochter mit Krankenvorstellung.

L. gibt einen Beitrag zur Erblichkeitsfrage. Gegen die alte Lehre vom Polymorphismus, dass die verschiedensten Nerven- und Geisteskrankheiten bei aufeinander folgenden Generationen auftreten können, sei neuerdings Widerspruch erhoben und die Lehre von der gleichartigen Vererbung aufgestellt worden, zuerst von Sioli. Dann hat Vorster auf Grund einer grossen Statistik in Stefanfeld eine Arbeit veröffentlicht mit dem Ergebnis, die alte Lehre vom

Polymorphismus wäre dadurch bedingt, dass man zu enge Zustandsformen ins Auge gefasst habe. Wenn man die Kraepelin'schen Gruppen des manisch-depressiven Irreseins, der Dementia praecox etc. ins Auge fasse, dann zeige sich eine gleichartige Vererbung mit Ausnahme von der senilen Demenz, bei der die Vererbung eine degenerative sein könne. Man könne, führt L. aus, natürlich nur an grossem Material eine Entscheidung bekommen. Aber dieses Material müsse aus Fällen bestehen, die sehr einwandfrei in ihrer Auffassung dastünden. Am besten wären Fälle geeignet, in denen eine gründliche Krankengeschichte der Aszendenz und jahrelange Beobachtung der Deszendenz vorliege. Dies sei der Fall bei Mutter und Tochter, welche vorgestellt werden. Aus der Zusammenfügung von Krankengeschichten aus vier Anstalten komme hier ein lehrreiches Bild von dem Leben zweier Generationen einer psychopathischen Familie zustande. Die Mutter erkrankte vor 30 Jahren an schweren hysterischen Erscheinungen, Lach- und Weinkrämpfen, manischen Zuständen. Als 20jähriges Mädchen bekam sie Selbstmordideen, zahlreiche Sinnestäuschungen, Astasie und Abasie, Masseterenkrämpfe, musste acht Tage mit der Sonde gefüttert werden, wobei sie die Flüssigkeit selbst aufsaugte. Ein zirkulärer Verlauf machte sich bemerkbar. Zeiten motorischer Erregung wechselten mit depressiven Phasen, in denen sie die Nahrung verweigerte. Nach 8 Monaten wurde sie gleichmässig, fleissig und konnte entlassen werden. Zum Schluss knüpfte sie ein Liebesverhältnis mit einem Wärter an. Die Erotie spielte eine wesentliche Rolle in der Krankheit der Mutter. Nach einiger Zeit, da sie der Pfleger nicht heiraten wollte, wurde sie unter gehäuften Masseterenkrämpfen, klonischen allgemeinen Krämpfen in dieselbe Anstalt eingebracht. Hier blieb sie zwei Jahre. Sie schluckte in Massen Nadeln, war schwer krank, tobte, musste zeitweise in Seegras nackt isoliert gehalten, mit der Sonde gefüttert werden, hatte wieder Schwankungen zwischen exaltativem und depressivem Verhalten. Nach ihrer Entlassung kam sie bald wieder aus eigenem Antrieb zurück, wurde von einem Wärter der Anstalt geschwängert. Ein dritter Wärter hat sie geheiratet. Aus der Ehe mit diesem ging die zweite Patientin als drittes Kind hervor. Als 1899 beide Töchter gleichzeitig gravide wurden, erhob sich das Gerücht, der Vater habe die Mutter veranlasst, die Abtreibung vorzunehmen und der Vater wurde verhaftet. Hierauf verlor die Mutter das Gleichgewicht; nach 18jähriger Freiheit trat von neuem eine Psychose auf und sie wurde nach Herzberge gebracht. Hier wurde ohne Kenntnis der früheren Krankengeschichte die Diagnose Hysterie gestellt. Einschränkung des Gesichtsfeldes, Hypalgesie, ein charakteristischer Anfall mit Opisthotonus etc. wurden beobachtet. Nach zwei Monaten erklärte sie, simuliert zu haben, auf Rat eines Rechtsanwaltes, und erbot sich, einen Anfall vorzumachen. Bei der Ausführung glaubte sie aber Menschen auf sich eindringen zu sehen, drängte urteilslos auf Entlassung, die erst nach mehreren Monaten gewährt werden konnte. Sechs Jahre blieb sie seither gesund, obgleich die geistige Erkrankung ihrer Tochter sich ereignete, und zwar 1½ Jahr später. Diese war nur wenig imbezill, musste schon als Kind grundlos weinen und lachen, liess unter sich, sah Engel, hatte Schlangen im Leib, nannte die Eltern H In der Charité begann sie zu grimassieren, zeigte Echolalie, Echopraxie, Negativismus und Ratlosigkeit. In Dalldorf wurde über fünf Jahre seither die Krankengeschichte geführt. Sie wies dreierlei Zustände auf, einen stuporösen mit Mutazismus und vollkommen fehlender Initiative,

zweitens einen, in dem sie sprach, verhältnismässig ruhig war, aber voll von Wahnideen und Sinnestäuschungen, unfähig war, ihre Umgebung aufzufassen, dazwischen wütende Erregungszustände offenbar unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen. Sie ist in den fünf Jahren nie klar gewesen. Die Krankheit hatte einen progressiven Verlauf. Denn die Zeichen von einem geistigen Leben wurden immer geringer, Sinnestäuschungen, Affekte liessen nach, vollkommene Interesselosigkeit und Gemütsverblödung traten auf. Besonders auffällig war die stärker werdende Stereotypie. Sie lacht alle paar Minuten einmal auf, macht immer Bewegungen, als wenn sie die Haare zurechtstreifen wollte, was nie geschieht, der Blick haftet an keinem Gegenstand mit Interesse, sie spricht nicht, unterlässt alle Initiativbewegungen, hat keine hysterischen Züge, nur eine Hypalgesie, erträgt grosse Hitzegrade. Bei einem Teil der Fragen sagt sie: ich weiss nicht, bei einem Teil spricht sie vorbei, auf einen dritten geht sie gar nicht ein. Das Vorbeireden hat keinen negativen Charakter und ist auch nicht dem Ganser'schen Dämmerzustand entsprechend. Es besteht eine ungeheure Denkfähigkeit, wie sie bei den Verblödungsprozessen in der Pubertät häufig ist. Eine Schriftprobe lässt Verbigeration deutlich erkennen.

Es handle sich also zweifellos um eine Mutter, die an einer Reihe von hysterischen Psychosen im Leben gelitten hat. Die Tochter hat ein nicht voll entwickeltes Gehirn, etwas grossen Kopf, ist von Haus aus eine Imbezille. In der Pubertät ist eine Psychose aufgetreten, die mit Echolalie, Echopraxie, Katalapsie, Stereotypie, läppischem Wesen, vollkommener Interesselosigkeit einhergeht und alle Züge für eine deletäre Verblödung aufweist. Während die Mutter an reparablen Gehirnstörungen, an Reizsymptomen litt, liegt bei der Tochter ein angeborener Defekt und auf dem Boden desselben eine Störung vor, die als Hebephrenie oder Dementia praecox zu bezeichnen ist. Gleichartig ist ein erotischer Zug bei beiden, die anfallsweise auftretende Hypalgesie, die schweren Affektentladungen und einzelne anfallsweise auftretende Zustände hysterischer oder katatonen Art. Durch diese Fälle werde Vorster's Annahme, dass die Vererbung eine gleichartige sei, nicht gestützt.

III. Bibliographie.

CVIII) **Hugo Ribbert**: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie. II. Auflage 1905. C. W. Vogel, Leipzig. 658 S.

Das vorliegende Buch, dem 398 Figuren beigegeben sind, erscheint nach Art der Darstellung und nach Umfang besonders geeignet, dem Mediziner, dem es nicht möglich ist, mit den Einzeltatsachen der Pathologie stets auf dem Laufenden zu bleiben, als zuverlässiger Berater zu dienen. Für den Psychiater und Neurologen, den ja sein Spezialfach gar leicht vom Seziertisch und Laboratorium weit abführt, ist das Ribbert'sche Lehrbuch mit seiner klaren und anschaulichen Erläuterung der allgemein-pathologischen Vorgänge, deren Verständnis kein Arzt entbehren kann, besonders wertvoll.

Eine Einleitung gibt Allgemeines über Entstehung und Wesen der Krankheiten. Ein kurzes präzises Kapitel schildert sodann die Probleme der Ver-

erbung. Dann folgt ein historischer Abschnitt über die Entwicklung der Lehre vom Wesen der Krankheiten. Die nächsten Abschnitte handeln von den Schädlichkeiten, deren Einwirkung Veränderungen im Körper zur Folge haben kann, von ihrem Vorkommen und Eindringen in den Körper. Dem 7. Abschnitt: Disposition und Immunität, Schutzimpfung ist ein Anhang beigegeben, der einige Ausführungen über den Begriff der Krankheitsursachen bringt. Kapitel IX erörtert die Einwirkung der einzelnen Schädlichkeiten auf den Körper. Sodann folgen: die Bedeutung der Organveränderungen für den übrigen Körper; die Störungen des Kreislaufs, die Wirkungsweise der Schädlichkeiten und die Einlagerung verschiedener Substanzen in die Gewebe; die regressiven Veränderungen und der Tod der Gewebe; über Wachstumsvorgänge im Anschluss an primäre Gewebeveränderungen; Spezifität, Metaplasie und Rückschlag; Entzündung, Missbildungen; die pathologische Erweiterung von Hohlräumen und die Bildung von Zysten; die Geschwülste. Mit einigen allgemeinen Ausführungen über die Grundlagen der Krankheiten („Krankheiten beruhen immer auf Herabsetzung oder Vernichtung funktioneller Vorgänge“) schliesst das Buch, dem ein eingehendes Sachregister beigegeben ist. Gaupp.

CIX) Erdheim: Ueber Hypophysenganggeschwülste und Hirncholesteatome. Wien 1904. 190 Seiten (1 Tafel und 41 Textfiguren).

Die Grundlagen dieser wertvollen Arbeit sind die sorgfältigen pathologisch-anatomischen und embryologischen Kenntnisse des Verf. und eine klare Uebersicht über die einschlägige Literatur.

Die in den beiden ersten Kapiteln behandelten Untersuchungen über die normale Histologie und Entwicklung der Hypophyse und ihrer Umgebung haben als wesentlichstes Resultat ergeben, dass das Vorkommen von Plattenepithelien in der Hypophyse des Erwachsenen keine Rarität ist — wofür man es früher hielt —, sondern ein häufiger Befund. Dieselben liegen im Fortsatz und in der oberen Fläche des Hypophysenvorderlappens, also dort, wo beim Embryo der Hypophysengang am Vorderlappen inseriert. Es erscheint daher berechtigt, diese Epithelhaufen als Reste des Hypophysenganges aufzufassen.

Diese Plattenepithelbefunde einerseits, und andererseits die in der Literatur öfters ausgesprochene Vermutung, die intracraniellen Cholesteatome nähmen ihren Ursprung vom Epithel der Hypophysentasche, mussten den Anlass geben zu den Untersuchungen, welche Beziehungen zwischen diesen Plattenepithelhaufen der Hypophyse und den Hirncholesteatomen bestehen. Verf. beantwortet in einem 3. Abschnitte, der vorwiegend pathologisches Interesse hat, diese Frage dahin, dass die Cholesteatome nicht von den Plattenepithelresten des Hypophysenganges abstammen. Aus letzteren (Kapitel 4) entwickeln sich vielmehr Geschwülste, die topographisch und histologisch gut umschrieben sind. Ihr Ausgangspunkt ist entsprechend dem Vorkommen der Plattenepithelhaufen das Infundibulum oder die Hypophyse. Diese Hypophysenganggeschwülste können benign oder malign sein; auffallend ist, dass die malignen Tumoren häufig bei jugendlichen Individuen gefunden wurden, „ein für Carcinome gewiss ungewöhnliches Verhalten“. Von den sieben Fällen, die der Verfasser in anschaulicher Weise beschreibt, waren fünf Fälle malign; die betreffenden Patienten im Alter von 11—33 Jahren. — Vom allgemein-pathologischen Standpunkte haben diese Plattenepithelgeschwülste noch insofern Interesse, als sich hier Neubildungen aus versprengten, dem beherbergenden Organe selber

fremden Epithelkeimen entwickeln — eine Stütze der Cohnheim'schen Geschwulsttheorie.

In dem 5. Kapitel über die trophischen Störungen bei Hypophysentumoren sucht E. den Beweis zu erbringen, dass die bei diesen Geschwülsten so häufig beobachtete Fettsucht nicht die Folge einer Veränderung der Hypophyse in ihrer Eigenschaft als Blutdrüse ist, sondern dass sie zurückzuführen ist auf eine Reizung oder Läsion einer noch unbekanntenen Stelle der Hirnbasis durch den Tumor. Dafür spricht, dass in solchen Fällen die Hirnbasis durch einen aus der Hypophyse oder deren Umgebung hervorgegangenen Tumor stark in Mitleidenschaft gezogen war, und dass das Verhalten der Hypophyse selber dabei ohne Bedeutung schien. — Akromegalie scheint bei den Hypophysenganggeschwülsten nicht vorzukommen, Hypoplasien der Genitalsphäre sind dagegen nicht selten.

Das Schlusskapitel beschäftigt sich mit der Frage nach dem Verhalten der Sella turcica bei den verschiedenen Wachstumstypen der Hypophysentumoren. E. betont in diesem Zusammenhange den Wert der Röntgenbilder, die schon beim Lebenden mit einiger Sicherheit den Schluss erlauben dürften, in welcher Richtung die Neubildung wächst, ob sie sich auf die Sella beschränkt oder gegen die Hirnbasis wuchert, resp. von vornherein ausserhalb des Türkensattels liegt. Spielmeier.

CX) **Frese:** Die Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg und Gotha, geb. Prinzessin von Belgien. Eine forensisch-psychiatrische Studie. Halle, C. Marhold. 1905. 188 Seiten. Preis 2 M.

Frese gibt in dem vorliegenden Buch eine zuverlässige Darstellung des Lebensganges, der welchselvollen Schicksale und der verschiedenen psychiatrischen Beurteilungen des Geisteszustandes der Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg. Das Buch enthält sämtliche psychiatrischen Gutachten und noch einige andere aktenmässige Darstellungen gewisser Vorkommnisse im Leben der geistesgeschwachen Prinzessin und ermöglicht damit auch dem Fernerstehenden ein Urteil über den wirklichen Tatbestand der bekannten sensationellen Angelegenheit. Dem Psychiater gibt dieses Buch manches zu denken. Wir sehen, wie eine Reihe unserer bekanntesten Fachmänner in der Beurteilung einer Kranken, deren Tun und Treiben genau ermittelt und beobachtet werden konnte, zu ganz verschiedenen Auffassungen gelangte, eine Tatsache, die natürlich in Laienkreisen Anlass zum Spott über unsere Wissenschaft geben musste. Wir lesen mit Bedauern ein ganz unzulängliches Gutachten mit der Unterschrift eines französischen Psychiaters, dem die Wissenschaft sonst viel Ausgezeichnetes zu verdanken hat. Andererseits erscheint gerade dieser berühmte Fall der Prinzessin ganz besonders geeignet, uns darauf hinzuweisen, wie wenig eine rein symptomatologische Betrachtung eines augenblicklichen Zustandes hinreicht, die forensische Seite eines Krankheitsfalles richtig zu erfassen. Es ist fast tragikomisch, dass ein Forscher wie Magnan, der in seiner Entartungslehre in echt klinischer Weise den Wechsel der Erscheinungen, das episodische mancher Syndrome klar hervorhob, hier in den Fehler verfiel, unter souveräner Vernachlässigung der gesamten Anamnese und des bisherigen Verlaufes aus der Analyse der ihm dargebotenen Wesenszüge sein Urteil über die bürgerliche Rechtsfähigkeit der Erkrankten zu schöpfen. Wie es scheint, werden die

französischen Begutachter mit ihrer Meinung vor dem Forum durchdringen, die Prinzessin wird voraussichtlich, mit dem Makel sittlicher Verworfenheit behaftet, von ihrem Gatten geschieden werden und vielleicht noch längere Zeit das Opfer eines verbrecherischen Abenteurers sein. Die Zukunft wird lehren, ob die französischen Psychiater richtig geurteilt haben.

Wir erfahren aus dem Buche gelegentlich, dass der Schriftsteller Dahl, der jüngst mit einer Broschüre „Der Bankerott der Psychiatrie“ ein ungewöhnlich törichtes Machwerk in die Welt hinaus sandte, wegen Betrugs und Falschmeldung im Zuchthaus gesessen hat, auch schon einigemal in einer Irrenanstalt untergebracht war. Dies mag denen zur Beruhigung dienen, die sich noch nicht daran gewöhnt haben, derartige sensationelle Machwerke mit Humor in den Papierkorb zu werfen. Gaupp.

CXI) **R. S. Woodworth**: *Le Mouvement*. Bibliothèque internationale de psychologie expérimentale normale et pathologique. Paris, Doin, 1903. 421 S.

Das Buch ist eine Manuskript-Uebersetzung aus dem Englischen von Dr. Elvire Samfiresco. Der erste Abschnitt enthält eine Theorie der Bewegungsempfindung und -wahrnehmung. Die Empfindungen des Bewegungsapparates selbst sind rein peripheren Ursprungs, keine Innervationsempfindungen. Die Bewegungsempfindung im allgemeinen dagegen hat ihren Sitz in den Bogen-gängen. Im Einklang mit der neueren otologischen Forschung wird dem gesamten Vorhofskomplex eine direkte Beziehung zur Gehörsfunktion abgesprochen. In der Endolympe der Canales semicirculares entstehen durch die Bewegungen des Schädels Strömungen im entgegengesetzten Sinne. Diese rufen reflektorisch jene Bewegungen hervor, die kompensatorisch die Orientierungsfähigkeit des Organismus im Raume erhalten. Ist dies unmöglich, weil die Kompensation nicht sofort hergestellt werden kann, oder wird das ganz Organ andauernd überreizt, so entsteht die Empfindung von (Dreh-)Schwindel. Labyrinthkranke, unter denen sich natürlich immer viele Taube befinden, unterliegen der Schwindel-empfindung weit weniger als Gesunde. Der „Rotationsnystagmus“ ist eine kompensatorische Bewegung der Augenmuskulatur. Weiterhin wird in diesem Abschnitt auf die Schätzung der Bewegungsexkursion, der Bewegungsdauer und -Energie, auf die Fähigkeit der Taxierung von Gewichten, die Ursachen der Irrtümer bei Bewegungswahrnehmungen und bei den Bewegungen selbst eingegangen. Die Allgemeingültigkeit des Weber'schen Gesetzes wird bestritten. Der zweite Abschnitt gibt eine Psychophysiologie des Bewegungsaktes und behandelt im einzelnen die Reflexbewegung, die Koordination, die motorische Valenz von Wahrnehmungen und Vorstellungen, automatische und willkürliche Bewegung, Geschwindigkeit und Präzision der Bewegungsvorgänge, zuletzt die Ermüdung. Jentsch.

CXII) **Henry Meige** und **E. Feindel**: *Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung*. Nebst einer Vorrede von Prof. Brissaud. Deutsche autorisierte Ausgabe von O. Giese. Leipzig, Deuticke. 1903. 386 S.

Die eingehende Nosologie und Pathogenese der Ticbewegungen darf als wohl geglückt bezeichnet werden. Die Tics stellen gleichzeitig psychische und motorische Störungen vor. Die psychische Komponente ist hauptsächlich der Ausdruck einer Insuffizienz des Willens, und zwar in der Schattierung, wie sie der Kindheit eigen zu sein pflegt, bezeichnet also im Grunde eine Hemmung

der individuellen psychischen Entwicklung. Doch entstehen die Tics auch bei allgemein psychopathologischer Anlage als echte Zwangszustände. Die motorische Anomalie der Ticvorgänge besteht entweder in der Tendenz zur exzessiven Reproduktion ursprünglich zweckmässiger Muskelbewegungen auf äussere Reize, oder auch lediglich als Wirkung eines direkten zentralen kortikalen Prozesses des Individuums. Bei den klonischen Formen pflegt auch die Schnelligkeit, bei den tonischen die Dauer der Bewegung exzessiv zu sein. Der Tic präsentiert sich gewissermassen als die Karikatur einer physiologischen Bewegung, von welcher einzelne psychische und motorische Faktoren, Bewegungsdrang, Tempo, Bewegungsenergie, Befriedigungsgefühl nach vollzogener Leistung besonders auf Kosten der fehlenden Hemmung monströs an Intensität angeschwollen sind.

Der Versuch des Individuums, einen quälenden Tic loszuwerden, führt gewöhnlich dazu, dass die zur Verdeckung oder Unterdrückung desselben produzierten neuen Bewegungen diesen als neuen Tic ablösen.

Die rationellste Behandlung der Tics ist eine psychische und besteht in der systematischen Anstrengung regelrechter normaler Willensimpulse durch Einübung richtig innervierter Bewegungen und Haltungen sowohl des gesamten Muskelsystems als der Ticregion selbst. Dieser neue Bewegungsmodus interkurriert alsdann nach einiger Zeit beim Ablauf der abnormen Bewegung und schafft so allmählich eine immer stärker werdende zentrale Hemmung („psychomotorische Zucht“). Da bei den Tickranken gewöhnlich noch andere Innervationsstörungen sich vorfinden, so muss die Therapie auch eine allgemein psychische sein.

Alle anderen Behandlungsmethoden, wie sehr sie auch in der Praxis unentbehrlich sein mögen und wie wesentlich sie zu Zeiten förderliche Verwendung bei der Kur finden können, genügen der letzten kausalen Anforderung nicht.

Eine grosse Reihe verschiedener Tics ist besonders beschrieben, der Differentialdiagnose und dem Auftreten von Tics im Bilde anderer pathologischer Affektionen entsprechend Beachtung geschenkt, auf die Heredität und die besonderen Eigentümlichkeiten der Psyche der Ticleidenden im einzelnen näher hingewiesen.

Der trefflichen Darstellung des Originals ist die Uebersetzung gerecht geworden.

Jentsch.

CXIII) G. Eyerich und L. Loewenfeld: Ueber die Beziehungen des Kopfumfanges zur Körperlänge und zur geistigen Entwicklung. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1905. 55 Seiten.

Der erste Teil dieser klar geschriebenen Abhandlung bringt die Resultate anderer Autoren über dieses Thema, der zweite Teil die eigenen Untersuchungen der Verf. Die Untersuchungen wurden an Lebenden vorgenommen, und zwar an 935 Soldaten, 300 Einjährig-Freiwilligen und 312 Schulkindern. Die Verf. gingen bei ihren Untersuchungen von der Annahme aus, dass der Kopfumfang bei normaler Gestaltung des Schädels in einer bestimmten Beziehung zur Grösse des Gehirns steht und daher als Ausdruck dieser Grösse betrachtet werden kann. Individuen mit anormalen Schädelformen wurden von den Untersuchungen ausgeschlossen.

Der Fehlerquellen, die solche Untersuchungen in sich bergen, werden sich die Verf. sehr wohl bewusst gewesen sein. Um von dem Schädel des

Lebenden auf das Hirngewicht zu schliessen, dazu bedarf es der Kenntnis nicht nur einer Ebene, sondern deren mehrerer. Der Längenhöhenindex der verschiedenen Köpfe schwankt z. B. zwischen 52 und 67. Erst jenseits der Zahl 60 machen die betr. Schädel für das blosse Auge den Eindruck von Turmschädeln. Die extremen Grenzen des Längenbreitenindex sind 72 und 96 (alles auf die Rieger'schen Kephalogramme bezogen). Wenn man nun auch extreme breite oder schmale Köpfe ohne weiteres mit dem blossen Auge erkennt, so versagt doch das Augenmaass bei den häufig vorkommenden, weniger hochgradigen Schwankungen (Längenbreitenindex zwischen 75 und 87). Jedemfalls kann es vorkommen, dass z. B. ein Schädel von 53 cm Umfang (ohne ein Turmkopf zu sein) ein genau so schweres Hirn beherbergen kann, wie ein solcher von 56 cm Umfang, und dass andererseits von zwei Schädeln von 56 cm Umfang der eine ein über 150 gr schwereres Hirn enthalten kann.

Indessen sind die Schädel, bei denen nicht eine gewisse konstante Beziehung zwischen Umfang und Hirngewicht besteht, in der Minderzahl. Bei der Mehrzahl der Schädel steht der Umfang tatsächlich in einem bestimmten Verhältnis zum Hirngewicht. Und so mögen, bei der grossen Anzahl von Untersuchungen der Verf., die ihrer Methode notwendigerweise anhaftenden Fehler zum grossen Teil sich wieder ausgleichen. Es spricht für die Richtigkeit der Untersuchungen der Verf., dass sie zu gleichen Resultaten kommen, wie z. B. Marchand, welcher die Gehirne selbst gewogen hat. Würde man solche Massenuntersuchungen am Lebenden mit Hilfe einer Kephalometrie (z. B. der Rieger'schen) machen, so würde man zwar ein unvergleich reichhaltiges und genaues Material erhalten, aber auch einen enormen Aufwand von Zeit und Arbeit brauchen. Man wird darum bei derartigen Massenuntersuchungen am Lebenden bis auf weiteres nicht gut einen anderen Weg einschlagen können, als es die Verf. getan haben.

Die Hauptergebnisse der Untersuchungen der Verf. sind nun erstens, dass ein Einfluss der Körperlänge auf die Massenentwicklung des Gehirns, so weit sich diese im Kopfumfange ausspricht, fraglich erscheint, und zweitens, dass die Massenentwicklung des menschlichen Gehirns nicht parallel geht der intellektuellen Entwicklung. Hervorragende Begabung kommt also ebensowohl vor bei geringem Kopfumfang (resp. niedrigem Hirngewicht), wie sehr mangelhafte Intelligenz bei schwerem, aber keine gröberen anatomischen Veränderungen zeigenden Gehirn. Man würde dieses Resultat für selbstverständlich halten, wenn in der Literatur nicht immer wieder gegenteilige Ansichten geäussert würden. Es ist darum ein Verdienst der Verf., dass sie besonders betonen: Eine konstante Beziehung zwischen Kopfumfang (und Hirngewicht) und dem Grade intellektueller Entwicklung besteht nicht.

Bei der Frage, bis zu welchem Kopfumfange herab ein geistiger Normalzustand möglich ist, wenden sich die Autoren auch mit Recht gegen Moebius, der bei normaler Intelligenz des Mannes einen Kopfumfang von wenigstens 53 cm verlangt. Sie weisen nach, dass sogar bei einem Kopfumfang von 51,75 cm (grosses männliches Individuum) eine sehr gute Beanlagung möglich ist.

Von den sonstigen Ergebnissen der Arbeit seien noch angeführt: Bei einem Unterschied von 20 cm in der Körperlänge (160—180 cm) fand sich der gleiche mittlere Kopfumfang von 56,25 cm. Andererseits können die Schwankungen des Kopfumfanges bei gleicher Körperlänge bis nahezu 10 cm

betragen. Der mittlere Kopfumfang bei Einjährig-Freiwilligen und gemeinen Soldaten ist der gleiche. Das Mass der geistigen Bildung und die Beschäftigung der Individuen ist für die Gehirnentwicklung von keiner sicheren Bedeutung.

M. Reichardt (Würzburg).

CXIV) Hermann Gutzmann: Die Sprachstörungen als Gegenstand des klinischen Unterrichts (Antrittsvorlesung). Leipzig, G. Thieme. 1905.

Für das Gebiet der Sprachstörungen, das von Klinikern und Aerzten wenig gepflegt wird, hat sich zum ersten Male in Gutzmann ein akademischer Lehrer gefunden. In seiner Habilitationsschrift weist G. darauf hin, dass vor dem Jahre 1841 in den meisten klinischen Lehrbüchern die Sprachstörungen abgehandelt wurden, dass sich dann aber das Interesse der Aerzte infolge des Misserfolgs der Dieffenbach'schen Zungenoperation beim Stottern von ihnen abwandte. Und doch macht die Häufigkeit der Sprachstörungen eine Mitarbeit der Aerzte ihnen gegenüber wünschenswert; nicht weniger als 200 000 Schulkinder sollen in Deutschland an ihnen leiden. Das ärztliche Interesse dürfte sich den Sprachstörungen jetzt um so mehr zuwenden, als in neuerer Zeit die Untersuchung der dabei vorhandenen Fehler in der Atmung, Stimmgebung und in den Artikulationsbewegungen durch Schaffung geeigneter Apparate exakter geworden ist. Diese Apparate gestatten zugleich die Verfolgung der Heilungsschritte.

Zum Schlusse betont Gutzmann die vielfältigen Beziehungen der Aphasie und der übrigen Sprachstörungen zu den andern medizinischen Disziplinen.

Zahn (Stuttgart).

CXV) Aug. Forel: Hygiene der Nerven und des Geistes in gesundem und krankem Zustande. Mit 16 Illustrationen. Stuttgart, Ernst Heinrich Moritz. 280 Seiten.

Die für weite Kreise bestimmte Schrift des ausgezeichneten Forschers, Philanthropen und Meisters der Darstellung wird vom Praktiker dem interessierten Laien mit Genugtuung in die Hand gegeben werden. Um das Verständnis für das Hauptthema der Schrift zu vertiefen, sind Ueberblicke über die Morphologie des Nervensystems und Skizzierungen wichtiger Grundbegriffe aus der Psychologie und Psychopathologie dem eigentlich hygienischen Abschnitt vorausgeschickt. Praktisch besonders wichtig ist das Kapitel über die Nervenhygiene des Kindes und die Schulreform. Verdienstlich ist, dass wiederholt auf die Typen geistig abnormer Menschen, auf ihre Beurteilung, ihre Erziehung, Beeinflussung und Beschäftigung, schliesslich auf die Wege, sie zu brauchbaren Mitgliedern der Gesellschaft heranzubilden, und auf die Kraftquellen, die viele von ihnen für die verschiedensten Gebiete menschlicher Arbeitstätigkeit darstellen, hingewiesen wird.

Jentsch.

CXVI) H. Stadelmann: Das Wesen der Psychose auf Grundlage moderner naturwissenschaftlicher Anschauung. Heft IV: Die Katonie. Verl. der Aertzlichen Rundschau. München 1905.

Schon bei Besprechung der ersten Hefte habe ich darauf hingewiesen, wie schwierig es ist, sich durch die in seltsamem Stil geschriebene Abhandlung hindurchzuarbeiten. Auch das vierte Heft enthält manches gute. Ich erwähne nur, dass Stadelmann sehr eingehend die Bedeutung früherer gefühlsbetonter Erlebnisse für die Erklärung vieler Symptome bei Katatonikern bespricht. Dies

ist derjenige Teil der Arbeit, welchem man im ganzen zustimmen kann. Dagegen wird man das Endresultat, dass alle Psychosen, also auch die Katatonie, auf der „Ermüdungsanlage“ beruhen, nicht gelten lassen können.

K. Abraham.

CXVII) Gehörte ich ins Irrenhaus? Eine Frage an Nervenärzte und ein Trostwort an Nervenranke. Leipzig, Verl. von Rudolf Uhlig.

Der ungenannte Verf. erzählt seine Krankengeschichte. Er wurde von der Charité in Berlin in die Irrenanstalt Dalldorf geschickt; die Diagnose war auf Paralyse gestellt worden. Von Dalldorf wurde er nach wenigen Tagen arbeitsfähig entlassen.

Die kurze Schrift enthält eine Menge schiefer Auffassungen, dennoch muss zugegeben werden, dass der Verf. sich bemüht, objektiv zu sein. Er ist kein Querulant und sieht auch in der ihm widerfahrenen Behandlung keine böse Absicht. Inwieweit er richtig oder falsch berichtet und urteilt, entzieht sich natürlich der Beurteilung durch Ref.

K. Abraham.

IV. Uebersichtsreferat.

St. Petersburger medizinische Wochenschrift 1905.

No. 4. **Max Buch:** Das Globusgefühl. B. hat durch genaue Untersuchung von 20 Fällen die Ueberzeugung gewonnen, dass der sog. Globus hystericus nicht auf eine Krampfsensation am Oesophagus zu beziehen ist. In sämtlichen Fällen bestand bedeutende Hyperalgesie des Lenden- und Hals-sympathikus, häufig mit spontanen Neuralgien dieser Nervengebiete. In etwa der Hälfte der Fälle konnte der Globus durch Druck auf den Lendensympathikus künstlich hervorgerufen werden. B. hält daher das Globusgefühl für eine vom Sympathikus (Grenzstränge, prävertebrale Geflechte) ausgehende Mitempfindung. Dieses Druckgefühl rufe durch unbewussten Vergleich bei den Kranken sehr lebhaft die Vorstellung eines Fremdkörpers hervor. Der Weg vom gereizten Teil des Sympathikus zum Endpunkt der Irradiation werde von dem Kranken deutlich empfunden, das Gefühl der Fortbewegung sei für den Sympathikus ganz besonders charakteristisch. B. hat auch einen doppelten zu beiden Seiten der Mittellinie emporsteigenden Globus und einen einseitigen Globus je einmal beobachtet. Dass der Globus für Hysterie pathognomonisch sei, gibt B. nicht zu. Die Beweisführung an dieser Stelle des Aufsatzes ist zu kurz, um überzeugend zu wirken. B.'s Fälle betrafen Chlorose, Endometritis, Gravidität, sechs Mal neurasthenische Männer. Da es sich um eine vorläufige Mitteilung handelt, werden die später zu veröffentlichenden genauen Krankengeschichten den Beweis zu erbringen haben, dass diese Kranken tatsächlich keine hysterische Konstitution besaßen.

No. 8. **Bertels:** Pruritus als Symptom der Basedow'schen Krankheit. B. beobachtete in zwei Fällen von M. Basedowii einen sehr lästigen Pruritus. Im ersten Fall verschwand derselbe vollständig, als relative Heilung des Basedow erfolgt war, und stellte sich mit einem Rezidiv desselben wieder ein. Aehnliche Fälle sind von Reinbach, Hirschel, S. Popow und

Neisser beobachtet. Da nach Ewald auch beim Fütterungsthyreoidismus Hautjucken vorkommen soll, liegt es nahe, an eine eigenartige Reizung der sensiblen Nervenendigungen in der Haut durch ein toxisches Agens zu denken, das bei veränderter Funktion der Schilddrüse im Blute kreist.

No. 10. **L. Schönfeld**: Serratuslähmung post partum. Es handelt sich um eine 32jährige bisher gesunde Erstgebärende, welche wenige Stunden nach einer protrahierten Geburt (40 Stunden), während welcher sie andauernd mit ausgestreckten Armen krampfhaft den Betrand umklammerte, eine Funktionsbehinderung im rechten Arm verspürte. Schmerzen in Nacken, Schulter und Arm traten nach vier Tagen ein. Bei der Vorstellung nach drei Monaten typische Serratuslähmung. Die Mononeuritis des nerv. thoracic. longus wird von L. auf Ueberanstrengung bei durch Gravidität geschwächtem Organismus zurückgeführt.

No. 12. **M. Eliasberg**: Ueber familiäre amaurotische Idiotie. Klinische Beschreibung eines sieben Monate alten jüdischen Mädchens. Geistige Stumpfheit; Pat. kann nicht sitzen, hält den Kopf nach vorn geneigt, Parese der Extremitäten mit steifer Haltung. An der Macula lutea beider Augen der für die Tay-Sachs'sche Erkrankung charakteristische Spiegelbefund. Sehnervenscheiben beiderseits weisslich. Pupillen =; Li.-R erhalten, glänzende Gegenstände werden noch, jedoch nicht bis zur Endstellung verfolgt. Taubheit. In Bezug auf die Reflexe ist bemerkt: PaR wegen steifer Haltung der Extremitäten nicht auszulösen, Hautreflexe vorhanden, nicht gesteigert. Kein Fussklonus. Kein Babinski. Henneberg's Reflex des harten Gaumens leicht auslösbar. Ein Bruder litt an derselben Krankheit, starb 2 $\frac{1}{2}$ Jahr alt. Die Aetiologie blieb ganz dunkel. Mercklin.

V. Referate und Kritiken.

416) **H. Hempel**: Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit Antithyreoidinserum (Möbius).

(Münch. med. Wochenschr. 1905. No. 1.)

417) **F. Boerma**: Ein Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Antithyreoidins.

(Aerztliche Rundschau 1905. No. 1.)

In beiden Arbeiten wird das Antithyreoidin-Möbius warm empfohlen.

Bumke.

418) **Hoennicke**: Ueber das Wesen der Osteomalacie. Ein Beitrag zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse.

(Hoche's Sammlung. Halle 1005. 78 S. 2 Mk.)

Die Osteomalacie ist der Ausdruck einer Schilddrüsenkrankung, sie ist eine besondere Form der Hyper- bzw. Dysthyreosis. Sie gehört also zusammen mit dem Kropf, dem Myxoedem, und dem Morbus Basedowii zu den thyreogenen Stoffwechselerkrankungen. Für eine primäre Erkrankung der Schilddrüse bei der Osteomalacie spricht z. B. ihre geographische Verbreitung, die mit der des Kropfes übereinstimmt, ausserdem das Vorkommen osteomalacischer Erscheinungen bei Schilddrüsenkrankheiten, besonders bei Morbus Basedowii, ferner die günstige

therapeutische Beeinflussbarkeit durch Phosphorpräparate, die ja auch bei anderen Schilddrüsenaffektionen mit gutem Erfolge verwendet werden. Auch die psychischen Störungen bei Osteomalacischen (Wechsel der Stimmung, Erregbarkeit, Reizbarkeit) stimmen mit den Erscheinungen primärer Formen des thyreogenen Irreseins, besonders wieder mit den Störungen bei Morbus Basedowii überein. — Zur Behandlung der Osteomalacie schlägt H. — unter Hinweis auf die erfolgreichen Strumectomien bei Basedow'scher Krankheit — die Resektion der Schilddrüse vor. Spielmeier.

419) **Hunt**: Pathological study of a case of myxoedema associated with tuberculosis of the adrenals.

(Amer. Journ. of Med. Sciences. Febr. 1905.)

51jährige Frau. Typische Erscheinungen des Myxoedems; langsame Entwicklung der Krankheit. Tod nach vier Jahren. Bei der Sektion fand sich eine atrophische total sklerosierte Schilddrüse; die Hypophyse war nicht nennenswert vergrößert. Beide Nebennieren zeigten ausgedehnte chronische Tuberkulose. Die mikroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems hatte ein vollkommen negatives Resultat; in der Schilddrüse war die geringe noch erhaltene Drüsensubstanz komprimiert oder im Beginn zu atrophieren. Es bestand ausgedehnte Arteriosklerose. Kölpin (Bonn).

420) **Lundborg, Herrmann**: Spielen die Glandulae parathyreoidea in der menschlichen Pathologie eine Rolle?

(Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. Bd. 27, Heft 3 u. 4.)

Lundborg kommt auf Grund vorwiegend theoretischer Erwägungen zu den hypothetischen Schlussfolgerungen, dass die Tetanie, die Myoclonie, die Myotonie, die periodische Myatonie, die Paralysis agitans und die myasthenische Paralyse auf Erkrankungen (Insuffizienz oder Hyper- resp. Dysfunktion) der Glandulae parathyreoideae zurückzuführen sind. Die beiden letztgenannten Erkrankungen sollen durch ihre engen Beziehungen zum Myxoedem und Morbus Basedowii die Ueberleitung zu den Affektionen der eigentlichen Schilddrüse bilden. Kalberlah.

421) **Burghart und Blumenthal**: Ueber die spezifische Behandlung des Morbus Basedowii.

(Die Therapie der Gegenwart. August 1903. S. 338.)

Die Verf. kommen auf Grund ihrer Erfahrungen in Uebereinstimmung mit Rosenfeld zu dem Ergebnis, dass die spezifische Therapie, sei es mit Milch, sei es mit Blut entkropfter Tiere bei einer grossen Anzahl von Basedowfällen günstig wirkt. Das Mittel ist aber da, wo schwere Herzleiden vorhanden sind, nur mit Vorsicht anzuwenden. Bumke.

422) **Dide et Leborgue**: Nouveau cas d'achondroplasie.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1904, p. 200.)

Typischer Fall von Achondroplasie. Schädel sehr gross, grösster Umfang 62 cm, abnorme Kleinheit der ganzen Gestalt. Die Oberarme und Oberschenkel sind erheblich kürzer als die Unterarme und Unterschenkel (Oberarm 22, Unterarm 26 cm). Der Rumpf ist in toto unverhältnismässig viel länger als die Extremitäten, so dass z. B. beim Herabhängenlassen der Arme die Fingerspitzen etwas unterhalb der Trojanten major liegen. Die Finger sind alle annähernd gleich lang und entfernen sich mit ihren Spitzen voneinander (Main en trident). Pat. ist geistig erheblich zurückgeblieben. Cassirer.

423) **Apert**: Myxoedème fruste, croissance tardive, diabète.
(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1904. p. 177.)

Bei einem 66jährigen Mann, bei dem der Verf. eine Myxoedème fruste auf Grund von Kleinheit der Statur, unvollkommener Entwicklung der Genitalien, Fettreichtum des Leibes etc. annimmt, besteht ausserdem Glykosurie. Das Vorkommen dieses Symptomes bei Myxoedem ist bisher nicht beschrieben. (Doch ist die Diagnose Myxoedem im vorliegenden Falle nur bei einer jetzt freilich sehr beliebten weiten Fassung des Krankheitsbegriffes möglich.)

Cassirer.

424) **Scott Schley** (New-York): Acute tetanus cured by intraneural injektionen of antitoxin.

(Medical Record. 1904, Vol. 66, S. 616—618.)

Die tetanischen Erscheinungen stellten sich bei dem 5jähr. Knaben infolge einer leichten Hautverletzung am Knie ein. 72 Stunden nach dem Auftreten derselben wurden ihm Injektionen von Antitoxin gemacht, und zwar in die beiden freigelegten Schenkelnerven (Cruialis und Ischiadicus) je 3 ccm, in den Wirbelkanal ebensoviel und unter die Haut 10 ccm. Während der ganzen Behandlung wurden ungefähr 180 ccm Antitoxin injiziert. Der Erfolg war ein augenscheinlicher. Der Knabe genas, obwohl das Leiden mit sehr schweren Erscheinungen eingesetzt hatte.

Buschan (Stettin).

Am 17. August 1905 starb im Alter von 86 Jahren

Heinrich Laehr

in Zehlendorf, der um Wissenschaft und Praxis hochverdiente Senior der deutschen Irrenärzte, der Herausgeber der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, ein Mann, dessen Name mit der Geschichte des Irrenwesens in Deutschland untrennbar verknüpft ist. Noch am Tage vor seinem Tode hatte er dem Unterzeichneten in einem längeren Briefe seine Freude darüber ausgesprochen, „zu welcher raschen Höhe sich die bayerische Psychiatrie emporgeschwungen hat“ und wie im bayerischen Verein erreicht werde, was er selbst vor einer Reihe von Dezennien vergebens angestrebt hatte: die gemeinsame Arbeit der Fachgenossen zur Lösung wichtiger Fragen der Psychiatrie. „Die Zukunft wird unserem Berufe ein besseres Bild gewähren.“ Das waren die — vielleicht letzten — schriftlichen Worte des greisen Irrenarztes, mit denen er seiner Befriedigung über die Entwicklung des Irrenwesens Ausdruck verlieh. Wir wissen, dass ihm selbst ein grosses Verdienst an dieser Entwicklung zukommt.

Gaupp.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—8 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Krelenbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 1. Oktober 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

(Aus der psychiatrischen Klinik zu Strassburg. Dir. Prof. Fürstner.)

Ueber eine Form der Depression in der Dementia praecox.

Von Dr. Karl Pfersdorff, Assistent der Klinik.

In manchen Verlaufsarten der Dementia praecox finden sich Depressionszustände, deren Zustandsbild die Zugehörigkeit zu dieser Verblödungspsychose nicht ohne weiteres erkennen lässt. Die Urteilschwäche, die in diesen Depressionen deutlicher als in anderen zutage tritt, liefert kein untrügliches Merkmal, da in keinem Depressionszustand der Grad der Urteilsschwäche sicher festgestellt werden kann. Die motorischen Symptome der Dementia praecox, die wir kurz als die katatonischen bezeichnen können, sind in den hier zu besprechenden Depressionszuständen nicht ausgeprägt. Als einzig sicheres charakteristisches Merkmal darf bis jetzt die Schwäche des Affektes betrachtet werden; dass dieses Symptom jedoch auch durch Hemmung vorgetäuscht werden kann, ist sattsam bekannt.

Depressionszustände, welche ohne spezifisch katatonische Reizerscheinungen einhergehen, gibt es vielerlei im Verlauf der Dementia praecox. Unkomplizierte Stimmungsschwankungen finden sich beinahe in jeder Art von Remission; sie gehören zu den periodischen Erscheinungen, welche für Defektzustände charakteristisch sind. Die Depression,

die wir hier näher zu beschreiben versuchen, ist ausgezeichnet durch längere Dauer, sie stellt nicht ein Symptom des bereits bestehenden Defektes, sondern ein Stadium der fortschreitenden Verblödung dar. Aus der grossen Zahl der Rezidive, in deren Zustandsbild die depressive Stimmungslage sich findet, sind wir berechtigt, die nachstehenden Fälle deshalb auszusondern, weil bei ihnen die depressive Stimmungslage das wesentliche Symptom des Zustandsbildes darstellt.

Fall I.

Josephine B., 35 Jahre alt, ledig, Näherin von Beruf. Keine Heredität. Die Kranke war geistig gut veranlagt. Im Anschluss an die Auflösung ihrer Verlobung erkrankte Pat. zum ersten Male in ihrem 27. Lebensjahre. Die Kranke war damals erregt, „verwirrt“, hörte viel Stimmen.

Seit dieser ersten Erkrankung ist die Kranke psychisch verändert; sie ist reizbar, nach Angabe ihrer Umgebung „ungezogen“, interesselos; in den letzten Jahren arbeitete sie viel weniger als früher.

Zu Beginn des Jahres 1903 erkrankte Pat. ohne sichtbare Veranlassung zum zweiten Male, sie wurde schwermütig, ass mehrere Tage nicht mehr.

Bei der Aufnahme am 18. Januar 1905 war die Kranke örtlich und zeitlich orientiert. Das Rechenvermögen ist intakt. Die Kenntnisse sind gering, jedoch dem Stande entsprechend. Urteilsschwäche ist vorhanden. Es besteht mässig starker depressiver Affekt mit monotonem Weinen; Stimmungswechsel fehlt. Gelegentlich besteht Rededrang mit monotonem depressivem Inhalt, meist Selbstvorwürfe, bisweilen werden auch reaktive Ideen vorgebracht: „ich bin doch die reichste gewesen, ich arbeite immer, meine Hände sind nie ruhig. Mein Vater ist brav, meine Mutter hat noch keinem Tier was zu leide getan. Das letzte Mal war ich verrückt, dieses Mal bin ich an den falschen Ort gebracht“. Sinnestäuschungen bestehen nicht. Während des Aufenthaltes in der Klinik liegt die Kranke meist inaktiv zu Bett und jammert monoton. Die zeitliche Orientierung ist nicht immer vorhanden, auch die Leistungen im Rechnen schwanken. Häufig besteht depressive Eigenbeziehung mit Umdeutung von Sinneseindrücken: „Was poltert denn so? Das hat etwas zu bedeuten“. Hin und wieder treten zusammenhängende Sinnestäuschungen auf. Pat. hört im Keller Teufel pfeifen. Meist werden unsinnige depressive Wahnideen vorgebracht, sie soll umgebracht, zerschnitten werden, kommt in die Hölle. Die Affektstärke wird durch den Inhalt der sprachlichen Aeusserungen nicht beeinflusst. Durch Ablenkung kann die monotone Affektausserung sofort unterbrochen werden; Umschlag der Stimmung fehlte. In den letzten Wochen traten längere mehrstündige Phasen auf, in denen die Stimmung der Kranken indifferent ist. In dieser Zeit beschäftigt sich Pat. etwas, jedoch nicht nachhaltig.

Fall II.

Mathilde B., 24 Jahre alt; ledig; Modistin. 4. II. 1904 bis 10. V. 1904. Heredität ist nicht nachweisbar. Pat. war geistig gut veranlagt; litt schon als Kind an Ohnmachtsanfällen. Im 19. Jahre war sie mehrere Monate lang „ängstlich“, hörte lachende Stimmen, wurde am Rock gepupft. Während jener

Erkrankung traten mehrfach hysterische Anfälle auf. Seit dieser ersten Psychose ist die Kranke reizbar geworden.

Die jetzige Erkrankung setzte ein im Dezember 1903, im Anschluss an eine gerichtliche Untersuchung; in der beginnenden Depression beging Patientin einen Selbstmordversuch (schnitt sich die linke Pulsader auf). Zugleich mit der Psychose traten auch wieder die hysterischen Anfälle auf. Bei der Aufnahme in die Klinik am 4. Februar 1904 war die Kranke örtlich orientiert, zeitlich wurden Tag und Jahr falsch angegeben; Pat. rechnet mässig gut. Es besteht eine mässig starke Depression mit monotonem Affekt; derselbe wechselt an Intensität. Die Kranke klagt über Ohrensausen; Stimmen sind vorhanden: die Herren vom Gericht höre ich rufen. Gesichtstäuschungen; sieht feurige Männer, Mäuse, Ratten. Anfallsweise ist die Erregung depressiv stärker. Keine Krankheitseinsicht.

10. II. 04. Orientiert. Mässig starke Depression mit monotonen Affektausserungen, anfallsweise steigert sich die Erregung. Die Kranke hört nachts ihren Namen rufen und sieht nachts „lange Tote, Teufelchen, Tiere, Katzen“. Ausserdem bestehen intestinale Sensationen. Die Kranke ist zugänglich.

11. II. Orientiert; nur der Wochentag wird unrichtig angegeben. Es besteht monotoner, mässig starker, depressiver Affekt. Die Kranke hört rufen: „Du kriegst Dein Geld nicht mehr“; sieht Särge, Tote etc. Tasthalluzinationen: „wird gezupft und gewürgt“.

15. II. Queruliert etwas, „ich habe nicht gestohlen und nicht umgebracht; man braucht mich nicht einzukerkern“; ist depressiv mit monotonem Affekt; ist heute nicht zu prüfen wegen ablehnendem Verhalten; äussert spontan depressive Eigenbeziehung, „wird ausgelacht, die haben gewonnen, ich alles verloren“. Sieht Mäuse, Ratten, Teufel, Särge. Wird von Männern in die Höhe geworfen.

16. II. Nachts mehrmals ausser Bett; legt sich zu andern Kranken.

17. II. Leicht depressiv mit monotonem Affekt; blickt nicht auf; nicht gebunden; keine isolierten Sinnestäuschungen; hört Stimmen; „manchmal weiss ich wer ruft, manchmal nicht“, sieht Tiere etc. Auch kombinierte Tasthalluzinationen, „es wickelt sich eine Schlange um meine Brust, so dass ich nicht mehr atmen kann“.

18. II. Tag falsch angegeben, „es ist Sonntag, denn ich habe neue Wäsche angezogen“. Monat richtig, Jahr falsch angegeben. Rechnet richtig. Sinnestäuschungen, Karikaturen, lange Gesichter mit hohen Stirnen; hört manchmal rufen, ohne etwas zu sehen. Stimmungslage indifferent; spricht in monotonem Tonfall; nicht gebunden, noch gehemmt.

21. II. Meist inaktiv, liegt zu Bett. Orientiert; rechnet gut. Die Stimmung ist indifferent, leicht in Depression umschlagend. Hörte Grabestimmen. Sieht langgezogene Tote am Bett stehen. Auch optische Illusionen sind vorhanden, „wenn ich jemand fest anschau, dann verändern sich die Gesichtszüge.“

23. II. Kurzdauernde depressive Affektausbrüche. Sieht „wackelnde Tote, die gegen mich kommen; es kommt auch ein langer Arm durchs Fenster, der will mich packen; man hat auch einen schmutzigen Lappen mir vor die Füsse geworfen“.

24. II. Queruliert etwas; keine ausgesprochene Stimmungslage. Orientiert

örtlich; Jahr falsch angegeben. Sieht schwarze Käfer, Felsen, Särge und Tote im Wasser.

25. II. Hysteriformer Anfall mit konsekutivem Schlaf. Verletzt sich beim Fallen die Hand am Trinkglas.

28. II. Liegt meist zu Bett, ablehnend.

1. III. Ablehnend; queruliert in kurzen Sätzen; mässig starke Depression.

2. III. Zugänglich; gibt wenig Auskunft. Sieht Männer auf den Knien an's Bett rutschen.

9. III. Ablehnend; sitzt am Boden; nicht zu prüfen; queruliert in kurzen Sätzen: „wird genug ausgelacht“.

10. III. Depression mit ziemlich viel Affekt. Queruliert „will fort“; nicht zu prüfen. „Wird unschuldig verhöhnt und verspottet“. Hat eine „bucklige Frau“ gesehen.

14. III. Unverändert; nicht zu prüfen, „ich weiss nicht, ich habe viel zu weh“.

21. III. Monotoner depressiver Affekt. Diffuse Beeinträchtigungsideen: „die Pforzheimer sind es“. Queruliert. Sieht weisse Mäuse und eine ganz kleine Frau. Hört laufen und rufen im Hof. Sitzt meist zusammengekauert am Boden.

22. III. Liegt im Bett, verhüllt sich den Kopf; ablehnend, nicht gebunden.

23. III. Depressiv mit ziemlich starkem, monotonem Affekt.

24. III. Zieht die Decke über den Kopf; nicht negativistisch; motiviert ihr ablehnendes Verhalten, ruft pathetisch: „Lug und Trug und Falschheit, Leiden und Verbrechen. Man zieht einem die Haut lebendig ab! Hätte ich nur keine Ohren und keine Augen mehr! Aber ich nehme alles mit ins Grab, dann ist Ruhe! Tot, dann bin ich weg“.

25. III. Sieht wüste Mannsköpfe, viel Särge, auch Totenköpfe mit einem schwarzen Hund. Liegt meist im Bett.

30. III. Orientiert; liegt dauernd zu Bett; depressiv mit monotonem Affekt; queruliert. Die Sinnestäuschungen sind nie isoliert, hört: „die von Pforzheim rufen, ich sei verloren, muss aus dem Wege geschafft werden“. „Soldaten schauen zum Fenster herein. Wenn ich die Augen zumache, ist es noch viel ärger“. Ohrensausen. Zieht bisweilen die Decke über den Kopf.

15. IV. Oertlich orientiert; zeitlich nicht. Rechnet schlecht. Depressiv mit monotonem Affekt; kein Stimmungswechsel; läppischer Suicidversuch; schlägt in eine Scheibe, um sich die Pulsader aufzuschneiden. Hört bekannte Stimmen; Reden. Sieht Brand, Totenköpfe und Särge, auch laufende Kröten (!).

6. V. Unverändert. Liegt meist zu Bett, produziert nicht spontan. Oertlich orientiert, zeitlich unsicher. Hörte einmal im Ohr rufen: „Du musst ewig auf der Welt herumlaufen“. Sieht „Särge, Tote, die um das Bett stehen; auch andere böse Leute, man zeigt sie mir zum Spott und Hohn. Ich sah den Leichenzug meiner Eltern“. Mässige Depression mit monotonem Affekt. Stets zugänglich.

10. V. In die Bezirksirrenanstalt übergeführt; verblieb vier Monate dort.

Status vom 10. Juni 1905: Ist orientiert; rechnet richtig; Kenntnisse nicht herabgesetzt. Das Gedächtnis ist leicht geschwächt. Pat. ist fassungslos bei unerwarteten Ereignissen. Die Stimmung ist labil mit starken Affekt-äusserungen. Die Kranke kann viel weniger Arbeitsstunden leisten wie früher.

arbeitet jedoch so geschickt wie früher. Behandelt ihre Mutter schlecht, „lebt ihr zu Leid“, verübt Streiche. Bei bestehender depressiver Stimmungslage ist depressive Eigenbeziehung vorhanden.

Fall III.

Magdalene V., 43 Jahre alt, verheiratete Wäscherin. Oktober 1903 bis Oktober 1904. Heredität ist nicht nachweisbar.

Die Kranke war geistig nur mässig veranlagt; lernte schlecht; war nicht zur Depression geneigt. Im 20. Jahre überstand sie eine Depression von 14tägiger Dauer. Vier Entbindungen. Seit der ersten Psychose bestand Neigung zu Depression; besonders zur Zeit der Regel. Die Stimmung war sehr labil „erregt für jede Kleinigkeit“. In der Depression bestand Eigenbeziehung, „wenn zwei zusammenstanden, glaubte ich, sie redeten über mich“. Konnte nicht voll arbeiten wegen den Affektschwankungen.

1903. Seit August depressiv; anfallsweise traten Angstzustände auf; Selbstvorwürfe; Insuffizienzgefühl. Die Kranke ass wenig, schlief schlecht.

Aufnahme am 27. XI. 1903, da die Kranke in der Hautklinik, wo sie behandelt wurde, aus dem Fenster gesprungen war; sie hatte die „Leute draussen rufen hören“.

Die Kranke ist örtlich orientiert, zeitlich nicht; rechnet nicht. Die Kenntnisse sind minimal. Gedächtnisstörung; konfabuliert nicht. Monotoner depressiver Affekt; kein Rededrang, keine Hemmung. Produziert intestinale Wahnideen: „hat seit drei Monaten keinen Stuhlgang, hat einen schweren Leib, es ist ein Hin und Her, so dumm im Leib. Giftartiger Geruch, wie Schwefel, im Hals“.

1. XII. Schläft viel; inaktiv; leicht depressiv mit monotonem Affekt.

3. XII. Depressiv; weint monoton; keine Hemmung. Zeitlich unsicher, örtlich orientiert, rechnet nicht. Intestinale Wahnideen, hat keinen Stuhlgang, der Leib ist hohl.

8. XII. Mässig depressiv, monotones Wimmern.

23. XII. Unverändert. Geringe Depression mit monotonem Affekt „muss sterben“. Tag und Monat werden richtig angegeben, Jahr nicht gewusst. Oertlich orientiert, keine intestinalen Wahnideen.

10. I. Mässig depressiv; kurze Zeit leicht euphorisch. Spricht nicht spontan.

16. I. Jahreszahl nicht gewusst, sonst orientiert. Keine Hemmung, keine Gebundenheit, leicht depressiv, mit monotonem Affekt „schwere Gedanken vom Umbringen“. Gelegentlich Angstanfälle. Hört nachts bisweilen Stimmen, die schimpfen „Sau“.

25. I. Depressiv mit ziemlich starkem, monotonem Affekt. Zeitlich unsicher, örtlich orientiert, rechnet schlecht. Hat heute früh Stimmen gehört, „aber die Worte nicht verstanden, man wollte mich erschrecken“.

27. I. Oertlich orientiert; zeitlich nicht orientiert. Depressiv mit monotonem Affekt. Angst vor dem Umbringen. Hat Stimmen gehört, „ich weiss nicht was; Unangenehmes“.

28. I. Oertlich orientiert; Jahr nicht gewusst. Rechnet nicht. Heute ist die Stimmungslage indifferent, mit Neigung zur Depression mit geringem Affekt. Hörte gestern Stimmen; präzisiert nicht, „es redet gar viel“.

1. II. Depressiv mit monotonem Affekt. „Angst vor dem Umbringen“.

2. II. Depressiv; Selbstvorwürfe „hat gesündigt“.
19. II. Jahr nicht gewusst, sonst orientiert. Rechnet richtig mit kleinem Einmaleins. Depressiv mit etwas Affekt. Hört Stimmen „Sau und so Sachen. Es schimpft auch auf französisch, aber ich verstehe es nicht; es sind schlechte Worte“. Selbstvorwürfe. Isolierte intestinale Wahnideen, Unruhe im Leib; die Brust ist gesund. Keine Krankheitseinsicht.
23. II. Hört Stimmen „Saustallsachen“; mässig depressiv mit monotonem Affekt. Jahr nicht gewusst, sonst orientiert.
26. II. Depression mit mässig starkem Affekt; Selbstvorwürfe; zugänglich, örtlich orientiert, Jahreszahl falsch angegeben. „Unruhe im Leib“. Hört Stimmen, „alle wüsten Worte“.
1. III. Isolierte intestinale Wahnideen. „Untereinander im Leibe, wie von Würmern“. Hört schimpfende Worte.
8. III. Selbstvorwürfe mit monotonem weinerlichen Tonfall produziert „Ich muss vieles erzählen; ich habe meinen Mann hintergangen, ich habe ihn betrogen.“ Hört Stimmen „schlechtes Ding“. Liegt inaktiv im Bett.
21. III. Unverändert. Jahr nicht gewusst, sonst orientiert. Hört schimpfende Stimmen, „alle Schlechtigkeiten“. Produziert Selbstvorwürfe.
25. III. Mässige Depression, geringer Affekt; hört „Sau, Hure“ rufen. Produziert sexuelle Selbstvorwürfe. Ist orientiert.
31. III. Selbstvorwürfe mit ziemlich viel Affekt vorgebracht, ist das Zimmer nicht wert. Stimmen „die schimpfen Sau und alles, was man sagen kann“.
5. IV. Depressiv mit ziemlichem Affekt, „das Zimmer ist zu schön für mich“; orientiert. Hört schimpfende Stimmen „alles Schlechte“.
15. IV. Unverändert; liegt dauernd im Bett; hört „schimpfende Stimmen“; ist mässig depressiv mit monotonem Affekt.
1. V. Unverändert; liegt inaktiv im Bett; stets zugänglich; ist orientiert. Hört „wüste Worte“.
17. V. Unverändert. Hört „schimpfende Stimmen“. Mässige Depression mit geringem monotonem Affekt. Keine Hemmung, keine Sperrung. Liegt inaktiv im Bett. Katamnese am 13. VI. 1905; arbeitet Alltägliches mit Interesse. Ist „kalt, gleichgültig geworden. Fremde Sachen interessieren mich nicht mehr. Hat schon lange nicht mehr geweint“. Keine Stimmungsschwankungen. Krankheitseinsicht.

Fall IV.

Karoline M., 43 Jahre, verheiratete Schreinersfrau. 14. II. 1893 bis 22. XII. 1893. Heredität ist nicht vorhanden.

Die Kranke lernte schwer in der Schule. Im 18. Jahre Heirat; vier Geburten ohne Besonderheiten. Die Regel besteht zur Zeit noch. Die Kranke war immer leicht zu Schwermut geneigt. Seit einiger Zeit klagt sie über kurze Gedanken, bezog alles auf sich, seit acht Tagen erregt, wird verfolgt, umgebracht; sieht die Zeichen Gottes an der Wand, schläft nicht mehr.

Bei der Aufnahme ist die Kranke orientiert. Die Stimmung ist leicht deprimiert, ohne starken Affekt. Die Kranke scheint viel zu halluzinieren. Spricht mit lauter Stimme von ihren Erscheinungen, zitiert Bibelsprüche; pastoraler Tonfall. Depressive Eigenbeziehung ist stark entwickelt. Hört die Stimmen ihrer Angehörigen draussen. „Was sind das alles für Zeichen?

Warum wird so geschossen? Habt Erbarmen!“ Bekommt die Stimmen von Gott und die Gedanken anderer eingegeben. Betet viel.

25. II. Hat Nachts Männer gehört: ihr Vater stand draussen, auch der Grossvater. Hat Angst, man verhackt sie zu Stücken; das Gewissen hat es ihr gesagt; sie weiss nicht, ist es Gottes Stimme oder Satans Stimme. Der Arzt will sie ermorden.

3. III. Glaubte, dass ihre Brüder da seien; hält die Stimme einer andern Kranken für die Stimme ihres Bruders, der sie schelte.

4. III. Hat nicht essen wollen, weil sie glaubte, es sei das heilige Abendmahl, und danach müsse sie sterben. Reagiert auf alle Vorkommnisse in der Umgebung.

Ist „verwirrt durch all das Getöse“. Hat viel gesehen, „allerhand Spuk, den Herrgott, aber bloss den Kopf, den Herrn Pfarrer, ein Vieh mit Menschenkopf und furchtbares Dings“. Die Leute haben geschrien, gespottet, beleidigt, Scheussliches von ihr geredet, sie dadurch verwirrt gemacht.

7. III. Es wird über sie gespottet; alles, was gemacht wird, ist ihr zum Spotte gemacht; hat Zeichen gehört, als wenn Steine aufeinander rollen, das bedeutet, dass man sie steinigen will. Die Leute verstehen ihre Gedanken und lachen darüber. Die Menschen haben vor, sie umzubringen, das habe sie nicht verdient. Hat sonderbare Zeichen gesehen.

10. III. Hat so schreckliche Gedanken, dass die Leute etwas mit ihr vorhaben.

Meint bei allem, was sie sieht, es sei ein Zeichen für sie. Alle um sie geben ihr zu verstehen, dass man ihre Gedanken kenne.

18. III. Hört keine Stimmen mehr, sah aber Zeichen für sich. Gelegentlich Rededrang.

26. III. Muss sterben; hat nachts Feuer gesehen, das bedeutet, dass man in die Hölle kommt. Hört so viel Zeichen, weiss nicht, machen es die Leute oder der liebe Gott. Hört Klopfen im Nebenzimmer, „das ist eine Warnung, das heisst stirb“. Hat Feuer gesehen. In einem Löffel Kaffee war es wie Blut. Sah schwarze Flocken, wie Schnee. Sah auch eine Verklärung; monotones Jammern. Hörte ihren Bruder rufen: „Karoline, komm, wir wollen ins Wasser springen“.

Im April trat eine leichte Beruhigung ein; zeitlich unsicher orientiert. Tagesschwankung angedeutet. Die Kranke war nicht inaktiv, arbeitet gelegentlich. Scheint nicht mehr zu halluzinieren. Wiederholt monoton ihre sprachlichen Aeusserungen. Gelegentlich tritt Rededrang auf. Macht am 27. IX. 93 im Bade einen energielosen Selbstmordversuch, ebenso an den folgenden Tagen. „Weiss nicht, wo ihr der Kopf steht, es ist etwas nicht recht; versteht das Gerede um sie nicht“.

Am 22. XII. ungeheilt entlassen.

1901, nach dem Tode der Tochter, trat eine 14tägige Depression mit geringem Affekt auf. Hörte die Stimme der Tochter weinen; konnte nicht arbeiten, schlief nicht, „konnte sich gut über alles wegsetzen“.

Mai 1904 Katamnese. Seit der ersten Erkrankung „ganz verändert, nicht mehr wie früher“. Die Stimmung ist leicht gehoben, ohne Umschlag, „hält sich über nichts lange auf“, rechnet nicht; ist vergesslich; hat Mühe, sich zu fassen, „kann nicht denken“; könnte nicht selbständig leben, „was

würde ich, wenn mein Mann stürbe“. Arbeitet alltägliches. Hat Krankheits-einsicht, auch für den gemüthlichen Defekt, „aber leichtsinnig bin ich nicht“.

Fall V.

Babette Sp., 25 Jahr alt, verheiratet, Arbeiterfrau. 1. II. 1895 bis 1. VI. 1895.

Der Vater des Vaters litt an Geisteskrankheit. 12. XI. 1898 bis 22. I. 1899.

Die Kranke war intellektuell nur mässig veranlagt, wurde Fabrikarbeiterin. Zwei partus, zwei Aborte. Die zweite Entbindung erfolgte im Oktober 1894; die Kranke stillte. Seit Beginn des Jahres 1895 Schlaflosigkeit, Schwächegefühl. Seit zwei bis drei Wochen nachts Sinnestäuschungen, hört Klopfen, Läuten, Drohungen; auch optische Täuschungen, sieht den Tod an der Wand; zahlreiche depressive Wahnideen. Am 28. Januar lief die Kranke in den Kanal, wurde gerettet.

Bei der Aufnahme ist die Kranke örtlich und zeitlich orientiert; sie ist nicht genau zu prüfen wegen des vorhandenen Negativismus. Die Stimmung ist deprimiert mit gelegentlichen Steigerungen zu Angstparoxysmen; meist besteht nur geringer Affekt. Es bestehen zahlreiche depressive Wahnideen „wird umgebracht“, sowie vorwiegend optische Sinnestäuschungen „Bilder an der Wand“. Stark entwickelte depressive Eigenbeziehung, „symbolische Deutungen“. Während der Dauer der Anstaltsbehandlung bestand stets monotoner depressiver Affekt von geringer Stärke, leichter Rededrang ohne Ideenflucht. Nach der Entlassung am 1. VI. 1895 konnte die Kranke wieder sich im Haushalt beschäftigen, sie war jedoch, nach Aussage des Mannes, dauernd „etwas schwach im Kopf“. Seit Herbst 1898 wieder depressiv. Bei der Aufnahme am 12. X. 1898 ist die Kranke orientiert; es besteht mässig starke Depression mit geringem Affekt. Sinnlose Befürchtungen „man will mir etwas in die Augen spritzen“. Depressive Eigenbeziehung. Im Verlauf der Anstaltsbehandlung trat die ausgesprochene Depression mehr zurück, statt dessen war eine starke Labilität der Stimmung bemerkbar. Produziert Eifersuchtsideen. Vor der Entlassung am 22. I. 1899 arbeitete Pat., jedoch ohne Nachdruck, meist lag die Kranke im Bett. 1901 trat nach dem Tode eines Kindes eine längere Zeit dauernde Depression auf. Am 10. 4. 1904 gab die Kranke an, dass jährlich mehrmals mehrwöchentliche Depressionen auftreten. Während derselben hört Pat. ihre verstorbenen Kinder schreien; produziert depressive Eigenbeziehung. Die Stimmung ist äusserst labil mit monotoner Affektproduktion. Die Kranke rechnet schlecht; ist vergesslich; kann sich nicht fassen bei neuen Ereignissen. Seit zwei Jahren arbeitet sie nicht mehr.

Die Schwäche des Affektes, welche für die Depressionszustände der Dementia praecox charakteristisch ist, finden wir in diesen Fällen vor. Sie tritt hier weniger in dem Missverhältnis zutage, in dem der Inhalt der sprachlichen Aeusserung zu der Stärke des Affektes steht, als vielmehr in der klinischen Gestaltung selbst der Affektäusserung. Diese ist, unbeschadet ihrer Intensität, durch die geringe Beeinflussbarkeit charakterisiert, ein Symptom, dem wir auch in den manischen Zuständen der Dementia praecox begegnen, und das uns gestattet, diese Zustände von

der zirkulären Manie zu unterscheiden. Selbst in den Momenten, in denen bei unsern Fällen die Kranken fixiert werden können, treten keine Schwankungen der Stimmungslage auf, wir finden nicht den oberflächlichen Wechsel der Stimmung, der den Endzuständen der *Dementia praecox* eigen ist. Statt dessen beobachten wir, dass die Affektäußerung einfach unterbrochen wird. Es ist frappant, wie in diesen Momenten die Kranken ihr monotones Klagen sofort unterbrechen und Fragen beantworten. Hierauf setzt die Affektäußerung sofort in der alten Stärke wieder ein. Dieser Mangel an Intensitätsschwankungen, die Monotonie, ist für die hier uns beschäftigenden Depressionszustände von wesentlicher Bedeutung. Denn die Stärke selbst des Affekts kann ziemlich beträchtlich sein und es fehlt hier die Inkongruenz von Affekt und Vorstellungsinhalt, die in andere Stadien der *Dementia praecox* der Affektäußerung den Stempel des „Läppischen“ aufdrückt. Bei kurzdauernder Beobachtung kann die Affektäußerung in unsern Fällen als physiologisch imponieren. Von der melancholischen Depression wird sie dadurch zu unterscheiden sein, dass der Affekt nicht steigerungsfähig ist; vor Verwechslung mit der depressiven Erregung des manisch-depressiven Irreseins wird uns das Fehlen der in dieser Psychose vorhandenen motorischen Reizerscheinungen schützen, vor allem des Rededrangs. Findet sprachliche Aeußerung statt in unsern Fällen, so ist der Inhalt durch die stereotype Wiederkehr einer nicht allzu grossen Zahl von Aeusserungen hinlänglich als katatonisch präzisiert. Nun kann allerdings Monotonie der sprachlichen Aeusserungen, die an Stereotypie grenzt, auch durch die Denkhemmung des manisch-depressiven Irreseins hervorgerufen werden; insbesondere sind es die Mischzustände des höheren Alters, welche unsern Fällen ähnlich sich gestalten können. Es ist diesen späteren Anfällen des zirkulären Irreseins auch das frequentere Auftreten von Sinnestäuschungen eigen, die wir hier beobachten. Es sind in der Tat weniger die einzelnen Symptome an und für sich für die hier uns beschäftigenden Fälle von *Dementia praecox* charakteristisch, als vielmehr die Gruppierung, in der sie auftreten. Von den oben erwähnten Formen des manisch-depressiven Irreseins, die mit unsern Fällen gewisse Analogien bieten, sind es vorwiegend die Mischzustände, bei denen depressiver Inhalt unter Rededrang vorgebracht wird, die auf den ersten Blick mit unsern Fällen verwechselt werden könnten. Ist jedoch dort schon die Affektäußerung meist modulationsfähiger, passt sich ihre Intensität dem Inhalt der sprachlichen Aeusserungen an, so lässt sich doch vor allem stets die Symptomentrias nachweisen, aus deren Kreuzung der Mischzustand entsteht. Unseren Fällen von *Dementia praecox* fehlt die Ideenflucht, auch wenn geringer Rededrang besteht;

andererseits werden hier Wahnideen in grosser Zahl vorgebracht, während in der zirkulären Depression der Einfluss der Denkhemmung auf die Dauer und die Gruppierung der Wahnideen von Einfluss ist. Dies tritt besonders deutlich in denjenigen Mischzuständen zutage, in denen als depressiver Inhalt wesentlich intestinale Wahnideen in grosser Zahl produziert werden. Diese Wahnideen sind der Ausdruck der Hemmung derjenigen Assoziationen, deren Leistung das Bewusstsein der Körperlichkeit schafft. So zeigen diese Wahnideen deutlich eine Gruppierung nach Körperabschnitten, so zwar, dass der Kranke Brust-, Bauch- oder Kopfhöhle als Sitz von Veränderungen bezeichnet, nie jedoch ein einzelnes Organ. Gerade letzteres treffen wir häufig in unsern Fällen von *Dementia praecox*.

Das isolierte Auftreten einer Wahnidee bei fehlender Denkhemmung ist auch andern geistigen Schwächezuständen eigentümlich, insbesondere der senilen Demenz. Für unsere Depressionszustände charakteristisch ist ihr Verhältnis zum Affekt. Die Frage, ob letzterer oder die Wahnideen primär auftreten, lässt sich, da beide Symptome zu gleicher Zeit erscheinen, nicht entscheiden. Auffallend ist jedoch die schon erwähnte geringe Beeinflussbarkeit der monotonen depressiven Affektlage, sowohl äusseren Reizen als auch dem Inhalt der Wahnideen und Sinnestäuschungen gegenüber. Das Auftreten dieser letzteren Wahnideen und Sinnestäuschungen imponiert als selbständiger Reizvorgang, die nicht beeinflussbare Stimmungslage besteht zu gleicher Zeit. Man kann dieses Verhältnis als Analogon betrachten zu dem in den manischen Zuständen der *Dementia praecox* beobachteten Symptomenkomplex; dort ist die gehobene Stimmung ebenfalls nicht beeinflussbar durch die meist stereotypen motorischen (Aeusserungen) Reizerscheinungen. Letztere fehlen unsern Fällen; die sensorischen Reizerscheinungen, die Sinnestäuschungen zeigen eine bestimmte Gruppierung, die wohl das charakteristische Symptom der vorliegenden Depressionszustände darstellen. Die Sinnestäuschungen werden nie als isolierte Reizerscheinung vom Kranken geschildert; die sinnliche Deutlichkeit derselben ist auch gering. Wesentlich sind die gemeinsamen Merkmale, die sie verknüpfen: Es sind Stimmen von Angehörigen, Stimmen, die schimpfen. In zwei Fällen wird typischer Weise von den Kranken, die des Französischen nicht mächtig sind, angegeben, „es wird auf französisch geschimpft; ich verstehe zwar die Worte nicht, aber es wird geschimpft.“ Die Sinnestäuschungen werden, wie wir sehen, nach der Affektbetonung bezeichnet, die ihrem Inhalt erfahrungsgemäss zukommt. Eine ähnliche Gruppierung von Reizsymptomen stellt die stereotype Wiederholung gewisser Bewegungen dar, die für das

manische Stadium der Dementia praecox typisch sind. Die Intensität der einzelnen Sinnestäuschung ist eine geringe. „Die Worte werden meist nicht deutlich verstanden, aber der Sinn.“ Es fehlt auch diesen Depressionszuständen die Ratlosigkeit, die Gebundenheit, die mit dem akuten Auftreten spezifischer Sinnestäuschungen verknüpft ist. Auch die optischen Sinnestäuschungen sind durch gemeinsame affektive Merkmale verknüpft; sie haben diese Eigenschaft mit den hysterischen Sinnestäuschungen, auch wohl mit manchen alkoholischen gemein. Auch die optischen Sinnestäuschungen werden nicht mit der peripheren sinnlichen Wahrnehmung identifiziert. Ihre Wahl entspricht einer depressiven Affektlage; die Kranken sehen „Fratzen, Särge, Leichen im Wasser etc.“ Am schönsten lässt sich die Kombination der Sinnestäuschungen an den Tasthalluzinationen beobachten. Statt elementarer Tastempfindungen („ungezählte Nadelstiche, Sprühregen“) wird hier eine zeitliche Reihenfolge von Tastempfindungen halluziniert: „es kommt wie eine Schlange, die sich um meinen Leib windet und mich zusammenschnürt, so dass mir der Atem ausgeht.“

Die Zusammenfassung der Sinnestäuschungen in Gruppen beschränkt ihre Kombinationsmöglichkeiten; dieselben sind bei elementaren spezifischen Sinnestäuschungen ungleich zahlreicher, so z. B. in der Dementia paranoides. Hieraus resultiert eine gewisse Monotonie des Inhalts der sprachlichen Äußerungen, obgleich abwechselnd die einzelnen Gruppen von Sinnestäuschungen vorgebracht werden. Dieses phasenweise Auftreten ist auch den Wahnideen eigentümlich. Der Inhalt derselben stellt meist sinnlose Befürchtungen dar: „die Angehörigen sind tot; der Mann ist erschossen, verunglückt.“ Die Dauer der Wahnideen wird hier nicht durch Hemmungsvorgänge beeinflusst, und wenn bei ihrem Auftreten auch depressive Stimmung besteht, so kann doch diese ganz in den Hintergrund treten. So wird die gleichzeitig bestehende Tagesschwankung der Stimmung bisweilen lediglich durch das gehäufte Auftreten von Wahnideen und Sinnestäuschungen angezeigt.

Trotzdem der in diesen Fällen vorhandene Affekt nicht stark ausgeprägt und durch den Inhalt der jeweiligen Vorstellungen wenig beeinflussbar ist, so finden wir doch hier durchgehends ein Symptom, dem wir sonst nur in den heftigen Affektausbrüchen der Melancholie und der zirkulären Depression begegnen: die depressive Eigenbeziehung. Jede periphere Wahrnehmung wird in depressivem Sinne gedeutet: „der Schrank, der Blumenstrauß darauf, der Stuhl,“ alles hat Bedeutung. „Warum gehen die draussen so auf und ab?“ Auch dieses Symptom tritt phasenweise auf, ist nicht an Intensitätsschwankungen des Affekts gebunden.

Die geringe Stärke des Affektes ist auch nicht hinreichend, um die Herabsetzung einzelner intellektueller Leistungen zu erklären, die bei diesen Kranken ebenfalls phasenweise auftritt. (Rechenvermögen; zeitliche Orientierung.) Diese Erscheinung ist uns vom Affekt des Gesunden her bekannt, jedoch muss bei letzterem die Intensität des Affektes schon eine beträchtliche sein, um eingeübte Leistungen zu vereiteln. Auch im manisch-depressivem Irresein finden wir dieses Symptom; die stets vorhandene Hemmung erklärt den Defekt zur Genüge. In unsern Fällen fehlt jegliche Hemmung; auch sind die Kranken nicht ablehnend. Die falsche Antwort erfolgt prompt.

Diese vorübergehende Herabsetzung der intellektuellen Leistungen tritt, wie Wahnideen, Sinnestäuschungen und depressive Eigenbeziehung, nur bei Bestehen der depressiven Stimmungslage auf. Wenn schon die Schwäche des depressiven Affektes die Annahme unwahrscheinlich macht, dass diese Symptomengruppen durch die Stimmungslage bedingt werden, so erscheint vollends das turnusartige Auftreten aller Symptome, deren Eigenart die gleichmässige Intensität des Affektes sich keineswegs anpasst, als selbständiger Reizvorgang. Die katatonischen Erregungsstadien, in denen die motorischen Assoziationen ausschliesslich oder partiell beteiligt sind, bieten dieselbe Erscheinung; die gleichzeitig bestehende depressive oder gehobene Stimmungslage folgt in ihren Schwankungen nicht der Intensität der motorischen Reizerscheinungen.

Diese motorischen Symptome fehlen unsern Fällen vollständig. Der gelegentlich auftretende Rededrang stellt kein selbständiges Reizsymptom dar. Vom manisch-depressiven Rededrang unterscheidet er sich durch das Fehlen der Ideenflucht, vom katatonischen durch seine leichte Beeinflussbarkeit; der Rededrang wird durch Fragen etc. sofort unterbrochen.

Während die Störungen des Rechenvermögens und der Orientierung, wie wir gesehen haben, ebenfalls unter Affektschwankungen einhergingen, bleibt als permanenter Defekt zu erwähnen die Urteilsschwäche, die auch bei fehlender Depression, ja in der Remission selbst vorhanden ist. Sie ist die Folge der „Fassungslosigkeit, des Unvermögens, sich zu konzentrieren“, welches von jeher als Merkmal sämtlicher Formen der Dementia praecox betrachtet wurde.

In der Remission sind unsere Fälle neben dieser Urteilsschwäche noch charakterisiert durch Störungen auf dem Gebiete des Affektes. Es besteht Labilität der Stimmungslage. Das Fortschreiten der Verblödung erfolgt in diesen Fällen nur langsam und pflegt keinen hohen Grad zu erreichen.

Eben wegen dieses langsamen Sinkens des geistigen Niveaus, zu

dessen Feststellung eine längere Beobachtungszeit nötig ist, begegnet die Abgrenzung dieser Depressionszustände von denen des manisch-depressiven Irreseins in manchen Fällen grossen Schwierigkeiten. Die Tatsache, dass keine manischen Phasen im Verlauf der Verblödung sich finden, kann nicht zur Unterscheidung von der periodischen Depression gebraucht werden. Wenn wir die Depression an und für sich im Verhältnis zu der manisch-depressiven charakterisieren wollen, so können wir die obigen Ausführungen kurz dahin zusammenfassen, dass

1. die Stärke des Affekts nicht exzessiv ist. Die Affektäusserung ist leicht zu unterbrechen, zeigt jedoch in ihrem Ablauf keine Intensitätsschwankungen.

2. Die Wahnideen und Sinnestäuschungen sind inhaltlich von den im manisch-depressiven Irresein vorkommenden nicht verschieden. Sie zeigen jedoch in ihrem klinischen Auftreten eine bestimmte Gruppierung; sie treten nicht vereinzelt, sondern nach Gruppen mit gemeinschaftlicher Affektbetonung in Erscheinung. Dies trifft, im Gegensatz zum manisch-depressiven Mischzustande, nicht zu bei den intestinalen Wahnideen, die hier einzelne Organe betreffen, im Mischzustand meist Körpersegmenten. Trotz der Affektschwäche ist die depressive Eigenbeziehung stark entwickelt. Es finden sich Schwankungen der intellektuellen Leistungen, die nicht auf motorischer Hemmung beruhen.

3. Wenn auch sämtliche Symptome nur bei bestehender Depression produziert werden, so stellt doch der wechselnde Turnus ihres Auftretens eine selbständige Reizerscheinung dar, denen keine Affektschwankungen entsprechen.

4. Der bereits bestehende Defekt äussert sich in der Urteilsschwäche. Wenn wir nun die Stellung, welche die hier beschriebene Depression in der Entwicklung der Verblödung einnimmt, definieren wollen, so ist zunächst hervorzuheben, dass in der Mehrzahl der hier angeführten Fälle die Depression nicht den ersten Anfall der Krankheit darstellt; in den Fällen IV und V, in denen wir den ersten Anfall des Leidens vor uns haben, zeigt das Zustandsbild noch weitere Merkmale ausser denen, die wir als typisch für diese Depressionszustände zu schildern versucht haben. Diese weiteren Symptome sind als katatonisch bekannt; es ist dies die stereotype Wiederkehr bestimmter Redensarten, das Eingeben von Gedanken, die Andeutungen von Negativismus. Spezifisch katatonische Symptome fanden sich auch in dem ersten Anfall der übrigen Fälle. Die Schilderung dieser ersten Anfälle kann uns natürlich nur durch die Kranken oder deren Angehörigen gegeben werden, so dass auf ihre Symptomatologie nicht näher eingegangen werden kann.

Jedenfalls ist das Vorkommen katatonischer Reizsymptome aus den Angaben der Kranken zu entnehmen; dasselbe ist diagnostisch wertvoll, besonders da diese motorischen Symptome in den spätern Anfällen zurücktreten. Diese Depressionszustände sind im wesentlichen durch sensorische Reizerscheinungen und durch die oben beschriebene Gruppierung derselben charakterisiert. Die Art der sich entwickelnden Verblödung bietet dann auch grosse Aehnlichkeiten mit einer anderen Verlaufsart der Dementia praecox, die ebenfalls durch das fast ausschliessliche Auftreten sensorischer Reizerscheinungen ausgezeichnet ist. Es sind diese Formen, bei welchen halluzinatorische Erregung der Sinnesgebiete, verbunden mit dem Wahn der körperlichen Beeinflussung, anfallsweise auftritt. Die konsekutive Demenz pflegt nicht eine starke Abnahme der Intelligenz darzustellen, sondern sie gibt sich als Interesselosigkeit bei erhaltenem geistigen Besitzstand kund; ausserdem ist die Ausdrucksweise umschreibend, die Wortwahl absonderlich.

In unsern Fällen nun stellt sich die Verblödung lediglich als Abnahme des Affektes dar. Wir finden in den Remissionen die Zustandsbilder der gemüthlichen Verblödung in allen ihren Abstufungen. (Im Fall III liess die Remission nach dem zweiten Anfall einen deutlichen Fortschritt der Affektschwäche erkennen.) Gemeinschaftlich sind diesen Remissionen folgende Merkmale:

Die Zahl der Vorstellungen ist nicht vermindert. Die Kranken leisten ebenso schwierige Arbeit wie früher, nur das Quantum der Arbeitsleistung ist herabgesetzt. Es besteht Unvermögen, sich zu konzentrieren; Fassungslosigkeit bei unerwarteten Ereignissen; das Gedächtnis etwas herabgesetzt.

Dies die gemeinsamen Merkmale. Nach der Stufe der Affektschwäche selbst können wir zwei Arten von Remissionen unterscheiden:

1. Die Affektlage ist labil; exzessive Affektäusserungen, meist monoton depressiv, erfolgen auf geringe Reize. Es treten häufig spontane Depressionen von kurzer Dauer auf.

2. Es besteht Indifferenz der Affektlage bei erhaltenem Interesse für die Alltagsbeschäftigung. Der Kranke ist stärkerer Affektregungen verlustig gegangen. Es fehlen jegliche periodischen Erscheinungen.

Dass 2. nur eine Weiterentwicklung von 1. darstellen kann, beweist der Fall III. Der sub 2 beschriebenen Remission begegnen wir nach den verschiedenartigsten katatonischen Anfällen. Diese Gestaltung der Remission ist in unsern Fällen besonders wertvoll für die Abgrenzung dieser geistigen Schwächezustände von denjenigen, welche sich nach Anfällen des manisch-depressiven Irreseins, insbesondere nach Misch-

zuständen entwickeln können. „Solche Kranke sind während der Zwischenzeiten zwar besonnen, orientiert, behalten ein leidliches Gedächtnis, aber sie werden schliesslich dauernd urteilslos, reizbar, ungemein schwankend in ihrer Stimmung, oder stumpf, gleichgültig und willenlos“ (Kraepelin, Lehrbuch II, 1904. S. 579). Stumpf, gleichgültig und willenlos werden die hier beschriebenen Fälle nicht, sie leisten nahezu alle ihre Berufsarbeit und haben Interesse für dieselbe. Viel eher könnte noch die Remission, die durch Labilität der Stimmung ausgezeichnet ist, im Einzelfalle differential-diagnostische Schwierigkeiten verursachen. Es musste auch hier wieder Wert gelegt werden auf die Schwäche des Affektes und auf die Monotonie der meist depressiven Affektäusserung; rein manische Stimmungslage, die zu entsprechenden komplizierten Handlungen führte, kommt in diesen Remissionen der Dementia praecox nicht vor.

II. Vereinsberichte.

Psychiatrisch-neurologische Sektion des Aerztereins in Budapest.

Sitzung vom 13. Februar 1905.

Bericht von Dr. L. Epstein, Nagyszeben (Ungarn).

425) **Moravcsik** hält einen Sammelvortrag über Katatonie und schildert nach einer Darlegung der Symptomatologie und Literatur der Frage jene Umwälzung, welche die Einfügung des katatonischen Symptomenkomplexes in den Rahmen der Kraepelin'schen Dementia praecox hervorgerufen hat. Obwohl sich aus den unter verschiedenen Benennungen vorkommenden Symptomenkomplexen eine neue, vollkommen berechnete Krankheitsform zu entwickeln beginnt, so werden deren ätiologische, symptomatologische und prognostische Eigenschaften durch die „Dementia praecox“ keineswegs gedeckt, wie dies auch von Bernstein und Sommer betont wurde. Die gegenwärtige Form der Dementia praecox kann von keiner langen Lebensdauer sein und es muss an derselben noch manche Abänderung getroffen werden. Eine glücklichere Benennung würde jedenfalls zur Zusammenfassung der Symptome beitragen. In Uebereinstimmung mit Bernstein würde auch M. eine gerechte Würdigung der Verdienste Kraepelin's darin erblicken, wenn die derzeit noch nicht endgültig umschriebene Krankheitsform „Kraepelin'sche Krankheit“ benannt werden würde.

Nach den Erfahrungen M.'s werden einzelne, seltene Krankheitsfälle am treffendsten als katatonische Geistesstörung belegt. Auch die Gegner jener Bestrebung, welche die Katatonie als selbständige Krankheitsform bezeichnet, und unter diesen Kraepelin selbst, bedienen sich oft der Bezeichnung „Katatonie“, worunter sie eine charakteristische Eigenschaft verstehen. Die Diskreditierung der Selbständigkeit dieser Krankheitsform wurde teils durch nicht genaue Wahl

und Bezeichnung der Fälle, teils dadurch verursacht, dass einzelne katatonische Erscheinungen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen (Melancholie, Manie, halluzinatorische Verwirrtheit, hysterische und epileptische Geistesstörung, Paranoia, progressive Paralyse etc.) vorkommen können. Nach der Erfahrung M.'s gibt es eine Krankheitsform, welche mit einem verschieden langen, meist jedoch kurzen, akut erscheinenden und verschieden (melancholisch, manisch, stuporös, paranoid) einsetzenden Initialstadium beginnt, in deren weiterem Verlaufe Sinnestäuschungen ständig, oder wenigstens häufig vorkommen, ohne aber zu systematisierten Wahnbildungen zu führen; von diesen unabhängig, weist diese psychische Erkrankung in ihrer Intensität schwankende und verschieden gefärbte motorische Erscheinungen, Veränderungen des Muskeltonus auf, welche stets die leitende Rolle spielen und von dem Inhalte des psychischen Lebens, sowie den Schwankungen der gemütlichen Sphäre unabhängig sind, so dass der psychische und der motorische Reizzustand nicht konsekutive, sondern koordinierte Erscheinungen bilden. Charakteristisch ist überdies das rhapsodische Auftauchen und Schwinden der einzelnen Phasen der psychischen und motorischen Erscheinungen, der kaleidoskopartige Wechsel, sowie die Neigung zu einer Fixierung einzelner Zustände, die Suggestibilität, Veränderungen der Mimik und traumartige Zustände des Bewusstseins.

Dem gegenüber sind die bei anderen psychischen Erkrankungen auftretenden katatonischen Erscheinungen sekundärer Natur, meist durch Sinnestäuschungen oder Wahnbildungen bedingt, erscheinen als nicht charakteristische Symptome der Psychose episodenhaft und zeigen, wenn stabilisiert, eine Fixierung derselben Form. Nicht die Stabilität irgend einer Form der Tonusveränderung ist das charakteristische bei der Katatonie, sondern die bunte Veränderung der verschiedenen Nuancen bei einer gewissen Neigung zu vorübergehender Fixierung. Die bei der Katatonie vorkommenden manischen oder melancholischen Zustandsbilder sind nicht identisch mit der wahren Melancholie oder Manie; sie unterscheiden sich durch den raschen Wechsel der Symptome, durch deren bruchstückartiges Auftreten, durch das zeitweise Auftreten von Halluzinationen und Illusionen, und das Einschieben von Ruheperioden. Im manischen Zustandsbilde fehlt das heitere Moment, die Erregungszustände zeigen ein explosives Auftreten. Auch der paranoiaartige Zustand unterscheidet sich von der wahren Paranoia durch die Mannigfaltigkeit der Sinnestäuschungen und Wahnbilder, durch das Fehlen der Systematisierung, und durch den explosionsartigen Charakter der Erscheinungen. Dazwischen treten häufig die katatonischen, motorischen und psychischen Erscheinungen auf, ferner Energiemangel, Indifferenz, wobei die Perzeption keine tieferen Störungen aufweist.

Bei der wahren Katatonie kommen nebst den erwähnten charakteristischen Momenten noch in Betracht verschiedene psychische und somatische Erscheinungen: manische, depressive, stuporöse Zustände, vorübergehende Sinnestäuschungen, Störungen des Bewusstseins, Schwankungen der Pupillenweite, Veränderungen der Reflexe und manischen Muskeleerregbarkeit, epileptiforme Anfälle, Collapszustände, Sensibilitätsstörungen, verschiedene vasomotorische Störungen etc. Bei seinen Kranken konnte M. in allen Fällen eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, mit langsamen, trägen Zuckungen nachweisen. Interessante Daten erhielt M. auf Grund mehrjähriger Beobachtungen bezüglich Temperatur und Pulsfrequenz: Die Temperatur war meist eine niedrige und es stand die Pul-

frequenz in keinem Verhältnisse zu derselben, indem bei niederer Temperatur oft hohe Pulszahl oder umgekehrt gefunden wurde. Die Beobachtungen M.'s bezüglich Körpergewicht sind übereinstimmend mit den Befunden Kraepelin's. Bei Nahrungsverweigerung war eine rapide Gewichtsabnahme natürlich, aber unter normalen Verhältnissen war das Körpergewicht auch grossen Schwankungen unterworfen und wies nur dann eine Steigerung und Stabilisierung auf, wenn Heilung oder Verblödung eintrat. Die wahre Katatonie kommt selten vor. In vier Jahren beobachtete M. 42 Kranke mit katatonischen Erscheinungen, darunter wahre Katatonie bloss in 10 Fällen. Die Dauer erstreckt sich auf Monate und Jahre und endet selten mit einer defektösen Heilung, meist mit Verblödung. Positive Anzeichen für die Prognose gibt es nicht. Von schlechter Prognose sind: langsame Entwicklung der Symptome, langes Bestehen einzelner Stereotypien, Maniertheit, Neigung zu unmotivierten Lachanfällen, hartnäckig bestehende motorische und psychische Dissoziation, Neigung zur rapiden Gewichtszunahme, wenn diese nicht parallel geht mit einer psychischen Aufhellung. Unerwartete psychische Klärungen lassen Remissionen als wahrscheinlich erscheinen. Nach erfolgter Verblödung werden die bunten motorischen Erscheinungen farblos, monoton, oder verschwinden gänzlich. Heilung konnte M. bloss dann beobachten, wenn die Tonusveränderungen hauptsächlich nach einer Richtung ausgeprägt waren, und dabei Stereotypien, gekünstelte Attituden und Maniertheit fehlten.

Die pathologisch anatomischen Befunde geben derzeit keine Erklärung der Erscheinungen, ebenso schwer ist es, in den Mechanismus derselben Einblick zu gewinnen. M. explorierte diesbezüglich seine Kranken häufig, namentlich in den freieren Phasen, konnte aber von keinem eine Motivierung seines Verhaltens (Maniertheit, Mutazismus) erhalten.

(Originalmitteilung in Orvosi Hetilap 1905, No. 11 und 27. „Elme-és idegkórtan, No. 1 und 2.“)

Diskussion.

Salgó findet es bedauernswert, dass die moderne deutsche psychiatrische Schule die Forschung aus jener gesunden Richtung herausdrängte, in welche die Klassiker der Psychiatrie, namentlich Kahlbaum und Hecker sie zu lenken bestrebt waren. Durch Ausspürung und übertriebene Bewertung minutöser Symptome häufen die Miniaturmaler der modernen Psychiatrie jene Daten, welche die Symptomenkomplexe in immer mehr und mehr Untergruppen auflösen und die Uebersichtlichkeit erschweren. Kahlbaum und Hecker nämlich wollten nicht durch die Permutation abwechslungsreicher Krankheits-symptome neue Krankheitsbilder schaffen, sondern waren bestrebt, die Ursachen, die Entwicklung, den Verlauf und den anatomischen Befund der nach ihrer Ansicht feststehenden Symptomenkomplexe zu ermitteln und auf diese Weise das genaue Bild einer Geisteskrankheit *sui generis* zu zeichnen. Allerdings sei ihnen dies nicht geglückt, aber ihre Forschungsmethode bedeutete im ärztlichen Sinne einen Fortschritt. Die neuere Richtung müht sich in einer Weise, die eingehend und genau erscheint, aber in Wirklichkeit nur kleinlich ist, damit ab, nebensächliche Symptome hervorzuheben und differentialdiagnostische Bedeutung Symptomen zuzuerkennen, deren Wert wir gar nicht kennen.

Bei einer solchen Sachlage daher, wo wir von Geisteskrankheiten im strengen klinischen Sinne des Wortes überhaupt nicht reden können, sei es ein

müßiges Beginnen, die Frage zu erörtern, ob es eine Katatonie als gesonderte Krankheit gebe. Am besten beweise dies die englische und französische Psychiatrie, die sich von wichtigtuenden, schematisierenden Bestrebungen stets fern hielt, ohne deshalb in ihrer Entwicklung zurückzubleiben.

Ob die in dieser Art neuerdings geschaffenen Krankheitsformen (Katatonie, Dementia praecox usw.) klinischen Wert haben oder nur zur leichteren Verständigung dienende Bezeichnungen sind, läßt sich zur Zeit kaum entscheiden; als Diagnosen von dauerndem Wert können sie keinesfalls gelten.

Epstein teilt den Standpunkt des Vortr., dass die Kraepelin'sche Dementia praecox keine einheitliche und selbständige Krankheitsform und auch der Name kein zutreffender sei, was übrigens auch Kraepelin selbst zugibt, doch halte er aus Gründen der wissenschaftlichen Forschung die vorübergehende Aufstellung dieses Typus für zweckmässig. Bezüglich der Katatonie bemerkt er, dass er nicht imstande sei, eine genaue Scheidung derselben von der Hebephrenie und zum Teil auch von der Dementia paranoides zu treffen. Kommt die Katatonie als selbständige Krankheitsform vor, so kann das nur selten der Fall sein; Ziehen z. B. will nur zwei solche Fälle beobachtet haben. Gegenüber Salgó meint er, dass die Unterscheidung der katatonischen Symptome in organische und symptomatische Erscheinungen allerdings wünschenswert wäre, doch sei diese Differenzierung bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens kaum möglich; auch sieht er es nicht als erwiesen an, dass die von Salgó erwähnten katatonischen Symptome im Endstadium der Paralytiker in einem Hydrocephalus int. ihre anatomische Grundlage hätten, denn letzterer findet sich ja bei der Sektion von Paralytikergehirnen ziemlich häufig, während ausgesprochene katatonische Symptome bei Paralytikern verhältnismässig selten sind.

Schaffer erwähnt einen Fall seiner Beobachtung, der nunmehr seit zehn Jahren die wesentlichen Symptome der Katatonie zeigt. Die so lange Zeit bestehende Gleichartigkeit eines Zustandes spricht für die Auffassung, dass Katatonie als selbständiges Krankheitsbild vorkommen kann. Er sieht die katatonischen Symptome nicht als Folgen einer erhöhten Aktivität der psychomotorischen Zentren an, sondern als Resultanten eines komplizierten psychopathologischen Prozesses.

Ranschburg fand, dass bei paralytischer Demenz, selbst in den höchsten Stadien, zwischen den Assoziationen eine sinnvolle Verbindung bestehen bleibe, während bei Dementia praecox dieselbe sehr häufig verloren gehe. Bei Paranoikern kann auch nach jahrelangem Bestande des Leidens die Reproduktion unversehrt bleiben, höchstens kommen die Assoziationen in Beziehung zu den Wahnideen der Kranken. Bei Paranoikern, die katatonische Symptome zeigen und während der Untersuchung halluzinierten, konnte infolge Fesselung der Aufmerksamkeit die Reproduktion wohl mangelhaft sein, zeigte aber in Bezug auf den Sinn keine Lockerung. Diese Tatsachen, wenn sie auch für sich allein nicht entscheidend sind, scheinen doch für die pathologische Selbständigkeit der Dementia praecox zu sprechen. Er konnte niemals die Beobachtung machen, dass die katatonischen Symptome, wie Manieren, Negativismus, Verbigeration usw. aus Halluzinationen entspringen.

Donáth hält dafür, dass die Bezeichnung „Dementia praecox“ zu beseitigen sei, denn sie gibt zu Missverständnissen Anlass und involviert nach der Anschauung vieler eine Prognose, die gewissermassen ein Todesurteil be-

deutet. In Wirklichkeit aber steht die Sache nicht so schlimm; z. B. habe er auch jetzt einen Fall, der, nachdem er monatelang die Symptome der Katatonie zeigte, im Laufe weniger Tage wenigstens in vorläufige Genesung überging.

Décsi hält in Ermangelung pathologisch-anatomischer Einheiten die Schaffung grösserer klinischer Einheiten, wie es die Dementia praecox ist, für zweckmässig, weil sie das Verständnis und die Uebersichtlichkeit der Fälle erleichtern. Die echten katatonischen Symptome unterscheiden sich durch ihre psychologischen Eigenschaften von den bei den verschiedenen Krankheitsbildern vorkommenden ähnlichen Symptomen. Eine solche Eigenschaft ist die Stumpfheit des Gemüts, woraus sich die emotionslosen, unerwarteten, raschen, automatischen Handlungen erklären.

Ranschburg hebt mit Bezug auf Donáth's Fall hervor, dass periodische Besserungen, die als Heilung imponieren, wie Kraepelin selbst bemerkt, häufig vorkommen.

Niedermann äussert sich auch dahin, dass die „Heilungen“ der Dementia praecox mit Vorsicht aufzunehmen seien.

Décsi betont gegenüber Epstein, dass man die Unterscheidung der „echten“ von den „unechten“ katatonischen Symptomen trotz aller Schwierigkeit versuchen müsse; vielleicht werde die graphische Analyse der Muskelbewegungen zu einem objektiven Resultate führen.

Sitzung vom 27. Februar 1905.

426) **Reuter** demonstriert Halsrippen bei einem 17jährigen, erblich belasteten geisteskranken Manne, bei welchem sich an beiden Seiten des VI. und VII. Halswirbels je eine deutlich palpable und mit Röntgenstrahlen nachweisbare Halsrippe fand. Vortr. betont die Seltenheit doppelter und beiderseits bestehender Halsrippen.

427) **Frey** stellt einen Fall von Dystrophia muscul. progr. vor. Ein 16jähriger Mann bemerkt seit einem Jahre eine zunehmende Schwäche seiner Arme, mit gleichzeitiger Abmagerung derselben. Im Schultergürtel atrophisch: Deltoideus, Latissimus dorsi, Pectoralis maj., Levator scapulae; Oberarmmuskulatur in toto atrophisch, namentlich rechts. Muskeln des Vorderarmes erscheinen etwas hypertrophisch. Schlaffe Bauchdecken. Mässige Lordose. Keine Veränderung der unteren Extremitäten, Kniephänomen schwach, Tricepsreflex fehlend. Typisches Aufstehen aus liegender Stellung. Sensibilität normal. Elektr. Erregbarkeit vermindert, in der Pars acromialis des Deltoideus typische EAR, mit Inversion; EAR im Sartorius, jedoch ohne Inversion.

Donáth erklärt, ähnliche Befunde der elektrischen Erregbarkeit bei Dystrophien erhoben zu haben; zwischen spinalen Muskelatrophien und primär progressiven Muskeldystrophien können keine scharfen Grenzen erhoben werden; es gibt viele Zwischenformen, was nicht überraschend ist, da beide Erkrankungen endogener Natur und Muskel und Nerv physiologisch zusammengehörig sind.

428) **Frey** demonstriert zwei Fälle von Facialis-tic und bekennt sich zur Ansicht von Feindel und Meige, dass der Tic die motorische Reaktion eines affizierten Nerven sei, welche durch psychogene Reize ausgelöst wird, hingegen

sei der Spasmus von der Psyche gänzlich unabhängig und werde bloss durch einen Reizzustand des sensiblen Neurons aufrecht erhalten.

Der erste Fall bezieht sich auf einen 50jährigen Dienstmann, bei welchem ein durch Tränenabsonderung hervorgerufener spastischer Zustand der Augenlidmuskulatur besteht; tonische Krämpfe in den zwei oberen Aesten der Faciales; Lidspalte etwas verengt; lebhafte Reflexe; Arteriosklerose.

Fall 2: Bei einer 72jährigen Frau besteht seit Jahren ein tonischer Blepharospasmus, welcher eine Verkleinerung der Länge der Lidspalte bis zur Hälfte der Normalen hervorgerufen hat; ausserdem Clonus des Sterno-Cleido-Mastoideus. Lebhafte Reflexe.

429) **Salgó:** Massnahmen gegenüber den Individuen von „verminderter Zurechnungsfähigkeit“ und gegenüber Trunksüchtigen.

Vom Zentralaussschuss des internationalen Kongresses für Gefängniswesen aufgefordert, über die Frage zu referieren, ob und welche besondere Anstalten notwendig seien für „verminderte Zurechnungsfähige und Trunksüchtige“, war ich der Meinung, dass die Behandlung dieser Frage in unserer Fachsektion nicht ohne Interesse sein dürfte. Jedenfalls interessiert es mich selbst in hohem Grade die Meinungen der geehrten Fachkollegen zu hören, weshalb ich meine diesbezüglichen Ausführungen hier vorbringe.

Wenn wir uns streng an den Wortlaut der Frage halten, dann gehört dieselbe kaum vor das Forum der Psychiatrie, welche sich mit dem rein strafrechtlichen Begriffe der Zurechnungsfähigkeit kaum zu beschäftigen hat. Doch dürfte der Kongress für Gefängniswesen mit seiner an uns Psychiater gerichteten Frage der Auffassung gewesen sein, dass er von Aerzten wohl über die organischen Ursachen der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ Aufschlüsse erhalten dürfte. Dann aber beginnt für uns die Frage nicht mit der judiziellen Feststellung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“, die ja von einem zufälligen Ereignisse im Leben der betreffenden Individuen, nämlich dem einer begangenen strafbaren Handlung ausgeht, sondern mit der eines Geisteszustandes, dessen eines Symptom auch eine strafbare Handlung ist oder sein kann, der aber doch andere und wichtigere Merkmale hat als eine strafbare Handlung. Die Merkmale dieses Zustandes, der nicht als Geisteskrankheit angesprochen werden kann, aufzudecken, die organischen Ursachen der sogenannten „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ zu erweisen, den Beziehungen derselben zu ausgesprochenen geistigen Störungen nachzugehen, ist ohne Zweifel eine Aufgabe psychiatrischer Forschung, wengleich die ganze Frage im Wesen soziologischer oder anthropologischer Natur ist.

Vor allem sind solche Fälle auszuscheiden, in welchen ein vorübergehender und in äusseren Ursachen wurzelnder Zustand besteht, dessen Erscheinungsweise Aehnlichkeiten aufweist mit jenem Zustande konstitutioneller Natur, in welchem die „verminderte Zurechnungsfähigkeit“ aus einem abnormen Habitus entspringt. Und nur von diesem ist hier die Rede. Fälle von schwerer hereditärer Belastung oder von solchen, die von den Franzosen als „dégénéres superieurs“ bezeichnet werden; bei denen psychotische Symptome in striktem Sinne oder nennenswerter psychischer Defekt fehlen, bei denen aber keine Spur von moralischer Disziplin zu finden ist; die Sklaven jeder Laune und jeder augenblicklichen Willensregung sind; die hemmungslos und ohne jede

konventionelle Regung ihren plötzlichen Sensationen und egoistischen Neigungen folgen und bei denen alle derzeitigen Versuche sozialer Besserungen wirkungslos bleiben; diese sind es, um die sich die aufgeworfene Frage dreht. Eben wegen des bezeichneten geistigen Habitus bleibt bei diesen Individuen alles vergeblich, was die Gesellschaft an Rettungs- oder Abschreckungsmitteln bieten kann. Der Unterricht kann ihnen nur Kenntnisse vermitteln; deren richtige, selbständige Verwertung jedoch bleibt ihnen aus konstitutionellen Gründen versagt. Erziehung und Strafe haben keinen Effekt; ärztliche Behandlung kann keine Erfolge haben, da es sich ja nicht um Krankheitsprozesse handelt. Und deshalb hat, meiner Meinung nach, Liszt vollkommen recht, wenn er diesen Individuen gegenüber, mögen sie mit der sozialen Ordnung in Konflikt geraten sein oder nicht, die Entmündigung für das Wichtigste hält. Als Individuen, welche unfähig sind, ein selbständiges soziales Leben zu führen, bedürfen sie selbst der ständigen stützenden Führung.

Mit der Entmündigung ist jedoch nur das abnorme Individuum davor geschützt, dass man seine Schwächen und seine Unselbständigkeit nicht zu seinem Nachteile ausnütze. Die Gesellschaft selbst aber hat gewiss auch das volle Recht, gegen seine Angriffe auf ihre Ordnung geschützt zu werden. Denn es ist nur ein geringer Trost und gar keine Beruhigung für die Gesellschaft, wenn sie erfährt, dass gefährliche antisoziale Handlungen von einem Entmündigten ausgehen. Die Gesellschaft kann deshalb bei der Entmündigung des Betroffenen nicht stehen bleiben, sondern hat die Pflicht, ihren Frieden und ihre Ordnung gegen die Angriffe dieser abnormen Individuen in ausgiebiger Weise zu schützen, und zwar nicht im Verhältnis zu einer etwa schon begangenen, schwereren oder leichteren strafbaren Handlung, sondern im Verhältnisse zu dem abnormen Zustande, welcher die Unterlage der Handlungen bildet. Dieser Schutz darf demnach in seiner Dauer nicht von der strafrechtlichen Bedeutung einer Handlung ausgehen, sondern einzig und allein von der ärztlich bestimmten Schwere des abnormen Zustandes und der Verantwortungsfähigkeit des Kurators.

Aus dem Gesagten ergibt sich wohl, dass die Unterbringung der bezeichneten Individuen in besondere Anstalten ein Postulat der gesellschaftlichen Ordnung ist. Diese Anstalten können nicht den Charakter von Heilanstalten haben, weil es sich nicht um die Behandlung von Kranken handelt. Sie sind aber ebensoweit entfernt von Gefängnissen, weil von einem Strafvollzuge nicht die Rede ist. Sie werden lediglich Detentionsanstalten sein, in welche die Betroffenen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens nach ihrer Entmündigung gebracht werden und wo sie bei ärztlicherseits bestimmter Arbeit und Lebensweise verbleiben, bis sie wiederum nur nach ärztlicher Untersuchung und eingehender Würdigung aller anderen Faktoren aus der Anstalt entlassen werden, jedoch unter weiterem Bestande der Vormundschaft.

Ein solches Vorgehen scheint auf den ersten Blick höchst grausam. Doch ist zu bedenken, dass die Gesellschaft überall, wo sie ihr Wohl und ihr Interesse gefährdet sieht, sich zu schützen sucht, und dabei nicht fragt, ob ihr Vorgehen dem genehm ist, gegen den ihr Vorgehen gerichtet ist. Denn es kann doch nur als Vorurteil eines allzu ausgeprägten Individualismus bezeichnet werden, wenn dem Freiheitsdrange solcher Individuen Rechnung getragen wird, deren Freiheit ihnen selbst und der Gesellschaft, in welcher sie leben, nur zum Schaden gereicht.

(Eigenbericht.)

Moravcsik, der bei dem erwähnten Kongresse ebenfalls als Referent dieser Frage fungieren wird, bemerkt, dass sein bereits im Druck erschienenenes Referat mit dem des Votr. im Wesen übereinstimmt. Obzwar die geminderte Zurechnungsfähigkeit ein juristischer Begriff ist, hat doch der Irrenarzt ein Wort mitzureden; denn jene ist durch abnorme geistige Zustände bedingt. In seinem Referate habe er ausgeführt, dass es geistig abnorme Individuen gebe, deren Handlungen einer andern Beurteilung unterliegen als diejenigen normaler Individuen. Diese Abnormität wird in der Regel dann eklatant, wenn das betreffende Individuum mit der gesellschaftlichen oder der Rechtsordnung in Konflikt gerät. Er trat behufs Internierung dieser Individuen für eigene Anstalten ein, die eine Mittelstellung zwischen Gefängnis und Irrenanstalt einnehmen sollten und forderte für dieselben ärztliche Leitung. Die Festhaltung der internierten Individuen müsste von langer Dauer sein, um für das weitere Verhalten genügende Garantie zu gewinnen. In der Anstalt müsste für Beschäftigung gesorgt werden.

Für Trinker wünscht er wieder besondere Anstalten, und zwar hält er die bloss freiwillige Internierung für ungenügend. Die Festhaltung müsste zum mindestens so lange dauern, als Zeichen des Alkoholismus vorhanden sind. Auch diese Anstalten hätten unter ärztlicher Leitung zu stehen. Es wäre zweckmässig, dass die Trinker unter Vormundschaft gestellt werden, und zwar nicht nur dann, wenn er, wie es der Entwurf des neuen B.-G.-B. bestimmt, „gleichzeitig gemeingefährlich“ ist.

Die Aufsicht dieser sämtlichen Anstalten müsste staatlich sein und vom Justizministerium besorgt werden.

Niedermann hält die Internierung und Entmündigung der in Rede stehenden Individuen auch vom Standpunkte des Eigentums- und Selbstbestimmungsrechtes für nötig. Er weist auf die belgischen Bettler-Kolonien hin, wo die Internierten unter ärztlicher Leitung, aber auch militärischer Aufsicht stehen.

Fischer bemerkt, dass die Ausführungen des Votr. sich vollkommen mit seinen eigenen Anschauungen decken, die er gelegentlich der vorjährigen irrenärztlichen Landeskonferenz in Budapest entwickelte; er will nur noch hinzufügen, dass er neben dem die Anstalt leitenden Psychiater noch die Verwendung eines Pädagogen für wünschenswert erachtet.

Donath berichtet über einen Fall von vorwiegend lokalem Interesse, der die Notwendigkeit der Entmündigung geistig minderwertiger Individuen lebhaft illustriert. Er regt die Idee an, dass der Staat irgend eine Insel — vielleicht an der dalmatinischen Küste — erwerben sollte, wohin diese unverbesserlichen Individuen deportiert werden könnten.

Sitzung vom 13. März 1905.

430) **Hudovernig** bespricht die zweijährige Entwicklung des von ihm seiner Zeit vorgestellten und publizierten Falles von Gigantismus.

431) **Ferenczi** stellt eine Mutter und deren 3jähriges Kind vor, welche beide an Tetanie leiden; bei der Mutter besteht überdies cystische Struma, beim Kinde Rhachitis. Votr. betont die Seltenheit einer familiären Tetanie, sowie das endemische Vorkommen dieser Erkrankung in Budapest, namentlich bei der Arbeiterklasse, und zwar im Frühjahr und Herbst. Manche Patienten

erkranken zwei bis fünf Jahre nach einander in der Zeit vom November bis April. Ursache dieser Endemie sei in hygienischen Noxen zu suchen (Erschöpfung, schlechte Unterkunft und Ernährung, Laktation, Diarrhöen erhöhen die Disposition).

v. Sarbó ist der Ansicht, dass einmalige Erkrankung bei der Tetanie zum Recidiv disponiert, ebenso wie bei anderen motorischen Krampferscheinungen; die Tetanie wird bei Leuten der unteren Klassen durch schlechte Ernährungsverhältnisse bedingt.

432) **Schaffer** macht einige ergänzende Bemerkungen zu seinem Vortrage über „Pathologie der cerebralen Sensibilitätsstörungen“. (Referiert in diesem Centralblatte, Mai 1905.) Bei einem Kranken mit diplegischer oder doppelter cerebraler Hemianästhesie konnte Votr. folgende interessante Beobachtung machen: Wird bei geschlossenen Augen des Pat. dessen Arm erhoben, so verbleibt dieser ca. 5 Minuten in dieser Lage, und beginnt erst dann langsam und successive hinabzusinken. Aehnlich verhält sich die untere Extremität, nur erfolgt hier das Sinken etwas rascher. Votr. nennt diese Erscheinung — wegen ihrer äusserer Aehnlichkeit mit der Katalepsie — Pseudo-katalepsie, und sucht die Ursache derselben in den artikulären Sensibilitätsstörungen der an cerebralen Anästhesien Leidenden. Infolge seiner Sensibilitätsstörung gelangt der Kranke nicht zur genauen Kenntnis der Lageveränderung, und vergisst seine Extremität in der gegebenen Lage. Das spätere Sinken sei der Ermüdung zuzuschreiben, und endlich vermag der Kranke denn doch eine dumpfe Kenntnis der Lage zu erlangen, denn die cerebralen Anästhesien sind ja nicht absolute Anästhesien.

Diskussion.

Ranschburg verlangt nähere Aufklärungen, wie Votr. die Erklärung des katatonischen Verhaltens der Extremität versteht, dass nämlich der Arm fünf Minuten hindurch festgehalten werde. Denn dabei wird eine Arbeitsleistung produziert, welche die physikalische Wirkung des Gewichtes der Extremität paralyisiert. Das langsame Sinken des Armes kann keineswegs mit der blossen physikalischen Schwere erklärt werden, denn wäre dies der Fall, so müsste das Sinken rasch erfolgen; demnach scheint es sich um eine intensive motorische Innervation zu handeln.

Vortragender akzeptiert die Erklärung R.'s, dass es sich bei dem langsamen Sinken des Armes um eine motorische Innervation handle. Im Erhobenbleiben des erhobenen Armes während fünf Minuten sieht er einen physiologischen Vorgang, dessen Ursache in der gestörten Sensibilität liegt. Eben wegen dieser letzteren „vergisst“ Pat. seinen Arm in der gegebenen Lage, und erfolgt das langsame Sinken erst dann, wenn sich Ermüdung oder ein anderer Faktor geltend machen. Die Ermüdung ist nicht ganz auszuschliessen, da die Anästhesie nicht vollständig ist (ein Kranker, bei welchem das geschilderte Verhalten während 13 Minuten bestand, fühlte keine Müdigkeit). Die Erscheinung kann nicht als kataleptisch bezeichnet werden, denn bei der Pat. besteht keine Hysterie.

Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag Salgó's: Massnahmen gegenüber den Individuen von „verminderter Zurechnungsfähigkeit“ und gegenüber Trunksüchtigen.

Schaffer ist der Meinung, dass ein Delikt, welches von einem geistig

abnormen (degenerierten, imbezillen) Individuum unter Verhältnissen verübt wurde, die die Ueberlegung oder die Möglichkeit der Ueberlegung nicht ausschliessen, dem Täter umsomehr als strafbar anzurechnen wäre, als die Strafe das einzige Mittel ist, mit dem man in gewissen Fällen auf den an einem Ueberwuchern des Egoismus leidenden Degenerierten noch einwirken kann. Mit Rücksicht hierauf sollte die Strafe sogar noch strenger bemessen werden; er hält hier ausschliesslich den praktischen Gesichtspunkt für massgebend.

An der Hand eines konkreten Falles führt er aus, dass ein solch degeneriertes Individuum die gesellschaftlichen Vorteile, welche die dem Gerichte so sehr imponierende Diagnose „krankhafte Geisteschwäche“ in sich birgt, gründlich ausnutzt. Während jeder andere Mensch für seine Handlungen der Gesellschaft gegenüber verantwortlich ist, ist der verbrecherische Degenerierte, dieser förmliche Autokrat der Gesellschaft, niemandem verantwortlich. In die Irrenanstalt gebracht, wird er nach 14 Tagen gegen Revers herausgenommen. Diese Leute müssen durch lange Zeit andauernde Isolierung unschädlich gemacht werden. Hierzu sind Anstalten nötig, in denen eine strenge erzieherische Disziplin herrscht.

Epstein wünscht hauptsächlich vom Standpunkte der Irrenanstalten die Frage zu besprechen, nachdem er nicht bloss in den geistig abnormen Individuen ein Hindernis für die therapeutische Aufgabe der Anstalt erblickt, sondern auch in jenen Geisteskranken, die vermöge ihrer Geisteskrankheit oder noch eher zufolge ihrer natürlichen Anlage zur Gewalttätigkeit und zu verbrecherischen Handlungen hinneigen. Er hält deshalb die Entfernung aller dieser Elemente aus der Irrenanstalt für notwendig. Was die für die geistig Minderwertigen verlangten eigenen Anstalten betrifft, so könne er der praktischen Durchführung dieser Idee gegenüber gewisse Bedenken nicht unterdrücken, denn er würde die Anhäufung solch zügelloser Elemente an einem Orte für gefährlich halten. Nur in der Theorie würde eine solche Anstalt eine Mittelstellung zwischen Gefängnis und Irrenanstalt einnehmen; in Wirklichkeit würde sich der Charakter derselben mit dem des Gefängnisses decken, ja, es müsste vielleicht noch eine strengere Disziplin, ein schonungsloseres Vorgehen dort befolgt werden, als es in dem letzteren der Fall ist. Er würde es für zweckmässiger halten, wenn im Anschlusse an Gefängnisse und Irrenanstalten besondere Abteilungen errichtet würden, wo die in Rede stehenden Individuen in kleinerer Zahl untergebracht würden. In die Adnexe der ersteren kämen die depravierteren Elemente, in die der letzteren die weniger schlimmen, wobei mit der Aenderung des Zustandes eine wechselseitige Transferierung statthaft wäre. — Was die Trinker betrifft, schliesst er sich den Ausführungen Moravcsik's an.

Ranschburg ist mit den Vorschlägen des Vortr. einverstanden und teilt mit, dass er für denselben Kongress über die Mittel zur Verhinderung des Verkommens jugendlicher Individuen ein Referat ausgearbeitet habe, in dem er ausser den schon bestehenden Korrekptionsanstalten auch für die psychopathisch Degenerierten eigene Zwangserziehungsinstitute fordert, die unter der Leitung eines Psychiaters zu stehen hätten. Bis dahin sollten die Aerzte der gewöhnlichen Korrekptionsanstalten psychiatrische und das Lehrpersonal heilpädagogische Vorbildung besitzen.

Schlussbemerkung. Ich bemerke, dass meine Ausführungen missverständlich aufgefasst wurden. Die Mehrzahl der Kollegen hat aus dem Um-

stande, dass die Frage in unserer Fachsektion vorgebracht wurde, auf Kranke geschlossen und von solchen gesprochen, während ich betonte, dass die Frage im Wesen soziologischer Natur ist. An dieser Tatsache ändert auch der Umstand nichts, dass nicht wenige solcher Individuen derzeit in Irrenanstalten untergebracht werden. Das liegt eben an den heutigen mangelhaften Einrichtungen. Die in Rede stehenden Abnormen werden eben vom Gefängnis der Irrenanstalt und von dieser dem Gefängnisse zugeschoben, weil weder das eine, noch die andere mit denselben etwas anzufangen weiss.

Dass ich die Trunksüchtigen nicht gesondert behandelte, liegt eben darin, dass ich diese ganz gleich betrachtet wissen will, wie die anderweitig psychisch Abnormen.

Sitzung vom 27. März 1905.

433) **Stein** hält einen Sammelvortrag über die Behandlung der Erregungszustände Geisteskranker.

Nach kurzer geschichtlicher Uebersicht behandelt Votr. zuerst die Frage der Isolierung und kommt hierbei zu dem Resultate, dass das Einzelzimmer eine Wohltat bei der Behandlung von Erregungszuständen sei, hingegen sei die Zelle als ein Rest mittelalterlichen Zwanges zu vermeiden. Schwierigkeiten sind nur im Anfang vorhanden, wo man es mit inveterierten Zellenbewohnern und noch mehr mit einem an die Bequemlichkeit der Zellenbehandlung gewöhnten Pflegepersonal zu tun hat; besonders sind Zellenabteilungen leicht zu entbehren.

Er geht dann über zur Besprechung der chemischen Mittel und kommt zur Konklusion, dass wir bisher ein unter allen Umständen verlässliches chemisches Beruhigungsmittel nicht besitzen, dass man mit dem habituellen Gebrauche derselben mehr schadet als nutzt, und durch kritiklose Anwendung zur Vermehrung der unheilbaren Anstaltsinsassen beiträgt. Er würde in der Ausschaltung des chemischen Zwanges einen idealen Zustand erblicken, hält aber die chemischen Mittel gegenwärtig noch für unentbehrlich und warnt nur vor der Anwendung derselben bei akuterer Fällen.

Unter den physikalisch-diätetischen Heilmethoden erörtert er in erster Linie die Bettbehandlung, die er bei allen akuten Fällen und bei den Erregungszuständen chronischer Geisteskranken angewendet zu sehen wünscht. Die „Bettsucht“ kann bei Individualisierung vermieden werden. Bei mangelhafter Ernährung frühe Anwendung der Magensonde. Gleichzeitig hebt Votr. die Vorteile der Kombination der Bettbehandlung mit der Maskur und der Bettbehandlung im Freien hervor.

Von den hydrotherapeutischen Prozeduren lobt er die feuchtwarme Einwicklung und die protrahierten Bäder, nimmt aber Stellung dagegen, dass die erstere irgendwie als Zwangsmittel zur Anwendung gelange; ebenso ist auch bei dem protrahierten Bade jeder Zwang zu vermeiden.

Erwähnung geschah noch der psychotherapeutischen Faktoren, wobei die Aufmerksamkeit auf die Slödarbeiter gelenkt wurde. Zum Schlusse bespricht Votr. die Frage des Pflegepersonals.

Moravcsik betont, dass die Isolierung in gewissen Fällen nicht zu umgehen sei, besonders dort, wo die Anstaltsverhältnisse den modernen Anforderungen nicht entsprechen. Auch sei bei der Behandlung von Aufregungs-

zuständen zumindest der Schein des Zwanges nicht zu vermeiden, denn selbst die Bettbehandlung kann unter Umständen den Charakter des Zwangsmittels haben; ebenso kann gegebenen Falls eine Hyoscin-Injektion, vor welcher viele Kranke Furcht haben, das Dauerbad, die feuchte Einpackung, namentlich von Melancholischen, als Zwang empfunden werden. Das individualisierende Vorgehen sei eben das wichtigste. Was die medikamentöse Behandlung betrifft, so habe er von Opium, wie auch von codein. phosph. zusammen mit grossen Bromgaben gute Erfolge zu verzeichnen. Die Eliminierung des „chemischen Zwanges“ halte er, im Gegensatz zum Votr., keineswegs für das erstrebenswerte Ideal, denn man muss annehmen, dass die Psychose ein chemischer Prozess sei, gegen den es angezeigt sei, auf chemischem Wege anzukämpfen. Man müsse da allerdings Mass halten, aber die Behandlung ohne alle Medikamente mag für den Arzt bequem, für den Patienten jedoch kaum nützlich sein.

v. Sarbó sah ebenfalls gute Erfolge von Opium und hält die Furcht vor dem Brom bei Beachtung des Darmtraktes für ungerechtfertigt.

Niedermann tritt für die Verwendung von Pflegerinnen auch bei männlichen Geisteskranken ein.

Epstein will die „Zelle“ ausgemerzt wissen, ohne deshalb die Isolierung ganz aufgeben zu wollen, denn diese sei unter Umständen ein ebensolches Beruhigungsmittel wie das Bett, das Dauerbad und die Einpackung. Er erwähnt, dass auf seiner Abteilung im Jahre 1903 bei einem Krankenstande von 550—600 insgesamt 1310,5 Sulfonal, 93,5 Trional, 53,0 Chloralhydr. verabreicht wurden; ferner wurden 596 Hyoscininjektionen gegeben, von denen jedoch eine Kranke allein 302 konsumierte.

Sitzung vom 22. Mai 1905.

434) **Hudovernig** demonstriert das gleichzeitige Bestehen von Tabes dorsalis und Basedow'scher Krankheit bei einer 53jährigen Frau, welche seit sechs Jahren blind ist und an heftigen lanzinierenden Schmerzen leidet; seit derselben Zeit ist auch ihr Gang schwankend. Ueberdies bestehen seit einem Jahre multiple Parästhesien, Anschwellen des Halses, Herzklopfen, häufiges Hitzegefühl, starke Schweisse. Keine Belastung; eine Fehlgeburt; ein Kind lebend geboren, starb jedoch im Alter von 12 Monaten. — Status: Mässiger Exophthalmus, linke Pupille weiter, reagiert äusserst träge auf Lichteinfall, rechte Pupille lichtstarr. Seltener Lidschlag. Beiderseits vollständige Amaurose und Sehnervenatrophie. Rectus ext. rechts gelähmt. Westphal'sches Zeichen. Achillessehnenreflex fehlt beiderseits. Ataktischer Gang. Normale Sensibilität. Schilddrüse vergrössert; Herzerweiterung mit systolischem Geräusch. Puls 120. Tremor der Hände.

Votr. betont das seltene gleichzeitige Vorkommen von Tabes und Basedow'scher Krankheit, und erwähnt die neun diesbezüglichen Fälle aus der Literatur der letzten Jahre, namentlich den Befund von Marie und Marinesco, welche auf Grund der pathologisch-anatomischen Befunde (Degeneration in der aufsteigenden Vagus-Glossopharyngeus-Wurzel und in der Trigeminiwurzel) eine kombinierte Erkrankung supponieren, während die Befunde Oppenheim's und Schaffer's gegen diese Ansicht sprechen; gleich diesen Autoren nimmt Votr. auch in seinem Falle nur eine einfache Coincidenz beider Nervenkrankheiten an.

Diskussion.

Schaffer beruft sich auf seine vom Votr. erwähnten zwei Fälle, wo die von Marie und Marinesco betonten Befunde sich auch bei Tabes ohne Basedow-Symptome nachweisen liessen. Sch. spricht sich auch für die Coincidenz aus.

v. Sarbó fragt, ob bei der Kranken sich ein Einfluss der Amaurose auf die Ataxie nachweisen liess? Denn nach der Ansicht Charcot's erfolgt nach eingetretener Erblindung kein Fortschreiten der Ataxie.

Schaffer schliesst sich der Frage an und bemerkt, dass er seinerseits die Charcot'sche Ansicht nicht bestätigen konnte.

Vortragender kennt die Kranke erst seit kurzer Zeit, ist demnach nicht in der Lage, auf Grund eigener Erfahrung zu antworten. Die Amaurose entwickelte sich vor 6 Jahren innerhalb kurzer Zeit, gleichzeitig trat auch die Ataxie auf. Seit 5 Jahren besteht vollkommene Blindheit und es erfolgte seit dieser Zeit angeblich keine Verschlimmerung der Ataxie. Die Basedow'schen Symptome sind erst neueren Datums.

435) **Frey** demonstriert einen Fall von multipler Hirnnervenlähmung. Bei einem 36jährigen Manne entwickelte sich eine rechtsseitige Facialislähmung, nach einigen Tagen Diplopie, Heiserkeit und teilweise Taubheit. Pupillen: links weiter als rechts; Reaktionen normal; keine Veränderung des Augenhintergrundes und Gesichtsfeldes, Lähmung des linken Facialis. Von den Augenmuskeln Internus rechts und Externus links gelähmt. Deviation der Zunge nach links. Gehör links vermindert. Keine Schlingbeschwerden. Heiserkeit, bedingt durch tuberkulöse Infiltration der Stimmbänder. Beide Lungenspitzen infiltriert. Keine Veränderungen der Extremitäten, Reflexe gesteigert. Sensibilität, Geruch, Geschmack normal, ebenso Gang, Blasen- und Mastdarmfunktion. Häufiger Kopfschmerz und Schwindel. Gelähmt sind somit: links Facialis, Akustikus, Abducens und Okulomotorius teilweise; rechts Okulomotorius und Hypoglossus. Nach Besprechung der Differentialdiagnose bezüglich Polioencephalitis superior und inferior, ferner bezüglich Basal- und Pons- resp. Brückentumor spricht sich Votr. für die Annahme mehrerer Miliartuberkeln aus, welche die betreffenden Nervenkerne ergriffen haben; hierfür sprechen auch die tuberkulösen Veränderungen in Kehle und Lunge, ferner abendliche Schweisse und Temperatursteigerungen.

Diskussion:

v. Sarbó fragt vorerst, ob eine antiluetische Behandlung vorgenommen wurde. Auf die Antwort, dass solche erfolglos war, akzeptiert S. die Annahme einer tuberkulösen Erkrankung, hält jedoch die tuberkulöse Infiltration der Meningen und Nervenwurzeln für wahrscheinlicher.

436) **Ranschburg**: Ein wichtiges Prinzip des geistigen Lebens.

Als Fortsetzung seines im Jahre 1902 gehaltenen Vortrages „Ueber die Hemmung gleichzeitiger homogener Reizwirkungen, mit besonderer Rücksicht auf die Entstehung der Illusionen“ (siehe Centralbl. f. Nervenh., Jahrg. XXVI, S. 344—47), berichtet Votr. über seine experimentellen Studien bezüglich der „Bedeutung der Aehnlichkeit für das Erlernen, Behalten und die Reproduktion“.

Als psychologisch wichtiges Gesamtergebnis ergibt sich:

1. Gleichwie die Auffassungsschwelle für gleichzeitige heterogene Reize tiefer liegt, als für homogene, ist auch der Umfang des Bewusstseinsfeldes beim Erlernen und Behalten weiter für heterogene, als für homogene Vorstellungen.

2. Es werden aus Reihen gleich intensiver und gleichmässig lustbetonter Vorstellungen im allgemeinen diejenigen schwerer erlernt, am raschesten vergessen und am schwierigsten erinnert und in ihrer Treue fälschend beeinflusst, die a) infolge ihrer gemeinsamen identischen Teilvorstellungen einander schon bei ihrem Eintritt in das Bewusstsein hemmend beeinflussten; b) die durch nicht lange vor ihnen im Bewusstsein vorhanden gewesene, oder bald nach ihnen in das Bewusstsein eintretende ihnen ähnliche Inhalte in ihrer autonomen Entwicklung gehemmt worden sind.

3. Wie die Illusionen der Auffassung, so sind auch diejenigen des Gedächtnisses durchwegs gesetzmässig und entstehen zu gutem Teile eben aus der Hemmung resp. Verschmelzung der identischen Teilvorstellungen.

4. Sollen schon völlig erlernte kürzere homogene Reihen zu einer Reihe zusammenerlernt werden, so ergibt häufig die in den Wiederholungen angewandte geistige Arbeit ein umgekehrtes negatives Resultat. Je häufiger die Reihe wiederholt wird, um so schlechter ist das Ergebnis. Die Arbeit, die auf die Befestigung der homogenen Vorstellungen verwendet wurde, gibt sich in Form von Uebung, also leichteren Auftretens der identischen Bestandteile kund. Dieselben verlieren dagegen ihre Autonomie und werden nicht zu selbständigen, einzeln reproduzierbaren Inhalten des Bewusstseins.

5. Das Erlernen der homogenen Reihen, sowie die Reproduktion derselben geht mit entschiedenem, sich mit der Häufung der Identitäten steigendem Unlust- und Unfähigkeits- und Ermüdungsgefühl einher. Dagegen wächst bei heterogenen Reihen — ceteris paribus — mit der Arbeit die Leichtigkeit derselben und das mit erleichterter Arbeit einhergehende Lustgefühl.

Die Versuche erstreckten sich auf sinnlose Silbenpaare, sowie auf sinn- gemäss verknüpfte Wortpaare. Als Versuchspersonen dienten sieben Universitäts- hörer. Ausgeführt wurden die Versuche im psychologischen Laboratorium an den ungarischen Königl. Heilpädagogischen Instituten zu Budapest.

Die Versuche mit einander ähnlichen, sowie heterogenen Wortpaaren wurden auch auf Neurasthenische, sowie beginnende Paralytiker ausgedehnt. Wie es scheint, stammt die vom Votr. schon 1899 festgestellte Abnahme der Merkfähigkeit der Nervenschwachen von der Abnahme der psychischen Energie, infolge deren die Aufmerksamkeit sich nicht auf sämtliche Einzelheiten der Wahrnehmungen zu erstrecken vermag, die Verknüpfung der neuen Empfindung mit den vergangenen nicht so vielseitig ist, wodurch mangels genügender feiner Distinktionen die ganze Aussenwelt sich dem Neurastheniker gleichsam homogener darstellt, hierdurch wiederum seine Auffassung, sowie seine Reproduktion fortwährenden Hemmungen ausgesetzt ist, langsamer, unvollkommener, fehlerhafter arbeitet. Vom Standpunkt der gerichtlichen Psychiatrie geben die Untersuchungen Einblick in den Mechanismus der bei verwickelten Eindrücken sich ergebenden, aus den Hemmungen der ähnlichen Teileindrücke sich schon bei der Auffassung ergebenden und bei der Reproduktion von neuen wirkenden Erinnerungsfälschungen und Defekte. Es erscheint auch als wahrscheinlich, dass in solchen, die Bedingungen der Fälschung in sich tragenden

Fällen, eine nachträgliche, im allgemeinen treue, in Details abweichende Darstellung des Ereignisses auf die ursprüngliche Wahrnehmung nachträglich fälschend einwirken kann, so dass der Beobachter nach einer gewissen Zeit es kaum zu unterscheiden imstande sein wird, was er wirklich erlebt, was er nur gehört, oder nachträglich erinnert hat. Die pädagogische Wichtigkeit besteht in dem Gegensatz zu den Konstruktionen und Folgerungen Herbart's, denen gemäss das Besondere verdunkelt wird, aus dem Bewusstsein tritt, während das Aehnliche sich gegenseitig kräftigt, gegenüber dem Verschiedenen in den Vordergrund tritt, ja dass nur dieses im Bewusstsein verbleibe. Wie die Versuche des Vortr. zeigen, wird das Gemeinsame, das Identische unabhängig vom Bewusstsein zur mechanischen Übung, ohne als selbständiger Inhalt im Bewusstsein verharren zu können, wogegen bloss das Heterogene in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit einzutreten und im Zustande der Reproduktibilität ungestört und unverfälscht zu verweilen vermag. Auch beim Unterrichte ist demnach das Gewicht nicht auf die gemeinsamen Elemente zu legen, die schon mechanisch, gleichsam rein physiologisch, von selbst in die Augen springen, sondern auf die unterscheidenden Merkmale der Vorstellungen, die allein die reine Entwicklung der einander verwandten Begriffe und Vorstellungsreihen, ihre Konservierung, sowie ihre leichte Reproduktibilität zu sichern imstande sind.

Diskussion:

Epstein wirft die Frage auf, ob die bei der Reproduktion von homogenen Silben sich ergebende grössere Zahl von Fehlern nicht vielmehr auf jene Schwierigkeit zurückzuführen sei, mit der erfahrungsgemäss das rasch nacheinander zu bewerkstellende Aussprechen von Silben einhergeht, in denen zwischen identische oder ähnliche Mitlaute verschiedene Selbstlaute eingeklemt sind; so z. B. ist das rasche Aussprechen von Silben, wie schnip-schnapschnep oder stroh-strick-streck schwierig und führt bei paralytischer Sprachstörung sofort zu Silbenstolpern, während Silben, wie hol-maj-nok oder li-li-om leicht nachgesprochen werden. Er hält es deshalb nicht für ausgeschlossen, dass die Schwierigkeit der auch ohne lautes Aussprechen erfolgenden motorischen Innervation der Sprachmuskeln die Auffassung und Reproduktion der vom Vortr. gebrauchten homogenen Silben erschwere und solcherart die Fehler verursache. — Für fraglich hält er es ferner, ob die Resultate der mit sinnlosen Silben vorgenommenen Untersuchungen auf die Funktionen mit sinnvollen Worten und Vorstellungen übertragbar seien; denn er glaubt unter den aufgeführten sinnvollen Wortpaaren nicht dieselbe Homogenität resp. Heterogenität zu finden, wie unter den sinnlosen Silbenpaaren. — Schliesslich ersucht er um Aufschluss über die auffallende Tatsache, dass die eine der beiden Versuchspersonen, von denen die vorgezeigten Tabellen berichten, nach Verlauf der dem Einlernen folgenden ersten halben Stunde bloss 50%, zwei Wochen später aber, ohne unmittelbar vorhergegangene Wiederholung 70% richtige Reproduktionen zeigte.

Vortragender bemerkt, dass die mit sinnlosem Material vorgenommenen Versuche allerdings nicht ohne weiteres auf die mit zusammenhängenden Vorstellungsreihen arbeitende normale Vernunft übertragbar sind, doch sei im Endresultat der Mechanismus der Aneignung beiderlei Materials der gleiche. Im Anfange seiner Entwicklung steht das Kind der ganzen Welt als etwas Neuem, Zusammenhangslosem gegenüber, dessen Eindrücke durch unzählige

Wiederholung jene Grundlage liefern, der sich als etwas Bekanntem die späteren Eindrücke anschliessen. Aber eben um die Verschiedenheit zu kontrollieren, machte er die Versuche mit sinngemäss verbundenen Wortpaaren, bezüglich deren Auffassung Epstein im Irrtum sich befinde. Die Tatsache, dass die eine Versuchsperson eine halbe Stunde nach dem Einlernen weniger gut reproduzierte, als zwei Wochen später, finde ihre Erklärung darin, dass das Vergessen in der ersten halben Stunde rasch fortschreite, durch das an dem folgenden Tage geübte Wiederholen und Ausfragen aber das heterogene Bewusstsein viel mehr befestigt werde, als durch das erstmalige Einlernen. Auffallend wäre die Tatsache nur, wenn inzwischen keine Wiederholung stattgefunden hätte. Was die im Grunde sehr richtige Bemerkung bezüglich der motorischen Innervation betrifft, so bemerkt Votr., dass die Schwierigkeiten auch bei dem bloss auf optischem oder akustischem Wege stattfindenden Erlernen bestehen, dass ferner die Bemerkung allerdings ganz richtig sei, aber eben dasjenige stütze, womit Votr. sich in seinen Untersuchungen noch wenig befasst habe, dass nämlich auch die Identität der Bewegungsvorstellungen hemmend auf die ungestörte Ausgestaltung, auf das Behalten und Erneuern derselben wirkt, d. h. die erwähnte Schwierigkeit der motorischen Innervation ist nicht eine Erklärung, sondern eine Erscheinungsform des von ihm (Votr.) aufgestellten psychophysischen Gesetzes.

III. Bibliographie.

CXVIII) **P. Kronthal**: Metaphysik in der Psychiatrie. 1905. G. Fischer, Jena. 92 S.

Die Schrift mit dem verlockenden Titel und den reformatorischen Absichten bereitet dem Leser eine arge Enttäuschung. Nur weniges darin lässt sich hören, wie z. B. die (übrigens schon von anderer Seite viel weitsichtiger und schlagender motivierte) Ablehnung der Parallelismus-Hypothese. Sonst aber wird auf jeder Seite der lebhafteste Widerspruch geweckt. Es soll dem Verfasser zugegeben werden, dass er sich offenbar mit Philosophiegeschichte redlich abgemüht. Ich habe noch nie auf so engem Raum so viele Philosophen nebeneinander zitiert gesehen, müssen doch zweitausend Jahre und noch einige Jahrhunderte ihre glänzendsten Namen hergeben: von Plato bis Wundt — ein philosophisches Männleinlaufen. Gleichwohl ist der Verfasser in das Wesen der behandelten Probleme nicht eingedrungen. Er arbeitet mit erkenntnistheoretischen Anschauungen, die in ihrer längst erwiesenen Oberflächlichkeit dauernd abgetan schienen, und hat unbegreiflicher Weise als Psychiater noch nicht einmal den richtigen Standpunkt zu der Sonderart der psychischen Wirklichkeit gefunden, die er in unglaublicher Begriffsverwirrung als metaphysisch abtut, um dann die Psyche als „Summe der Reflexe“ der naturwissenschaftlichen Forschung zu präsentieren. Dass solch eine Lehre den Autor fortgesetzt in prinzipiellen Fragen mit sich selbst in Widerspruch setzen muss, liegt auf der Hand, aber direkt ans Komische grenzt es schon wirklich, wenn man seinen

Andeutungen folgend sich ein Bild von der psychiatrischen Klinik zu machen sucht, in der nach solchen Rezepten gelehrt werden soll.

Es lohnt der Mühe nicht, näher auf diese Dinge einzugehen, zumal die Schrift weiter kein Unheil stiften kann. Wer bewandert ist in philosophischen Grundfragen, lehnt sie kopfschüttelnd ab, und die andern werden nach wenigen Seiten ohnehin genug haben. Schade wäre es, wenn das Buch zufällig in die Hände eines philosophisch gebildeten Naturforschers oder eines Vertreters der Geisteswissenschaften käme. Man könnte sonst in diesen Kreisen meinen, das wäre so die Art, wie die Psychiater überhaupt sich mit den erkenntnistheoretischen Vorfragen ihrer Disziplin auseinandersetzen, und das wäre nicht schmeichelhaft für uns.

Specht (Erlangen).

CXIX) Heinrich Vogt: Ueber die Anatomie, das Wesen und die Entstehung mikrocephaler Missbildungen nebst Beiträgen über die Entwicklungsstörungen der Architektonik des Zentralnervensystems. Arbeiten aus dem hirnanatomischen Institut in Zürich, herausgegeben von Prof. Dr. v. Monakow. Wiesbaden 1905.

Aus von Monakow's hirnanatomischem Institut in Zürich bringt Vogt wertvolle Beiträge zur Beurteilung der Grundlagen der Idiotie mittelst der exakten Untersuchungen von drei ausgeprägten Mikrocephaliefällen.

Es handelt sich zunächst um den Fall eines 2jährigen Kindes, dessen formelgehärtetes Hirn 125 g wog. Die Grundlage dieser Mikrocephalie bildet eine Entwicklungsstörung der sekundären Vorderhirnbläschen unter mangelhafter Trennung von Mark und Rinde. Die Windungen waren nur angedeutet durch den Grübchentypus. Der Balken fehlte vollständig. Es zeigte sich von der Basis her in das Innere des Schläfen- und Hinterhauptlappens eine Einstülpung gegliederter Rinden unter Analogie an die sog. fissura rhinalis posterior bei den Ungulaten und vielen Karnivoren; ferner atypische, phylogenetisch niedrige Faserverbindungen; so enthielt die Commissura anterior Balkenfasern wie bei den Marsupialiern, weiterhin fehlte das Septum pellucidum, und es vereinigten sich Fasern aus dem betreffenden Teil der medianen Hemisphärenwand mit dem Fornix wie bei den Monotremen. Sehr zahlreich fanden sich Heterotopieen. Ausgesprochen war die Entwicklungshemmung der Grosshirnabschnitte, dagegen entsprachen die Stammganglien der Norm. An der Basis fand sich eine an die area medulla vasculosa erinnernde Platte. Histologisch zeigten viele Zellelemente unfertigen Charakter mit einer vielfach embryonalen Typus aufweisenden Anordnung. Die Zwischensubstanz und die Glia liessen dagegen nichts auffallendes erkennen.

Während es sich hier um eine sehr frühe Unterbrechung der Entwicklung des Organs auf Grund einer lokalen Schädigung gehandelt haben muss, hat der zweite Fall (2 1/3 jähriges Kind; Gehirn, Rückenmark, Dura wogen frisch 265 g) eine mangelhafte Bildung und Differenzierung in allen Teilen der Anlage, vom Grosshirn bis zum Rückenmark, erkennen lassen, der Windungstypus war mikrogryr, daneben bestand Hydrocephalus internus ex vacuo.

Im dritten Fall dagegen (Kind von zwei Monaten, Formolhirn von 150 g) war die Anlage gleichmässig und symmetrisch, die primären Hauptfurchen waren entwickelt, die histologischen Elemente teilweise gereift; dabei zeigte sich eine siebartige Durchbrechung des ganzen Organs durch zystische Hohlräume auf

Grund von Veränderungen des Kapillarinhaltes. Offenbar war hierdurch eine gleichmässige diffuse Unterbrechung der embryonalen Entwicklung eingetreten.

Auf Grund dieser drei Fälle konnte Vogt bereits drei differente Möglichkeiten des Zustandekommens einer Hirnentwicklungshemmung nebeneinanderstellen:

1. die krankhafte Anlage des Keimes vor der Entwicklung, wohl auf Grund einer Keimvergiftung (Fall 2).

2. Die Erkrankung des Keimes während der Entwicklung und zwar

a) in Form einer diffusen Schädigung (Fall 3) und

b) in Form einer lokalen Erkrankung (Fall 1).

Auf die mannigfachen Erörterungen über Atavismus, über Heterotopien usw. können wir hier nicht näher eingehen. Vielleicht würde eine weitere Berücksichtigung der übrigen Körperorgane, vor allem hinsichtlich etwaiger rudimentärer Erscheinungen, noch weiteres Material zur Beurteilung der Frage nach dem Zeitpunkt der Entwicklungsunterbrechung erbringen können. Jedenfalls bieten die drei Fälle in ihrer eingehenden Durcharbeitung wertvolle Beiträge auch im Sinne der Bestrebungen v. Monakow's, die teratologische Untersuchung für die Probleme der Evolution zu verwerten. Gleichzeitig ergibt sich aber auch aus der Betrachtung dieser Fälle wieder, welch unschätzbares Material gerade die dem Psychiater so schwer zugänglichen und vielfach nicht einmal zur Obduktion gelangenden Idioten, insbesondere die Mikrocephalen, enthalten.
Weygandt (Würzburg).

IV. Uebersichtsreferat.

Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Jahrgang 1904.

Unter „Gattenmord während einer Attacke bei chronischer Paranoia“ berichtet Schultz-Schultzenstein (im Januar-Heft) über einen 39jährigen Arbeiter, den er gemeinsam mit Prof. Cramer (Göttingen) nach § 51 des R.-Str.-G.-B. zu begutachten hatte.

Ueber Erblichkeitsverhältnisse nichts bekannt; als Schlächterlehrling angebliche Kopfverletzung durch Beilhieb. Mit 28 Jahren Ausbruch einer Psychose (Wahnideen: Verfolgung und Vergiftung, Angst, Nahrungsverweigerung). Nach Besserung und Entlassung aus der Göttinger Anstalt unstetes Leben. Schliesslich Rückkehr nach Göttingen, wo der Mann sogar heiratete, ohne dass irgend etwas über seinen früheren Anstaltsaufenthalt bekannt wurde. Neigung zu Trinkexzessen und Gewalttaten. Anfang 1903 auffällige Veränderung: Erregung, Schlaflosigkeit, sinnlose Reden, Rückkehr der früheren Wahnideen, Angst, Neigung zu Gewalttaten. Ehe die Aufnahme in eine Anstalt erfolgen konnte, erschlug nun der Mann mit einem Beile seine Frau, angeblich weil er glaubte, diese wolle ihn gemeinsam mit einem Nachbar erschlagen. Nach der Tat Gleichgültigkeit, kindisches Benehmen, Aeussereung stereotyper Wahnideen. Auf das Gutachten der beiden Sachverständigen wurde der Täter ausser Verfolgung gesetzt und dann der Göttinger Anstalt überwiesen.

Interessant ist der Fall zunächst durch die Schwierigkeit der Diagnose, für welche die Bewertung der bestehenden Trunksucht besonders wichtig war

Die Psychose wurde schliesslich als chronische Paranoia mit rezidivierenden Explosionen festgestellt; allerdings dürfte das zeitweilige Hervortreten kindischen Wesens und der Intelligenz-Defekt gewisse Zweifel an dieser Diagnose wecken. Im Anschluss an seinen Fall erörtert Schultz-Schultzenstein die Frage der Behandlung verbrecherischer Geisteskranker, besonders die Massnahmen bei ihrer Entlassung, die in Preussen durch Min.-Erlass vom 15. VI. 1901 und 6. I. 1902 geregelt sind (Mitteilung der beabsichtigten Entlassung an die Polizeibehörde und Staatsanwaltschaft). Der Autor fordert mit Recht Ausdehnung dieser Bestimmungen auf das ganze Reich, wenn schon nicht verkannt werden darf, dass sie nur einen geringen Schutz der Allgemeinheit gegen gefährliche Geisteskranke verbürgen.

Die Schwierigkeiten psychiatrischer Begutachtung illustriert ein von Jolly und Moeli erstattetes „Obergutachten der Kgl. Wissenschaftl. Deputation für das Medizinalwesen, betreffend einen Fall zweifelhafter Dienstfähigkeit bei Paranoia chronica“ (April-Heft).

Es handelte sich um einen 49jährigen Strafanstaltsinspektor, der schon seit mehreren Jahren zweifellos psychisch krank war und sich bereits in zwei Irrenanstalten befunden hatte. Im Vordergrund der Erscheinungen standen Wahnideen, vor allem Eifersuchtswahn, durch den es zu häufigen Skandalenszenen in der Dienstwohnung des Beamten kam.

Zum Zwecke der Zwangspensionierung wurde zunächst das Gutachten eines Irrenanstalts-Direktors eingefordert, der sich trotz bestehender Verrücktheit für die Dienstfähigkeit aussprach. Ein Obergutachten des zuständigen Provinzial-Medizinalkollegiums dagegen erklärte jenen für ungeeignet zu der verantwortungsvollen Stellung eines Gefängnisbeamten. Moeli und Jolly traten nun in ihren Obergutachten der Ansicht des ersten Gutachters bei und erklärten den Beamten noch für dienstfähig.

Einen kasuistischen Beitrag zu der in letzter Zeit vielfach erörterten Frage der Simulation liefert Hoppe (Königsberg) durch Mitteilung dreier Fälle von „Simulation und Geistesstörung“ bei chronischem Alkoholismus (April- und Juli-Heft). Sie lehren, wie gerade Psychopathen bisweilen simulieren, und bestätigen die jetzt allgemein anerkannte Tatsache, dass echte Simulation ohne gleichzeitige psychische Störung selten ist.

Im ersten Falle simulierte ein 45jähriger, gänzlich heruntergekommener und jahrelang trunksüchtiger ehemaliger Gutsbesitzer, der schon vielfach bestraft war und bei einer früheren Gelegenheit schon einen psychiatrischen Sachverständigen getäuscht hatte (!), während seiner abermaligen Beobachtungszeit in Allenberg in der plumpsten Weise (Erregungszustände, Erinnerungsdefekte, Intelligenzstörung, somatische Lähmungserscheinungen). Trotz unzweifelhafter Feststellung der Simulation auf Grund der tatsächlich bestehenden Krankheitserscheinungen Begutachtung im Sinne des § 51 des R.-Str.-G.-B. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen bis zum 12. Jahre zweifellos epileptischen und später an pathologischen Rauschzuständen leidenden Mann, bei dem festgestellt werden sollte, ob er zwei Diebstähle in unzurechnungsfähigem Zustande begangen habe. In der Anstalt plumpe Simulation von Krämpfen und Verwirrheitszuständen, sowie von Geistes- und Gedächtnisschwäche. Vom Sachverständigen wurden die Bedingungen des § 51 verneint, aber auf die psychopathischen Antecedentien verwiesen, worauf Bestrafung unter Annahme mildernder

Umstände erfolgte. — Im dritten Falle beging ein 47jähriger, vielfach bestraffter Mann Mord am Kinde eines Bruders. In der Irrenanstalt zunächst dreiwöchentliche Simulation vollkommener Desorientiertheit und Verblödung, dann offenes Geständnis, danach wieder Versuch der Simulation. Dennoch auf Grund der Annahme hochgradiger (pathologischer) Trunkenheit Begutachtung im Sinne des § 51 und Exculpation.

Bemerkenswert sind Fall 1 und 3 übrigens noch durch die leider so häufige Tatsache, dass die Entmündigung abgelehnt wurde und die gefährlichen Individuen daraufhin wieder aus der Irrenanstalt auf die Menschheit losgelassen werden mussten.

Das gleiche Thema wie Hoppe behandelt Mönkemöller (Osnabrück) (Oktober-Heft) unter „Simulation oder Geistesstörung“. Er teilt die interessante Geschichte eines „psychiatrischen Odysseus“ mit, der es fertig brachte, innerhalb sechs Jahren 21 Mal in Irrenanstalten und 29 Mal in anderen Krankenhäusern sich aufzuhalten und dabei die verschiedenste Beurteilung seitens der Aerzte fand.

Ohne besonderen Zweck simulierte der zwar mehrfach mit dem Strafgesetz in Konflikt geratene Mann epileptische und paranoide Symptome und log in der tollsten Weise. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Mönkemöller erklärt wohl mit vollem Recht das Individuum trotz offenkundiger Simulation für einen schweren Psychopathen, worin er sich in Uebereinstimmung mit Alt (Uchtsprünge) befindet. Ob einem derartigen Kranken die Vorteile des § 51 zugebilligt werden können, bezweifelt M.; therapeutisch hält er eine längere und konsequente Anstaltsbehandlung für das beste.

Mit einem „Beitrag zur Kenntnis der Pseudologia phantastica“ berichtet Jörger (Waldhaus-Chur) (im Supplement-Heft) von einem klassischen Fall pathologischer Lügenhaftigkeit bei einem 20jährigen Gymnasiasten (!), der ein fast bewundernswertes System von Lügereien und geschäftlichen Schwindeleien aufgebaut hatte und nach psychiatrischer Begutachtung exkulpiert und der Irrenanstalt überwiesen wurde. Zu einem kurzen Referat ist die in extenso mitgeteilte Geschichte des Kranken nicht geeignet.

Ein Teil der hier referierten Arbeiten hat mir wieder die Empfindung geweckt, die ich oft habe, dass unsere psychiatrische Publizistik der Kasuistik einen zu weiten Spielraum gewährt, an grosszügigen und originellen Veröffentlichungen aber einen bedauerlichen Mangel zeigt. Beim Studium der „Vierteljahrsschrift“ trat mir die Tatsache um so deutlicher entgegen, als die Publikationen aus dem verwandten Gebiete der Neurologie einen wesentlich anderen Charakter zeigen; sie mögen im folgenden eine kurze Besprechung erfahren.

„Die forensische Bedeutung des bakteriologischen Befundes bei der akuten eitrigen Meningitis“ hat Marx (im Januar-Heft) an der Hand umfangreicher Literatur und des grossen Materials des Berliner „Instituts für Staatsarzneikunde“ festzustellen versucht. Der Gerichtsarzt ist in jedem Falle akuter eitriger Meningitis vor die Frage gestellt, ob es sich um traumatische oder idiopathische Entstehung handelt. Wie eine Zusammenstellung von 469 Fällen lehrt, kommen bei epidemischer bzw. idiopathischer Meningitis die verschiedensten Bakterien zur Beobachtung. Bei Hirneiterungen nach Trauma wiegen naturgemäss Staphylo- und Streptokokken vor, doch kommen auch andere Formen, besonders Diplokokken, vor. Aus diesen beiden Gründen kann

der bakteriologische Befund allein nicht als entscheidend angesehen werden. Relativ einfach liegen die Verhältnisse bei komplizierten Schädelfrakturen und vereiterten Haematomen, bei denen Feststellung der gleichen Bakterien in der Wunde bzw. im Haematom und im Meningealeiter den Zusammenhang zwischen Trauma und Meningitis beweist. Besonders schwierig ist die Beurteilung aus dem bakteriologischen Befunde heraus bei Basisfrakturen, weil aus der Nase mit ihren Nebenhöhlen, der Mund- und Rachenhöhle und dem Mittelohr die verschiedensten Eitererreger einwandern können, die ebensowohl auch bei idiopathischer Meningitis gefunden werden. Um diese aber an die Meningen zu bringen, genügen unter Umständen ganz geringfügige Traumen. Item: in den wenigsten Fällen genügt der bakteriologische Befund, um den Zusammenhang zwischen Trauma und Eiterung zu erweisen. Man muss andere Momente heranziehen: die örtliche Beziehung zwischen Trauma und Infektion; zeitlichen Zwischenraum zwischen Trauma und ersten Entzündungserscheinungen, vor allem aber Ausschluss von Eiterungen an anderen Körperstellen, von denen aus ein Transport der Erreger stattgefunden haben könnte.

Eine heftige Polemik knüpft sich an die Frage der Rückenmarks-Erschütterung an. Eine umfangreiche Arbeit: „Zur Pathologie der posttraumatischen Rückenmarkserkrankungen, nebst Bemerkungen über den derzeitigen Stand der Lehre von der Rückenmarksererschütterung“ veröffentlicht Schäffer-Bingen (im Supplementheft).

Als posttraumatische Erkrankungen des Rückenmarks sind vielfach solche beschrieben worden, bei welchen entweder unmittelbar nach dem Trauma keine oder nur geringe Symptome bestanden, nach mehr oder weniger langer Zeit aber sich die Erscheinungen eines progressiven Spinalleidens mit tötlichem Ausgang zeigten, oder aber nach Besserung der ursprünglichen Störungen und nach einem freien Intervall wieder heftige Erscheinungen eintraten.

Die pathologisch-anatomische Grundlage dieser bemerkenswerten, auf Komotionswirkung zurückgeführten Krankheitsbilder suchte zuerst Schmaus durch experimentelle Forschung festzustellen. Seine Untersuchungen ergaben, dass schwere Erschütterungen nicht nur molekulare, sondern mit empfindlichen Methoden (Marchi, Nissl) nachweisbare strukturelle Veränderungen an Ganglienzellen, Achsenzylindern und Markscheiden hervorzurufen vermögen. Diese Ansichten stützt Schäffer durch einen Fall eigener Beobachtung.

Ein 21jähriger Mann war mit Fusstritten und Stockschlägen schwer misshandelt worden und längere Zeit bewusstlos geworden; dann aber hatte er drei Tage lang keine Klagen. Am vierten Tage Schmerzen im Kreuz, am zehnten Urinverhaltung, Schwäche in den Beinen. Trotzdem Ausübung des Berufs. Am 15. Tage Verschlimmerung. Schliesslich vollständige Lähmung der Beine; Decubitus nach sechs Wochen; Patellarreflexe erloschen; Blasen- und Mastdarmlähmung. Anästhesie vom 9. Brustwirbel abwärts. Lumbalpunktion: reichlich Liquor ohne Blutbeimengungen. Pyelo-cystitis. Exitus nach $4\frac{1}{4}$ Monaten. Bei der Sektion Wirbelsäule vollkommen intakt; Rückenmark im unteren Dorsalteil erweicht. Histologische Untersuchung durch Schäffer unter Leitung von Schmaus: Im Sakralmark den ganzen Querschnitt einnehmende Erweichungshöhle; im unteren Lendenmark kleiner Erweichungsherd im Hinterstrang; im mittleren Lendenmark unregelmässige Lichtung der Fasern, stellenweise beträchtliche Aufhellung; im oberen Lendenmark Zerstörung

der dorsalen Hälfte; im unteren Dorsalmark totale Erweichung mit Höhlenbildung, im oberen Dorsalmark Gliose, Erweichungsherde und Oedemspalten; im Halsmark sekundäre Degeneration der Goll'schen Stränge. Keine Spuren von Blutungen.

Gerade auf den letzten Punkt legt Schäffer grossen Wert. In längerer Ausführung sucht er zu beweisen, dass die gefundenen Erweichungsherde nicht eine Folge von Blutungen, Wurzelläsionen, Quetschung des Markes infolge vorübergehender Wirbeldistorsionen sind, sondern auf direkte traumatische Nekrose durch Rückenmarkerschütterung zurückgeführt werden müssen. Unter Berufung auf eine grössere Reihe von Autoren bekämpft Sch. die gegenteiligen Ansichten von Kocher, Wagner und Stolper.

In einer scharfen Erwiderung: „Zur Lehre von der Rückenmarkerschütterung“ (Juli-Heft) wendet sich Stolper (Göttingen) gegen Schäffer und behauptet, dessen Fall beweise gar nichts für das Vorkommen reiner Rückenmarkerschütterung und die Entstehung pathologisch-anatomisch nachweisbarer Veränderungen aus dieser. Er vermutet, dass es sich im Falle Schäffer's um eine Myelitis, event. gonorrhöischen Ursprungs, gehandelt habe. Hoffentlich wird die wichtige Frage noch durch weitere Untersuchungen geklärt.

Einen gerichtlich-medizinisch interessanten Fall von „Pachymeningitis externa fungosa“ teilt Braun (Elberfeld) mit.

Ein 13jähriger Schüler war von einem Lehrer heftig geschüttelt und mit dem Kopf gegen eine Wand gestossen worden. Bald darauf heftige Symptome: Schwindel, Erbrechen, Fieber. Steigerung desselben in den nächsten Tagen (bis 39°), dann wieder Nachlass. Später rechtsseitige Lähmung, Erblindung. Nach fünf Monaten Exitus. Bei der Sektion: An den Innenflächen der Scheitelbeine und des Hinterhaupts-Beines „zahlreiche, unregelmässig gestaltete, wie angefressene Vertiefungen“ mit grauem Grund und von zirka 1/2 mm Tiefe. Auf der Aussenfläche der harten Hirnhaut „zahlreiche, verwaschen rote, inselförmige Auflagerungen, genau entsprechend den beschriebenen Vertiefungen des inneren Schädelblatts“. Anordnung der Auflagerungen den Endverzweigungen der Dura-Gefässe entsprechend.

Die Auflagerungen wurden bei der Gerichtsverhandlung gegen den Lehrer von Braun und einem anderen Gerichtsarzt als Residuen stattgehabter Entzündung, von drei von der Verteidigung geladenen Aerzten als Pachionische Granulationen (!) gedeutet. Der Angeklagte wurde freigesprochen. Braun nennt die Erscheinung „Pachymeningitis externa fungosa“ und sieht sie als eine Folge von Entzündung infektiöser (wahrscheinlich tuberkulöser) Natur an, die durch das Kopftrauma ausgelöst wurde. Liebtrau (Trier).

V. Referate und Kritiken.

437) **Parkes Weber:** Faecal vomiting and reversed peristalsis in functional nervous (cerebral) disease; a summary of cases and conclusions. (Brain, Summer 1904.)

Verf. bespricht die relativ seltenen Fälle hysterischen Koterbrechens, die in der Literatur beschrieben sind und denen er eigene Beobachtungen an-

fügt. Differentialdiagnostisch gegenüber diesem funktionell nervösen Symptom kommt das Koterbrechen bei organischen Hirnerkrankungen und bei Magendarmfisteln in Betracht. Vor allem ist aber auf die Möglichkeit einer Simulation zu achten: Hysterische deponieren bisweilen ihren Kot in ihrem Bette oder sonst wo, um ihn bei geeigneter Gelegenheit in den Mund zu nehmen und zu entleeren. Durch strenge Ueberwachung und durch Applikation von gefärbten Klysmen, die durch die antiperistaltischen Bewegungen schliesslich zum Munde hinausbefördert werden können, kann man sich vor solchen Täuschungsversuchen schützen.

Spielmeyer.

438) **Brissaud et Meige**: Type infantile du gigantisme.

(Nouv. Iconogr. d. l. Salpêtr. 1904. p. 165.)

Bei einem 40jährigen Manne fanden sich nebeneinander die Zeichen des Riesenwuchses und der Akromegalie in schwacher Ausbildung (abnorme Grösse, starke Entwicklung des Unterkiefers, übermässig grosse Füsse) und des somatischen und psychischen Infantilismus (mangelhafte Entwicklung der äusseren Genitalien, der Behaarung, grosssprecherisches und schwachsinniges Verhalten).

Cassirer.

439) **Hart**: Paralysis agitans: some clinical observations based on the study of 219 cases seen at the clinic of Professor M. Allen Starr.

(Journ. of Nerv. and Ment. Disease. 1904.)

Verf. gibt statistische Notizen über 219 Fälle von Paralysis agitans. Unter den auslösenden Faktoren waren die häufigsten: Emotionen (Angst, Schrecken etc.) in 40 Fällen, Trauma in 31 Fällen und Ueberanstrengung in 14 Fällen. Symptomatologisch fand sich am häufigsten Tremor (203 Mal), Rigidität (142 Mal), Kontrakturen (28 Mal), Tendenz zum Fallen (105 Mal in 173 Fällen), Aenderungen der Stimme (120 Mal), Paraesthesien (120 Mal), Hyperhidrosis (57 Mal). Bei 30 Kranken betrug die Pulsfrequenz über 100. In zwei sonst typischen Fällen bestand Pupillenstarre.

Kölpin (Greifswald).

440) **J. Lossen**: Ueber das Vorkommen epileptischer Krämpfe beim Coma des Diabetikers.

(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 56. S 31ff. 1905.)

Bei zwei Fällen der Königsberger medizinischen Klinik traten etwa einen halben Tag vor dem Tode epileptische Krämpfe auf. Bei dem ersten Fall stellte sich vor den Krampfanfällen Amaurose ein.

G. Liebermeister.

441) **P. Bergell und Fr. Levy**: Ueber den Einfluss des Curare bei Tetanus.

(D. Therapie der Gegenwart. Sept. 1904. S. 396.)

Gestützt auf experimentelle und klinische Erfahrungen empfehlen die Verf. die Anwendung des Curare bei Tetanus. Die Gründe, die seine Verwendung bisher unmöglich machten, beständen nicht mehr, seit als Curaril von den chemischen Werken von H. Byk (Berlin) ein reines Präparat hergestellt werde. Das Mittel wird subkutan injiziert; man soll mit 2,4 ccm der im Handel befindlichen Lösung beginnen und diese Dosis etwa alle vier Stunden wiederholen.

Bumke.

VI. Vermischtes.

Zum fünfzigjährigen Bestehen der Kahlbaum'schen Nervenheilanstalt zu Görlitz.

Die Anstalt wurde begründet von Dr. Hermann Reimer und am 1. August 1855 eröffnet. Sie war zunächst für „Epileptische aus den gebildeten Ständen“ bestimmt, wurde aber bald zu einer Anstalt für psychisch und nervös Kranke jeder Art ausgestaltet. Im Juni 1867 verkaufte Reimer die Anstalt an Kahlbaum, der seit Oktober 1866 als zweiter Arzt bei ihm tätig war. Reimer wurde später (1869—1871) Direktor der mecklenburg-schwerin'schen Staatsirrenanstalt Sachsenberg und lebt jetzt in hohem Alter als Gehl. Medizinalrat zu Stuttgart. Als Kuriosum sei erwähnt, dass aus der Reimer'schen Zeit sich noch ein Patient, ein 69jähriger Katatoniker, in der Anstalt befindet; er wurde am 8. Februar 1858 aufgenommen, war aber vorher schon zwei Jahre lang bei Laehr in Zehlendorf-Schweizerhof gewesen. Der Fall wurde von Kahlbaum wissenschaftlich bearbeitet. — Von literarischem Interesse ist, dass am 10. Juli 1865 Minna Walch geb. Herzlieb, die „Ottilie“ in Goethe's „Wahlverwandschaften“, in der Anstalt starb.

Karl Ludwig Kahlbaum, geboren am 28. Dezember 1828 zu Driesen in der Neumark, approbiert 1854 zu Königsberg, war, bevor er nach Görlitz kam, zweiter Arzt der Provinzialanstalt Allenberg und zugleich Privatdozent an der Universität Königsberg gewesen und hat dort 1863—1866 Vorlesungen über Psychiatrie gehalten. Nach Görlitz brachte er bereits eine fertige, durch die Bearbeitung des Allenberger Krankenmaterials gewonnene, psychiatrische Erkenntnis und Lehre mit, deren Programm er in seiner 1863 erschienenen „Gruppierung der psychischen Krankheiten“ gegeben hat, und die er in der Folgezeit weiter ausbaute. Kahlbaum's Versuch einer Abgrenzung und Klassifikation der Psychosen auf Grund des gesamten Krankheitsverlaufes unter Aufgabe des ganz ungenügenden, künstlichen, symptomatisch-psychologischen Systems (des „Fachwerks“, wie Kahlbaum es nannte), war damals etwas Neues und Kühnes; hatte doch zu jener Zeit die schon ein halbes Jahrhundert zuvor als eigene Krankheitsform aufgestellte progressive Paralyse noch schwer um Anerkennung zu ringen. Die Absicht, eine ausführliche Darstellung seiner Psychiatrie zu geben, hat Kahlbaum trotz umfangreicher Vorbereitung leider nicht erfüllt, sondern nur einzelne Abschnitte daraus bearbeitet und veröffentlicht. In der Hoffnung, doch noch selbst zur Verwirklichung seiner literarischen Pläne zu kommen, unterliess er es auch, seinen Assistenten die Bearbeitung einzelner Krankheitsformen zu übertragen; nur Ewald Hecker vertraute er die Beschreibung der Hebephrenie an. Eine wissenschaftliche Schule hat Kahlbaum nicht begründet, und es ist auffallend, dass, als in den neunziger Jahren seine psychiatrische Lehre von anderer Seite aufgenommen und, allerdings mit mancherlei Modifikationen, erfolgreich weiter entwickelt wurde, an dem Kampfe für und wider sie die zahlreichen ehemaligen Aerzte Kahlbaum's sich kaum beteiligten. Kahlbaum selbst, der so lange vergeblich auf den Erfolg seiner wissenschaftlichen Bestrebungen gehofft hatte, war verbittert. Er konnte sich mit der von ihm ihren Ausgang nehmenden Kraepelin'schen Richtung nicht mehr so befreunden, wie man hätte erwarten mögen. Kahlbaum lag ebensoviel

wie an der Anerkennung seines wohl von keiner Seite mehr bestrittenen Einteilungsprinzips mindestens auch, wenn nicht noch mehr an der Anerkennung der von ihm entdeckten Psychosen als selbständiger umgrenzter Krankheitsformen. Die Vereinigung seiner Katatonie, seiner Hebephrenie, seiner Heboidophrenie zur Dementia praecox billigte er nicht; er beachtete dabei zu wenig, dass durch Kraepelin's Ansturm die schon bedenklich in Vergessenheit geratene Katatonie und Hebephrenie den Zeitgenossen überhaupt erst wieder geläufig wurden; andererseits hat ihm aber die neueste Phase der Kraepelin'schen Psychiatrie-Metamorphose in manchen Punkten wieder recht gegeben.

Nachdem Kahlbaum 1867 die aus einem Haupt- und zwei Nebengebäuden bestehende Reimer'sche Anstalt übernommen hatte, begann er sehr bald mit der Erweiterung derselben. Er folgte dabei einem wohlüberlegten Plan, dessen Grundidee war, eine grössere Anzahl selbständiger, nicht zu grosser Abteilungen zu schaffen, um möglichst individualisieren zu können und Kranke, die aus therapeutischen Rücksichten nicht zu einander passen, nicht zusammen legen zu müssen. So entstanden nach und nach acht Abteilungen (fünf für männliche, drei für weibliche Patienten) mit neun Häusern. Unter ihnen nimmt das ärztliche Pädagogium eine besondere Stelle ein, und es mögen Kahlbaum's eigene Worte über die Motive, die ihn bei dieser seiner persönlichsten Schöpfung leiteten, angeführt sein*): „Bei der immer mehr überhandnehmenden Zahl von Erkrankungen in jüngeren Jahren und der sich mehr und mehr geltend machenden Erkenntnis, dass viele moralische Absonderlichkeiten und ungewöhnliche Charakterentwicklungen auf krankhaften Anlagen und organischen Vorgängen beruhen, liegt das Bedürfnis nahe, die jugendlichen Kranken dieser Art ganz besonders in ärztlich-spezialistische Beobachtung und Behandlung zu nehmen und, wo mit der grösseren Anzahl solcher Kranken Gelegenheit geboten ist, entsprechende Einrichtungen zu treffen. Da es bei Kranken dieser Art ganz besonders darauf ankommt, die fehlgeschlagene Erziehung zu ergänzen oder nachzuholen, so ist wie bei jeder Erziehung meist eine längere Zeit methodisch pädagogischer Beeinflussung und des Zuwartens notwendig. Damit ist es nahegelegt, die länger erforderliche Zeit zugleich für die intellektuelle Ausbildung und für die Vorbereitung zu einer etwaigen Lebensstellung zu benutzen. In jeder grösseren Anstalt wird gelegentlich oder auch kontinuierlich und methodisch Unterricht erteilt. So geschah es auch bei mir. Die grössere Zahl jugendlicher Kranker, welche sich in meiner Anstalt ansammelten, die zur Sicherung ihrer kaum erworbenen Nerven-Gesundheit noch fortgesetzt ärztlicher Beobachtung und Behandlung bedurften, führte dann dazu, mehrere Lehrer für die Anstalt selbst anzustellen, um den Unterricht in grösserem Umfange wie in methodischer Vollständigkeit erteilen lassen zu können und die in der besonderen Spezialerfahrung geübten Kräfte auch weiterhin für den engeren Zweck nutzbar zu erhalten. So entstand der Plan des „Ärztlichen Pädagogiums für jugendliche Kranke“ in der Anstalt zu Görplitz, der nun aber von vornherein, obwohl es gerade hierbei auf ganz besondere Hilfskräfte und Behandlungsmethoden ankam, nicht in absoluter Trennung von der Heilanstalt, sondern in organischer und methodischer Verbindung mit ihr verfolgt und erfüllt wurde.“

*) Programm zur Beteiligung der Anstalt an der allgemeinen deutschen Ausstellung auf dem Gebiet der Hygiene und des Rettungswesens. Berlin 1882/83.

Am 15. April 1899 starb Karl Ludwig Kahlbaum an Diabetes, ohne dass er dazu gekommen wäre, die Quintessenz seiner psychiatrischen Lebenserfahrung in einem gedrängten Rückblick den Fachgenossen darzubieten, wie es etwa Heinrich Laehr anlässlich des fünfzigjährigen Jubiläums seiner Anstalt getan hat. Von Kahlbaum's Mitbürgern haben wohl nur wenige eine Ahnung von seiner wissenschaftlichen Bedeutung gehabt und gewusst, dass er einer der grössten Irrenärzte des neunzehnten Jahrhunderts war — und vor dem neunzehnten Jahrhundert gab es keine Psychiatrie. Eher würdigten sie in ihm den vielseitigen Gelehrten, der in allen Gebieten der Naturwissenschaft und auch in den meisten Geisteswissenschaften zu Hause war und über Anthropologie, Botanik, Mineralogie, Astronomie gediegene, über Laienliebhaberei hinausragende Vorträge hielt; hauptsächlich aber sahen sie in ihm, nicht gerade mit vollem Beifall, den wagemutigen Unternehmer, der, ihrer geschäftsmännischen Meinung nach, seinen Betrieb fast zu umfangreich gestaltete, und dessen Baulust keine Grenzen zu haben schien. Sie beachteten zu wenig, dass der grosse Platz, die vielen Häuser, die kostspieligen Einrichtungen nötig waren zur sachgemässen Behandlung der Kranken; es erging ihnen wie ehemals den Fachgenossen Kahlbaum's, als sie ihm vorwarfen, er leide an der Sucht, neue Namen zu erfinden,*) während er doch die neuen Namen brauchte, um neue Dinge damit zu bezeichnen.

Nach dem Tode Kahlbaum's ging die Anstalt in den Besitz seiner Söhne über. Sie umfasst zurzeit ein Terrain von ca. 17 $\frac{1}{2}$ Morgen; die Stadt Görlitz ist im Laufe der Jahre zu ihr herangewachsen, ohne aber ihre schöne Lage am Neissefluss, inmitten von Gärten, Parks und Promenaden, zu stören. Der Krankenbestand war am 1. Juli d. J. 111 Personen, und zwar 73 Herren und 38 Damen. Der höchste Bestand, den die Anstalt am 31. August 1900 erreicht hatte, betrug 129; davon 83 Herren und 46 Damen. Auffallend ist das stetige Steigen der Krankenzahl in den letzten Jahren. Während z. B. 1892 bei einem Durchschnittsbestand von 100 Kranken nur 81 Aufnahmen stattfanden, betrug 1902 bei einem Durchschnittsbestand von 110 Kranken die Zahl der Aufnahmen 160. Diese Steigerung ist nur zum geringen Teil dadurch bedingt, dass Kranke, die in den öffentlichen Anstalten wegen Platzmangels keine Aufnahme finden können, interimitisch in die Privatanstalt gebracht werden.

Die Anstalt trägt wie wohl alle grösseren Privatanstalten einen internationalen Charakter; von den in den letzten sechs Jahren aufgenommenen Kranken waren 24% Ausländer; von den 111 Kranken, die am 1. Juli d. J. den Bestand bildeten, waren 62 Deutsche und 49 Ausländer. Das Gesamtpersonal der Anstalt betrug am 1. Juli: 119 Personen (5 Aerzte, 68 Pfleger und Pflegerinnen, einschliesslich des Oberpflegepersonals, das übrige Bureau-, Wirtschafts-, Küchen-, Fabrik- und Gartenpersonal, das zum Teil auch an der Krankenpflege beteiligt ist); die Zahl der Angestellten überstieg somit die Zahl der Kranken um acht. Dazu kommen noch 11 Lehrer und Lehrerinnen, die den Kranken innerhalb der Anstalt Unterricht erteilen. Die Anstalt steht seit Karl Ludwig Kahlbaum's Tod unter der Leitung seines Sohnes Dr. Siegfried Kahlbaum.

Eduard Hess (Görlitz).

*) Hecker, Karl Ludwig Kahlbaum. Psych. Wochenschr. 1899, No. 14.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. Oktober 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Zur Analyse des Krankheitsbewusstseins bei Psychosen.

Von Dr. Erich Arndt, Oberarzt der Universitäts-Irrenklinik in Greifswald.

Es soll in diesem Aufsätze nur auf die allgemeinen Bedingungen und Beziehungen des Krankheitsbewusstseins bei Psychosen eingegangen werden; eine ins einzelne gehende Darstellung ist nicht beabsichtigt.

Wenngleich das Verhalten des Krankheitsbewusstseins bei Psychosen frühzeitig die Aufmerksamkeit der Beobachter auf sich gezogen hat, ist man doch erst neuerdings dieser Frage recht näher getreten. Es kommen hier besonders die Aufsätze bezw. Vorträge von Müller, Pick, Mercklin und Heilbronner in Betracht. Dagonet beschäftigt sich nur vorübergehend mit dem Gegenstande bei der Besprechung von „Bewusstsein und Geisteskrankheit“. Von den Lehrbüchern berücksichtigen das Thema am eingehendsten Kraepelin, Wernicke und Ziehen.

Die früheren Mitteilungen hat Pick*) in seiner fleissigen Arbeit zusammengestellt und zum Teil besprochen. Pick's Schrift ist unter anderem dadurch bemerkenswert, dass sie zuerst in klarer Weise die heute übliche Unterscheidung zwischen „Krankheitsbewusstsein“, „Krankheitsgefühl“ und „Krankheitseinsicht“ aufstellt. Der Ausdruck „Krankheitsbewusstsein“ hat bei Pick nur die Bedeutung einer Allgemein-

*) Pick: „Ueber Krankheitsbewusstsein“. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 13. S. 518 f.

bezeichnung, während dem „Krankheitsgefühl“ und der „Krankheitseinsicht“ verschiedene seelische Vorgänge entsprechend gedacht werden. Das Krankheitsgefühl kommt, nach Pick, vorwiegend auf Grund von abnormen Gefühlsvorgängen zum Bewusstsein, während es sich bei der Krankheitseinsicht vielmehr um das Resultat von Reflexionen handeln soll. Die Tatsache, dass diese Namengebung allgemein üblich ist, zeigt, dass sie praktisch brauchbar ist, was auch Mercklin in seiner Schrift mit Recht betont. Wenngleich aber diese Unterscheidung in gewisser Hinsicht klinischen Tatsachen gerecht wird, so erscheint ihre psychopathologische Begründung doch bedenklich. Der Unterschied zwischen Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht ist wohl nicht darin gegeben, dass in dem einen Falle Gefühls- und Empfindungs-, in dem andern Reflexionsvorgänge wirksam werden. Die Empfindungen und Gefühle, wie sie im Krankheitsgefühl gegeben sind, werden zum Krankheitsgefühl überhaupt erst durch die Erkenntnis, dass ihnen Veränderungen des Körpers entsprechen und in diesem mehr oder weniger deutlichen Erkenntnisvorgange, nicht in den zunächst hier bedeutungslosen Gefühls- und Empfindungselementen, liegt die eigenartige klinische Bedeutung des Krankheitsgefühls. Andererseits baut sich die angeblich reflexionsmässig gewonnene Einsicht auch nur und öfter gerade erst unter der Voraussetzung auf, dass bestimmte Gefühle und Empfindungen gegeben sind. Wir sprechen von Krankheitseinsicht mit Vorliebe da, wo der Kranke in der Genesung oder Remission zur klaren Erkenntnis des Abnormen der durchgemachten oder noch vorhandenen Zustände gelangt. Worin liegt nun aber das klinisch Bedeutungsvolle dieser Erkenntnis? Weshalb verlangen wir diese Einsicht als Zeichen der tatsächlichen Heilung? Gewiss nicht deswegen, weil der Kranke auf dem Wege von Denkvorgängen zu dieser Einsicht gelangt, sondern weil der Genesende das unmittelbare, elementare Gefühl von dem Fremdartigen, dem gewohnten Ich nicht Zugehörigen der krankhaften Elemente erhält und erst erhalten muss. Der völlig Einsichtige fühlt sich erwachend wie aus einem Traum, es fallen ihm die Schuppen von den Augen. Dies elementare Bewusstsein der Erneuerung der alten Persönlichkeit, dies Empfinden der unter pathologischen Bedingungen entstandenen Vorgänge als Fremdlinge auf dem Boden des jetzt normal sich entwickelnden Ich wird aber nicht von dem aus seinen Aengsten befreiten Depressiven, dem rasch sich klärenden Deliranten, dem beruhigten Katatoniker durch Denkprozesse gewonnen, sondern eben auf Grund von unmittelbaren Gefühlen und Empfindungen, welche durch Reflexionen überhaupt nicht zu gewinnen sind. Im Gegenteil, ein Kranker, welcher durch Raisonement, sei es sein eigenes, sei es gar durch das des Arztes

zur Einsicht geführt wird, bleibt uns hinsichtlich des klinischen Wertes dieser Erkenntnis sehr verdächtig. Also gerade in dem Falle, in welchem die Krankheitseinsicht ihre grösste klinische Bedeutung hat, ist von Denkprozessen am wenigsten die Rede. Krankheitsgefühl und Krankheitseinsicht sind nicht deswegen zu unterscheiden, weil in dem einen Falle Gefühls- und Empfindungs-, in dem anderen Denkvorgänge sich finden, sondern weil die Deutlichkeit dieser Erkenntnis in dem einen Falle grösser, in dem andern geringer ist, und weil diese Klarheitsgrade, fliessend zwar, so grosse Unterschiede aufweisen können, dass es rein praktisch wünschenswert erscheint, für diese Grade in ihren Extremen Bezeichnungen zu haben. Aus diesem Grunde bleibt es auch zum Teil der Willkür überlassen, ob man noch von Krankheitsgefühl oder schon von Einsicht reden will, denn ein Massstab für den Gebrauch der Ausdrücke ist uns nur die stufenweise Klarheit der Erkenntnis des Abnormen, nicht die Art der Entstehung aus bestimmten psychischen Elementen, von denen sich, wie gesagt, Reflexions-, Gefühls- und Empfindungselemente immer gemischt vorfinden. Gewiss gibt es Fälle, bei denen eine Einsicht vorwiegend infolge von Reflexionen zustande kommt. Reflexion und Erfahrung spielen bei der Einsicht des Psychopathen, Imbezillen, des leichten Zirkulären eine wichtige Rolle. Aber auch hier kommen abnorme Gefühle und Empfindungen genug in Betracht, und diese Einsicht wird ausserdem psychopathologisch von geringer Bedeutung; der Kranke bleibt im ganzen derselbe mit und ohne Einsicht, während die Einsicht, welche namentlich infolge eines unmittelbaren Veränderungsgefühls entsteht, von bekannter klinischer Wichtigkeit ist. Abgesehen von dieser anderen psychologischen Auffassung empfiehlt es sich, die Wendungen Pick's beizubehalten. Der Ausdruck „Krankheitsbewusstsein“ ist bequem, da er eine nichts präjudizierende Allgemeinbezeichnung darstellt, das Wort „Krankheitsgefühl“ dürfte für geringere, die Bezeichnung „teilweise“ oder „völlige“ „Krankheitseinsicht“ für grössere oder vollständige Klarheit der Krankheitserkenntnis zu gebrauchen sein.

Heilbronner*) schlägt in seinem Aufsatz über „Krankheitseinsicht“ eine Aenderung in der Pick'schen Namengebung vor, indem er getrennt „Krankheitsgefühl“, „Krankheitsbewusstsein“ und „Krankheitseinsicht“ unterschieden wissen will. So berechtigt seine kritischen Ausführungen zum Teil sind, dürfte sich diese Aenderung als zu subtil und auch nicht immer zutreffend kaum einbürgern. Heilbronner spricht von Krankheitsgefühl nur da, wo der Patient überhaupt nur eine Veränderung

*) Heilbronner: „Ueber Krankheitseinsicht“. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 58. S. 608 f.

seines Zustandes bemerkt, ohne die hinzukommende Erkenntnis eines krankhaften Vorganges. Aber dann haben wir es doch allein mit Gefühlen und Empfindungen — abnormer Entstehung — zu tun, welche das Individuum bemerkt, wie eben andere Bewusstseinsvorgänge auch und welche zwar die unerlässliche Vorbedingung zum Entstehen von Krankheitsgefühl darstellen, aber selber kein Krankheitsgefühl, sondern für das Subjekt eben nur Gefühle sind. Krankheitsgefühl besteht dann nur für den Beobachter, nicht für den Kranken. Es empfiehlt sich hier jedoch, nicht abweichend vom gewöhnlichen Sprachgebrauch den Ausdruck „Krankheitsgefühl“ anzuwenden, wo im Subjekt keine noch so dunkle Erkenntnis des Krankhaften, sondern nur das Bewusstsein nicht gewohnter Empfindungen und Gefühle entsteht. Auch der begrifflichen Fassung des „Krankheitsbewusstseins“ seitens Heilbronner's stehen Bedenken entgegen. Heilbronner will mit diesem Worte einen besonderen psychopathologischen Vorgang bezeichnen, nämlich die Empfindung und das Gefühl der beeinträchtigten psychischen Leistungsfähigkeit. Aber mit dem Worte „Bewusstsein“ bezeichnet man doch im üblichen Sprachgebrauch keinen besonderen seelischen Vorgang, sondern wendet das Wort an in dem allgemeinsten Sinne des Wissens überhaupt, wie es von Pick richtig und praktisch verwertbar geschehen ist. Ausserdem ist diese Erkenntnis beeinträchtigter geistiger Leistungsfähigkeit häufig gerade so gut durch Gefühls- und Empfindungsmomente gegeben (Gefühl der Hemmung, Entschlussunfähigkeit, Willenlosigkeit, Benommenheit u. a.), als wie irgend ein anderes sog. somatisches Krankheitsgefühl. Dazu kommt, dass die empirische Stütze, welche Heilbronner dieser Unterscheidung gibt, dass sich nämlich an dieses Bewusstsein der psychischen Beeinträchtigung keine Erklärungswahnideen anschliessen, nicht durchaus der klinischen Erfahrung entspricht, oder aber so andersartig begründet ist, dass der Tatsache selber keine zu einer Abgrenzung genügende Besonderheit zugeschrieben werden kann. Es lässt sich tatsächlich beobachten, dass paranoide Kranke in dieser Empfindung der geistigen Beeinträchtigung einen Ausdruck feindlicher Machinationen sehen. „Ich kann gar nicht mehr denken, das machen die alles mit ihrem Elektrisieren,“ sagte mir eine Kranke. Ausserdem findet sich dieses Bewusstsein der psychischen Beeinträchtigung am häufigsten bei den Kranken, welche noch einen hohen Grad von Besonnenheit bewahrt haben und überhaupt noch wenig zur Wahnbildung neigen (z. B. den leichteren Zirkulären, beginnenden Hebephrenien, Arteriosklerotikern, beginnenden Paralyseu u. a.). Dieser äussere Umstand (und noch ein anderes später zu erörterndes Moment) namentlich führt die von Heilbronner betonte Erscheinung

herbei und nimmt ihr viel von der angeblichen klinischen Eigenart. Das sei hier gleich gesagt, ob und inwieweit ein psychopathologischer Vorgang von Krankheitsbewusstsein begleitet wird oder nicht, hängt weit weniger von seiner eigenen Beschaffenheit ab, als von dem Ganzen des psychopathologischen Zustandes, in welchem er entstanden ist. Den interessanten Ausführungen Heilbronner's über Krankheitseinsicht wird man vielfach zustimmen und es billigen, dass dieser Ausdruck für das völlig klare Bewusstsein des Krankhaften eines psychopathologischen Zustandes vorbehalten bleibt, vorausgesetzt, dass man die Begriffe Krankheitsbewusstsein und Krankheitsgefühl nicht so eng gefasst hat, dass bei dieser Definition das Ganze der Erscheinungen des Krankheitsbewusstseins (im Pick'schen Sinne) nun auch wirklich umfasst wird. Denn wenn Krankheitsgefühl nur das Fühlen und Empfinden der krankhaften Erscheinungen überhaupt, Krankheitsbewusstsein die Empfindung der geistigen Beeinträchtigung, Krankheitseinsicht nur die klare Erkenntnis des Krankhaften bezeichnen soll, so würde augenscheinlich die grosse Seite des Krankheitsbewusstseins nicht genügend berücksichtigt werden, wo der Patient seinen mannigfaltigen pathologischen Erlebnissen gegenüber sehr wohl eine dunkle Erkenntnis des Krankhaften hat, ohne aber klar und konsequent zu urteilen.

Gehen wir nun ein wenig auf die allgemeinen Bedingungen des Krankheitsbewusstseins ein. Unter „Krankheit“ versteht man eine Veränderung im Organismus, welche auf das Bestehen desselben schädlich wirkt. Krankheitsbewusstsein ist die mehr oder weniger klare Erkenntnis des Individuums, dass sich in ihm eine Störung vollzieht, welche in einer Veränderung seines Organismus ihre Ursache hat. Die Bedingung für das Zustandekommen des Krankheitsbewusstseins ist also erstens, dass dem Individuum durch eigenartige Gefühle und Empfindungen diese Veränderung überhaupt zum Bewusstsein kommt, zweitens, dass diese Elemente, welche das Material liefern können, nun auch richtig verarbeitet werden. Erst unter diesen beiden Voraussetzungen kann Krankheitsbewusstsein zustande kommen. Es kann bei einem beginnenden Karzinom Krankheitsbewusstsein nicht entstehen, weil dem Individuum diese Veränderung überhaupt nicht bemerkbar wird, andererseits fehlt bei einem noch benommenen Epileptiker das Krankheitsbewusstsein häufig deswegen, weil die vorhandenen Missempfindungen nicht erkenntnismässig verarbeitet werden können. Ein drittes Moment ist häufig noch erforderlich, welches selbst bei völlig intakter Urteilsfähigkeit das Krankheitsbewusstsein zuweilen erst ermöglicht, nämlich Erfahrung. Krankheitsbewusstsein entsteht beim Kinde oft erst spät, nicht, weil die Urteilsfähigkeit an sich nicht ausreichte, sondern weil das Kind noch nicht gelernt hat, gewisse

Misempfindungen richtig zu deuten. Selbst der erwachsene Geistesgesunde lernt oft erst durch Erfahrung innere Zustände richtig als krankhaft erkennen, für welche er sonst geneigt war, äussere Zufälligkeiten verantwortlich zu machen und durch Erfahrung erkennt der Zirkuläre bald die leiseste Ankündigung seines Leidens, welches ihm beim ersten Anfälle lange verborgen geblieben war. Diese drei Momente: abnorme Empfindungen und Gefühle, ein gewisses Mass von Urteilsfähigkeit und häufig Erfahrung müssen zusammenkommen, um das Entstehen von Krankheitsbewusstsein zu ermöglichen. Die Grösse der verschiedenen Komponenten kann wechselnd sein, doch darf kaum je eine vollständig fehlen. Ein Krankheitsgefühl unmittelbar an sich gibt es nicht. Eben-sowenig ein Krankheitsbewusstsein bei einem sich völlig gesund fühlenden Menschen. Das unter Umständen beim Geistesgesunden tatsächlich entstehende und wirksame Krankheitsbewusstsein durch ärztliche Belehrung kommt hier zunächst als nicht aus inneren Bedingungen hervorgegangen nicht in Betracht.

Für die eben gegebenen Auseinandersetzungen sind Beispiele auch von körperlich Kranken und Geistesgesunden herangezogen worden. In der Tat sind die Bedingungen und das allgemeine Verhalten des Krankheitsbewusstseins dort dieselben, wie bei den Psychosen. Da die Verhältnisse bei körperlich Kranken einfacher und daher klarer liegen, mag mit einigen Worten auf sie eingegangen werden, um so mehr, als das Krankheitsgefühl des Geisteskranken häufig auch nur an rein körperliche Misempfindungen anknüpft.

Man unterscheidet bei dem Geistesgesunden gewöhnlich ein allgemeines Krankheitsgefühl und ein besonderes Krankheitsbewusstsein. Das erstere findet sich am typischsten im Prodromalstadium fieberhafter Krankheiten. Ihm liegen zu Grunde eine Summe von Misempfindungen und Unlustgefühlen, wie sie namentlich vom Verdauungs- und Bewegungsapparate herzustammen scheinen; namentlich Ermüdungsgefühle spielen eine Rolle. Diese Störung des Allgemeingefühls ist es auch, welche bei dem Geisteskranken zum grossen Teil das Krankheitsgefühl zustande kommen lässt. Die Reflexion spielt eine grössere Rolle bei der genaueren Lokalisation der Störung. Auf Grund bestimmter Misempfindungen hält man sich für magen- oder lungenkrank. Das Urteilelement tritt hier stärker hervor, ohne einen wichtigen Unterschied zum vorigen zu bilden.

Wie schon betont, steht jedoch auch bei dem Geistesgesunden das Mass der Klarheit und der Richtigkeit des Krankheitsbewusstseins oft in keinem Verhältnis zu dem Masse der Erkrankung. Nicht selten erblickt der Arzt in jemandem einen Todeskandidaten oder Schwerkranken, während der

Patient selber sich bei gesundem Geiste für nicht oder wenig erkrankt hält. Der Influenzakranke glaubt sich auch beim Beginne eines unbedeutenden Anfalles auf Grund seines schwer gestörten Allgemeingefühls zuweilen sterbenskrank, der schwere Phthisiker bleibt nicht selten hoffnungssicher bis zu den letzten Tagen. Es befindet sich jemand im Beginne einer fieberhaften Erkrankung und schiebt seine ihm zwar bemerkbare Veränderung, Verstimmung und innere Unruhe auf einen Aerger, eine Erwartung, eine lebhaftige Diskussion oder dergleichen. Man begegnet somit schon bei dem körperlich Kranken der eigentümlichen Mängel des Krankheitsbewusstseins, welche bei dem Geisteskranken nur viel schroffer und massiger hervortreten. Auch bei gesundem Geiste kann das Krankheitsbewusstsein fehlen, zu stark, zu schwach und verfälscht sein. Je nach Erfahrung, Wissen, Temperament, subjektiver Bemerkbarkeit der Störung wird auch bei dem Vollsinnigen das Bewusstsein der Krankheit klarer oder unklarer sein.

Bei dem Geistesgesunden tritt nun das eine deutlich hervor — was zum Teil auch für den Geisteskranken gilt — dass der Mangel an entsprechendem Krankheitsbewusstsein keineswegs immer als krankhaft zu bezeichnen ist. Krankhaft wird dieser Mangel erst dort, wo in dem Individuum selber die Bedingungen für das Zustandekommen des Krankheitsbewusstseins gegeben wären; aber wegen gewisser pathologischer Störungen nicht wirksam werden können. Wird dem Individuum die Krankheit subjektiv überhaupt nicht (z. B. bei einer Geschwulst) bemerkbar, oder fehlen ihm die (durch äussere Momente gegebenen) Kenntnisse und Erfahrungen, so ist trotz des offenbar mangelhaften Krankheitsbewusstseins von etwas Krankhaftem nicht die Rede.

Betrachten wir nun genauer die Ursachen, welche bei Geistesstörung zum fehlenden oder mangelhaften Krankheitsbewusstsein führen, so ist im allgemeinen zu sagen, dass sie sich aus den Bedingungen für das vorhandene Krankheitsbewusstsein ergeben müssen. Es treten entweder bei dem Individuum die krankhaften Erscheinungen überhaupt nicht oder undeutlich in das Bewusstsein, oder die tatsächlich wahrgenommenen abnormen Elemente und Vorgänge können nicht richtig verarbeitet, entsprechend beurteilt werden. Bei dem Geisteskranken spielt der letztere Umstand die Hauptrolle, und er ist es vor allem, der die Häufigkeit und die Schwere der Störung im Krankheitsbewusstsein bei Psychosen erklärt. Diese Urteilsfähigkeit kann nun durch verschiedene Momente getrübt sein. Entweder ist die allgemeine Urteilsfähigkeit vorübergehend oder dauernd stark herabgesetzt, wie in der Benommenheit oder stärkeren Demenz, oder aber — und dieser Umstand wird am häufigsten wirksam —

die Krankheitselemente sind von der eigentümlichen Art, dass das Individuum sich veranlasst sieht, die an sich wahrgenommene Veränderung falsch zu motivieren. Ueberall dort muss das Krankheitsbewusstsein fehlen, wo das Individuum die Ursache für die bemerkten abnormen Zustände ausserhalb der Bedingungen des gestörten Organismus sucht. Diese falsche Motivierung kann sein eine psychologische oder eine gegenständliche. Bestimmte krankhafte Gefühle und Vorstellungen erscheinen dem Individuum psychologisch begründet und verständlich (z. B. Heimweh, Versündigungangst), oder aber die Entstehung gewisser abnormer Empfindungen und Zustände wird direkt von äusseren Momenten abgeleitet (Telepathie, feindliche Beeinflussung) oder schliesslich das Individuum erkennt zwar gewisse Veränderungen als krankhaft, sucht jedoch die Ursache für diese krankhafte Veränderung nicht einfach im gestörten Organismus, sondern in äusseren Bedingungen (z. B. Vergiftungswahn). Die sonderbarste Form nimmt diese falsche Motivierung an, wenn der Kranke zwar gewisse Zustände als krankhaft erkennt, diese auch nur im Organismus begründet sieht, die tatsächliche Störung des Organismus jedoch total verkennt (der Hypochonder). In diesen Fällen zeigt sich statt des Mangels des Krankheitsbewusstseins scheinbar eine Hypertrophie desselben, während für das tatsächlich vorliegende Leiden das Krankheitsbewusstsein gestört ist, wie bei anderen Psychosen auch, nur dass die falsche Motivierung hier auf gewisse Teile des Organismus selbst geht und auf diese Weise ein lebhaftes Krankheitsbewusstsein als Haupterscheinung der Geistesstörung hervortritt. Freilich kann in gewissen Grenzzuständen (Neurasthenie, Hysterie, traumatische Neurosen) das Krankheitsbewusstsein in der Tat pathologisch verstärkt erscheinen und es tritt dann die merkwürdige Tatsache auf, dass dies erhöhte Krankheitsbewusstsein anscheinend nun seinerseits zum pathogenetischen Faktor wird.

Das Fehlen des Krankheitsbewusstseins macht in gewissen Fällen zum Teil auch der völlige Mangel an Erfahrung und entsprechenden Kenntnissen verständlich. Da sich die durch den krankhaften Prozess gegebenen Bewusstseinszustände häufig zunächst wenig von normalen Elementen unterscheiden, ist dem Individuum teilweise überhaupt die Möglichkeit eines Krankheitsbewusstseins vorerst genommen. Die beginnende Verstimmung und Arbeitsunlust des leichteren Zirkulären unterscheidet sich von ihm sonst gewohnten psychologischen Zuständen kaum. Ein lebhaft halluzinierter Gegenstand sieht aus, wie ein anderer Gegenstand auch, ein krankhafter Impuls, eine sexuelle Zwangsvorstellung ist an sich zunächst wenig von anderen Antrieben und Vorstellungsverbindungen unterschieden; das Individuum muss oft erst lernen, diese

pathologisch entstandenen Bewusstseins-elemente an feineren Qualitäten und aus dem ganzen Zusammenhang heraus als krankhaft zu erkennen. Es wäre aber nicht richtig, in solchen Fällen das mangelnde Krankheitsbewusstsein immer als krankhaft bedingt anzusehen, ebensowenig wie umgekehrt das durch Erfahrung oder ärztliche Belehrung entstandene Krankheitsbewusstsein an dem tatsächlichen Krankheitsprozess etwas Erhebliches ändert.

Es wären nun noch etwas genauer die einzelnen psychopathologischen Elemente und Zustände zu untersuchen in ihrem Verhältnis zum fehlenden oder vorhandenen Krankheitsbewusstsein. Wenngleich es kein psychopathologisches Moment gibt, das nicht von Krankheitsbewusstsein begleitet sein, keines, bei dem es nicht fehlen könnte, so sind doch dem Mangel nicht alle psychotischen Elemente in gleicher Weise unterworfen. Legen wir zugrunde die empirische Einteilung der seelischen Erscheinungen in Vorstellungs-, Gefühls- und Willenselemente, so kämen zunächst die Halluzinationen in Betracht.

Ob ein psychopathologischer Vorgang von Krankheitsbewusstsein begleitet wird oder nicht, hängt, wie betont, weniger von ihm selber ab, als von dem Zusammenhang, in welchem er auftritt. Je mehr er mit der gesamten gegenwärtigen Bewusstseinslage des Individuums verschmilzt, um so weniger kann Krankheitsbewusstsein entstehen, welches immer der Ausdruck dafür ist, dass ein bestimmtes psychologisches Erlebnis als etwas Fremdartiges, nicht aus der ganzen Persönlichkeit und seinen gewohnten Erfahrungen Herauswachsendes empfunden wird. So steht dem Psychopathen, dem Hysteriker, dem beginnenden Deliranten, öfter dem Paranoiden und Zirkulären die Halluzination als etwas Zusammenhangsloses, Widerspruchsvolles gegenüber, das er weit weniger infolge von Reflexionen, als auf Grund dieses Fremdgefühls für abnorm erkennt und abweist. Je mehr aber diese Halluzination sozusagen optisch oder akustisch gewordenes Gefühl, sinnlich gewordener Gedanke ist, d. h. je mehr sie aus der gegenwärtigen Bewusstseinslage als ihr zugehörig empfunden hervorgeht, um so weniger kann das Krankheitsbewusstsein entstehen. Wenngleich für das Auftreten oder Fehlen des Krankheitsbewusstseins bei Halluzinationen die allgemeinen Umstände, unter welchen sie entstehen, das wichtigste sind, so spielt doch auch ihre Qualität und Quantität eine Rolle. Wie wir sahen, kann Krankheitsbewusstsein nicht zustande kommen, wenn ein psychopathologischer Vorgang objektiviert wird. Nun aber verführt die Sinnestäuschung durch ihre Gegenständlichkeit leichter zur Objektivierung, als etwa eine Zwangsvorstellung, über deren subjektive Entstehung sich das Individuum leichter im Klaren bleibt.

Ein halluzinierter Gegenstand unterscheidet sich, wie gesagt, oft kaum von einem tatsächlich vorhandenen und der Kranke hat daher zuweilen trotz aller Aufmerksamkeit eine gewisse Mühe, die Unterscheidung zu treffen, welche sich ihm öfter erst aus dem ganzen seelischen Zusammenhang ergibt. Die Halluzination tritt dem Individuum mit einer Forderung der Anerkennung gegenüber, welcher es sich zuweilen auf Grund der Intensität und der Häufigkeit der Täuschung schwer entziehen kann.

Diese Verfälschung des Bewusstseins findet ihren prägnantesten Ausdruck in der Wahnidee. Wahnbildung ist überall dort gegeben, wo psychopathologischen Erzeugnissen eine Wirklichkeit in Verkennung ihrer subjektiv zufälligen Entstehungsbedingungen zugestanden wird. Insofern das Individuum aus abnormen Bewusstseinsbedingungen entstandene Momente objektiviert, entstehen Wahnideen, d. h. die Entstehungsbedingungen des Krankheitsbewusstseins und der Wahnidee sind entgegengesetzte und schliessen sich gegenseitig aus. Es ist hierbei nicht das Zustandekommen einer Idee, eines ausgesprochenen Wahnurteils notwendig, es genügt die unbestimmte Anerkennung z. B. eines Angstgefühls als eines objektiv begründeten, um das Phänomen des Wahns zu ergeben. Da für das Zustandekommen eines Wahns nicht das Auftreten einer besonderen Vorstellungsverbindung, sondern die Anerkennung eines psychopathologisch entstandenen Momentes als etwas objektiv Begründetes, Wirkliches wesentlich ist, so ist es verständlich, dass ein und derselbe Vorstellungsvorgang, ohne sein Wesen zu ändern, bald objektiviert werden, d. h. einen Wahn darstellen, bald in seinen subjektiven Entstehungsbedingungen erkannt werden, d. h. von Krankheitsbewusstsein begleitet sein kann. So können Zwangsideen durch bestimmte Umstände zu Wahnideen, Wahnideen zu Zwangsideen sich umwandeln, ohne dass dadurch an der klinischen Bedeutung des Prozesses etwas Wesentliches geändert ist.

Das Krankheitsbewusstsein schwindet durch Wahnbildung, indem in diesem Falle einem subjektiv entstandenen Moment äussere Wirklichkeit zugestanden wird, und es ergibt sich die Frage, wie das Individuum zu diesem fälschlichen Wirklichkeitsbewusstsein gelangt. Das normale Wirklichkeitsbewusstsein ist vor allem in dem Zusammenhange unserer Erlebnisse begründet. Was sich in denselben einordnet, ist wirklich, was ihm widerspricht, zweifelhaft oder unwirklich. Wir können zwar Erfahrungen machen, welche unseren bisherigen Anschauungen widersprechen, aber sie sind zu Erfahrungen erst durch eine gewisse Anerkennung, durch eine teilweise Einordnung in unsere bisherigen Erlebnisse geworden. Ein Erlebnis, welches unserem bisherigen Denken absolut widerspricht, wird als Erfahrung überhaupt nicht angenommen und an-

erkannt. Mit anderen Worten: Damit ein Erlebnis den Wert einer Erfahrung enthält, muss es in einem bestimmten Zusammenhang mit den bisherigen Erlebnissen stehen. Eine Erfahrung, welche an sich einen bestimmten Erkenntnis- und Ueberzeugungswert hätte, ist nicht vorhanden, sie erhält ihn erst durch eine entsprechende seelische Verarbeitung. So ist es verständlich, dass der Geistesranke durch Erfahrungen nicht von der Unwirklichkeit angeblicher Tatsachen überzeugt werden kann, weil es Erfahrungen mit einem selbstverständlichen Erkenntniswerte nicht gibt und die eigenartige Verarbeitung seiner Erlebnisse, die Erfahrungen, welche er macht, seinem Trugdenken nicht widersprechen, vielmehr dasselbe nur bestätigen. Für das Zustandekommen eines fälschlichen Wirklichkeitsbewusstseins ist also das Massgebende, dass die alten und neuen Erlebnisse in einen krankhaft veränderten Zusammenhang eingeordnet werden. Nun fragt es sich, woher nimmt denn im normalen und krankhaften Seelenleben das Individuum das Kriterium für diese Einordnung und Anordnung seiner Erlebnisse? Man hat dasselbe in einem einfachen Zwange einer Vorstellungsverbindung erblickt. Aber wir sehen doch ein ausgeprägtes Wirklichkeitsbewusstsein häufig, namentlich bei Geisteskranken zustande kommen, ohne dass deutliche und dauernde Vorstellungsverbindungen dabei eine Rolle spielen; andererseits sehen wir Vorstellungen sehr fest und zwingend sich mit einander vereinen, ohne dass diese Verbindung einen Wirklichkeitswert erhält. Zwar ist es richtig, dass Vorstellungsverbindungen, deren Inhalt als wirklich anerkannt ist, festgefügt sind, aber man darf Ursache und Wirkung hier nicht verwechseln. Der Vorgang, welcher einer Vorstellungsverbindung den Charakter der Wirklichkeit verleiht, zwingt Vorstellungen fest zusammen, ohne dass damit nun umgekehrt ein Vorstellungszwang zum Wirklichkeitsbewusstsein führen müsste. Es ist dagegen mit Recht in der neueren Zeit die Wichtigkeit der Gefühlselemente auch für die Bildung von Urteilen und Ueberzeugungen betont worden. Gefühle spielen oft eine ausschlaggebende Rolle im Glauben und im Meinen, und geglaubte Dinge erhalten vielfach einen unerschütterlichen Wirklichkeitswert. Aber Gefühle beeinflussen auch unser anscheinend so objektives logisches Denken und im letzten Grunde werden unsere abstraktesten Urteile auf der Goldwage des Gefühls gewogen. Das jedenfalls ist eine Tatsache, dass schon im normalen Leben Gefühlsvorgänge Wirklichkeitsurteile entscheidend beeinflussen. Bei dem Geisteskranken ist dies noch im höheren Grade der Fall. Das veränderte Gefühlsleben gibt vielfach den Grundton der kranken Psyche ab, nach welchem die alten und neuen Erfahrungen gestimmt und gewertet werden, soweit sie in nahen Beziehungen zu dem Wohl und

Wehe des Kranken stehen. Das verfälschte Wirklichkeitsbewusstsein des Geisteskranken wird zu einem wichtigen Teil dadurch herbeigeführt, dass er auf Grund von mehr oder weniger deutlichen krankhaften Gefühlen seine Erlebnisse in einseitiger Weise verarbeitet. Wie gewöhnlich, wäre es auch hier verfehlt, einen komplizierten Vorgang aus einer Ursache herleiten zu wollen. Allgemeine geistige Schwächung, mangelnde Aufmerksamkeit, originärer Vorstellungszwang, abnorme Sinnesempfindungen, sekundäre logische Folgerung spielen ihre Rolle, aber sie vermögen in den meisten Fällen weder die Entstehung, noch die Befestigung und dauernde Wirkung der fälschlichen Wirklichkeitsurteile hinreichend zu erklären, ohne den wichtigsten Faktor des veränderten Gefühlslebens. Gewiss hat man sich den Vorgang nicht so zu denken, als ob nun immer die Gefühle an sich direkt ursächlich würden für bestimmte Wahnbildungen, wie es ja überhaupt fraglich ist, ob es einen Sinn gibt, psychische Erscheinungen aufeinander wirken zu lassen. Das Misstrauen des Paranoiden, die Furcht des Zirkulären bewirkt wohl kaum als Ursache die Verfolgungs- oder Versündigungsidee, zumal sie ja als bestehende Gefühle trotz festgehaltener Wahnideen keineswegs immer dauernd gegeben sind, sondern die Entstehung dieser Gefühle kündigt uns nur deutlich an, nach welcher Richtung hin sich der krankhafte Prozess bewegt, welcher als Ursache häufig sowohl das krankhafte Gefühl, wie den krankhaften Gedanken schafft. Da sich nun dieser krankhafte Vorgang häufig erst in unbestimmten Gefühlen äussert, ehe er in deutlichen Vorstellungen und Urteilen zutage tritt, so gewinnt es den Anschein, als ob die Gefühle die eigentliche Ursache für diese Urteile darstellten. In gewissen Fällen, z. B. bei der Verarbeitung zufälliger äusserer Eindrücke könnte vielleicht in der Tat ein ursächlicher Zusammenhang gegeben sein. So lange wir jedoch über alle diese Dinge noch so im Unklaren sind, schadet es wohl nichts, wenn wir in unserer Redeform notwendig sich folgende Erscheinungen zunächst in einen Kausalzusammenhang stellen, welche vielleicht nur wie die Gestalten eines Schattenspiels sich folgen, ohne sich zu beeinflussen.

Gehen wir jetzt noch etwas genauer auf das Verhältnis von Gefühlsvorgängen zum Krankheitsbewusstsein ein. Einerseits können Gefühlsvorgänge selber Gegenstand des Krankheitsbewusstseins werden und dieses in der abnormen Psyche erst recht herbeiführen, andererseits können sie an sich selber zur Objektivierung und so zur Hinderung des Krankheitsbewusstseins drängen, schliesslich können sie, wie schon betont, hier wirksam werden, indem sie krankhafte Vorstellungsverbindungen entstehen lassen und befestigen.

Die Entstehung des Krankheitsbewusstseins schliesst sich häufig an abnorme Gefühlsregungen an. Das Individuum bewegt sich gewöhnlich in einer ihm bekannten, leidlich gleichmässigen Gefühlslage, aus welcher es sich nur durch bestimmte Umstände herausgehoben sieht. Treten nun dauernd starke Aenderungen nach irgend einer Richtung hin auf, ohne dass diese Aenderungen innerlich oder äusserlich hinreichend begründet erscheinen, so kommt der Patient bei erhaltener allgemeiner Urteilsfähigkeit öfter leicht zum Bewusstsein des Krankhaften. An die unmotivierte Angst, Traurigkeit, Aufgeregtheit, Reizbarkeit, Heiterkeit knüpft der Kranke seine Einsicht nicht selten an. Dabei ist es eine klinische Tatsache, welche in gewissen Fällen vielleicht nach einem psychologischen Schema verständlich wird, dass Unlustaffekte leichter zum Krankheitsbewusstsein führen, als Lustzustände. Wie früher betont, spielt beim Zustandekommen des Krankheitsbewusstseins Erfahrung eine wichtige Rolle. Nun verbinden wir im täglichen Leben infolge häufiger Erfahrung unwillkürlich die Vorstellung von etwas Krankhaftem mit der Vorstellung von Unlustzuständen, während Gefühle erhöhter Kraft und Freudigkeit gewöhnlich als Ausdruck der Gesundheit betrachtet werden. Wir erkennen ja einen Zustand vorwiegend dadurch als pathologisch, dass er sich als etwas Fremdartiges von dem gewohnten Hintergrunde der Persönlichkeit abhebt; nun sind wir aber bei Lustzuständen, woher sie auch kommen mögen, viel leichter geneigt, mit unserer ganzen Persönlichkeit in ihnen aufzugehen, als bei Unlustzuständen, zu welchen das Individuum weit leichter in sich einen Hintergrund bildet, auf dem sich der gehasste Unlustaffekt als gegenständlich abheben lässt. Die grösste Qual steht dem Individuum als etwas Fremdartiges gegenüber, in welches es nie völlig aufgeht, während bei höheren Lustzuständen schon normaler Weise sich das Individuum oft restlos dem Eindruck hingibt. Dieser besagte ganz mechanische, scheinbare Erfahrungsschluss lässt es zum Teil verstehen, dass der Epileptiker schwerer eine freudige, als eine trübe Verstimmung, der Zirkuläre im ganzen leichter einen depressiven wie einen manischen Zustand als pathologisch erkennt. In der Mehrzahl der Fälle freilich erklärt sich unter anderem die erwähnte Tatsache dadurch, dass gerade die schwersten Erkrankungen, welche mit einem allmählichen Zerfall der geistigen Persönlichkeit einhergehen, sehr häufig zu einer dauernden Euphorie führen, an welche ein Krankheitsbewusstsein schon deswegen nicht anknüpft, weil die anderen psychischen Funktionen, von deren Erhaltensein die Entstehung dieser Erkenntnis mit abhängt, gestört oder zerstört sind.

Andererseits treiben starke abnorme Gefühle zu ihrer eigenen

Objektivierung und Motivierung und führen so zur Aufhebung des Krankheitsbewusstseins. Wird die Angst übermächtig, so „raubt sie die Besinnung“, sie wird einfach ohne Bildung einer besonderen Idee angenommen und als tatsächlich begründet bewusst. Das ist „die unbestimmte Angst“, welche das Krankheitsbewusstsein oft zum Schwinden bringt, ohne dass ein „Grund“ für das Gefühl angegeben werden kann. Ähnliches gilt zuweilen für das Gefühl des Zorns und das Glücksgefühl, welche dann rein durch ihre Energie alle Ueberlegung nehmen, ohne dass sie durch Motivierung im einzelnen gestützt würden. Häufig aber gewinnt es den Anschein, als ob das krankhafte Gefühl sich dadurch befestige, dass es zu der Täuschung drängt, es sei in normaler und zu Recht bestehender Weise in inneren oder äusseren Umständen begründet. Die Angst findet ihren Grund im Versündigungsgedanken, in dem „siebenmal heissen Feuer der Hölle“, die Sorge und Trauer findet sich im Vermögensverlust, in dem Tod eines Kindes scheinbar hinreichend erklärt; der Zornige ist mit Recht erzürnt über die schlechten Verwandten, die Verfolgungen, die erlittenen Misshandlungen. Wenngleich hier in Wirklichkeit Vorstellung und Stimmung meist gemeinsam durch den krankhaften Prozess hervorgerufen werden, so ist es doch auch die Tatsache der erfolgten psychologischen Motivierung, welche nun ihrerseits das abnorme Gefühl im Bewusstsein befestigt und verhindert, dass es durch ein entstehendes Krankheitsbewusstsein in seiner Dauer und Wirkung erschüttert werden könnte. Man spricht hier von Erklärungswahnideen, und die Gefahr liegt zuweilen nahe, das Entstehen derselben einfach nach der Analogie des normalen psychischen Lebens zu beurteilen, in welchem in der Tat das Individuum überall danach strebt, sich ein Verständnis für den durchgehenden Zusammenhang seiner Persönlichkeit zu wahren, indem es die einzelnen Zustände untereinander in ein grobes kausales Verhältnis setzt. Hier kommt vielleicht die allgemeine Tatsache zur Geltung, dass die Funktionen des normalen psychischen Lebens sich in einer Reihe festgefügtter Schemata und sich immer wiederholender Formen bewegt, welche auch bei dem Gesunden wohl nur zum Schein der Willkür unterworfen sind und welche nun im psychopathologischen Leben geradeso gut den Ablauf der pathologisch hervorgerufenen Bewusstseinsvorgänge regulieren und beeinflussen. Hierbei ergibt sich nun zuweilen der Schein, da es sich um ein formal gleichartiges Geschehen handelt, als fände nun auch hier die willkürliche und logisch-bewusste Folge der einzelnen psychischen Zustände statt, wie beim normalen Individuum. Da es in der Form der normalen Psyche liegt, Gefühle und Vorstellungen in ein sich gegenseitig bedingendes Verhältnis zu setzen, so

ahmt diese Formgebung bei der Hervorbringung und Verwebung von Gefühlen und Vorstellungen nun auch der psychopathologische Prozess nach, da er ja sowohl nach Grundformen, wie nach Elementen nichts wirklich Neues schafft.

Nun entstände hier die weitere Frage, unter welchen Bedingungen denn pathologische Motivierungen bei dem Kranken auftreten, wann sich die Angst ihren Grund sucht, wann sie ohne stützende Ideen bleibt? Man wird hier zunächst nur sagen können, dass erfahrungsgemäss die pathologischen Gefühle vielfach erst eine gewisse Stärke erhalten müssen, ehe eine pathologische Motivierung hinzutritt, und dass zu komplizierteren Motivierungen Unlustaffekte mehr geneigt sind als Lustaffekte, indem schon im normalen Leben Unlustaffekte die Psyche weit tiefer aufwühlen, als Lustaffekte. Der Schmerz führt zur Reflexion, die Lust verflacht. Hier zeigt es sich andererseits gerade, wie wenig ein tieferes ursächliches Verhältnis zwischen Gefühl und pathologischer Motivierung besteht, indem dieser Zusammenhang häufig offensichtlich nur von der Art und individuellen Eigentümlichkeit des jeweiligen pathologischen Prozesses bedingt wird.

Auch die eigenartigen Gefühlsvorgänge, welche sich im Willensleben offenbaren, treten in ein wechselndes Verhältnis zum Krankheitsbewusstsein. Willensstörungen werden häufig Gegenstand desselben. Das Fehlen der gewohnten Antriebe, die mangelnde Energie und allgemeine Schläfheit, die Hemmung, Entschlussunfähigkeit, andererseits die Plötzlichkeit und Gewaltsamkeit gewisser Willensregungen wird von dem Individuum, welches an dem gewohnten Temperament einen guten Massstab hat, um so eher bemerkt, als diese Störungen häufig schon stark hervortreten, wo die allgemeine Urteilsfähigkeit noch gut erhalten geblieben ist. Die Neigung zur fälschlichen Motivierung und Objektivierung dieser Willensstörungen ist eine geringe, einerseits deswegen, weil die Zustände und Krankheiten, in denen diese Störungen lebhaft zum Bewusstsein kommen, überhaupt noch wenig zur Wahnbildung neigen, andererseits, weil bei dem Willensleben so ausdrücklich das Bewusstsein des Ich als selbsttätig und verantwortlich für seine Handlungen und Entschlüsse zutage tritt, dass die Ausbildung einer objektiven Motivierung von vornherein erschwert wird. Bei den Bewusstseinsvorgängen, welche ihm in der Form von Sinnesempfindungen, Vorstellungen, einfacheren Gefühlen entgegentreten, hat das Individuum öfter das Gefühl des Fremdartigen, in sich von aussen Hineingetragenen, während es seinen Willensvorgängen gewöhnlich als Ursache und Herr gegenübersteht. Aus diesem Grunde jedoch wird in gewissen Fällen eine Willensstörung (z. B. ein perverser Impuls) gerade

mit Krankheitsbewusstsein begleitet, weil der Patient das deutliche Gefühl hat, dass er nicht in gewohnter Weise Ursache dieses Willensvorganges gewesen ist. Diese Form der Willensstörung aber, in welcher der Kranke sich ausdrücklich nicht mehr als Herr seines Wollens und seiner Handlungen fühlt, veranlasst bei allgemeinerer Erkrankung leicht den Verlust des Krankheitsbewusstseins, indem nun eine fremde Ursache, ein fremder Herr verantwortlich gemacht wird („Geisterwirkung“). Die Tatsache, dass der Geisteskranke an Willensstörungen häufig ein Krankheitsbewusstsein anknüpft, ist unter anderem wohl noch darin begründet, dass ihm an der sekundären Handlung öfter handgreiflich das Fremdartige seines Wesens zum Ausdruck kommt. Dass gewisse Willensstörungen, wie sie in Stereotypien und Manieren, Negativismus und Automatismus zutage treten, selten mit Krankheitsbewusstsein begleitet sind, hat seine Ursache zum Teil darin, dass diese Erscheinungen ausgeprägt nur bei schweren Allgemeinerkrankungen oder gar endgültigen Zerfallszuständen sich finden, dass andererseits diese Störungen dem Individuum überhaupt wenig zum Bewusstsein gelangen und mehr Symptome für den reflektierenden und vergleichenden Beobachter, als für das leidende Subjekt darstellen.

Nach der Betrachtung gewisser Beziehungen, welche die speziellen Bewusstseinserscheinungen zum Krankheitsbewusstsein haben, wären noch einige Worte zu sagen über das Verhältnis allgemeiner psychischer Funktionen zum Krankheitsbewusstsein, wie Auffassung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Urteils- und Schlussbildung.

Auffassungsstörungen werden häufig Gegenstand des Krankheitsbewusstseins. Diese Veränderungen treten oft in Erkrankungen und Zuständen hervor, wo die allgemeine Besonnenheit gut gewahrt geblieben ist, andererseits bekommt der Patient bei der fruchtlosen Anstrengung, aufzufassen, wiederum das Bewusstsein der Aktivität und Selbstbewirkung, so dass sich zur pathologischen Motivierung wenig Anlass bietet. Auch tritt hier wohl zum Teil die Anknüpfung an häufige Erfahrung zutage, da dem Individuum ja die verschiedensten pathologischen Ermüdungszustände, welche so häufig auch körperliche Erkrankungen begleiten, in Störung der Auffassung zum Bewusstsein gelangen und als Krankheits-symptome geläufig sind. Erkennt ja überhaupt der Geisteskranke wirklich vorhandene körperliche Störungen häufig so gut als krankhaft an, wie der Geistesgesunde, sowie andererseits der Mangel des Krankheitsbewusstseins bei Psychosen zuweilen wohl dadurch mit bewirkt wird, dass es sich ja um Zustände handelt, welche über das Individuum häufig neu hereinbrechen und über welche es im bisherigen Leben nur wenig oder keine Erfahrungen sammeln konnte. Dieser Umstand ist es ja auch, welcher

Gesunde oft so schwer den Geisteskranken als solchen erkennen lässt. Es gehört eben zum Zustandekommen der Krankheitserkenntnis sowohl für den Leidenden wie für den Beobachter ein gewisses Mass von Erfahrung und Kenntniss. Stärkere Grade der Auffassungsstörung und dauernde Veränderungen in dieser Hinsicht werden jedoch seltener Gegenstand des Krankheitsbewusstseins, weil in diesem Falle gewöhnlich die Gesamtpersönlichkeit zu schwer gestört ist.

Naturgemäss spielt für das Fehlen des Krankheitsbewusstseins die Störung der Aufmerksamkeit eine Rolle. Kann der Kranke nicht die Aufmerksamkeit auf die inneren Zustände richten, wird dieselbe bald hierhin, bald dorthin abgelenkt, hat er überhaupt aufgehört, sich zu beobachten, so findet auch kein Vergleichen zwischen den neuen Zuständen und der alten Persönlichkeit mehr statt, der Kranke geht restlos in dem pathologischen Zustande auf und ein Krankheitsbewusstsein kann nicht zustande kommen.

Aehnliches gilt für die Wirkung der Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörung. Das Gedächtnis ist eine Vorbedingung zum Zustandekommen und Erhaltenbleiben einer Persönlichkeit. Nun ist Krankheitsbewusstsein nur möglich, indem die neuen pathologischen Erlebnisse des Individuums sich abheben von dem Grunde der früheren, als normal gefühlten Persönlichkeit. Ein Zustand kann nicht als abnorm bewusst werden, wenn überhaupt keine Vorstellung und kein Gefühl einer Norm mehr gegeben ist. In keinem Zustande als solchem liegt unmittelbar ein Krankheitsbewusstsein gegeben. Ein stetiger Schmerzzustand, welcher nicht begleitet wäre von dem Gedächtnis an normale schmerzfreie Zustände könnte nicht von Krankheitsbewusstsein begleitet sein, er würde einfach gelebt und erlebt werden, wie irgend ein anderer Zustand auch. Das Krankheitsbewusstsein ist unter Umständen geradezu ein Ausdruck dafür, wie weit die Erinnerung an das frühere Selbst festgehalten worden ist. Das gleiche gilt für Störungen der Merkfähigkeit, welche schon dadurch zuweilen eine tiefere Ausbildung des Krankheitsbewusstseins hindern, dass sie die einzelnen pathologischen Erlebnisse einer etwaigen psychischen Verarbeitung überhaupt bald entziehen. Die Tatsache, dass bei gegebener schwerer Merkstörung das Krankheitsbewusstsein häufig gelitten hat, findet sich bei gewissen Erkrankungen unter anderem dadurch mit verständlich gemacht, dass sie gleichzeitig von einer ausgesprochenen Euphorie begleitet wird, welche natürlich der Ausbildung eines Krankheitsbewusstseins von vornherein hindernd im Wege steht.

Andererseits wird die gestörte Merkfähigkeit und die Gedächtnisschwächung häufig, ja mit Vorliebe Gegenstand des Krankheitsbewusstseins.

Dass das Gedächtnis nachgelassen hat, Ereignisse nicht mehr so gut gemerkt werden können, gibt als krankhaft öfter der Blödeste zu, zumal er sich selber jederzeit handgreiflich von dieser Störung überzeugen oder von ihr überzeugt werden kann. Dass sich an diese Störung, wie Heilbronner betont, keine Wahnideen anschliessen, hat wohl verschiedene Ursachen. Einerseits haben wir in der Ausübung der Gedächtnis- und Merkfunktionen infolge der Aufmerksamkeitsspannung und angewandten Energie von jeher das lebhafteste Persönlichkeitsbewusstsein, das nicht leicht das Bewusstsein eines äusseren Urhebers aufkommen lässt, andererseits schliessen sich ja Wahnideen vorwiegend an solche Momente an, welche von dem Individuum gemüthlich lebhaft betont werden (das Egozentrische des Wahns), während sehr gewöhnlich dieser geistige Rückgang trotz seiner Bedeutung für das Individuum nur wenig, namentlich bei allgemeiner Stumpfheit, gemüthlich erregend wirkt. Das andere kommt noch hinzu. Wir müssen in der psychopathologischen Symptomatik immer scheiden zwischen Symptomen, welche nur oder vorwiegend Krankheits-symptome für den reflektierenden, vergleichenden Beobachter sind, und solche, welche in der That reale Bewusstseinsvorgänge darstellen. Nun ist die Störung der Gedächtnis- und Merkfunktion ein Ausfallsymptom, welches kein reales aktiv wirksames psychopathologisches Element darstellt, wie z. B. irgend eine pathologisch entstandene Vorstellungsverbindung oder pathologischer Affekt, sondern welches vorwiegend bei der Vergleichung und der Reflexion des Beobachters ins Leben tritt. Der Kranke selber weiss sogar häufig von dieser Tatsache nichts oder sie kommt ihm nur vorübergehend zum Bewusstsein. Wahnideen veranlassen wird jedoch nur ein solches psychopathologisches Moment, welches in der That einen real gegebenen Bewusstseinsvorgang darstellt, welcher mehr oder weniger unbewusst nach der eigenen Motivierung hindrängt und als dessen aktive Wirkung sich direkt oder indirekt die Wahnidee auffassen liesse.

Es wäre schliesslich noch einiges zu bemerken über das Verhältnis der Störungen der Urteils- und Schlussbildung zum Krankheitsbewusstsein. Alle Momente, welche die Erkenntnisfunktion an sich schädigen, stören unter Umständen auch die Klarheit des Krankheitsbewusstseins. Richtig ist es zwar, dass die Höhe des „Verstandes“ für das Zustandekommen eines Krankheitsbewusstseins eine geringe Rolle spielt. Der von einem manischen Anfall genesene Imbezille kann ein genau so klares Krankheitsbewusstsein haben und hat es in solchen Fällen meist, als wie irgend ein höher stehendes Individuum. Das Wesentliche des Krankheitsbewusstseins und der völligen Einsicht wird ja, wie früher ausgeführt, durch keine Reflexion gewonnen, sondern vorwiegend durch ein elementares

Erneuerungsgefühl erzeugt, das selbst bei dem geistig Schwachen seine Wirkung nicht verfehlt. Andererseits ist nicht zu verkennen, dass größere Schwächung der Erkenntnisfunktionen, namentlich, wenn sie erworben ist, einer völligen und ins einzelne gehenden Entstehung des Krankheitsbewusstseins entgegenwirkt. Freilich ist hier zu beachten, dass ja die Erkenntnisfunktionen von den Gefühls- und Willensfunktionen überhaupt nicht zu trennen sind, dass vielmehr die logischen Vorgänge überall von Willens- und Gefühlsvorgängen oft entscheidend beeinflusst werden, so dass es sehr schwer, oft unmöglich und nur durch Willkür zu bestimmen ist, welche von den von uns schematisch unterschiedenen Funktionen an dem pathologischen Ausfall des Krankheitsbewusstseins schuld geworden ist.

Zum Schlusse wären noch gewisse allgemeine Beziehungen des Krankheitsbewusstseins zu erörtern, nämlich seine diagnostische, prognostische, therapeutische und praktische Bedeutung.

Man hat auf Grund des mangelnden oder vorhandenen Krankheitsbewusstseins Geistesstörung überhaupt von Geistesgesundheit unterscheiden wollen. Solange das Krankheitsbewusstsein erhalten sei, läge keine Geistesstörung vor. Nun hat es sich aber gezeigt, dass das Krankheitsbewusstsein zur Abgrenzung von psychopathologischen Erscheinungen schlecht zu verwerten ist, da es weniger von ihnen selber, als von zufälligen wechselnden Umständen des gesamten psychischen Lebens abhängt, ob dasselbe auftritt oder nicht. Ein und dasselbe Krankheitssymptom (z. B. eine Zwangsvorstellung) kann bald mit Krankheitsbewusstsein begleitet sein, bald nicht; ein und derselbe Krankheitsprozess (z. B. manisch-depressives Irresein) kann je nach der Eigenart seines Auftretens bald mit Krankheitsbewusstsein begleitet sein, bald nicht; ein und derselbe Patient kann bald einsichtig, bald uneinsichtig sein. Da also das Krankheitsbewusstsein in seinem jeweiligen Verhalten nicht bezeichnend ist für eine bestimmte Krankheit, für ein bestimmtes Symptom, wird es zu einer prinzipiellen Unterscheidung kaum zu verwenden sein. Wenngleich diese Abgrenzung keine wissenschaftliche Bedeutung hat, ist sie trotzdem praktisch nicht ohne Wert, weil ja die erhaltene Einsicht häufig eine weniger allgemeine und schwere psychische Störung anzeigt und weil das Verhalten des Krankheitsbewusstseins ein Anzeichen dafür ist, wie weit das Individuum in den pathologischen Momenten aufgegangen ist, und dieses etwaige restlose Aufgehen in dem pathologischen Zustand dem Geisteskranken ja zum guten Teil sein eigenartiges Gepräge verleiht, seine ganze veränderte Stellung zur Umgebung und seine soziale Lage mit bestimmt und ausdrückt.

Ausser dieser allgemeinsten Abgrenzung hat man versucht, einzelne Krankheiten auf Grund des vorhandenen oder fehlenden Krankheitsbewusstseins von einander zu trennen. Man unterschied eine ganze Gruppe von „folies avec conscience“; manie raisonnante und Pseudomanie, periodische Manien, rekurrierende Manien und „reine folie circulaire“ sollten zum Teil oder ganz ihre unterscheidende Eigentümlichkeit durch das Verhalten des Krankheitsbewusstseins aufweisen und gerade beim „menstruellen Irresein“ das Krankheitsbewusstsein sehr deutlich sein. Augenscheinlich aber ist mit diesem Kriterium für die Abgrenzung von Krankheiten nicht viel anzufangen; die verschiedenartigsten Krankheiten und Zustände können „folies avec conscience“ darstellen, um dann unter anderen Umständen mit Verlust des Krankheitsbewusstseins einherzugehen. Bei dem „menstruellen Irresein“ verhält sich das Krankheitsbewusstsein natürlich verschieden, je nachdem eine Hysterie, Epilepsie, Cyklothymie oder ein andersartiger Krankheitsprozess vorliegt.

Auch einzelne Krankheitssymptome wollte man auf Grund des genannten Kriteriums von einander trennen. Impulsives Irresein und Zwangsvorstellungshandeln, Wahnideen und Zwangsvorstellungen sollten sich durch das Erhaltensein oder Fehlen des Krankheitsbewusstseins unterscheiden lassen. Diese Unterscheidungen sind praktisch nicht bedeutungslos; ein Kranker mit Zwangsvorstellungen stellt sich hinsichtlich des Krankheitsbewusstseins und seines dementsprechenden Gesamtverhaltens gewöhnlich anders dar, als ein solcher mit sogenannten Wahnideen; wissenschaftliche Bedeutung kommt auch dieser Abgrenzung nicht zu. Der Prozess, welcher Zwangsvorstellungen schafft, führt häufig genug auch zum Verluste des Krankheitsbewusstseins, und Wahnideen nehmen besonders bei chronischen Zuständen nicht selten den Charakter von Zwangsdenken an. Es ist das Ganze des jeweilig wechselnden Zustandes, welcher einer pathologischen Handlung bald jedes reflektierende psychische Mittelglied raubt, bald es noch in dem Bewusstsein eines pathologischen Handelns gegeben sein lässt.

Weit bedeutungsvoller ist die Frage, inwieweit das Verhalten des Krankheitsbewusstseins sich zur Diagnose der erfolgten Genesung verwerten lässt. Wie schon betont, gibt es psychische Störungen, welche mit Krankheitsbewusstsein, oft fast vollständigem, einhergehen. Vorhandene Krankheitseinsicht kann also nur unter Umständen ein Zeichen eingetretener Heilung sein. Die klinisch so bedeutungsvolle Einsicht ist mit der Wiederkehr oder Herstellung eines geschwundenen oder von vornherein fehlenden Krankheitsbewusstseins gegeben, d. h. auch für diese diagnostische Würdigung kommt der jeweilige Charakter des ganzen

Krankheitsprozesses in Betracht. Weshalb verlangen wir nun die schliessliche Gewinnung völliger Einsicht als Kriterium eingetretener Genesung? Zunächst einmal ist es eine Sache der Erfahrung, dass ein Stillstand und eine Reparation des Krankhaften nicht vorhanden ist, solange die Einsicht fehlt. Aber diese Erfahrungstatsache ist auch theoretisch wohl verständlich. Was im Organismus und in der Psyche unter pathologischen Bedingungen entstanden ist, kann sich unter den normalen Verhältnissen nicht erhalten, und die Einsicht ist uns nur das Symptom dafür, dass sich wiederum normaler Boden gebildet hat, auf dem das Pathologische nun als fremdartig erscheint und gefühlt wird. Der Gesunde empfindet seine Bewusstseinslebnisse als sich zugehörig, er erkennt sich wieder in seinen einzelnen Zuständen, welche er sich in einem psychologisch verständlichen Zusammenhang gegeben sieht; das pathologisch entstandene Bewusstseinsprodukt vermag der Gesunde und Gesundende nicht und nicht mehr zu assimilieren, es steht ihm als etwas aus seiner Psyche nicht Erklärbares gegenüber. Solange der pathologische Boden vorhanden ist, dem die einzelnen pathologischen Momente entstammen, solange nimmt das in seinem Persönlichkeitsbewusstsein krankhaft veränderte Individuum diese pathologischen Produkte als ihm zugehörig und selbstverständlich an, es geht in ihm auf, und es fehlt das Krankheitsbewusstsein; sobald aber die Erneuerung des früheren Persönlichkeitsbewusstseins entstanden ist, erscheinen nun die pathologischen Produkte als Fremdlinge. Noch ein weiteres kommt hinzu. Das Krankheitsbewusstsein fehlt ja zum grossen Teil deswegen, weil das Individuum seine bemerkte Veränderung fälschlich motiviert und objektiviert. Solange diese fälschliche Motivierung besteht, muss auch das Krankheitsbewusstsein fehlen, und ist es zurückgekehrt, so ist damit deutlich geworden, dass die pathologischen Momente geschwunden sind, welche zu einer fälschlichen Motivierung und Objektivierung drängten, wodurch nun auch die letzteren selber meist hinfällig geworden sind.

Wenngleich die Wichtigkeit der gewonnenen oder wiedergekehrten Einsicht als Kriterium für die vollzogene Genesung nicht zu verkennen ist, so wäre es doch misslich, nun die Diagnose der tatsächlichen Heilung von einer ins einzelste gehenden Einsicht stets allein abhängig zu machen. Die Einsicht in die Einzelheiten des Pathologischen der durchgemachten Zustände erfordert öfters eine Urteilsfähigkeit, welche der aus dem verworrenen Unwetter der Psychose entronnene Kranke zuweilen aus äusseren Umständen gar nicht haben kann; ausserdem handelt es sich hier oft um Anforderungen gemüthlicher Art (Klagen über schlechte Behandlung während der Krankheit, Widerwillen gegen die Anstalt), welche schon

je nach dem individuellen Temperament sehr verschieden erfüllt werden. Ferner kommt hier in Betracht, inwieweit die Psychose sich überhaupt auf abnormem Boden entwickelt hat. Da ausgesprochene Geistesstörungen sich häufig auf ursprünglich pathologischer Grundlage entwickeln, so kann die Gewinnung der völligen Einsicht sehr wohl trotz tatsächlicher geheilter Psychose durch diese pathologische Anlage gehemmt werden.

Wie die diagnostische ist auch die prognostische Bedeutung des Krankheitsbewusstseins nicht allzu hoch anzuschlagen. Man hat sich im allgemeinen gewöhnt, in dem Auftauchen des Krankheitsbewusstseins ein günstiges Zeichen für die Besserung der Psychose zu erblicken. Das trifft vielfach auch zu; es kommt hier jedoch auch sehr die jeweilige Genese des Krankheitsbewusstseins und der jeweilige Krankheitsprozess in Betracht. Wenn ein Epileptiker, ein Delirant, eine Amentia Krankheitsbewusstsein nach verworrenen Erregungszuständen gewinnt, so ist das in der Tat ein günstiges Zeichen, obgleich dann gewöhnlich zu derselben Zeit uns der gesamte psychische Zustand schon über die Besserung belehrt, von welchem ja das Krankheitsbewusstsein nur ein Ergebnis darstellt. Weil aber das Krankheitsbewusstsein völlig abhängt von den Komponenten des jeweiligen Zustandes, so kann es uns schlechterdings über das weitere Verhalten dieser Komponenten, den weiteren Verlauf des Leidens wenig sagen, es kommt und verschwindet je nach der eigenartigen Entwicklung der Psychose. Wenngleich es für gewisse Zustände in der Tat eine einfache Erfahrung ist, dass mit dem gewonnenen Krankheitsbewusstsein die Besserung eingetreten ist und fortschreitet, so sieht man sich doch auch häufig durch diesen Wetterpropheten empfindlich getäuscht. Wie schon betont, kann andererseits die Entstehung des Krankheitsbewusstseins prognostisch bedeutungslos sein; einmal dann, wenn es nur auf dem Wege von Reflexion und Belehrung entstand, ferner, wenn es bei gewissen chronischen Leiden allmählich sich zeigt. Eine Epilepsie bleibt eine Epilepsie, ob sie nun Krankheitsbewusstsein gewinnt oder nicht. An dem Imbezillen, dem Perversen, dem an Zwangsvorstellungen oder Zwangsimpulsen Leidenden wird prognostisch mit der Entstehung von Krankheitsbewusstsein, es komme nun, woher es wolle, kaum etwas geändert. Es handelt sich hier doch immer nur um einen kümmerlichen Pfropf auf dem kranken Stamm, welcher nicht als das Zeichen der Verjüngung und Erneuerung den Zweig der lebendigen Einsicht hervortrieb. Aber das Krankheitsbewusstsein ist auch dort öfter prognostisch bedeutungslos, ja zuweilen prognostisch ungünstig, wo es sich um akute oder aus akuten Zuständen hervorgegangene chronische Leiden handelt. Gewisse Zirkuläre, Arteriosklerotiker, ja einzelne hebephrenische Formen

zeigen oft ein recht deutliches Krankheitsbewusstsein von Anfang an, ohne dass deswegen ihr Leiden als prognostisch günstiger bezeichnet werden dürfte. Es gibt Paranoide genug, welche in Bezug auf gewisse Störungen ja zuweilen in Bezug auf ihre Wahnbildung ein Krankheitsbewusstsein haben oder es unschwer wach rufen lassen, ohne dass diese Fälle sich gewöhnlich prognostisch besser stellen, als solche mit völligem Mangel an Krankheitsbewusstsein. Im Gegenteil, man kann es fast als eine klinische Regel aufstellen: taucht nach akuten Erregungen (es kommt hier besonders die Gruppe der *Dementia praecox* in Betracht), die mit Fehlen des Krankheitsbewusstseins einhergingen, ein mehr oder weniger deutliches Krankheitsbewusstsein auf, ohne dass die sonstigen sicheren Anzeichen für die Besserung gegeben sind, so handelt es sich gewöhnlich unter Umgehung einer Remission um den Uebergang in einen chronischen Zustand des Leidens. Das entstehende Krankheitsbewusstsein ist eben nur der Ausdruck dafür, dass das Individuum sich teilweise zu klären und zu beruhigen beginnt; wenn nun aber trotz dieses teilweisen Klärungsvorganges gewisse schwere pathologische Momente bleiben, so haben wir sehr zu befürchten, dass diese letzteren nicht auch schwinden werden, sondern nunmehr eine schleichendere, aber um so gefährlichere Verlaufsart des Leidens beginnt. Als prognostisch ungünstig ist ja eigentlich auch das Vorhandensein des Krankheitsbewusstseins bei dem Heere der Psychopathen, Hysteriker, Neurastheniker, den Konstitutionsanomalien überhaupt zu bezeichnen, insofern es sich hier ja immer um unheilbare oder wenig besserungsfähige Zustände handelt. Ganz abgesehen davon, dass das Vorhandensein des Krankheitsbewusstseins hier öfter seinerseits noch verstärkend auf die Erscheinungsweise des Leidens wirkt.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich schon, was jetzt auch zur Genüge bekannt ist, dass der Erzielung von Krankheitsbewusstsein kein grosser therapeutischer Wert beizulegen ist. Wenigstens der Krankheitsprozess wird durch ein künstlich erzeugtes Krankheitsbewusstsein kaum beeinflusst, welches ja nur dadurch seine klinische Bedeutung gewinnt, dass es aus dem Inneren des Prozesses selbst hervorgeht, dessen Resultat und Anzeichen es darstellt. Man versucht daher nicht mehr durch Ueberredung oder Drohungen bei Paranoiden ein Krankheitsbewusstsein zu erzwingen und sie auf diese Weise zu heilen. Gleichwohl legt man im Volke der Erzeugung von Krankheitsbewusstsein einen therapeutischen Wert bei und hält zuweilen hartnäckig an der Hoffnung fest, dem Kranken den „Unsinn“ schliesslich doch noch auszureden und ihn von dem Krankhaften seiner Störung zu überzeugen. In der Tat kommt ja der Erzeugung von Krankheitsbewusstsein zuweilen auch ein symptomatisch-

therapeutischer Wert zu. Leichtere Zirkuläre, Hysterische, Kranke mit Zwangsvorstellungen und Neigung zu Perversitäten fühlen sich durch die Aussprache mit dem Arzt und sein autoritatives Betonen des nur Krankhaften der quälenden Erscheinungen häufig bedeutend erleichtert, wenn auch die Wirkung meist nur eine vorübergehende ist und den Ablauf des Prozesses selber kaum beeinflusst. Ja bei dem einfachen Psychopathen kann die Belehrung, die zur Einsicht in das Krankhafte gewisser psychischer Erscheinungen führt, einen direkt heilenden Wert haben, indem das Individuum sich dahin erzieht, gewisse Neigungen und Reaktionen im Keime zu unterdrücken, oder ihnen den früheren Einfluss auf das psychische Leben nicht einzuräumen. Selbst der schwerere Geisteskranke, der geängstigte Melancholiker, der erschreckte Delirant, der erregte Katatoniker fühlt sich öfter sichtlich beruhigt durch die Zusicherung, dass alle die Schreckgespenster nur die Erscheinungen einer Krankheit seien, so wenig die Patienten es gewöhnlich direkt weis haben wollen. Unsere Bemühungen, den Anstalten möglichst das Gepräge eines Krankenhauses zu geben (die suggestive Wirkung des Bettes und der Bäder), zielen ja nicht zum wenigsten darauf hin, in dem Kranken das beruhigende Krankheitsbewusstsein festzuhalten oder zu erwecken, welches erweckte Bewusstsein wohl zu einem Teil die häufige leichte Lenkbarkeit des Geisteskranken in der Anstalt erklärt.

Die letztere Tatsache weist schon auf die praktische Bedeutung des Krankheitsbewusstseins hin. Wenngleich es zu weit geht, zu sagen, dass ein Geisteskranker so lange nicht anstaltsbedürftig sei, als er noch Krankheitsbewusstsein habe, so ist es doch in der Tat zuweilen das erhaltene oder fehlende Krankheitsbewusstsein, welches sein Verhältnis zur Gesellschaft mit bestimmt. Je weniger Krankheitsbewusstsein er hat, um so mehr wird sich der Kranke unter Umständen gegen seine Verwahrung und die ärztlichen und sozialen Massnahmen sträuben, um so weniger wird er seine oft antisozialen Neigungen und Ideen beherrschen, und um so mehr in sich selber und anderen gefährlichen Handlungen die ungehemmten Konsequenzen seines pathologischen Innenlebens ziehen können. Je nach der verschiedenen Art des Leidens und seines Stadiums ist diese Wirkung des erhaltenen oder fehlenden Krankheitsbewusstseins natürlich verschieden gross; trotz des völlig fehlenden Krankheitsbewusstseins kann ein Geisteskranker völlig harmlos sein und trotz gut erhaltener Einsicht plötzlichen pathologischen Impulsen oder raschem Verlust der Einsicht zum Opfer fallen. Das noch erhaltene Krankheitsbewusstsein ist es ja auch, welches oft den Zirkulären, den Deliranten, den Epileptiker, den Paralytiker zu seinem Heil noch vor dem Sturm in den Hafen der

Anstalt treibt und ihm, wo dieses Bewusstsein zum Teil gewahrt bleibt, den Aufenthalt in der Anstalt erträglicher macht.

Das Verhalten des Krankheitsbewusstseins spielt zuweilen auch in foro eine Rolle. Bezeichnet sich der durch seine Besonnenheit und Schlagfertigkeit imponierende Verbrecher selber entgegen dem Gutachten des Arztes als geistesgesund, so konnte es, wenigstens früher, wohl vorkommen, dass diese mit Ueberlegenheit gegebene Versicherung auf den Richter mehr Eindruck machte, als das in solchem Falle von vornherein mit Bedenken aufgenommene Gutachten des Psychiaters. Andererseits begegnet heute noch die Versicherung manches Verbrechers, dass er geisteskrank sei, einem wohl zuweilen, aber keineswegs immer berechtigten Misstrauen, aus der Ansicht heraus, dass ein Geisteskranker doch nichts von sich und seinen Zuständen wissen könne. Wichtiger aber wird die Frage in foro, inwieweit von dem Verhalten des Krankheitsbewusstseins die Verantwortlichkeit für gewisse Handlungen abhängig gemacht werden könne, oder die erfolgte Genesung von der Geistesstörung mit ihren etwaigen sozialen Konsequenzen. Hier kommt vor allem das zur Geltung, was in dem Verlaufe dieser Untersuchung verschiedentlich betont worden ist, dass nämlich das Krankheitsbewusstsein nur gewertet werden darf aus dem Ganzen des jeweiligen psychischen und psychopathologischen Zusammenhanges heraus. So wird auch die Beantwortung der vorliegenden Frage abhängig gemacht werden müssen von der Art, dem Stadium des Leidens und der ganzen Persönlichkeit des Kranken.

Die nähere Besprechung dieser, sowie vieler anderer Fragen hinsichtlich des Verhaltens und der Bewertung des Krankheitsbewusstseins würde in einem speziellen Teile zu geschehen haben an der Hand der einzelnen Krankheiten und Krankengeschichten. Hier sollte, wie gesagt, nur der Versuch gemacht werden, gewissen Grundbedingungen und allgemeinen Beziehungen des Krankheitsbewusstseins nachzugehen. Allenfalls wäre zum Schlusse noch der Simulation und Dissimulation des Krankheitsbewusstseins zu gedenken. — Simulation von Krankheitseinsicht bei nicht einsichtigen Geisteskranken kommt nicht selten vor. Der Kranke heuchelt dann eine Einsicht, um irgend ein Ziel, meist die Herausnahme aus der Anstalt, Gelegenheit zur Entweichung oder gar zum Selbstmord zu erlangen. Namentlich in der Zeit des „traitement moral“ griff der gequälte Patient zuweilen schliesslich zu diesem Mittel. Häufiger ist wohl noch die Dissimulation von Krankheitsbewusstsein. Ein dunkles Krankheitsbewusstsein dürfte bei den meisten Geisteskranken vorhanden sein. Wenn der Geisteskranke, namentlich der Paranoide, verhältnismässig wenig geneigt ist, eine Geistesstörung zuzugeben, so beweist das

ja zunächst so wenig einen wirklichen Mangel an Krankheitsbewusstsein, als das mehr oder weniger aufoktroierte Zugeständnis der geistigen Erkrankung ein wirklich vorhandenes oder psychopathologisch in Betracht kommendes Krankheitsbewusstsein garantiert. Man darf nicht verkennen, dass einerseits die pathologischen Erlebnisse nicht selten einen liebgewordenen Bestandteil für die ganze psychische Persönlichkeit bilden, und dass andererseits die unumwundene Zugabe der Geistesstörung einen bewussten wesentlichen Verzicht auf zahlreiche bürgerliche und allgemein-menschliche Rechte fast unmittelbar in sich schliesst. Die tatsächliche Entstehung des Krankheitsbewusstseins wird hierdurch wenig beeinflusst, obwohl diese Momente zuweilen eine aufkeimende Erkenntnis im Keime ersticken mögen, aber die Art und der Grad des öffentlichen Zugeständnisses seitens des Kranken wird durch diese Tatsache ebensowohl beeinflusst, wie umgekehrt durch sie eine Simulation von Krankheitseinsicht hervorgerufen werden kann. Charakteristisch ist hier ja, wie die verschiedenen Kranken auf die Zumutung, ihre Geisteskrankheit zu gestehen, verschieden reagieren. Während der in Sorgen und Befürchtungen lebende Patient diese Versicherung und Zumutung gewöhnlich ruhig und oft freudig entgegennimmt, so sind die nicht seltenen Explosionen jedem bekannt, welcher einem krafterfüllten Manischen, einem in Reichtümern schwelgenden Paralytiker, einem als Kaiser sich brüstenden Paranoiden klar zu machen versuchte und das Zugeständnis herauslocken wollte, dass er nichts als ein bedauernswerter Geisteskranker sei. Auch für das Verständnis gewisser klinischer Erscheinungen darf wohl das Moment einfacher psychologischer Reaktion nicht immer völlig ausser Acht gelassen werden, sondern es dürfte sich in aller klinischen Symptomatik wohl um eine oft unauflösliche Verschlingung von psychologischen und psychopathologischen Momenten handeln.

(Aus der psychiatrischen Klinik zu München.)

Weitere Erfahrungen auf dem Gebiete der Lumbalpunktion.

Von Dr. **Otto Rehm**, Assistenzarzt der Klinik.

In dieser kleinen Arbeit — sie war zu einem Vortrag bei der Versammlung bayerischer Psychiater, Juni 1905, bestimmt, konnte aber wegen Zeitmangels nicht mehr vorgetragen werden — möchte ich die Erfahrungen niederlegen, die an der psychiatrischen Klinik zu München im Laufe eines halben Jahres auf dem Gebiete der Lumbalpunktion gemacht worden sind.

Die Lumbalpunktion, die Quincke für klinische Zwecke einführte, wurde für die Psychiatrie durch die Cytodiagnostik auf Grund der Arbeiten von Widal und Ravaut¹⁾ von Bedeutung.

In Deutschland wurden von E. Meyer²⁾, Siemerling³⁾ und von Nissl⁴⁾ an der Heidelberger Klinik ausgedehnte Untersuchungen angestellt. Auf Nissl's Ergebnisse komme ich im folgenden des öfteren zurück.

Ich will nicht eingehen auf die chemische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit, die von Blumenthal, Rosenfeld, Mansfeld, ferner von Donath und Skoczinsky angestellt worden ist. Neben dem Vorhandensein von Eiweisssubstanzen handelt es sich in den Arbeiten zum Teil um das Cholin, dessen Erscheinen in der Lumbalflüssigkeit Donath⁵⁾ das Auftreten von epileptischen Krämpfen und von epileptiformen Anfällen bei Paralyse zuschreibt.

Normalerweise findet sich in der Lumbalflüssigkeit Eiweiss, das nach übereinstimmendem Urteil derjenigen, die sich eingehend mit seiner Bestimmung beschäftigt haben, Globulin ist und in einer Menge von 0,2--1,0 ‰ (Skoczinsky)⁶⁾ vorhanden ist. Albumin erscheint, sobald Lymphocytose eintritt; es ist also das Plus an Eiweiss, das wir bei Lymphocytose finden, wohl dem Erscheinen des Albumin zuzuschreiben.

Was den Eiweissgehalt der Lumbalflüssigkeit im ganzen anbetrifft, so hat Nissl bei der Bestimmung mit dem Esbach'schen Reagenz nach seiner Methode bei Paralysen die höchsten Werte mit 8 Teilstrichen gefunden; der niedrigste Wert waren bei Paralytikern 3,2 Teilstriche. Sehr hohe Werte wurden noch bei arteriosklerotischer Demenz gefunden, bei anderen Psychosen durchschnittlich wesentlich niedrigere Werte. Zu denselben Resultaten ist Skoczinsky gekommen.

Wir haben bei 91 Punktionen die Eiweissbestimmung nach der Nissl'schen Methode durchgeführt; fünf Fälle, die zweimal punktiert worden sind, sind im folgenden nur einmal gezählt. In 55 Fällen war der Befund an Lymphocyten positiv, d. h. die Zahl der Lymphocyten in der Cerebrospinalflüssigkeit war vermehrt. Bei diesen 55 Fällen hatten wir Eiweisswerte von 5—1 Teilen, das ist ein Durchschnittswert von 2,5 Teilen. Heben wir aus dieser Zahl erst die 39 zweifellosen Paralysen heraus, so ergibt sich bei diesen ein etwas höherer Durchschnittswert von 2,9 Teilen.

Nehmen wir dann noch die 11 Fälle mit früherer Syphilis und ebenfalls positivem Lumbalbefund zusammen, so ergeben sich Werte von 4—1½ Teilen, das ist ein Durchschnittswert von 2,5 Teilen.

Bei 31 Fällen ergab sich cytologisch kein positiver Befund, die Eiweisswerte schwanken zwischen 2—¾ Teilen, der Durchschnittswert ist 1,4 Teile.

Es beträgt also die Differenz im Eiweissbefund zwischen den cytologisch negativen und positiven Fällen durchschnittlich 1,1 Teilstriche.

Das Resultat ist das von früher her bekannte, dass bei positivem Lymphocytenbefund im Durchschnitt der Eiweissgehalt in der Lumbalflüssigkeit ein grösserer ist, wie bei negativem. Von besonderer Bedeutung für die Diagnostik ist das Resultat nicht, da wir bei einer Anzahl von Fällen mit und ohne positiven Befund dieselben Zahlen erhalten haben. Die Arteriosklerose ergab keinen erhöhten Eiweissgehalt.

Gehen wir zur Cytodiagnostik über, so haben wir vorerst eine Reihe neuerer Arbeiten zu erwähnen, die sich mit dem Vorkommen von Lympho-

cytose nach Syphilis beschäftigen. So veröffentlichte Rabaud⁷⁾ eine Arbeit über die Lumbalflüssigkeit der Syphilitiker im Tertiärstadium, in der er zu dem Schlusse kommt, dass bei tertiärer Syphilis, selbst wenn sie sehr ausgeprägte Hauterscheinungen zeigt, der Befund der Lumbalflüssigkeit ein normaler ist; erst wenn Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems auftreten, ist Lymphocytose vorhanden; er schliesst daraus, dass Lymphocytose das erste Anzeichen einer Lokalisation des syphilitischen Prozesses im Zentralnervensystem ist. Derselbe Autor hatte früher⁸⁾ bei 36 sekundär Syphilitischen 26 Mal positiven Lumbalbefund erhalten, während Widal⁹⁾ bei 10 alten Syphilitikern, die keine nervösen oder spezifischen Symptome aufwiesen, keine Reaktion fand.

Milian kommt in seiner Arbeit¹⁰⁾ zu dem Schlusse, dass bei der Paralyse die Lymphocytose dazu dienen kann, die Diagnose in zweifelhaften Fällen sicher zu stellen; das Fehlen von Leukocyten (gemeint sind wohl Lymphocyten) gestatte nicht, die Diagnose zu verwerfen. Ferner ist er der Meinung, dass bei Alkoholismus keine Lymphocyten vorhanden sind, ausser es habe der Alkohol anatomische Läsionen des Nervensystems verursacht, z. B. bei einer alkoholischen Meningomyelitis (?).

Balogh hatte nach seinem Berichte¹¹⁾, im Gegensatz zu allen anderen Arbeiten, bei Epilepsie, Melancholie, Dementia senilis, Dementia praecox positive Resultate; durch Gaben von Abführmitteln (!) erzielte er bei Melancholie Besserung und Heilung und damit Verschwinden der lymphocytären Reaktion. In sämtlichen Arbeiten wird auf das fast regelmässige Vorhandensein von Lymphocytose bei Paralyse hingewiesen; Nissl ist bei seinem grossen Material zu demselben Resultate gekommen. — Siemerling, Abraham, Ziegenhagen und französische Autoren führen die Lymphocytose auf das Bestehen einer meningealen Reizung zurück. Morzbacher¹²⁾ ist in einem Vortrag auf der Versammlung südwestdeutscher Psychiater, Mai 1905, auf Grund einer grösseren Anzahl von Punktionsresultaten der Heidelberger Klinik zu folgenden Schlüssen gekommen: Nicht jede Lymphocytose kann bei dem heutigen Stande unserer Kenntnisse als der Ausdruck einer bestehenden meningitischen Reizung betrachtet werden. Dieluetische Infektion und nicht die meningeale Reizung ist an den Befunden wie Pupillenstarre, Kopfschmerzen etc. schuld. Dieluetische Infektion ist als eine Noxe zu betrachten, die sich, unabhängig von den klinisch wahrnehmbaren Störungen durch Syphilis, in einer Vermehrung der zelligen Elemente der Cerebrospinalflüssigkeit kund gibt. Wir sind nicht imstande, anzugeben, in welcher Weise der Mechanismus, durch dessen Tätigkeit die Lymphocyten in die Cerebrospinalflüssigkeit gelangen, durch die Infektion alteriert wird.

Fuchs und Rosenthal haben 1904 eine Zusammenstellung¹³⁾ gebracht, aus der hervorgeht, dass bei 403 Erkrankungen aufluetischer Basis in 94 % Lymphocytose, bei anderen nervösen Erkrankungen in 272 Fällen 6 % Lymphocytose hat konstatiert werden können. Die beiden Forscher selbst erzielten ähnliche Resultate; ausserdem fanden sie bei 10 Fällen von multipler Sklerose zehnmal und bei 11 Fällen von Herpes Zoster, wie auch sonst schon beschrieben, siebenmal Lymphocytose. — Was bei der erwähnten Arbeit besonders interessiert, ist die Angabe einer Methode der Untersuchung der Lumbalflüssigkeit mittels Zählkammern, die etwas geräumiger sind, wie die zu Blutuntersuchungen benützten.

In den Melangeur werden ein Teil Färbeflüssigkeit und zehn Teile Liquor aufgesogen. Unter Anwendung einer bestimmten Formel ist in kürzester Zeit die Anzahl der Lymphocyten genau zu bestimmen. Die Methode hat neben diesem Vorteil weiterhin den Wert, dass die Zellen besser erhalten sind und daher leichter identifiziert werden können. Wir haben Versuche mit der Zählkammer gemacht und sind zu dem Resultat gekommen, dass die Methode entschieden grosse Vorteile bietet, indem die mehr oder weniger subjektiven Angaben geringer oder starker Vermehrung von Lymphocyten durch exakte Zahlenangaben ersetzt werden können.

Wir haben an der Klinik im ganzen 99 Lumbalpunktionen gemacht in 94 Fällen. Einigemal scheiterte die Punktion an pathologischen Veränderungen der Wirbelsäule, einigemal waren die Präparate durch Blutbeimengung nicht brauchbar. In einer Anzahl von Fällen wurde die Aethernarkose zu Hilfe genommen. Für die Patienten ungünstige Folgen wurden bis auf Erbrechen und Kopfschmerzen, die in einzelnen Fällen auftraten, nicht beobachtet. Das technische Verfahren, das wir in Anwendung brachten, war dem von Nissl 1904 angegebenen analog.

Bei der genaueren Betrachtung der Resultate unserer Punktionen will ich mit dem chronischen Alkoholismus beginnen. In neun Fällen desselben haben wir die Punktion vorgenommen, darunter sind eine Korsakow'sche Psychose, ein Abortivdelirium und ein Fall von Alkoholwahnsinn; in acht Fällen war eine Vermehrung der Lymphocyten nicht nachzuweisen. Positives Resultat ergab ein Fall; in diesem ist bei Fehlen jeglicher Anhaltspunkte für die paralytische oderluetische Erkrankung des Zentralnervensystems anzunehmen, dass der betreffende Patient früher mit Syphilis infiziert worden ist.

Nissl bringt aus der Literatur und eigenem Material eine Zusammenstellung von 30 alkoholischen Psychosen, von denen 7 positiven Befund ergeben haben. In 4 von diesen 7 Fällen bezweifelt Nissl die Zugehörigkeit zum Alkoholismus; seine eigenen Fälle ergaben negativen Lumbalbefund. Es ist demnach nicht als wahrscheinlich anzunehmen, dass der Alkoholismus an und für sich eine Vermehrung der Lymphocyten hervorbringt. Findet sich bei einem chronischen Alkoholisten bei positivem Befund kein Anhaltspunkt für eine postluetische Hirnerkrankung, so ist als wahrscheinlich anzunehmen, dass eine frühereluetische Infektion die Lymphocytose hervorgebracht hat.

Für eine Differentialdiagnose zwischen chron. Alkoholismus und Paralyse, wie sie bei Alkoholikern nicht selten zu stellen ist, ist demnach die Cyto-diagnostik von hohem Werte, wie aus einem Falle hervorgeht, der einen Patienten betrifft, der als chronischer Alkoholist Erscheinungen dargeboten hat, die eine Paralyse nicht unwahrscheinlich gemacht haben. Die Punktion war negativ in ihrem Resultat, demnach konnten wir eine frühere Lues bzw. Paralyse mit grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Als Gegenstück hiezu bringe ich einen Fall, bei dem dieselbe Differentialdiagnose zu stellen gewesen ist wie oben, nämlich Alkoholismus oder Paralyse, bei dem der Befund ein positiver war, demgemäss eine alte Lues als vorhanden angenommen, und eine Paralyse in dem noch nicht geklärten Fall wahrscheinlich gemacht wird.

Fälle von *Dementia praecox* haben wir drei punktiert; alle drei waren spät einsetzende Fälle und anfangs in ihrer Diagnose nicht sicher

gestellt. Bei dem einen Fall kam zuerst die Differentialdiagnose mit einer Alkoholpsychose in Betracht, die Lumbalpunktion konnte hier nicht von wesentlicher Bedeutung sein; anders bei zwei weiteren Fällen, bei denen eine Paralyse in Betracht kommen konnte. Bei der einen Patientin konnte kein Patellarreflex ausgelöst werden, sie zeigte ein auffallend stumpfes Wesen; die andere hatte einen Sprachfehler, Hypalgesie, hochgradigen Intelligenzdefekt; durch das negative Resultat der Lumbalpunktion konnte eine Paralyse mit Sicherheit ausgeschaltet werden. Der Verlauf bestätigte dies. In dem einen Fall liess sich später der Patellarreflex erzielen. Schwierigkeiten brachte ein anderer Fall, der differentialdiagnostisch, ob Dementia praecox oder Paralyse, von Wichtigkeit war. Anamnestisch war Lues nachgewiesen; in der Klinik zeigte sich Patient apathisch, stumpf, ängstlich; hatte starkes Zittern der Zunge; dann kam ein Anfall mit klonischen Krämpfen dazu; in verschiedener Hinsicht machte das Verhalten den Eindruck einer Katatonie, eine Vermutung, die durch Beziehungswahn und stuporöse Zustände bei guter Auffassung gestützt wurde. Eine Schmierkur war ohne Erfolg. Die Lumbalpunktion ergab positives Resultat. Eine Dementia praecox ist später durch mehr hervortretende körperliche Symptome auszuschliessen gewesen, während die Frage einer Gehirnluës oder Paralyse noch offen ist.

Bei der progressiven Paralyse bekamen wir in 39 sicheren Fällen positiven Lumbalbefund; früher gemachte Zusammenstellungen, wie die von Fuchs und Rosenthal¹³⁾ hatten ein anderes Resultat; sie erhielten bei 208 punktierten Paralytikern 198 mal positiven, 10 mal negativen Befund. Siemering⁵⁾ hatte bei 38 punktierten Paralysen einmal, Nissl bei 59 auch einmal negatives Resultat; später stellte sich der eine Fall mit negativem Lymphocytenbefund als nicht zur Paralyse gehörig heraus.

Anzufügen sind einige unklare Fälle; bei dem einen — der Patient war chronischer Alkoholist und imbezill — kam Paralyse in Betracht: Die Lumbalpunktion war negativ, ebenso in einem weiteren Fall, in dem epileptiforme Krämpfe von einem paralytischen Symptomenkomplex begleitet waren; negativ war auch der Lumbalbefund bei einem Patienten, dessen Psychose akut nach einer erschöpfenden Krankheit (Pneumonie) begonnen hatte. Acht Jahre vorher hatte Patient eine schwere Depression durchgemacht. Er sprach unzusammenhängend, redete beständig mit häufigen Wiederholungen; war motorisch zeitweise sehr erregt, unzugänglich. Ausserdem zeigte Patient schlaffe Gesichtszüge, keine Sprach- oder Schriftstörung; Lichtreaktion der Pupillen war prompt, zeitweise war eine Differenz zu konstatieren. Patellarreflexe waren lebhaft. Es trat rasche Besserung ein. Lues war nicht nachgewiesen. Lumbalbefund war negativ. Vollkommene Remission.

Hier ist noch ein Fall anzuführen. Der Patient war früher mit epileptischen Anfällen behaftet, im Krankenhaus wurde Pseudoparalyse diagnostiziert. Er war unklar, gab unsinnige Antworten, wurde dann später besonnen, blieb aber unsicher in der Zeitbestimmung. Reflektorische Pupillenstarre, verwaschene Sprache, Romberg; fehlender Patellarreflex; in seiner geistigen Tätigkeit unproduktiv. Lumbalbefund war positiv. Die Möglichkeit einer Hirnsyphilis trat in den Vordergrund.

Diese vier Fälle sind als unsichere Paralysen aufzufassen; der Lumbalbefund konnte hier nicht zur sicheren Diagnose verhelfen; dazu kommen drei

Fälle, bei denen die somatischen und psychischen Symptome für eine Paralyse zwar spärlich sind, die aber nach positivem Lumbalbefund doch sehr wahrscheinlich zur Paralyse gerechnet werden dürfen.

Des Ferneren ist bei der Diagnose Hirnlues, ähnlich wie bei der Paralyse, der Lumbalbefund von höchster Wichtigkeit.

Wir konnten in zwei hierher gehörigen Fällen punktieren, bei denen die Diagnose von Anfang an gestellt wurde und durch die Lumbalpunktion bestätigt wurde. Bei einem Fall dagegen, in dem Lues (Sattelnase, spezifische Laryngitis) sicher vorhanden ist, treten seit ca. 6 Jahren Anfälle auf, die teils nur in einem Schwindelgefühl bestehen, teils mit klonischen Krämpfen verbunden sind, die sich oft zwölfmal an einem Tage wiederholen; dazu kamen körperliche Symptome, wie Pupillendifferenz, rechte Pupille weit und starr, Nystagmus, Abduzenslähmung rechts, Sensibilitätsstörung, Symptome, die auf eine syphilitische Hirnerkrankung mit Wahrscheinlichkeit schliessen liessen; es ergab sich negativer Lumbalbefund. Besonders bemerkenswert ist dieser Fall, der sichere tertiäreluetische Symptome darbietet, deswegen, weil neuerdings behauptet wird, dass jedeluetische Infektion positiven Lumbalbefund erzielt, wie Merzbacher in 89% der Fälle von Lues nachgewiesen hat. Hier ist der Befund negativ trotz zweifellos bestehender Lues; ein ähnliches Resultat ergab ein Fall von Hysterie, der später noch erwähnt wird, in dem $\frac{3}{4}$ Jahre vor der Punktion einluetisches Geschwür am After im Krankenhaus behandelt worden ist.

Hieran schliesst sich ein Fall, bei dem wir an Epilepsie dachten, der einen positiven Lumbalbefund ergab, und bei dem, wie sich später herausstellte, dann Anfälle mit nachfolgender Lähmung auftraten. Wahrscheinlich ist auch dieser Fall der Hirnlues zuzuzählen. Es sind dann noch zwei Fälle anzuführen, die beide negativen Lumbalbefund ergaben, bei denen die Diagnose Hirnlues durch die Punktion an Wahrscheinlichkeit verlor, und die wohl als Fälle einfacher Epilepsie anzusehen waren. Der eine Fall zeichnet sich dadurch aus, dass anamnestischluetische Infektion festgestellt war.

Zum Schlusse gehört zu dieser Gruppe noch eine Patientin, die sehr träge Pupillenreaktion zeigte, stark halluzinierte, einen Aufregungszustand hatte, der einem paralytischen ähnelte; im übrigen bot der Fall nichts paralytisches; der Lumbalbefund ergab ein negatives Resultat. Wir dachten an die Möglichkeit einer Hirnlues, mussten bei dem Fehlen der Lymphocytose aber den Fall als unbekannte Psychose bezeichnen, da der Symptomenkomplex zu keinem der bekannten Krankheitsbilder passt.

Gehen wir zur Arteriosklerose über, so haben wir zunächst zwei Fälle, die grosse Aehnlichkeit miteinander haben und bei denen wir eine Gehirnweichung nachluetischer Gefässerkrankung annehmen. Beide zeigten nach Schlaganfällen mit Bewusstlosigkeit stumpfes Wesen, waren nicht orientiert, hatten starke Sprachstörung mit verwaschener Sprache, starke Atheromatose; bei beiden positiver Lumbalbefund. Ueber eine frühere Lues ist in beiden Fällen nichts sicheres zu erfahren.

Zwei Fälle von einfacher Arteriosklerose ergaben negativen Lumbalbefund. Daran möchte ich einen Fall anschliessen, der das Bild einer Arteriosklerose geboten hat; Patient war nach einer Enucleation des Bulbus oculi mit einer Eiterung der Augenhöhlenwandung in die Klinik gebracht worden. Die Lumbal-

punktion ergab eine mässig grosse Anzahl von polynukleären Zellen. Der Kranke starb nach einem kurzen Stadium von Benommenheit; die Sektion ergab Durchbruch eines Hirnabszesses, der von dem eitrigen Prozess in der Augenhöhlenwandung herstammte, in einen Ventrikel. Es ist anzunehmen, dass die Leukocytose eine Folge der sich abspielenden entzündlichen Vorgänge war. Durch einen Leukocytenbefund ist also die Möglichkeit gegeben, ähnlich wie bei eitriger Meningitis, in derartig gelagerten Fällen eine frühzeitige Diagnose zu stellen.

Hier ist noch ein Fall zu erwähnen, den wir der klinischen Symptome wegen der Arteriosklerose zurechnen müssen. Patientin zeigte arteriosklerotische Gefässveränderung, hatte zwei Schlaganfälle mit zurückbleibender Schwäche durchgemacht. Sie war immer in labiler Stimmung, ohne richtiges Krankheitsgefühl; hatte schwerfällige Sprache, eine Schriftstörung, sehr starke Ermüdbarkeit, daneben Verlangsamung der Auffassung, keine sehr wesentliche Gedächtnisschwäche. Was das Bild kompliziert, ist ein positiver Lumbalbefund, den wir hier mit grösster Wahrscheinlichkeit auf eine früher überstandene Lues zurückführen müssen.

Hieran schliessen sich zwei Fälle einer anderen Gruppe, die mit positivem Lumbalbefund auf eine frühere luetische Erkrankung hinweisen; beides sind Psychopathen. Die eine Patientin, bei der leicht positiver Lumbalbefund sich ergab, hatte nachgewiesenermassen früher Lues und bot keine weiteren organischen Veränderungen; die andere Patientin aber, bei der anamnestisch nichts von einer luetischen Erkrankung zu erfahren war, hatte reflektorisch starre Pupillen, bot jedoch keine weiteren Symptome einer organischen Erkrankung. Reichliche Lymphocytose.

Dazu kommt noch ein Fall von Hysterie. Pat. hat 1904 ein luetisches Geschwür am After, war in Krankenhausbehandlung gewesen. Lumbalbefund war negativ. Daran anschliessend habe ich einen Fall von Idiotie zu erwähnen, bei dem luetische Defekte vorhanden waren neben sehr träge reagierenden Pupillen. Die Punktion ergab reichlich positives Resultat, so dass wir in der Lage waren, mit Sicherheit anzunehmen, dass die Idiotie in diesem Falle auf luetischer Grundlage beruhte. Ähnlich ist ein Fall einer Imbezillen mit einer Menge psychopathischer Züge. Sie stammte aus einer sehr degenerierten Familie, war sehr anämisch, klagte über Kopfschmerz, Schwindelanfälle und bot das Romberg'sche Zeichen. Die Punktion ergab auch hier ein positives Resultat, welches uns berechtigte, eine hereditäre Lues bei dem jungen Mädchen als wahrscheinlich anzunehmen.

Drei Fälle — bei dem ersten Fall war sicher, bei dem zweiten wahrscheinlich Hirntumor anzunehmen — ergaben negativen Lumbalbefund. Durch Punktion lassen sich bei dieser Gruppe bei negativem Befund gummöse Herderkrankungen mit Wahrscheinlichkeit ausschliessen, während andererseits von verschiedenen Seiten, auch bei nicht auf syphilitischer Grundlage beruhenden Tumoren positiver Befund erhoben worden ist.

Von besonderer Bedeutung wurde die Punktion in zwei Fällen; der eine schien eine zweifellose Paralyse zu sein; das psychische Verhalten aber, das teilweise dem einer Manie entsprach, gab zu Zweifeln Anlass; die Lumbalpunktion ergab negatives Resultat. Wir konnten nun als sehr wahrscheinlich annehmen, dass die Erkrankung als manisches Stadium des manisch-depressiven Irreseins aufzufassen war, was sich auch bei weiterer Beob-

achtung als zweifellos herausstellte. Ähnlich war der zweite Fall gelagert, bei dem bei einer imbezillen Person ausser einer Paralyse manisch-depressives Irresein im manischen Stadium in Betracht kommen konnte. Der Lumbalbefund war negativ; Diagnose: manisch-depressives Irresein im hypomanischen Stadium. In beiden Fällen waren es die ersten, zuletzt angeführten nachweisbaren Erkrankungen.

Ferner haben wir eine Lumbalpunktion ausgeführt in einem Falle, in dem die Differentialdiagnose zwischen einer eigenartigen Angstpsychose, die Kraepelin als eine besondere Psychose mit Ausgang in einen Schwächezustand bezeichnet, und Paralyse zu stellen gewesen ist. Der Lumbalbefund ergab negatives Resultat; eine Paralyse war also auszuschliessen.

In diesen Fällen ist die Lumbalpunktion von wesentlichster Bedeutung; bei positivem Befund ist neben einer Paralyse bzw. Hirnlues eventuell manisch-depressives Irresein mit der Annahme einer früheren Lues möglich; bei negativem Befund wird die Möglichkeit einer derartigen Erkrankung auszuschliessen sein. Von welcher prognostischen Bedeutung eine solche Konstatierung sein kann, brauche ich nicht weiter auszuführen.

Zum Schlusse will ich noch die Resultate bei Epileptischen erwähnen. Bei der Epilepsie ist der Befund ein negativer, wie wir in drei einwandfreien Fällen gesehen haben. Ein Fall war auffällig; derselbe schien nach Anamnese und klinischem Bilde eine einfache Epilepsie zu sein, überraschte uns aber durch einen sehr stark positiven Lumbalbefund. Der Fall ist noch nicht geklärt, Lues ist nicht nachgewiesen, es sind auch keine bestimmten Anhaltspunkte für eine solche vorhanden, eine antisiphilitische Behandlung ist eingeleitet.

Wollen wir das untersuchte Material noch einmal übersehen, so kommen wir zu dem Resultat, dass bei Paralyse ein positiver Befund zu erwarten ist, ist derselbe negativ, so wird die Diagnose „Paralyse“ nur mit grösster Vorsicht zu stellen sein. Positiv wird im allgemeinen das Resultat sein, wenn früher Lues vorhanden war, auch wenn keine nervösen Symptome auf organische luetische Prozesse hinweisen, doch sind auch negative Resultate bei Lues nachgewiesen. Noch einmal möchte ich auf den erwähnten Fall von reflektorischer Pupillenstarre bei Psychopathie mit positivem Lumbalbefund hinweisen. Wir müssen hier eine luetische Infektion annehmen, zugegeben wurde sie nicht. Es ist sehr wichtig, solche Fälle im Auge zu behalten, wissen wir doch, dass reflektorische Pupillenstarre das erste Symptom einer Paralyse sein kann. Bei Hirnlues ist mit Wahrscheinlichkeit positiver Befund zu erwarten; ein Fall, bei dem diese klinische Diagnose zu stellen war, ergab gegenteiliges Lumbalresultat, der Fall ist noch weiter aufzuklären. Bei Arteriosklerotischen deutet ein positiver Befund auf die Möglichkeit eines syphilitischen Prozesses, bzw. eines Erweichungsherdens nach Syphilis. Bei Hirntumoren ist bei positivem Befund eine luetische Grundlage als möglich gegeben, wenn auch nicht mit Sicherheit anzunehmen, denn man muss daran denken, dass ja auch eine alte luetische Infektion positiven Befund verursachen kann. Epilepsie zeigt negativen Befund; wenn nicht, so ist eventuell Verdacht auf Hirnlues berechtigt. Idiotie erzielt positives Resultat, wenn Lues vorhanden ist; der Befund ist also besonders bei Verdacht auf hereditäre Lues von Wichtigkeit. Alkoholismus wird negativen Befund ergeben; wenn der Befund positiv ist, so ist eine frühere luetische

Infektion anzunehmen. Im allgemeinen wird demnach ein negativer Befund für die Diagnostik wichtiger sein, wie ein positiver, weil ein negativer Befund syphilitische und postsyphilitische Prozesse unwahrscheinlich macht. Bei Paralyse kann man eine Entscheidung mit grosser Wahrscheinlichkeit je nach dem Befunde treffen, wenn klinisch entsprechende Anhaltspunkte gegeben sind. Besonders wichtig ist die Lumbalpunktion differential-diagnostisch bei Alkoholismus, Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, Epilepsie. Ein positiver Befund kann vorhanden sein, ohne dass klinische Anhaltspunkte für Paralyse oder Hirnlues bestehen; man wird eine vorhergegangene Syphilis annehmen müssen. In manchen Fällen wird es bei positivem Befund fraglich sein, ob wir nicht vor einem sehr frühen Entwicklungsstadium der Paralyse stehen.

In nebenstehender Tabelle sind nur die von Anfang an klinisch klaren Fälle angeführt. Die unklaren Fälle und diejenigen, bei denen erst die Punktion zu einer Diagnose geführt hat, sind früher schon besonders angeführt und besprochen.

Tabelle.

Diagnose:	Zahl der Fälle	Positives Resultat	Negatives Resultat	Luetische Infektion bekannt	Bemerkungen.
Chronischer Alkoholismus	9	1*	8		* Luetische Infektion anzunehmen.
Dementia praecox	3		3		
Progressive Paralyse	39	39		12	
Luetische Hirnerkrankung	2	2		1	
Arteriosklerose (auf luetisch. Basis)	2	2			
Gew. Arteriosklerose	3	1*	2		* Luetische Infektion anzunehmen.
Psychopathie (Hysterie)	3	2	1*	2	* Luetische Infektion sicher bekannt
Idiotie	2	2		1	
Tumor cerebri	2		2		
Manisch-depressives Irresein	2		2		
Epilepsie	3		3		

Es erscheint nach den vorhergegangenen Ausführungen die Cytodiagnose heute schon als ein sehr wichtiges Hilfsmittel der klinischen Psychiatrie. Die Hauptschwierigkeit der differential-diagnostischen Bedeutung der Cytodiagnostik beruht in der noch ungenauen Kenntnis, inwieweit eine Lues ohne Erkrankung des Zentralnervensystems eine Vermehrung der Lymphocyten bewirkt. Es sind nach dieser Richtung hin weitere, ausgedehnte Untersuchungen notwendig, die aber nicht wir anstellen können, sondern die nach einheitlicher Methode die Dermatologen anstellen müssen. Ob sich durch Differenzierung der in der Lumbalflüssigkeit vorkommenden Zellen etwas erreichen lassen wird, ist noch zu untersuchen. Notwendig ist, dass man durch eine vollkommenere Methode der Abschätzung der Zahl der Lymphocyten, wie z. B. die durch Zählkammern, zu bestimmten Zahlenreihen in der Cytodiagnostik kommt.

Literatur.

1. Widal et Ravaut: Applications cliniques de l'étude histologique des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Cytodiagnostic. Société de Biologie, 30. juin 1900. — Ravaut: Le diagnostic de la nature des épanchements séro-fibrineux de la plèvre. Cytodiagnostic. Thèse, Paris 1901. Widal et Ravaut: Cytodiagnostic des épanchements séro-fibrineux et du liquide céphalo-rachidien. Traité de Pathologie générale de Bouchard, 1903, t. 01, p. 592.
2. Ernst Meyer: Ueber cytodagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. (Berl. klin. Wochenschrift 1904, No. 5.)
3. Siemerling: Ueber Wert und Bedeutung der Cytodiagnose für Geistes- und Nervenkrankheiten. (Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Göttingen 1904.)
4. Nissl: Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Psychiatrie. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Jahrg. XXVII, No. 171, 1904.)
5. Donath: Das Vorkommen und die Bedeutung des Cholins in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Epilepsie und organischen Erkrankungen des Nervensystems. (Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiolog. Chemie, 1903, Bd. 39, Heft 6.)
6. Skoczinki: Chemische Untersuchung der Spinalflüssigkeit. (Sitzung der Berl. Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde 1904.)
7. Ra baud: Le liquide Céphalo-rachidien des Syphilitiques en periode tertiaire. (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, Decbr. 1904.)
8. Ra baud: Le liquide Céphalo-rachidien des Syphilitiques en periode secondaire. (Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, Juill. 1903.)
9. Widal: Cytologie du liquide Céphalo-rachidien des syphilitiques. (Bulletin de la Société médicale des Hospitiaux, Febr. 1902.)
10. Milian: Le lequide Céphalo-rachidien, Paris 1904.
11. Balogh: Beiträge zum cytodagnostischen Wert des Liquor cerebrospinalis. (Orvosi Hetilap 1904, No. 8.)
12. Merzbacher: Die Beziehung der Syphilis zur Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit und zur Lehre von der meningitischen Reizung. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1905, No. 192.)
13. Fuchs und Rosenthal: Physik., chem., cytol. und anderweitige Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit. (Wiener medicin. Presse, No. 44 bis 47, 1904.)

II. Bibliographie.

CXX) **Giuseppe Sterzi** (Padua): Die Blutgefäße des Rückenmarkes. Bergmann, Wiesbaden 1904. 364 Seiten. 4 Tafeln.

Eine umfangreiche Studie über die vergleichende Anatomie und die Entwicklungsgeschichte der Blutversorgung des Rückenmarkes in der aufsteigenden Wirbeltierreihe.

Unter den allgemeinen Schlussfolgerungen wird angeführt: Der segmen-

täre Charakter der Rückenmarksgefäße nimmt in der Stufenreihe der Tiere allmählich ab. Die Beziehungen zwischen zirkulierendem Blut und Nervensubstanz sind um so inniger, je höher man in der Wirbeltierreihe hinaufsteigt, da die Kapillarisation, die im Anfang von der Peripherie her stattfindet, sich zuletzt ausschliesslich im Innern der Medulla vollzieht. Schröder.

CXXI) Hugo Davidsohn: Die Technik der Hydrotherapie. (Die Technik der physikalischen Heilmethoden. I. Teil.) Mit 155 Abbildungen im Text. Berlin 1906, Verlag von A. Hirschwald. 186 S.

Ein dankenswertes kleines Buch, aus dem der Arzt und der Student das heute auf den Universitäten noch sehr vernachlässigte Gebiet der Hydrotherapie lernen kann, soweit man überhaupt diesen wertvollen Zweig der Therapie aus Büchern sich anzueignen vermag. Zahlreiche, leider zum Teil etwas zu kleine Abbildungen dienen zur Veranschaulichung der im Text niedergelegten Vorschriften. Das Buch gibt zunächst eine kurze Geschichte der Hydrotherapie, beschäftigt sich sodann mit der Histologie und der Funktion der Haut, schliesst hieran allgemeine hydrotherapeutische und physiologische Betrachtungen, geht dann zur Schilderung der mittelbaren und unmittelbaren Wasseranwendungen über und schildert endlich die Thermo- und Psychotherapie in ihren verschiedenen Formen (Wärme- und Kälteträger, Anwendung von Wasserdampf, von warmer und kalter Luft). Gaupp.

CXXII) Paul Rehm: Schlaf und Schlaflosigkeit. C. Marhold, 1905.

Eine populäre Abhandlung aus der Feder eines erfahrenen Nervenarztes. Die Schrift bildet das 22. Heft der von Witthauer herausgegebenen „Medizinischen Volksbücherei“. Gaupp.

CXXIII) M. Hirschfeld: Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. Bd. VI. Herausgegeben im Namen des wissenschaftlich humanitären Komitès. Verlag von Max Spohr 1904.

Als Ergebnis der weiteren Forschung auf dem Gebiete der Homosexualität liegt der Band VI des Jahrbuches vor.

Eingeleitet wird er durch eine Studie, Homosexualität und Bürgerliches Gesetzbuch von Dr. jur. Praetorius; es werden die Beziehungen der Homosexualität zum Zivilrecht betrachtet, als wichtigster Abschnitt zuerst Homosexualität und Ehe, dann Homosexualität und Erbfähigkeit, schliesslich drittens Homosexualität und Handlungsfähigkeit. Vom orthodox-evangelischen Standpunkt betrachtet Prof. Wirtz die Frage in dem Kapitel: Der Uranier in Kirche und Schrift; darnach habe sich der Uranier nicht gegen die heilige Schrift zu verteidigen, sondern nur gegen die herkömmliche Auslegung derselben, eine rechthgläubige, aber nicht engherzige Ausdeutung der bezüglichen Stellen müsste zu weitgehender Toleranz des Uranismus führen.

Die nun folgende Arbeit: Das Ergebnis der statistischen Untersuchungen über den Prozentsatz der Homosexuellen ist bereits als Einzelbroschüre erschienen und in diesem Centralblatte besprochen worden; es kann daher auf das Referat verwiesen werden.

Den Ausführungen Friedländer's über die physiologische Freundschaft als normaler Grundtrieb des Menschen und als Grundlage von Sozialität wird man mit Interesse folgen, auch wenn man mit den Folgerungen nicht einverstanden ist; Friedländer unterscheidet sozial und unsozial lebende Tiere

Die sozial lebenden müssen unter sich durch Attraktionskräfte verbunden sein, die von sexuellen Unterschieden unabhängig sind. Regungen wie Familiensinn und Elternliebe führen noch nicht zur Sozialität. Dazu ist ein drittes notwendig, das bei den Tierstaaten, Ameisen, Bienen, als Instinkt, von Friedländer als Chemotaxis oder Chemotropismus bezeichnet wird. Als Merkmal der menschlichen Soziabilität ist die ausgeprägte Individualisierung zu betrachten, die in ähnlicher Weise bei den Geschlechtsungleichen vorkommt; hat sie hier ihre Wurzeln in der sexuellen Liebe, so hat sie sie bei der ersten naturentsprungenen Freundschaft in dem sozialen Attraktionstrieb; diese physiologische Freundschaft in ihren verschiedenen Formen kann Uebergänge zu sexuellen Empfindungen zeigen, aber es ist festzuhalten, dass physiologisch sinnliche Liebe nicht mit eigentlicher sexueller Liebe identisch zu sein braucht.

Für weiteren Ausbau dieser Lehre und Widerlegung etwaiger Einwendungen verweist der Autor auf spätere Veröffentlichungen.

Ueber 103 Beobachtungen von mehr weniger hochgradiger Entwicklung eines Uterus beim Manne berichtet Neugebauer. (Vergl. dazu die früheren Referate.)

Dr. v. Römer versucht die Darstellung eines Schemas der Geschlechtsdifferenzierungen nach Perioden und nach Vorhandensein 1. der Geschlechtsdrüsen, 2. Körperbau, 3. psychischen Eigenschaften, 4. Richtung des Geschlechtsetriebes. Die Nomenklatur ist ganz neu.

Als Fortsetzung einer Studie aus dem ersten Jahrgang gibt Frey Daten aus dem Seelenleben des Grafen Platen.

Einen breiten Raum nimmt schliesslich die Ordnung und Besprechung der Bibliographie der Homosexualität ein. Georg Flatau (Berlin).

CXXIV) Hermann Lossen: Die Ernst Ludwigs-Heilanstalt. Beiträge zur Anwendung der physikalischen Heilmethoden. Darmstadt, Verlag von G. L. Schlapp. 1805.

„Arzt wie Patienten einen kurzen Anschluss darüber zu geben, was an Heilfaktoren zur Zeit in der Ernst Ludwigs-Heilanstalt vorhanden und in welchen Krankheitsfällen dieselben angewandt werden können“, war, wie Verf. in der Vorrede besagt, seine Absicht, als er den umfangreichen Band von 492 Seiten schrieb. Es werden nacheinander die Bewegungs- und Uebungstherapie, einschliesslich der Massage und Orthopädie, die Thermotherapie, die Elektrotherapie, die Radio- und Phototherapie, die Inhalations- und Pneumatotherapie, sowie die Hydrotherapie geschildert, bei jedem Kapitel werden kurz die Geschichte, der physikalische Vorgang und ganz kurz die Indikation des betreffenden Heilmittels dargestellt, sowie die Apparate bzw. deren Anwendung in zahlreichen, gut ausgeführten Abbildungen dem Leser vorgeführt. Mit grossem Fleiss und Geschick hat Verf., dem neuesten Standpunkte der Wissenschaft entsprechend, das Ganze zusammengetragen, aber trotzdem wird das Werk für den Arzt noch lange nicht ein Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden ersetzen können. Und für den Laien erscheint uns dasselbe absolut ungeeignet, weil einmal zu umfangreich und zudem wegen seines wissenschaftlichen Inhaltes unverständlich; eine ganz kurze Darstellung hätte unseres Erachtens diesem Zwecke viel besser entsprochen.

Sehr gefallen hat uns die 78 Seiten lange Einleitung, in der sich Verf. über die Unterschiede zwischen wissenschaftlicher physikalischer Heilmethode

und Naturheilmethode auslöst und energisch gegen die Kurpfuscher zu Felde zieht. Wir möchten ihm raten, diesen Abschnitt als selbständige Broschüre erscheinen zu lassen; sie wird dann sicherlich viel Gutes stiften.

Buschan (Stettin).

III. Referate und Kritiken.

442) **Hans Curschmanu**: Tetanie, Pseudotetanie und ihre Mischformen bei Hysterie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27, Heft 3 u. 4.)

Aus den vom Verf. genau beobachteten und gut untersuchten Fällen ergibt sich, dass die hysterische Pseudotetanie die echte Tetanie in allen ihren eigenartigen objektiven und subjektiven Erscheinungen getreu zu kopieren vermag, selbst die klassischen Zeichen der Tetanie wie das Trousseau'sche Phänomen, die mechanische Uebererregbarkeit der Nerven etc. mehr minder ausgesprochen vortäuschen kann.

„Nur die Steigerung der elektrischen Erregbarkeit der motorischen Nerven (Erb) fehlt in allen Fällen von Pseudotetanie dauernd und stellt somit das differentialdiagnostische Kardinalsymptom zwischen der genuinen Tetanie und der Pseudotetanie dar.“

Kalberlah.

443) **Ch. H. Mayo** (Rochester, Minnesota): Thyroidectomy for exophthalmic goitre, based upon forty operation cases.

(Medical Record. 1904, Vol. 66, No. 19. S. 734—736.)

Unter 40 Fällen von Basedow'scher Krankheit, die Verf. mittels Thyroidektomie operierte, erlebte er sechs Todesfälle. Ein Operierter verstarb noch auf dem Operationstische, als die Hautwunde vernäht werden sollte, zwei 15—18 Stunden nach der Operation, drei nach 24—27 Stunden. Von den Ueberlebenden erfuhr die Hälfte eine sehr rasche Wiederherstellung, die sich speziell auf die schweren Erscheinungen wie Tachykardie, Nervosität und Tremor bezog. 25 % erreichten den gleichen Effekt erst nach einigen Monaten und ebensoviel wurden zwar gebessert, blieben aber immer noch mit unregelmässiger Wiederkehr der hauptsächlichsten Symptome behaftet. Diese Besserung bestand in erster Linie in einem Nachlass der Nervosität, der unregelmässigen Zuckungen, demnächst der Tachykardie und des Tremor, während hingegen der Exophthalmus, sofern er ausgeprägt war, zuletzt zu verschwinden begann.

Eines Versuches wert bei Morbus Basedowii hält Verf. eine Behandlung der Schilddrüse mittels X-Strahlen, deren günstigen Einfluss auf Drüsen und Lymphgefäße er durch Zufall ausprobiert hatte. In zehn Fällen von ausgesprochener Basedow'scher Krankheit versuchte er dieses Verfahren in der Absicht, dadurch einmal die Drüsentätigkeit einzuschränken und sodann einen Einfluss auf die Absorption durch die Lymphgefäße auszuüben. Geheilt wurden diese Fälle allerdings nicht, aber bedeutend gebessert. Zunächst machte sich der günstige Einfluss auf die Nervosität, in zweiter Linie auf den Tremor und in dritter auf die Tachykardie bemerkbar; der Exophthalmus wurde am wenigsten beeinflusst. Bemerkenswert waren besonders drei Fälle darunter, die mit schweren Erscheinungen einhergingen (deutlichem Exophthalmus, choreiformen

Zuckungen, Puls 120—140). In allen drei Fällen verschwanden die choreiformen Bewegungen; der Exophthalmus nahm deutlich in dem einen ab, besserte sich in dem zweiten und verschwand vollständig in dem dritten. Der Puls betrug schliesslich bei Ruhe der Patienten 68—70 in dem einen, 75—85 in dem zweiten und 90—98 Schläge in dem dritten Falle. Der Halsumfang ging um $\frac{1}{2}$ bis 1, $1\frac{1}{4}$ Zoll zurück. Es nahmen die Kranken auch an Gewicht zu. Eine dauernde Besserung wurde allerdings erst durch Ruhe und medikamentöse Behandlung erzielt. Zwei weitere Fälle von gut entwickelten Symptomen (Exophthalmus ausgenommen) besserten sich in dem Maasse, dass zur Zeit eine Diagnose unmöglich sein würde. Verf. meint, dass die Behandlung mittels Röntgenstrahlen sich als vorbereitendes Verfahren für einen operativen Eingriff empfehlen dürfte.

Buschan (Stettin).

444) **A. Strachstein** (New-York): Report of a case of tetanus following labor. (Record. 1904, Vol. 86, No. 25. S. 977—978.)

Die 34jährige Frau hatte eine normale Geburt ohne jegliche Komplikation überstanden; das Wochenbett war ebenfalls ganz normal verlaufen. Zwei Wochen nach der Niederkunft begann sie über anhaltende Schmerzen im Kreuz zu klagen, die auf die Wirbelsäule übergriffen. Am nächsten Tage stellten sich Steifigkeit derselben, Krampf der Nackenmuskulatur, Trismus, Schlingbeschwerden usw. ein; es hatte sich das Bild eines schweren Tetanus entwickelt. Die Untersuchung des Vaginalsekretes ergab das Vorhandensein von Streptokokken, zahlreichen Mikrokokken und stäbchenförmigen Bazillen, ausserdem von spärlichen Eiterkörperchen. Temperatur normal.

Therapie: Injektion von Antitoxin, zunächst von 40 ccm, sodann siebenmal hintereinander (alle drei Stunden) von je 20 ccm; als sich darauf Besserung einstellte, wurden die Injektionen in der gleichen Stärke etwas seltener wiederholt und schliesslich noch 14 Tage lang je eine Injektion von 20 ccm gemacht; im ganzen wurden 720 ccm Antitoxin dem Körper einverleibt. Dazu Ausspülungen der Scheide mit Sublimat (1:5000) mit nachfolgenden Einläufen von Kochsalz. Eine Nierenreizung trat nicht ein. Die Kranke genas.

Buschan (Stettin).

445) **Spiller**: General or localized hypotonia of the muscles in childhood (Myatonia congenita).

(Univ. of Penns. Med. Bulletin. Jan. 1906.)

Mitteilung eines Falles von angeborener Hypotonie der Muskulatur, der von Oppenheim sogenannten Myatonia congenita. In Verfassers Fall war die gesamte Muskulatur in Mitleidenschaft gezogen; am stärksten waren die unteren Extremitäten ergriffen. Das Kind starb im Alter von zwei Jahren. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein normales Nervensystem, die Muskeln dagegen erschienen blass, schmaler wie normal, stellenweise mit reichlicher Fettentwicklung und Vermehrung der Bindegewebskerne; die Querstreifung war erhalten, die Längsstreifung undeutlich. — Nach diesen Befunde glaubt Verf. annehmen zu können, dass es sich bei der Myatonia congenita um eine Muskel-erkrankung handelt. Differentialdiagnostisch kommt gegenüber der Poliomyelitis anterior der akute Beginn der letzteren, gegenüber der amaurotischen familiären Idiotie der charakteristische Augenbefund und der familiäre Charakter dieser Krankheit in Betracht.

Kölpin (Bonn).

416) **J. Grober:** Ein Fall von Kopftetanus (Rose). Aus der medicin. Universitätsklinik in Jena.

(Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. Bd. XIII, S. 40 ff., 1904.)

Im Anschluss an eine kleine Verletzung an der linken Stirnseite entwickelte sich nach 16 Tagen ein Tetanus mit Trismus, Schlingkrämpfen und mittelschwerer peripherer Parese des linken Facialis. Nach Excision der schlecht heilenden Wunde und nach mehrmaliger Einspritzung von Behring'schem Serum besserten sich alle Symptome so, dass Pat. 38 Tage nach dem Auftreten der ersten Tetanussymptome entlassen werden konnte. Bei der Entlassung war der linke Facialis noch paretisch, $\frac{3}{4}$ Jahre später war auch der letzte Rest der Facialislähmung geschwunden.

G. Liebermeister.

447) **W. Seidelmann:** Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten nach Pneumonie.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 27, Heft 1 u. 2. 1904.)

Bei einer 29jährigen Frau, die kurz vorher von Zwillingen entbunden war, trat im Anschluss an eine Pneumonie symmetrische Gangrän sämtlicher Finger und Zehen mit Abstossung dieser Teile auf, während sich eine gleichzeitig entwickelnde Cyanose der Ohrläppchen und eine enorme Schwellung beider Füße und Hände wieder zurückbildete. Bemerkenswert war die mit Fieber einhergehende starke Störung des Allgemeinbefundes. Der Verlauf der Erkrankung war ein kontinuierlicher im Gegensatz zur eigentlichen Raynaud'schen Krankheit.

Kalberlah (Frankfurt).

IV. Vermischtes.

Die psychiatrische Klinik in Giessen erhielt die amtliche Bezeichnung: „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten“.

Der Vortrag von Professor A. Cramer „Ueber Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkt aus“, über dessen Inhalt schon früher in dieser Zeitschrift berichtet wurde (S. 432), ist als 4. Heft des III. Bandes der „juristisch-psychiatrischen Grenzfragen“ im Verlag von C. Marhold erschienen. G.

Die diesjährige Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte wird am 4. und 5. November in Karlsruhe stattfinden. Geschäftsführer Nissl (Heidelberg) und Neumann (Karlsruhe). G.

In J. U. Kern's Verlag in Breslau erschien: Hugo Magnus, Sechs Jahrtausende im Dienst des Aeskulap, eine gemeinverständliche Darstellung einzelner Kapitel aus der Geschichte der Medizin. Dem Buch sind 18 Abbildungen beigegeben. Die einzelnen Kapitel haben folgenden Inhalt: Der Krankheitsbegriff in der Vorstellung der Völker. Der Heilvorgang im Wandel der Zeiten. Die Frau im Dienst des Aeskulap. Der Heilbeflossene als fahrender Gesell. Medizin und Christentum. Der ärztliche Stand und seine Schicksale. In den Sternen steht's geschrieben. Das Kurfuschartum.

Das Buch ist unterhaltend geschrieben und leicht verständlich, auch für Laien berechnet.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Krelenbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 1. November 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik.

Von Dr. C. G. Jung (Burghölzli-Zürich).

Wie den Lesern des Centralblattes bekannt sein dürfte, war die „psychologische Tatbestandsdiagnostik“ in letzter Zeit Gegenstand mehrfacher Erörterungen. Das Wesen der psychologischen Tatbestandsdiagnostik besteht darin, dass der Vorstellungskomplex eines Verbrechens in den Assoziationen nachgewiesen wird. Wie bekannt, habe ich gemeinsam mit Riklin in unserer Arbeit über die Assoziationen Gesunder den Begriff des „gefühlbetonten Vorstellungskomplexes“ aufgestellt und dessen Wirkungen auf die Assoziationen beschrieben; besonders ausführlich ist letzteres geschehen in meiner Habilitationsschrift „über das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment“. Die Aufsuchung des gefühlbetonten Komplexes in den Assoziationen Geisteskranker ist uns seit bald zwei Jahren ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel geworden, wie aus mehrfachen Publikationen von Riklin und mir hervorgeht. Nach dem Erscheinen meiner „diagnostischen Assoziationsstudien“ ist im Gross'schen Archiv für Kriminanthropologie und Kriminalistik, Bd. XV., eine Arbeit von Wertheimer und Klein: Psychologische Tatbestandsdiagnostik, publiziert worden. Die Autoren besprechen im wesentlichen die Möglichkeit, dass man in den Assoziationen auch den gefühlbetonten Vorstellungskomplex eines begangenen Verbrechens nachweisen

könne. Da nun Wertheimer und Klein irrtümlicherweise als „Erfinder“ bezeichnet werden, so möchte ich bei dieser Gelegenheit zur Klärung der Sachlage bemerken, dass, was das Experiment betrifft, die Ehre des Erfindertitels Galton oder Wundt zukommt. Der Begriff des gefühlsbetonten Vorstellungskomplexes und die Feststellung seiner spezifischen Wirkungen auf die Assoziation stammt aber aus der Züricher Klinik, speziell aus den „diagnostischen Assoziationsstudien“ (Journal für Psychologie und Neurologie 1904/05). Wenn Wertheimer und Klein etwas mehr Pietät für ihre Vorarbeiter gehabt und die Quelle zitiert hätten, aus welcher sie ihre anscheinend originellen Ideen schöpften, so hätten sie sich verschiedene unangenehme Erörterungen ersparen können (vergl. die Kritik Weygandt's in der neuesten Nummer der Aschaffenburgschen Monatsschrift).

Wertheimer's Verdienst beschränkt sich bis jetzt darauf, den Spezialfall des gefühlsbetonten Komplexes, das Verbrechen, und die Möglichkeit seiner Auffindung aus den Assoziationen betont zu haben. Versuche in dieser Richtung sind im Gange, wie ich aus privaten Mitteilungen entnehme, allerdings scheinen sie noch nicht über das Stadium der Laboratoriumsversuche hinaus zu sein.

Es wird nun gewiss interessieren, dass es mir heute gelungen ist, zum ersten Male unsere Methode der Komplexnachweisung in praxi an einem Delinquenten mit bestem Erfolg zu erproben.

Eine ausführliche Darstellung dieses Falles wird in einer der nächsten Nummern der Schweizerischen Zeitschrift für Strafrecht erscheinen. Ich erlaube mir, jetzt nur kurz den Fall zu referieren:

Gestern Abend kam ein älterer Herr zu mir in sichtlicher Erregung. Er erzählte mir, er wohne mit einem 18jährigen Manne zusammen, dessen Vormund er sei. Seit einigen Wochen habe er nun bemerkt, dass ihm von Zeit zu Zeit kleinere und grössere Beträge in seiner Kasse fehlten, im ganzen bis jetzt über 100 Francs. Er habe die Sache sofort der Polizei angezeigt, sei aber nicht imstande, Beweise gegen irgend eine Person vorzubringen. Er habe allerdings Verdacht auf sein Mündel, aber keine zwingenden Beweise. Wenn er wüsste, dass sein Mündel der Täter sei, so möchte er gerne die Sache im Stillen abmachen, um die höchst ehrenwerte Familie desselben zu schonen. Dazu müsse er aber zuerst bestimmt wissen, ob sein Mündel wirklich der Täter sei. Er verlangte nun von mir, ich solle den jungen Herrn hypnotisieren und ihn in der Hypnose ausfragen. Ich lehnte begrifflicherweise dieses Ansinnen ab, proponierte aber das Assoziationsexperiment, das man in der Form einer gelegentlichen Konsultation leicht plausibel machen könne (der Delinquent hatte mich schon früher einmal wegen gewisser leichter nervöser Beschwerden konsultieren wollen). Der Vormund ging auf den Plan ein und heute Morgen erschien der junge Herr zur Konsultation. Ich hatte natürlich vorher mein Reizwörterformular (100 Reizwörter) mit entsprechenden Komplexreizwörtern

versehen. Das Experiment ging glatt von statten; zur weiteren und festeren Umschreibung der Komplexreaktionen schloss ich noch mein Reproduktionsverfahren an. Aus den Assoziationen ergab sich nun mit einer derartigen Evidenz der Komplex des verübten Diebstahls, dass ich nachher dem Herrn mit ruhiger Bestimmtheit sagen konnte: „Sie haben gestohlen.“ Der Täter erbleichte, war vollkommen perplex und gestand nach kurzem Zögern unter Tränen den Diebstahl rückhaltslos ein.

Ich möchte diesem vorläufigen Referat bloss noch beifügen, dass die Wirkungen des Diebstahlkomplexes auf die Assoziationen natürlich genau dieselben sind, wie bei irgend einem andern Komplex von ähnlicher Gefühlsstärke. Für alles Nähere muss ich auf die spätere Publikation verweisen.

Burghölzli (Zürich), 15. September 1905.

(Aus der K. K. I. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien.)

Seekrankheit als Ursache akuter Geistesstörung.

(Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie der Geisteskrankheiten.)

Von Dr. **Max Doberschansky**, Assistent der Klinik.

Was mich zur Publikation des vorliegenden Falles veranlasst, ist die anscheinende Seltenheit, mit der der Seekrankheit, die als eine exquisit erschöpfende Noxe von rechtswegen neben den bekannten Schädlingen der Psyche, wie protrahierte Geburten, schwere Blutverluste, konsumierende Krankheiten u. a. m. rangieren sollte, eine ätiologische Rolle bei der Genese der Psychosen zuzukommen scheint. In der mir zugänglichen Literatur wenigstens konnte ich einen analogen Fall nicht auffinden — zweier nur entfernt hierhergehöriger Fälle soll weiter unten gedacht werden —, was bei der Häufigkeit der Seekrankheit und bei dem Umstande, dass die Befallenen meist während und nicht selten noch geraume Zeit nach der Attacke unter fachmännischer Kontrolle stehen (Schiffsarzt!), gewiss der Fall gewesen wäre, wenn Psychosen im Anschluss an Seekrankheit nur einigermaßen häufig zur Beobachtung kämen.

Zwar weiss man, dass akute, delirante Aufregungszustände als Begleiterscheinungen der Seekrankheit nichts Ungewöhnliches sind, aber einerseits lässt selbst ein so genauer Kenner dieses Uebels und seiner Folgezustände wie Rosenbach die Frage offen, ob es sich hierbei „um wahre Psychosen handelt oder nur um Inanitionsdelirien, oder — bei Leuten, die an grosse Mengen von Alkohol gewöhnt sind — um Erscheinungen von Delirium tremens“, und andererseits ist dabei fast aus-

nahmslos von einem Nebeneinander von Seekrankheit und Psychose die Rede, wobei *cessante causa cessat effectus*, wie in dem Falle Jobert's, einer „Mania transitoria mit Verfolgungsideen“, die sofort schwand, sobald Pat. den Fuss ans Land setzte. (Zitiert nach Rosenbach.)

Die Arbeit von Parson, der ein Delirium tremens bei einem Opiphagen nach Seekrankheit ausbrechen sah, stand mir leider nicht zur Verfügung, so dass ich nicht zu entscheiden vermag, welche Beziehungen in diesem Falle zwischen Seekrankheit und Psychose vorhanden waren.

Wesentlich anders gestaltete sich der von uns beobachtete Fall.

Hier entwickelte sich nach Ablauf eines heftigen Anfalles von Seekrankheit bei einer durch Sorgen und eine längere stürmische Seefahrt herabgekommenen Frau das klinisch wohl charakterisierte Krankheitsbild einer akuten halluzinatorischen Verwirrtheit, die nicht etwa mit dem Wegfall der durch den Aufenthalt auf hoher See bedingten Schädlichkeiten verschwand, sondern nur ganz allmählich im Verlaufe von Monaten in typischer Weise abklang.

Die oben zitierte Frage Rosenbach's: „Wahre Psychose oder Inanitionsdelir?“ müsste also für unseren Fall zugunsten der ersteren beantwortet werden.

Freilich hat Rosenbach vorwiegend, wenn nicht ausschliesslich, die psychische Erkrankung als Komplikation der Seekrankheit im Auge, während sie in unserem Falle einen durch sie ausgelösten, an sich selbständigen Folgezustand darstellt.

Sollten wir es aber deshalb mit zwei generell verschiedenen Prozessen zu tun haben? Ob die Attacke der Seekrankheit zur Zeit des Ausbruches der Psychose bereits überstanden ist, oder sich noch in den Beginn derselben hinüberzieht, mit anderen Worten, ob es sich um eine Komplikation oder einen Folgezustand handelt, wird vielfach lediglich von äusseren Umständen abhängen. So oder so aber wird — und darauf kommt es doch hauptsächlich an — der Seekrankheit eine unsäglich wichtige Bedeutung bei der Entstehung von Geistesstörungen — echter, scharf umschriebener Psychosen und nicht nur isolierter, passagerer Sinnestäuschungen und Aufregungszustände — zu vindizieren sein.

Ich teile zunächst kurz die Krankheitsgeschichte unseres Falles mit, von der naturgemäss vorwiegend die Anamnese aktuelles Interesse besitzt.

Frau C. F., 25 Jahre, moralisch, verheiratet, Arbeitergattin aus Russland. Der Mann floh, um sich der Einberufung zum Kriegsdienste zu entziehen, samt Frau und deren sieben Monate altem Kinde aus Russland und wollte nach Amerika auswandern. Sehr stürmische Ueberfahrt, am 18. Tage besonders bewegte See. Die Frau durch zwei Tage ununterbrochen seekrank, gehäuftes Erbrechen, Nahrungsaufnahme gleich Null.

Im unmittelbaren Anschluss daran (laut Aufzeichnungen des Schiffsarztes) Ausbruch der Psychose. Riss sich die Kleider vom Leibe, schlug auf ihren Mann und das Kind los; bald tobend, dann wieder gehemmt, mutacistisch, weint und lacht durcheinander.

Da der Kranken die Ausschiffung in New-York verweigert wird, muss sie ihr Mann nach Europa zurückbringen. Während der Reise unverändert.

Am 11. II. 05 Aufnahme auf dem Beobachtungszimmer des k. k. allgem. Krankenhauses in Wien. Typische Amentia.

Am 16. II. transferiert auf die k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik. Bei der Ankunft ruhig, ängstlich, schwer gehemmt, Temperatur 36°, Körpergewicht 55 kg. Schlaf und Nahrungsaufnahme genügend.

Bei dem am selben Tage vorgenommenen Examen hochgradig psychomotorisch gehemmt, kommt Aufforderungen nur zögernd nach. Sprachliche Aeusserungen erfolgen spontan überhaupt nicht, über eindringliches Befragen nur monoton, einsilbig, zögernd, mit leiser, kaum vernehmlicher Stimme. Oertlich und zeitlich nur beiläufig orientiert. Miene tief deprimiert, zuweilen ratlos, Stirne gerunzelt; stilles Weinen mit reichlichem Tränenfluss. Auf Nadelstiche nur geringe mimische Reaktion, keine Abwehrbewegungen. Vorübergehend, so z. B. beim Anblick von Geldmünzen, macht die ängstliche Spannung ihrer Züge einem Ausdruck erwachenden Interesses Platz; beobachtet den Untersuchenden bei seinen Aufzeichnungen.

Somatischer Befund mit Ausnahme mässig gesteigerter Patellarreflexe und Andeutung von Fussklonus ohne Besonderheiten.

Harn: spezifisches Gewicht 1015, sauer, klar, enthält Spuren von Serumalbumin.

Nach Angabe des Gatten keine neuropathische Belastung, früher stets gesund, ein normaler Partus im Juni 1904; Pat. stillte bis zum Ausbruch der Erkrankung. Relativ günstige äussere Lebensverhältnisse bis zur Flucht.

20. II. 05. Heute mehr ratlos als eigentlich depressiv, Hemmung generalisiert, verunreinigt sich mit Urin.

1. III. Körpergewicht auf 59 kg gestiegen. Menses bisher nicht aufgetreten.

12. III. Andeutung von Katalepsie, starrt wortlos auf den Arzt.

30. III. Etwas freier, belebtere Miene, nimmt ein wenig Notiz von ihrer Umgebung. Ausser Bett.

28. IV. Merklich freier, geht umher, gibt Generalien richtig an, schätzt zutreffend die Dauer ihres Anstaltsaufenthaltes. Sei wegen Kopfschmerz herein gekommen, bejaht lächelnd die Frage, ob sie „meschugge“ gewesen sei. Nicht mehr unrein.

1. V. Gewicht 59,50 kg.

5. VI. Aeusserlich geordnet, jedoch ohne Spontaneität, beschäftigt sich nicht. Menses noch zessierend.

12. VI. Lebhafter, äussert Freude beim Anblick ihres Kindes. Spricht unbefangen in ihrem Jargon, gibt zutreffende Auskünfte.

16. VI. Völlig lucid, klar, geordnet, Krankheitseinsicht. Ein detailliertes retrospektives Examen scheidert an dem mangelhaften Sprachverständnis der Patientin.

18. VI. Geheilt entlassen.

Ein näheres Eingehen auf die Natur des Zusammenhanges zwischen Seekrankheit und Geistesstörung liegt nicht im Rahmen dieser kurzen Mitteilung, es seien daher nur flüchtig die in Betracht kommenden Möglichkeiten gestreift.

Die Hypothese, die die Seekrankheit als eine Autointoxikation durch Zurückhaltung von Stoffwechselprodukten infolge funktioneller Insuffizienz der Sekretionsorgane, namentlich der Nieren, darstellen will, erscheint nicht hinreichend fundiert, um sie zur Erklärung einer im Gefolge der Seekrankheit einsetzenden psychischen Erkrankung heranziehen zu können, so sehr auch die moderne Auffassung der Amentia als einer Intoxikationspsychose dazu herausfordern würde, in einer schädigenden Toxinwirkung die gemeinschaftliche Ursache sowohl der Seekrankheit als auch der Psychose zu suchen.

Aber auch mit Umgehung des toxischen Momentes lassen sich in der durch eine mehrtägige Seekrankheit hervorgerufenen Inanition, der schwankenden Blutversorgung des Gehirnes, vielleicht auch der „primären, mechanischen Einwirkung“ auf die Hirnmasse, in der Rosenbach nebst der Erschütterung der Organmasse des Körpers überhaupt die Ursache der Seekrankheit erblickt, Faktoren finden, die schon de norma zu einschneidenden psychischen Umwälzungen führen, wie sie in einer schweren Willenslähmung, einer unbesieglichen Apathie und Asthenie, ja einer bis zum Lebenüberdruß sich steigernden depressiven Verstimmung zum Ausdruck kommen.

Wo also schon gesunde, kräftige Individuen mit ernsten, wenn auch vorübergehenden Störungen ihrer Gesamtkonstitution und vornehmlich deren psychischer Komponente reagieren, da kann es füglich nicht Wunder nehmen, wenn ein durch Kummer und Aufregungen aller Art (Flucht, Angst vor Anhaltung und Strafe für den Mann, stürmische Seefahrt, Sorge um die Zukunft) in seiner Widerstandskraft beeinträchtigter Organismus einen letzten schweren Insult, wie er durch die Seekrankheit gegeben ist, mit dem psychischen Zusammenbruch quittiert.

II. Bibliographie.

(XXV) Denkschrift, betreffend die besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse der Anstalten für Idioten und Epileptische im Rahmen der Irrengesetzgebung, überreicht von der Vereinigung deutscher Anstalten für Epileptische. Idstein 1904.

Das hier zur Besprechung kommende Exemplar der vorliegenden „Denkschrift“ lag der in No. 192 dieses Centralblatts vom 1. VII. 1905 (p. 528)

zum Abdruck gelangten Erklärung des für die „Vereinigung“ zeichnenden Pastor emer. Niehaus bei, die deshalb willkommen erscheinen musste, weil der Titel tatsächlich irreführen konnte, indem die „Denkschrift“ nicht von der Gesamtheit der deutschen Anstalten für Idioten und Epileptiker ausgeht, sondern von den durch Geistliche oder durch Lehrer geleiteten Anstalten.

Sie wendet sich an diejenigen Faktoren, welche auf die Gesetzgebung Einfluss haben, „im Hinblick auf die bevorstehende reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens“ mit dem Wunsche (p. 56):

„dass den besonderen, von denen der eigentlichen Geisteskranken wesentlich abweichenden, Verhältnissen der Idioten und Epileptischen durch besondere, von denen für Irrenanstalten völlig geschiedene, gesetzliche Bestimmungen für die Idioten und Epileptikeranstalten Rechnung getragen und dadurch die gedeihliche Fortentwicklung der Fürsorge für die genannten beiden Klassen in den historisch begründeten, wissenschaftlich geforderten und praktisch bewährten Bahnen gewährleistet werde.“

Ein „historischer Teil“ (I) verbreitet sich über die historische Entwicklung der Fürsorge für Idioten und Epileptische.

Ein „prinzipieller Teil“ (II) sucht eine „wissenschaftlich begründete Darstellung der Krankheitszustände und der daraus folgenden Bedürfnisse der Idioten und Epileptiker“ zu geben.

Ein „praktischer Teil“ (III) ist dem heutigen Betriebe der Anstalten, wobei auch die „ärztliche Mitwirkung“ zur Sprache kommt, gewidmet.

Es folgt die „Zurückweisung von Angriffen“ (IV) und „Zusammenfassung von Wünschen im Hinblick auf die Gesetzgebung“ (V).

Ein erster Abschnitt handelt über den „Beginn der Arbeit an den Idioten“, bei welchem die Privatwohlthätigkeit, insbesondere die Innere Mission und die christliche Charitas eine Hauptrolle spielt; ein zweiter über den „Beginn der speziellen Fürsorge für die Epileptiker“, den die Schrift etwa von den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts datiert. „Auch dieses Werk wurde, wie die eigentliche Idiotenfürsorge, von der Privatwohlthätigkeit und wohl noch ausschliesslicher als diese von der bewussten christlichen Liebesthätigkeit beider Konfessionen aufgenommen“ (p. 12).

Es folgt eine „Tabelle der bestehenden deutschen Anstalten für Idioten und Epileptiker“ und eine „zusammenfassende Darstellung der Entstehungsverhältnisse“, die feststellt, dass die Entdeckung von der Möglichkeit einer erzieherischen Beeinflussung des idiotischen Zustandes und die Ausbildung der spezifischen Unterrichtsmethoden nicht als eine Errungenschaft der medizinischen Wissenschaft oder speziell der Psychiatrie betrachtet werden kann und es für unhaltbar erklärt, wenn Wildermuth die ärztlich beeinflussten Anstaltsgründungen der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts und die späteren, vorwiegend konfessionell gefärbten, Gründungen gegenüberstellt.

Weiter beruft sich die „Denkschrift“ auf Zeugnisse von Aerzten, welche die Leistungen der nichtärztlichen, speziell der pädagogischen Kreise auf diesem Gebiet anerkennen.

Im „prinzipiellen Teil“ resumiert die Schrift, dass die medizinische Wissenschaft, speziell die Psychiatrie, den überwiegenden Teil der Arbeit in der praktischen Fürsorge für die beiden Kategorien auf ein nichtärztlich Gebiet verweist und „somit der tatsächlichen geschichtlichen Entwicklung die

wissenschaftliche Sanktion erteilt“ (p. 22); „auch nach wissenschaftlicher Erkenntnis ist also die praktische Fürsorge für die Idioten eine vorwiegend pädagogische Angelegenheit“ (ibid.). Auch hierfür wird eine Reihe ärztlicher Gewährsmänner, das Urteil von „zum Teil ersten Autoritäten“ angeführt, die alle betonen, dass die ärztliche Therapie den idiotischen Zuständen gegenüber fast ganz machtlos ist und „sich fast nur auf die Behandlung körperlicher Begleiterscheinungen und allgemeine Gesundheitspflege erstrecken kann, dass dagegen die den Idioten zu bringende Hilfe nach wissenschaftlicher Erkenntnis im wesentlichen auf dem Gebiete der Erziehung liegt“ (p. 27).

Dieses Kapitel schliesst mit der Forderung: „Die Medizin hat für das pädagogische Spezialfach der Schwachsinnigenerziehung wichtige Vorarbeiten zu liefern; die „unmittelbare erzieherische Einwirkung auf die Idioten ist jedoch Sache der Pädagogik.“

Auch für die anstaltsbedürftigen Epileptiker könne nach dem Stande der medizinischen Wissenschaft, zumal die Epilepsie unheilbar und in ihrem Wesen noch nicht völlig erforscht sei, nichts anderes geschehen als die Durchführung einer hygienischen und diätetischen Lebensweise und die Verabreichung von Medikamenten, „welche in manchen Fällen wenigstens eine Linderung des Leidens, ein Nachlassen in der Häufigkeit der Anfälle bewirken können“.

Seite 32 und ff. wird die Wichtigkeit psychischer Behandlung der Epileptiker wegen der starken Beteiligung der Psyche bei ihrer Krankheit an der Hand von Zitaten aus ärztlichem Munde betont.

Die Ausführungen im „praktischen Teil“ (p. 35 ff.) treffen den Kernpunkt der Frage.

Weder idiotische noch epileptische Zustände sollen der praktischen Psychiatrie ein Arbeitsfeld bieten. Bei den Idioten soll nicht die zugrunde liegende Krankheit, „welche ja bereits abgelaufen und therapeutischer Beeinflussung nicht mehr zugänglich ist“, sondern der durch die Krankheit herbeigeführte Zustand geistiger Schwäche und Invalidität Hilfe erfordern; und bei den Epileptischen die direkte ärztliche Behandlung ihres Leidens nur die Voraussetzung der „viel weiter greifenden, die gesamten Lebensverhältnisse umspannenden“ nicht ärztlichen Fürsorge sein. Dem entsprechend werden die Idioten- und Epileptikeranstalten nicht als Krankenanstalten, sondern als „Erziehungs- und Fürsorgeanstalten von ganz besonderer Art“ bezeichnet.

Die Pflege des religiösen Lebens wird für das gesamte Werk an den Idioten und Epileptikern als ausserordentlich wichtig hervorgehoben, zumal bei der religiösen Empfänglichkeit der Idioten und Epileptiker. „Unter solchen Umständen erscheint die Ansicht wohl nicht unberechtigt, dass den tiefsten Bedürfnissen dieser Kranken durch eine treue und gewissenhafte Pflege ihres religiösen Lebens in Unterricht, Gottesdienst, Seelsorge und christlicher Hausordnung am besten entsprochen wird; besser, als wenn eine, religiöser Lebensanschauung persönlich fernstehende, Umgebung grossmütig und tolerant genug ist, den religiösen Gedanken des Pflégelings nicht entgegen zu treten.“

Nachdem pg. 36 festgestellt worden ist, dass wohl die Mehrzahl der Idiotenanstalten Geistesschwache aller Art und jeden Alters beherbergt, spricht sich die Denkschrift über die Leitung der Anstalten für beide Kategorien aus wie folgt:

„Der geschichtlichen Entwicklung und den besonderen Aufgaben der Anstalten für Idioten und Epileptische entspricht es, dass ihre unmittelbare Leitung in der grossen Mehrzahl der Fälle in der Hand von Geistlichen oder Pädagogen liegt.

Für die Idiotenanstalten insbesondere ist dies, wie oben gezeigt wurde, auch nach den Ergebnissen der medizinischen Wissenschaft das Natürliche, da ja auch diese die Hilfe, welche den Geistesschwachen zuteil werden kann, als eine weit überwiegend unterrichtliche und erziehlche Tätigkeit kennzeichnet. Auch die Fürsorge für die eigentlichen Schulunterricht nicht mehr geniessenden älteren Idioten, ihre Beschäftigung, ihre geistige und gemütlche Beeinflussung ist hauptsächlich pädagogischer Natur.

Wo anstatt der pädagogischen eine ärztliche Leitung ist, fehlt es zwar auch nicht an den unentbehrlichen Lehrkräften und Schuleinrichtungen, Werkstätten usw., aber es liegt doch die Gefahr nahe, dass der Anstaltsbetrieb den pädagogischen Grundcharakter verliert, indem er, der Natur der Sache zuwider, demjenigen einer eigentlichen Krankenanstalt angenähert wird.

Die pädagogische Arbeit entfaltet sich nur da gedeihlich, wo ihre Selbstständigkeit gewährleistet ist. Wird sie dagegen ärztlicher Leitung untergeordnet, so bedeutet das eine lähmende Einschränkung desjenigen Faktors, der von jeher in der praktischen Fürsorge erfolgreich gewesen ist, zugunsten einer mit geringer Aussicht auf Erfolg arbeitenden theoretischen Forschung.“

Allerdings müsste auch der pädagogische Anstaltsleiter mit dem Auge des Arztes sehen gelernt haben, wie denn die an der Spitze solcher Anstalten stehenden Persönlichkeiten „mit den sonstigen notwendigen Eigenschaften und Fähigkeiten eine gewissenhafte Berücksichtigung der eigentümlichen Krankheitszustände der ihrer Obhut Anvertrauten verbinden müssen, wozu die treue Unterstützung und Vorarbeit von ärztlicher Seite nicht entbehrt werden kann.“

Weitere Kapitel sind dem Lehrpersonal und dem Pflegepersonal gewidmet; den geistlichen Genossenschaften beider Konfessionen angehöriges Pflegepersonal wird in erster Linie empfohlen; „aber auch bei nicht genossenschaftlichem, sog. „freiem“ Personal bietet die pädagogische oder geistliche Leitung Gewähr für die Erziehung und dauernde sittliche Beeinflussung desselben.“

Die Kapitelüberschrift „ärztliche Mitwirkung“ bringt zum Ausdruck, dass die ärztliche Tätigkeit als die Hauptarbeit an den einschlägigen Anstalten nicht zu gelten hat. Auch fehle es nicht an Anstaltsärzten, welche „es keineswegs als einen Nachteil ansehen, dass sie, ohne mit Direktorialgeschäften belastet zu sein, ganz ihrem ärztlichen Beruf sich widmen können“ (p. 48).

Ebenda wird ausgeführt, dass die vielfach durch private Zuwendungen unterstützten, zum grössten Teil durch Privatwohlthätigkeit, durch freie christliche Liebestätigkeit entstandenen Anstalten die von den Provinzialverwaltungen und Regierungen ihnen überwiesenen, der öffentlichen Fürsorge anheimgegebenen Pflegelinge mit verhältnismässig geringen Kosten zu verpflegen in der Lage seien.

Die „Angriffe“, deren „Zurückweisung“ ein weiteres Kapitel gewidmet ist, beziehen sich auf den Vorwurf, dass man in den nicht ärztlich geleiteten Anstalten rückständigen Anschauungen huldigte, welche die Pflegebefohlenen nicht lediglich als Kranke ansähen und behandelten, „deren anscheinend sittliche Mängel mit ganz anderen Massstäben zu messen sind, als bei Gesunden“ (p. 52);

dass ferner in denselben die durch die medizinische Wissenschaft verworfenen Zwangsmittel eine Zufluchtstätte gefunden hätten.

Diesen „Angriffen“ gegenüber zieht die „Denkschrift“ für ihre Ueberzeugung, „dass ein erspriessliches Zusammenwirken der Geistlichen und Pädagogen an unseren Anstalten mit den Aerzten keineswegs zur Voraussetzung hat, dass die Oberleitung des gesamten Betriebes in ärztlichen Händen liegt,“ auch die Erfahrung und die auf ihr beruhenden Urteile von ärztlicher Seite heran. Es heisst hier weiter:

„Auch Geh. Med.-Rat Dr. Weber, Direktor der Königl. sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein, als er auf der Medizinalbeamten-Versammlung zu Leipzig 1903 die Forderung aufstellte, dass die Leitung der Anstalten nicht nur für Geisteskranke, sondern auch für Idioten (Trunksüchtige) und Epileptische ausschliesslich Aerzten vorbehalten bleibe, und diese Forderung vom psychiatrischen Standpunkt begründete, erkannte diese Tatsache an, indem er hinzufügte (Offizieller Bericht p. 51): „Ich sage ausdrücklich vom psychiatrischen und nicht vom ärztlichen Standpunkt; denn nach meiner Erfahrung wird dieser Standpunkt von manchen Aerzten, auch amtlich massgebenden, nicht geteilt ...“

Die „Denkschrift“ fährt dann fort:

„Ist dies aber z. Z. die wirkliche Stimmung innerhalb der deutschen Aerzteschaft,*) wie sie ja auch speziell in der Idioten- und Epileptikerfürsorge der Natur der Sache und der tatsächlichen Entwicklung der Verhältnisse völlig entsprechend ist, so kann die Stellungnahme des Vereins der deutschen Irrenärzte in der Jahressitzung zu Frankfurt a. M. 1893 nur aus einer damals besonders veranlassten Erregung begriffen werden. Wir würden auch nicht mehr auf sie zurückzukommen brauchen, obwohl sie damals naturgemäss weithin grosse Beachtung gefunden hat, wenn nicht auch jetzt noch bisweilen vereinzelte Stimmen an sie erinnerten und sich ausdrücklich auf sie beriefen. Dort wurde u. a. die These aufgestellt (I 3):

„Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehende Anstalten für Geisteskranke — einerlei, ob dieselben heilbar oder unheilbar sind, — für Epileptische und für Idioten entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können deshalb als „zur Bewahrung, Kur und Pflege dieser Kranken geeignete Anstalten“, auch im Sinne des preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891, nicht betrachtet werden.“ (!)

Weiter wird festgestellt (p. 55), dass weite Kreise der Bevölkerung die innigsten Sympathien mit den betreffenden Anstalten haben, sowie „dass eine grosse Anzahl von Bundesregierungen und Provinzialverwaltungen ihre Armenpfleglinge mit der vollen Ueberzeugung den christlichen Wohltätigkeitsanstalten übergeben, dass sie trotz der geringeren Kosten hier wohl aufgehoben sind, dass also auf diesem Wege der Verpflichtung zur Unterbringung in geeigneten Anstalten vollauf entsprochen wird und auch die idealen Werte wohl zu schätzen wissen, die in dem tatkräftigen Interesse des Publikums für die christlichen Anstalten liegen.“

„Auch heute noch“ — schliesst das Kapitel (p. 56) — „treten wir, wie die ganze vorliegende Denkschrift zeigt, aus voller Ueberzeugung für ein harmonisches Zusammenwirken mit den Aerzten ein, müssen aber auch noch ebenso entschieden uns dagegen verwahren, dass unsere Anstalten mit den Irren-

*) Diese Worte sind im Original nicht gesperrt gedruckt. Ref.

anstalten ohne weiteres zusammengeworfen werden und dass im Zusammenhang damit die ärztliche Oberleitung derselben als eine unerlässliche Forderung hingestellt wird.“

Im Abschnitt V wird die Befürchtung ausgesprochen, dass eine Eingliederung der Anstalten für Idioten und Epileptische in die Verhältnisse der Irrenanstalten und dementsprechende ärztliche Oberleitung die Sache ganz erheblich schädigen würde; die Hauptarbeit der praktischen Fürsorge, die pädagogische, würde zurückgedrängt werden zugunsten theoretischer Forschungen; die Gewinnung tüchtiger Lehrer würde erschwert, die Anstalten würden ihres Charakters als Anstalten der christlichen Liebestätigkeit beraubt werden. Ueberdies würde die nötige Anzahl geeigneter Psychiater überhaupt nicht verfügbar sein; mit grösster Wahrscheinlichkeit würde eine Verschlechterung der Qualität des Wartepersonals eintreten „namentlich, wenn die religiösen Genossenschaften verdrängt werden sollten oder ihrerseits unter den veränderten Verhältnissen sich von dieser Arbeit zurückziehen müssten.“

Seite 58 und 59 wird es wieder klar ausgesprochen, dass die Anstalten, welche die Denkschrift vertritt, nicht nur „Erziehungsinstitute“ für jugendliche, sondern auch „Fürsorgeinstitute“ für erwachsene Idioten und Epileptische sein wollen. Da diese Anstalten in ihren Einrichtungen und ihrem Betrieb nicht als Krankenanstalten gelten wollen, wird die ärztliche Leitung als unzweckmässig und in mancher Beziehung undurchführbar bezeichnet, „während die unterstützende ärztliche Mitarbeit natürlich nicht fehlen darf.“

„Mit diesem prinzipiellen Urteil soll selbstverständlich die Tatsache nicht in Abrede gestellt werden, die wir vielmehr freudig anerkennen, dass es auch treffliche, ihrer Aufgabe in jeder Hinsicht gerecht werdende ärztliche Leiter von Idioten- und Epileptikeranstalten gegeben hat und gibt. Dagegen aber müssen wir entschieden protestieren, dass ärztliche Oberleitung allgemein als notwendiges Erfordernis bezeichnet wird, und dass sie auch für diejenigen Anstalten obligatorisch gemacht werden soll, welche unter pädagogischer oder geistlicher Leitung segensreiche Erfolge aufweisen. Im Sinne einer allgemeinen Regel halten wir die letztere für das Natürliche und Zweckmässige und haben dabei sowohl die historische Entwicklung wie die Aussagen der medizinischen und speziell der psychiatrischen Wissenschaft auf unserer Seite. Um klare Verhältnisse zu schaffen, sollte in den Bestimmungen, welche für die von Pädagogen oder Geistlichen geleiteten Anstalten gelten, die Bezeichnung des Anstaltsarztes als „leitender Arzt“ vermieden werden, bezw. nur da, wo mehrere Aerzte an einer Anstalt tätig sind, auf den ersten derselben (Oberarzt) Anwendung finden.“ (p. 59 Anmerkung.)

Zum Schluss wird die Forderung ausgesprochen (p. 60), dass „die Revision nicht vorwiegend vom hygienischen und psychiatrischen Standpunkt aus geschehen, sondern auch den pädagogischen Charakter der Anstalten in Betracht ziehen sollte; und dementsprechend sollte der revidierenden Kommission auch der Leiter einer Idioten- bzw. Epileptikeranstalt als Spezialsachverständiger beigegeben sein.“ —

Die Bedeutung der „Denkschrift“ machte eine ausführliche Wiedergabe ihres Inhalts unerlässlich; sie erheischt aber auch eine eingehende Erörterung vom psychiatrischen Standpunkt aus.

Die „historische Uebersicht“ wird dem Anteil der Aerzte an der Entwicklung der Fürsorge für Idioten und Epileptische nicht gerecht. Gerade in der ersten Zeit der Anstaltserrichtungen bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts ging von ärztlicher Seite die grösste Anregung aus, wenn auch der ärztliche Beruf nicht so sehr wie der geistliche danach angetan ist, aus eigener Initiative Geldmittel zu sammeln und Wohltätigkeitsanstalten zu gründen. Die spezielle Fürsorge für Epileptiker ist weit älter, als es in der „Denkschrift“ angegeben wird. Das Juliusspital in Würzburg hat seit 1773 eine eigene, ärztlich betriebene Einrichtung für Epileptiker; Frankenthal seit 1811, Frankfurt a. M. sei 1819, Pforzheim seit 1847, Bendorf seit 1848. In der beigegebenen Tabelle hat die „Denkschrift“ unter den Anstaltsstiftern an Stelle der Aerzte, welche Stiftungen ins Leben gerufen oder lebensfähig gemacht haben, mehrfach die entsprechenden Verwaltungsbehörden etc. gesetzt. So wird als Stifter der Anstalt Hubertusburg die sächsische Regierung bezeichnet, während p. 8 berichtet wird, dass der Bezirksarzt Dr. Etmüller den Anlass gegeben hat.

Als Stifter der Mecklenburgischen Staatsanstalt zu Schwerin wird der Grossherzog angegeben, während die Anregung zur Gründung von dem späteren Professor der Psychiatrie Dr. Nasse in Bonn (damals Direktor der Irrenanstalt Sachsenberg) und seinem Nachfolger Dr. Löwenhard ausging.

Die Existenz der unterfränkischen Anstalt Gemünden wurde ermöglicht durch das Eingreifen des Kreismedizinalrats Dr. Schmitt, der zunächst bereitliegende Privatstiftungsmittel dem Unternehmen des Taubstummenlehrers Herberich zuwandte und dann auch durch die Gründung des unterfränkischen Idiotenunterstützungsvereins die Anstalt lebensfähig machte.

Dr. Wildermuth's Gegenüberstellung der ärztlich beeinflussten Anstaltsgründungen in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts und der späteren, vorwiegend konfessionell gefärbten, Gründungen ist berechtigt. Das ärztliche Element wurde bei letzteren Anstalten ganz in den Hintergrund gedrängt; grosse Anstalten wie Kückenmühle bei Stettin haben erst in den letzten Jahren Aerzte bekommen; ja in Süddeutschland (Bayern, Kr. Schwaben) hat die grosse Anstalt Ursberg, die rund 2000 Insassen (Pflegerlinge nebst Personal) zählt, keinen Hausarzt, sondern der nächste Dorfarzt, 3 km entfernt, besorgt die Anstalt nebenbei.

Die Zitate aus ärztlichen Schriften sind zum Teil aus dem Zusammenhang gerissen, zum Teil unvollständig wiedergegeben oder unzutreffend im Sinne der „Denkschrift“ gedeutet.

Es ist erforderlich, einige der Zitate wörtlich wiederzugeben und nach dem Original zu ergänzen; es seien im folgenden diese Ergänzungen durch gesperrte Schrift kenntlich gemacht.

„Dr. Schliep (Stettin) schrieb in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ (1891, No. 18): Die ärztliche Tätigkeit in unseren Anstalten für Idioten und Epileptische, wie sie ist und wie sie werden muss): „Eine Besprechung der Stellung und Tätigkeit des Arztes in den Deutschen Anstalten für Idioten und Epileptische ist ein novum atque inauditum. Was geht die Aerzte diese Sache an, nachdem andere sich derselben gewidmet haben? — so scheint die Frage zu liegen; so wird vielfach geurteilt. Und doch gibt ein anderer Standpunkt eine andere Beleuchtung. Nicht durch Laien, sondern allein durch Aerzte ist und wird das Wesen auch dieser

Krankheit ergründet; ihrer Forschung sind Unwissenheit und Aberglauben gewichen. Sie gaben und geben die Mittel zur Bekämpfung der Fallsucht. Sie linderten und sie allein werden lindern die körperlichen Gebrechen der Idioten. Die Verantwortlichkeit für dies alles liegt seit lange auf ihren Schultern allein. In dem Nachfolgenden handelt es sich darum, das Drückende der ärztlichen Stellung bei diesen Anstalten klarzustellen, die zu solcher Bürde geworden ist, dass sie in der Weise wie bisher nicht länger getragen werden kann. Doch es finde vor unserem „Haben und Soll“ hier noch etwas sein Recht: Die volle Anerkennung des Verdienstes der Geistlichen und Laien um Idioten und Epileptische. Fürwahr, die Opferfreudigkeit, der Geist rettender Nächstenliebe, der Unternehmungsmut, die nie ermüdende Ausdauer der Leiter solcher Anstalten haben vollberechtigten Anspruch auf das Wort Verdienst. Verstehend das Bedürfnis der Zeit hatten sie das Harz und sie haben es gewagt. Gerettet sind durch sie viele Tausende armer Unglücklicher vor dem Verstossensein. Die Fürsorge, dies Bieten der Liebe an die Elendesten der Menschen ist ein rührendes, ein liebliches Bild. Eine solche sittliche Tat kann niemand verkleinern wollen. Nun aber ist eine neue Zeit angebrochen — es muss ausgebaut werden! . . . In allen unseren Idioten- etc. Anstalten ist der ärztliche Wirkungskreis mit wenigen Ausnahmen ein zu beschränkter.“ Der Verfasser umschreibt sodann den grossen Kreis der ärztlichen Tätigkeit an den fraglichen Anstalten und fährt dann fort: „So lange der Arzt nur konsultierter Arzt ist, der gegen eine Pauschalsumme die Krankenbehandlung nach den Intentionen der Anstaltsleitung besorgt, kann von einer ausreichenden Behandlung nicht die Rede sein.“

Weiter wird Siemens zitiert:

„Ein weiteres Zeugnis stammt von Medizinalrat Dr. Siemens, Direktor der Irrenanstalt Lauenburg (Bericht über die Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte in Frankfurt a. M. 1893, S. 13f.):

„Wir erkennen gern diese Erfolge an. Zu einer Zeit, da niemand sich um die Idioten und Epileptiker bekümmerte, wo die Kommunen ihre Verpflichtung, für sie zu sorgen, nicht anerkannten, da haben einzelne Geistliche und Genossenschaften unter geistlicher Leitung sich dieser Unglücklichen angenommen und haben Anstalten gegründet, um sie zu pflegen. Dass unser opferfreudiges deutsches Volk, welches das Elend der Kranken sah, ihnen die Mittel reichlich gegeben hat, dass die Behörden ihnen jede Unterstützung haben ange-deihen lassen und fortwährende Sammlungen gestatteteten, das ist ihnen zugute gekommen.“

Hier fährt das Original fort: „Man hat ihnen auch administrativ die Sache so leicht wie möglich gemacht. Sie haben volle Freiheit gehabt, sich beliebig zu entwickeln. Keine revidierende und reglementierende Behörde hat sie jemals beengt, keine staatliche Ueberwachung und Kontrolle hat sie gedrückt, keine Rechnungsbehörde in der in unseren Anstalten üblichen skrupulösen Weise ihre Ausgaben und Einnahmen auf Heller und Pfennig geprüft. Ein oder zwei Mitglieder des Kuratoriums sagen Ja und Amen zur Jahresrechnung und alles ist in Ordnung. Es sind eben günstige

Ausnahmebedingungen, unter denen sie stehen, sie haben Rechte, aber keine Pflichten. Wenn aber hieraus Kapital geschlagen werden soll gegen uns Aerzte, so müssen wir uns dagegen energisch wehren. Es wird endlich Zeit, dass die Aufmerksamkeit der Behörden und des Publikums auf diese auffallende, durch nichts begründete Ungleichheit gelenkt wird, welche bezüglich der von Geistlichen geleiteten Kranken- und Irrenanstalten und der von Aerzten geleiteten besteht.“

Weiter wird Kraepelin (Die psychiatrischen Aufgaben des Staates, Jena 1900, S. 8) zitiert:

„Wir erkennen freudig an, was Lehrer und Geistliche auf diesem so dornenvollen Boden an mühseliger erzieherischer Tätigkeit geleistet haben. Niemand wird ihnen daher dieses ihr eigenstes Gebiet streitig machen wollen...“

Hier fährt das Original fort:

„Auf der anderen Seite aber darf durchaus nicht vergessen werden, dass die Idiotie eine **Krankheit** ist. Solche Fortschritte auf diesem Gebiete, die über die Ersinnung eines zweckmässigen Unterrichtsverfahrens hinausgehen, sind daher ausschliesslich von der Arbeit psychiatrisch gebildeter Aerzte zu erwarten... So lange die Fürsorge für die Idioten... wesentlich der öffentlichen Wohltätigkeit zufällt, kann der Spielraum für ärztliche und insbesondere wissenschaftliche Bestrebungen immer nur ein geringer sein. Es muss daher nachdrücklich betont werden, dass Epileptiker, Idioten, Trinker, da sie innerhalb gewisser Grenzen der Freiheitsbeschränkung bedürfen, nur vom Staate versorgt werden sollten, und dass es sich hier um ärztliche Gebiete handelt, auf denen nur Heilkunde, insbesondere die Psychiatrie, das letzte Wort zu sprechen hat... Die Entwicklungsstufe, die wir durch die ausgedehnte Verstaatlichung des Irrenwesens im wesentlichen überwunden haben, wird auch in der Fürsorge für Idioten, Epileptiker und Trinker nicht ohne schweren Schaden für Sache und Personen dauernd festgehalten werden können.“

Wenn es in der herangezogenen Schrift von Weygandt heisst, dass der Löwenanteil der psychischen Behandlung den Pädagogen anheimfalle, so ist damit 1. die Gesamtheit der Schwachsinnigen einschliesslich der Hilfeschüler gemeint; 2. damit nichts gegen die ärztliche Oberleitung gesagt, so wenig, wie wenn konstatiert wird, dass bei arbeitsfähigen chronisch Geisteskranken der Löwenanteil der Beschäftigung vom Oekonomieinspektor und den Handwerksmeistern der Anstalt besorgt wird.

Es ergibt sich aus den Zitaten ärztlicher Schriftsteller lediglich, dass die Aerzte stets bereit waren, objektiv und gerecht zu urteilen und das Verdienstliche der geistlichen Anstalten anzuerkennen, die viele Idioten aus der Verwahrlosung in bessere Pflege gebracht haben.

Die Idiotenbehandlung ist allerdings in vieler Hinsicht pädagogisch, wenigstens bei den Jugendlichen, während die Idiotenanstalten freilich auch sehr viele Erwachsene verpflegen, dazu auch zahlreiche Geisteskranke im engeren Sinne, Schwachsinniggewordene, Altersschwachsinnige. Dies „pädagogisch“ betrifft aber im wesentlichen die Pflege der Kinder, wie sie auch die Eltern

ihren Kindern angeeignet lassen; dem gegenüber tritt der Unterricht, die didaktische Behandlung, die allein eine Lehrausbildung wünschenswert macht, recht weit zurück; von den bayerischen Idiotenanstaltsinsassen werden z. B. laut Prospekte nur 15,8% als unterrichtsfähig bezeichnet; bei $\frac{5}{6}$ ist also eine spezifische Lehrtätigkeit ausgeschlossen.

Darin, dass von einer „Heilung“ bei Idioten nicht die Rede ist, stimmen sie überein mit vielen tausenden Geisteskranken, deren Behandlung ja in den Irrenanstalten auch einen pädagogischen Charakter unter ärztlicher Führung trägt.

„Pädagogisch“ ist auch die Beschäftigung der Geisteskranken, wozu nicht Lehrer, sondern Oekonomen, Gärtner, Handwerksmeister u. a. unter ärztlicher Aufsicht anleiten. Gerade solche Anleitung zu nützlicher Arbeit ist weit zweckmässiger für die zum dauernden Anstaltsleben bestimmten Idioten; denn so tragen sie doch, selbst wenn sie Analphabeten blieben, zum Unterhalt bei, während die blosser Unterweisung in den Elementarfächern und die Anhäufung von Gedächtnisballast, Liedern und Sprüchen bei dem ständigen Anstaltsaufenthalt ganz zwecklos und unproduktiv ist.

Gewiss ist die psychische Behandlung der Epileptiker von grösster Bedeutung, aber nicht im Sinne psychologischer Beeinflussung, sondern im psychiatrischen Sinne wegen des vielfach krankhaft veränderten Geisteszustandes der anstaltsbedürftigen Epileptiker.

Einer der ärgsten Trugschlüsse ist der, welcher sich gegen die ärztliche Leitung der Epileptikeranstalten aus dem Gesichtspunkt wendet, weil die Epilepsie unheilbar und in ihrem Wesen noch nicht völlig erforscht sei. Es drängt sich hier der Hinweis auf andere, der Heilung schwer zugängliche, noch nicht genügend erforschte Krankheiten auf, wie: Krebsleiden, Zuckerkrankheit, Tuberkulose.

Nicht entschieden genug kann Einspruch erhoben werden gegen eine Auffassung, nach welcher idiotische und epileptische Zustände der praktischen Psychiatrie kein Arbeitsfeld bieten sollen und dementsprechend die Idioten- und Epileptikeranstalten nicht als Krankenanstalten, sondern als „Erziehungs- und Fürsorgeanstalten von ganz besonderer Art“ zu bezeichnen seien.

Die Idioten und Epileptiker sind Kranke und soweit sie anstaltsbedürftig sind, sind sie es ausschliesslich infolge ihrer Krankheit. Es ist ein grober, allein aus Unkenntnis der der Idiotie zugrunde liegenden Gehirnkrankheiten und ungenügender Würdigung der überaus mannigfaltigen sie begleitenden körperlichen und psychischen Störungen erklärbarer Irrtum, in der Idiotie nur das Endprodukt eines abgelaufenen Krankheitsprozesses zu erblicken.

Je mehr die wissenschaftliche Erkenntnis dieser Zustände, in dem Masse, als dieses Forschungsgebiet den Aerzten zugänglicher wird, fortschreitet, desto mehr lassen sich die in den mehr administrativen Sammelbegriff „Idiotie“ zusammenlaufenden Zustände ihrer Ursache, ihrer anatomischen Grundlage und dem klinischen Bilde nach in sehr verschiedene, durchaus nicht zum Stillstand gelangte, sondern ständig weiterarbeitende Krankheitsprozesse auflösen.

Man begegnet hier einer Mannigfaltigkeit und einem Wechsel der Symptome, einer Unterbrechung des scheinbar stationären Zustandes durch akutere Episoden von psychopathischen Erscheinungen der allerverschiedensten Art, die nur der psychiatrisch durchgebildete Arzt zutreffend beurteilen und bei der Behandlung berücksichtigen kann.

Die psychiatrischen Aufgaben mehren sich denjenigen „Idioten“ gegenüber, welche im Zeichen der Pubertätsentwicklung stehen.

Der weiteren Forschung muss es vorbehalten bleiben, in der Idiotenfrage auch therapeutisch und prophylaktisch differenzieren zu lehren, und von der Schar der mit abnormer Hirnanlage zur Welt Gekommenen, die später in der Entwicklung gehemmten, sowie die vorzeitig geistig Zurückgegangenen auch für die praktische Behandlung der Fürsorgefrage auseinander zu lernen. Früher hat man den Entwicklungshemmungen des Gehirns einen zu breiten Raum in der Aetiologie der Idiotie eingeräumt und suchte auch den Grad der geistigen Entwicklung mit dem normaler Kinder verschiedenen Alters in Parallele zu setzen. Ein einfacher Stillstand ist aber Ausnahme; meist handelt es sich um die verschiedenartigsten, oft noch nicht zum Stillstand gekommenen Krankheitsprozesse. Unter den „idiotischen“ Zuständen verbergen sich verschiedene Krankheiten, welche nur Frühformen oder besonders schwere Fälle von Erkrankungen darstellen, denen wir sonst auch, bei Erwachsenen, begegnen. Das wenige, was wir bisher über Idiotie wissen, verdanken wir den wenigen Idiotenanstalten, die unter ärztlicher Leitung stehen, und den wenigen Irrenkliniken, die sich ein grösseres Idiotenmaterial zugänglich gemacht haben.

Und nun vollends die Epileptiker! Ihrer vielbesprochenen Eigenart und ihrem wirklichen Interesse vermag nur die psychiatrische Beurteilung gerecht zu werden, welche in ihrer Reizbarkeit, Affekterregbarkeit, ihren Verstimmungen, ihren unerfreulichen Charaktereigenschaften, ihren sittlichen Mängeln nur Krankheitssymptome erkennt, aber auch den Anteil nicht übersieht, welchen ihre pathologische Geistesrichtung an dem viel hervorgehobenen religiösen Bedürfnis nimmt.

Dass die Epilepsie der Ausdruck sehr verschiedener, auch in der Fürsorgebedürftigkeit und in der Behandlung sehr verschieden zu bewertender, Krankheiten des Nervensystems ist, dass in ihrem Verlauf für den Psychiater die mannigfachsten Aufgaben erwachsen, dass gerade bei ihnen die psychische, d. h. die psychiatrische Behandlung von der grössten Wichtigkeit ist, dass somit auch die epileptischen Zustände der praktischen Psychiatrie ein weites Arbeitsfeld bieten, darüber besteht unter den Kennern dieser vielgestaltigen, weiteren Erforschung mit hoffentlich weiteren Ergebnissen noch sehr bedürftigen, aber auch zugänglichen, Krankheit vollkommenes Einverständnis. Freilich hat die praktische Psychiatrie, ebenso wie die praktische Medizin überhaupt, niemals ihren Wirkungskreis auf die „Heilung“ der „Heilbaren“ beschränkt.

In der Bezeichnung der Idioten- und Epileptikeranstalten als „Erziehungsanstalten“ liegt eine irreleitende Ueberschätzung der ihnen zugewiesenen Erziehungsaufgabe. Die Erziehung, soweit sie pädagogische Vorbildung zur Voraussetzung hat, stellt nur einen Zweig der Fürsorgetätigkeit dieser Anstalten dar und überdies nur für einen Bruchteil ausschliesslich der Jugendlichen.

Wie nach den psychiatrischen Erfahrungen und Auffassungen die besondere religiöse Empfänglichkeit der Idioten und Epileptiker zu beurteilen ist, kann hier unerörtert bleiben, da diese Frage mit der nichtärztlichen Oberleitung der Anstalten nichts zu tun hat. Dagegen ist es allerdings eine ärztliche Forderung, dass den Idioten und Epileptikern gegenüber nicht etwa das „Vergeltungsprinzip“, sei es im Sinne von „Belohnung“ oder „Bestrafung“ zur Geltung gebracht werde.

Der Idiotenerzieher soll „mit dem Auge des Arztes sehen gelernt“ haben. Wo soll er das lernen? Welche Vorbildung setzt ihn dazu instand? Wie soll der seminaristisch gebildete Lehrer, dem überhaupt die für das Studium der Medizin erforderliche Allgemeinbildung fehlt, diese Bedingung erfüllen? Wie soll der Pädagoge psychiatrische Vorbildung erwerben, da doch für eine praktische Betätigung in der Psychiatrie der Arzt der vollständigen Beherrschung der gesamten medizinischen Wissenschaft bedarf?

Mit der „treuen Unterstützung und Vorarbeit von ärztlicher Seite“, welche die „Denkschrift“ nicht entbehren will, ist es bei der Epileptikerfürsorge nicht getan; überdies wird ein Anstaltsarzt im Nebenamt selten die Gewähr einer genügenden psychiatrischen Durchbildung geben.

Die an das Pflegepersonal zu stellenden Anforderungen haben mit der Ablehnung ärztlicher Oberleitung der Anstalten nichts zu tun, auch wenn man den Standpunkt teilt, Ordensangehörige für die geeignetsten Pflegepersonen zu halten.

Der wahrhaft humane Sinn (p. 45), in dem das Personal erzogen werden soll, ist nicht an den spezifischen Geist christlicher Liebestätigkeit, welcher in den von Pädagogen oder Geistlichen geleiteten Epileptiker- und Idiotenanstalten herrscht (p. 42), geknüpft und auch den Aerzten nicht fremd. Das beste Erziehungsmittel für das Pflegepersonal bleibt neben günstigen Anstellungsbedingungen das persönliche Vorbild.

Entgegen der Auffassung der „Denkschrift“ muss mit Entschiedenheit daran festgehalten werden, dass die Hauptarbeit an den Idioten- und Epileptikeranstalten die ärztliche ist. Nur an leitender Stelle werden die Anstaltsärzte ihren das Wohl der Kranken bis ins kleinste berücksichtigenden Forderungen nachdrücklich Folge zu geben in der Lage sein und auch die wissenschaftlichen Forschungen so betreiben und fördern können, wie es die Psychiater als leitende Aerzte der Irrenanstalten sehr zum Vorteil der Fortschritte in der praktischen Irrenfürsorge getan haben und weiter tun. Vorbildlich ist hier die Förderung der praktischen Idiotenfürsorge einschliesslich der Ausbildung der Unterrichtsmethoden durch ärztliche Leiter der Anstalt für Idioten und Epileptiker in Frankreich.

Die Befürchtung, dass die Aerzte durch Belastung mit dem grossen Verwaltungsapparat von ihrer wissenschaftlichen Arbeit würden abgezogen werden, wird durch die Entwicklung der analogen Verhältnisse an den Irrenanstalten widerlegt, wo die leitenden Aerzte diese Last im Interesse der Kranken gern auf sich nehmen. Natürlich muss der ärztliche Dienst angemessen organisiert sein.

Die p. 48--49 zitierte Kostenberechnung bezieht sich auf öffentliche Irrenanstalten; für Kinder würden sich die Kosten in öffentlichen Anstalten geringer stellen.

Bisher wurde die Idiotenpflege in geistlichen Händen auch durch erhebliche private und öffentliche Beiträge vielfach unterstützt. Bei Verstaatlichung der Anstalten würden freilich die aus der Privatwohlthätigkeit beigesteuerten Mittel in Wegfall kommen. Die bisher den privaten Unternehmungen als „Wohlthätigkeitsanstalten“ zugewandten Sympathien würden auch den staatlichen nicht versagt bleiben, wenn erst einmal allgemein bekannt wird, dass das, was bisher aus Barmherzigkeit geleistet wurde, eine gesetzlich geforderte Pflicht der öffentlichen Armenverbände ist. Dass nur in Rücksicht auf diesen Charakter nicht ärztlich geleiteter Anstalten als Wohlthätigkeitsanstalten dieselben manchmal

recht milde Beurteilung erfahren, werden die Leiter der betreffenden Anstalten anerkennen.

Die „seit 1893 theologischerseits erfolgte allgemeine Anerkennung der Geisteskrankheiten als Krankheiten“ (p. 50) schliesst nicht aus, dass in den Reglements mancher Anstalten für Schwachsinnige auch heute noch Bestimmungen stehen, welche die Verantwortlichkeit der Kranken zur Voraussetzung haben.

Dass die Anwendung von Straf-, Zucht- und Zwangsmitteln auch heute noch in nichtärztlich geleiteten Idiotenanstalten gebilligt, für unentbehrlich gehalten und geübt wird, geht aus den Berichten über die „Konferenzen für das Idiotenwesen“ und aus den Berichten der Anstalten selbst hervor.

Der Direktor der Idiotenanstalt Idstein, Schwenk, sagt in einem auf der VIII. Konferenz für das Idiotenwesen in Heidelberg (17.—20. September 1895) gehaltenen Vortrag: „Die Zuchtmittel in unseren Anstalten“ folgendes:

„Wenn also der Erzieher die feste Ueberzeugung hat, dass der Zögling weiss, was ihm verboten wurde und er trotz wiederholten Verbotes, wiederholter Erinnerung, Mahnung und Warnung weiter auf seinem bösen Willen beharrt, dann bleibt allerdings nichts anderes mehr übrig, als dass das Sprichwort zur Anwendung kommt: Wer nicht hören will, muss fühlen; und da tut erfahrungsgemäss eine hölzerne Schrift auf die Kehrseite des Jungen ausserordentlich gute Dienste.“

Die Satzungen der „St. Joseph-Versorgungsanstalt Ursberg“ vom Jahre 1898, welche nach § 2 den Zweck verfolgt, „Schwachsinnigen, Taubstummen, Epileptikern und krüppelhaften Personen beiderlei Geschlechts Pflege, Erziehung und Unterricht angedeihen zu lassen,“ lauten unter § 58: „Als Strafen dürfen in Anwendung kommen:

1. Ermahnungen, freundliche und ernste;
2. Allein-Stehen, Allein-Sitzen und Allein-Essen;
3. Entziehung des Zwischenbrotes;
4. Ausschluss von den Spaziergängen, von Spielen und sonstigen Unterhaltungen;
5. Anzeige bei der Oberin und bei dem Superior;
6. bei Schülern, sofern hiergegen nicht ein ärztliches Bedenken besteht, körperliche Züchtigung innerhalb der für die Volksschule gezogenen Grenzen;
7. unter derselben Voraussetzung Verhängung einer Freiheitsstrafe bis zu sechs Stunden;
8. unter der nämlichen Voraussetzung Entziehung von einer oder zwei Mahlzeiten;
9. Ausschluss aus der Anstalt.

Die Strafen unter Ziffer 1 bis einschliesslich 6 verhängt und vollzieht die Oberpflegerin oder Lehrerin; die Strafen unter Ziffer 7 und 8 sind nur die Oberin und der Superior anzuordnen befugt. Die Entlassung eines Pfleglings kann allein der Superior verfügen. Körperliche Züchtigungen Erwachsener sind unter allen Umständen ausgeschlossen.“

In einer Schrift: „Die Neinstedter Anstalten, Verlag des Lindenhofes in Neinstedt a. Harz 1900“, heisst es unter den „Bedingungen für die Aufnahme Schwach- und Blödsinniger in die Erziehungs- und Pflegehäuser des Neinstedter Elisabethstiftes“ in § 9:

„Die Anstalt ist berechtigt, einen Kranken aus dringlichen Ursachen, z. B.

wenn derselbe sich nicht in die Ordnung der Anstalt fügt, auf andere Kranke einen schlechten Einfluss ausübt usw., ohne Kündigung jeden Tag zu entlassen . . .“; ferner unter den „Bedingungen für die Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische des Neinstedter Elisabethstiftes“ in § 9 die gleiche Fassung.

Die Behauptung, die Resolution des Vereins der Deutschen Irrenärzte 1893 könne nur aus einer damals besonders veranlassenen Erregung begriffen werden, ist nicht zutreffend.

Der Verein der deutschen Irrenärzte hat in seiner Jahresversammlung zu Hamburg am 13. und 14. September 1895 (Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 52, Sonderabdruck p. 25 u. 26) einstimmig folgenden Beschluss gefasst:

„Der Verein der Deutschen Irrenärzte erklärt wiederholt die endliche Durchführung seiner in der Jahressitzung vom 25. Mai 1893 in Frankfurt a. M. in Bezug auf die Reform des Irrenwesens einstimmig gefassten Beschlüsse als eine unabwiesbare Pflicht der Staats- und Provinzialbehörden

Die Beschlüsse lauten:

„Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehende Anstalten für Geisteskranke — einerlei, ob dieselben heilbar oder unheilbar sind —, für Epileptische und für Idioten, entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können deshalb als „zur Bewahrung, Kur und Pflege dieser Kranken geeignete Anstalten“, auch im Sinne des preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891, nicht betrachtet werden.

Unheilbare Geisteskranke bedürfen der ärztlichen Fürsorge nicht minder als die heilbaren.

Es ist deshalb Pflicht des Staates, der Provinzial- und der Kreisverbände, die hilfsbedürftigen Geisteskranken, Epileptischen und Idioten in eigenen, unter ärztlicher Leitung und Verantwortung stehenden Anstalten zu bewahren, zu behandeln und zu verpflegen. Alle im Besitz von privaten oder religiösen Genossenschaften befindlichen Anstalten der genannten Anstalten müssen unter verantwortliche ärztliche Leitung und unter besondere Aufsicht der Staatsbehörde gestellt werden. Als leitende und für die Leitung verantwortliche Aerzte dürfen nur psychiatrisch, theoretisch und praktisch vorgebildete Aerzte angestellt werden. Ihre Anstellung an im Besitz von privaten oder religiösen Genossenschaften befindlichen Anstalten bedarf, wie ihre Dienstanweisung, der Genehmigung der Staatsbehörde“

Und in der diesjährigen Jahresversammlung in Dresden (28. und 29. April), an welcher rund 200 Psychiater teilgenommen haben, hat derselbe Verein — (jetzt „Deutscher Verein für Psychiatrie“) — einstimmig folgende Resolution gefasst:

„Der Deutsche Verein für Psychiatrie erklärt im Hinblick auf die fortgesetzten Bestrebungen, die Leitung der Idioten- und Epileptikeranstalten den Nichtärzten vorzubehalten, dass er nach wie vor auf dem Boden seiner Frankfurter Beschlüsse vom Mai 1893 steht, insbesondere auf den Beschlüssen unter I 3—5.“

Diese Beschlüsse haben folgenden Wortlaut:

I 3: „Nicht unter ärztlicher Leitung . . .“ (wie oben bis): „ . . . auch im Sinne des preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 nicht betrachtet werden.“

I 4: „Es ist deshalb Pflicht des Staates . . .“ (wie oben bis): „ . . . zu behandeln und zu verpflegen.“

I 5: „Alle im Besitz von privaten . . .“ (wie oben bis): „ . . . Aufsicht der Staatsbehörde gestellt werden.“

Dass in einer Anzahl von Wohltätigkeitsanstalten die Pfleglinge wohl aufgehoben sind, wird nicht bestritten. Hier handelt es sich aber um die Frage: was muss bei einer bevorstehenden Gesetzgebung erstrebt werden? Die Irrengesetzgebung muss sich auf die besondere Fürsorge gründen, deren psychisch abnorme Menschen dadurch bedürfen, dass sie für sich selbst rechtlich nicht eintreten können. Solche psychisch abnormen Menschen sind eben die Geisteskranken einschliesslich der Idioten und vieler Epileptiker.

Die Befürchtung, dass bei ärztlicher Oberleitung der Anstalten die Hauptarbeit der praktischen Fürsorge zurückgedrängt werden würde zugunsten theoretischer Forschungen, „deren mögliche Resultate im besten Falle für spätere Generationen verwertbar wären“ (S. 57), ist gänzlich unbegründet. Die gesamte Geschichte der Medizin lehrt, dass, je intensiver der Arzt wissenschaftlich sich mit den Kranken beschäftigt, desto grösser auch das praktische Ergebnis ist.

Auch die Sorge, dass es zur Besetzung der leitenden ärztlichen Stellen an psychiatrischem Nachwuchs fehlen möchte, tut nicht not; für selbständige Stellen würde es an geeigneten Bewerbern nicht fehlen.

Weshalb bei Uebertragung der Oberleitung der Anstalten an Aerzte das Pflegepersonal sich verschlechtern sollte und die Genossenschaften ihr Personal etwa zurückziehen müssten, ist nicht erfindlich.

Ebensowenig brauchte das Interesse weiterer christlicher Kreise zu erlahmen; es bliebe für die freie Liebestätigkeit Arbeit genug, z. B. in Hilfsvereinen für entlassene Geisteskranke, desgleichen für entlassene Fürsorgezöglinge u. v. a. m.

Dass bei den erwachsenen Idioten und Epileptischen, welche die nicht-ärztlich geleiteten Anstalten ebenfalls für sich in Anspruch nehmen, „die Frage der Gemeingefährlichkeit kaum jemals eine Rolle spiele“, ist ein grosser Irrtum.

Die Forderung, bei der Revision der Anstalten auch den pädagogischen Charakter der Anstalten durch Beiordnung eines Spezialsachverständigen zur revidierenden Kommission zu berücksichtigen, findet in einem öffentlichen, staatlichen Interesse an dieser pädagogischen Wirksamkeit keine Begründung. Mit demselben Recht könnte verlangt werden, dass die Beschäftigung der Pfleglinge durch einen, der Kommission beizugebenden, sachverständigen Landwirt oder Werkmeister der Revision unterzogen würde. —

Der gesamte Inhalt der „Denkschrift“ ist dazu angetan, den im Eingang dieses Berichtes zitierten Wünschen der „Vereinigung“ (S. 56) vom psychiatrischen Standpunkt aus aufs Entschiedenste entgegenzutreten und die Forderung zu wiederholen:

Die oberste Leitung der Anstalten für Idioten und Epileptiker gehört durchaus in die Hände psychiatrisch durchgebildeter Aerzte.

Es genüge, zu dieser, von der Gesamtheit der deutschen Psychiater erhabenen Forderung einem derselben das Wort zu geben:

Sanitätarat W. Jenz, Direktor der grossherzoglichen Idiotenanstalt zu Schwerin, sagt in einem Aufsatz „Zur »Streitfrage« zwischen Aerzten und Pädagogen“ („Die Krankenpflege“, Bd. II, H. 6; 1902/3, Berlin, Reimer):

„Dass hier (nämlich bei Idioten und Epileptikern) ganz andere Verhältnisse vorliegen als bei Blinden und Taubstummen (auf welche übrigens auch die „Denkschrift“ exemplifiziert; Ref.), bei der Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit der Krankheitserscheinungen, die keine reinen Ausfallserscheinungen sind, sondern die kompliziert werden, je nach dem Ort, der Ausdehnung, der Qualität der ursächlichen Schädigung gerade des Organs, welches in ständigen Wechselbeziehungen zu allen übrigen Organen steht, und alle körperlichen und geistigen Funktionen regelt, darüber brauche ich für den, der nur etwas sachkundig ist, wohl keine weiteren Worte zu verlieren . . . So lange es sich nur um eine Art Hilfsschulen mit Internat für schwachbefähigte und minderwertige Kinder handelt, ist selbstverständlich ein sachkundiger Pädagoge, ein Lehrer, der berufenste Leiter einer solchen Anstalt, allerdings unter Aufsicht und Beratung eines psychiatrisch gebildeten Schularztes, und kein Arzt wird ihm diese Leitung streitig machen und die Rolle eines pädagogischen Kurfuschers spielen wollen. Aber das sind die meisten heutigen Idiotenanstalten, wenn sie es auch früher grösstenteils gewesen sind, jedenfalls jetzt nicht mehr. . . . Diese Anstalten sind keine Schul- und Erziehungsanstalten mehr, sondern einfach Krankenanstalten für eine bestimmte Kategorie chronisch Geisteskranker, die aus Zweckmässigkeitsgründen und in ihrem eigenen Interesse nicht den allgemeinen Irrenanstalten, sondern eben diesen besonderen Anstalten überwiesen werden. Innerhalb dieser Anstalten wird allerdings der Schulbetrieb und die Erziehung stets eine grosse Rolle spielen und die grösste Beachtung erfordern. In solchen Anstalten genügt nicht bloss ärztliche Aufsicht, sondern hier muss der Leiter selbst der Arzt sein. Die an solcher Anstalt arbeitenden Pädagogen und Lehrer werden sich diese Leitung um so eher gefallen lassen und ihr anvertrauen können, als der Arzt sie nicht bloss bezüglich seiner speziellen Fachbildung, sondern auch in der Regel seiner allgemeinen Bildung nach überragen wird. Das umgekehrte Verhältnis wäre unter diesen Umständen einfach unnatürlich . . .

Bedarf es nun für die Leitung einer solchen Anstalt oder einer Anstalt für Epileptische eines speziell „pädagogisch gebildeten“ Arztes? Ich sage mit Absicht „speziell pädagogisch gebildet“; ich meine damit wissenschaftlich pädagogisch gebildet. In gewissem weiteren Sinne ist nämlich jeder Arzt, besonders der Irrenarzt, stets mehr oder weniger Pädagog. Arzt zu sein, schliesst nicht nur eine wissenschaftliche Tätigkeit in sich, sondern ist bekanntlich auch eine Kunst. Diese Kunst lernt der Arzt zum Teil erst im Verkehr mit seinen Kranken und Pflegebefohlenen, der eine mehr, der andere weniger, je nach der Begabung, die er dafür mitbringt; sich aneignen und besitzen muss sie aber jeder Arzt, wenn er anders überhaupt Erfolge erzielen will. Sie besteht zu einem grossen Teil in der Fähigkeit, in gewissem Sinne erzieherisch auf die Kranken und Pflegebefohlenen einzuwirken, also kurz, in einer Art Erziehungskunst. Diese Erziehungskunst ist ja ganz etwas anderes als die Erziehungswissenschaft, für welche es eines speziellen Studiums oder doch einer speziellen

Beschäftigung mit ihr bedarf, und vor welcher ich denselben Respekt habe wie vor jeder Wissenschaft. Aber der Arzt als Leiter einer Idiotenanstalt oder einer Anstalt für Epileptische kommt vollständig mit seiner ihm vermöge seines Berufes innewohnenden Erziehungskunst aus. Für den wissenschaftlichen Teil, soweit es nötig ist, ist der Pädagog der Lehrer, da der jedenfalls ja bei der Ausbildung für seinen Beruf wissenschaftliche Pädagogik treiben muss. Denn wir wollen und können absolut in diesen Anstalten nicht auf die Mitarbeit des Lehrers verzichten; seine Tätigkeit und Hilfe bei der Behandlung von Idioten und Schwachsinnigen wird in keiner Weise von uns unterschätzt, wir halten sie im Gegenteil für unentbehrlich.

Sum cuique. Der leitende Arzt wird dem, an der Spitze des Schulbetriebs stehenden und für diesen verantwortlichen Lehrer, der zweckmässig die Bezeichnung „Hauptlehrer“ führt, ruhig alles in dieses Gebiet fallende überlassen, während dieser sich sowohl in seinen theoretischen Studien zur Sache, wie in seiner praktischen Tätigkeit wieder auf den Arzt stützen kann, der für alles, was seinem und seiner Untergebenen Verständnis fern liegt, für jeden Zweifel stets mit seinem Rat vorhanden ist. Nur auf dieser Basis ist ein harmonisches Zusammenwirken von Arzt und Pädagogen (Lehrer) in diesen Anstalten möglich . . .

Also ich resumiere nochmals kurz: Anstalten, welche Idioten und Schwachsinnige jeder Art und jeden Alters aufnehmen, seien es auch nur jugendliche Idioten und Schwachsinnige jeder Art, sind Krankenanstalten, und es genügt bei diesen nicht bloss die Aufsicht und Beratung durch einen psychiatrisch gebildeten Arzt, wie bei den Anstalten, die nur eine Art Hilfsschule für schwachbefähigte und psychisch minderwertige Kinder mit Internat darstellen, sondern es muss ein solcher selbst Leiter dieser Anstalt sein. Für einen „ernsten Fehler“ halte ich es, dass gesetzlich eine derartige Vorschrift noch nicht besteht, und dass bei der Mehrzahl der heutigen Idiotenanstalten diese Forderung nicht erfüllt ist. — In dem Bericht des Brandenburgischen Provinzialausschusses pro 1901 heisst es: „An und für sich halten wir nach wie vor an dem Grundsatz fest, dass die schwierige und verantwortungsvolle öffentlich-rechtliche Pflicht der eigentlichen Irrenfürsorge nicht durch Ueberweisung Kranker an Privatanstalten erfüllt werden darf.“ Dieser Grundsatz sollte allgemein auch auf die Fürsorge für Idioten, Schwachsinnige und Epileptische wenigstens in bezug auf solche Anstalten ausgedehnt werden, die der ärztlichen Leitung noch entbehren. Hierdurch würde entweder eine Aenderung in deren Organisation in unserem Sinne herbeigeführt werden, oder es würden mehr staatliche und kommunale Anstalten errichtet werden müssen, was allerdings noch vorzuziehen ist. Denn wenn es auch noch einzelne staatliche Anstalten gibt, die bezüglich dieser Forderung rückständig sind, so zweifle ich doch keineswegs, dass sich die in Betracht kommenden Behörden bei Neueinrichtungen solcher Anstalten der Einsicht nicht verschliessen werden, dass es sich um Krankenanstalten handelt und wissen werden, wem sie die Leitung ihrer Krankenanstalten anvertrauen sollen; wie denn Preussen und Mecklenburg bezüglich der Leitung und Organisation ihrer staatlichen Idiotenanstalten bereits ein Beispiel dafür bieten.“

Tuczek (Marburg).

III. Uebersichtsreferat.

Archivos brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins fundados pelos Drs. Juliano Moreira et Alfranio Peixoto.

Rio de Janeiro. Anno I. Abril 1905.

Uns liegt — dem Tenor der Einleitung wenigstens nach zu schliessen — das erste Heft der ersten brasilianischen psychiatrischen Zeitschrift vor. „Nicht der Mangel an Schriftstellern, der Mangel an Lesern“, so bemerken einleitend die Autoren, lassen das Unternehmen als ein etwas gewagtes erscheinen.

Der Inhalt ist geeignet, einen Einblick in die Psychiatrie in Brasilien zu gewähren. Wenn man aus dem Artikel der beiden Herausgeber: „Ueber Paranoia und den paranoiden Syndromen“, der Mitteilung Peixotos: „Ueber das manisch-depressive Irresein“ ein Urteil über die brasilianische „Schule“ sich erlauben kann, so scheint dieselbe vollkommen vom Geiste Kraepelin's durchweht zu sein. Ein dritter Artikel, dem eine Fortsetzung folgen soll, ist die Uebersetzung des Abschnittes „Paranoia“ aus dem Lehrbuch Kraepelin's (7. Aufl., II. Bd., pg. 590 — nur ist aus der Verrücktheit eine Werrücktheit geworden). Die klinische Einteilung der Psychosen, die der graphischen Darstellung der im Jahre 1904 in der Irrenanstalt in Rio de Janeiro untergebrachten Kranken entnommen werden kann, ist geeignet, das oben ausgesprochene Urteil noch zu bestärken. In dieser Statistik ist das ungemein starke Ueberwiegen der Alkoholiker über jede andere Gruppe sehr auffallend; wir finden unter 1806 Kranken nicht weniger als 328 Männer und 100 Frauen (24%) in der Rubrik „Psychose toxica: Alcoolismo“. Die zweit grösste Zahl von Kranken — 217 — ist der „Dementia praecox“ zugeteilt, dann folgt die „Hysterie“ mit 195 Kranken, die „Epilepsie“ mit 193, das „manisch-depressive Irresein“ mit 179 Kranken (9,9%). Auffallend ist die grosse Zahl von Imbezillen und Idioten: 138 (8,1%), eine besondere Gruppe wird unter der Bezeichnung „debelidade mental“ (= Geistesschwäche) (46 Kranke) noch davon abgetrennt. Unter dem Namen Involutionmelancholie figurieren nur 7 — Männer*). Die Paranoia liefert nur 1,1% der Fälle, Puerperal- und Erschöpfungspsychosen 0,7%. Die Infektionspsychosen, unter denen als ätiologisches Moment Syphilis, Blattern, Beriberi, Malaria, gelbes Fieber aufgezählt und zu denen endlich eine Psychose mit der Bezeichnung *atypica-anonyma* (1,5% der Fälle) zugezogen wird, nehmen ein relativ breites Feld (2,7%) ein, die progressive Paralyse ist mit 2,4% vertreten. Die Degénérationen und Psychopathen mit 4,2% bilden eine Rubrik für sich.

In einer Mitteilung von 46 Seiten entwickelt Juliano Moreira die Geschichte der Irrenfürsorge in Brasilien im allgemeinen, im Staate Rio de Janeiro im besonderen. Der Hauptanteil der Darstellung ist der Wiedergabe von Eingaben, Ministerialerlassen, Ernennungen etc.

*) Anmerkung: Wahrscheinlich handelt es sich um ein Versehen; an Druckfehlern mangelt es sonst auch nicht!

gewidmet. Die erste zielbewusste Bewegung zu gunsten der bis dahin geradezu barbarisch behandelten Irren beginnt in den 40er Jahren des vorerwähnten Jahrhunderts. Der Vorschlag, ein Irrenasyl zu bauen, fand bei Pedro II. eine zwar warme Aufnahme, aber eine recht langsame Realisation, so dass das Asyl erst im Jahre 1852 unter pompösen religiösen Akten 140 Kranken eröffnet werden konnte. Der Anlauf zu einem allgemeinen Irrengesetze war 1896 genommen worden, doch man liess den Vorwurf dann wieder fallen, bis er 1902 endgültig wieder aufgenommen und bestätigt wurde. Atteste durch zwei Aerzte, monatliche Berichte durch den Direktor der Anstalt, Besuche durch Kommissionen und andere mehr oder minder schikanöse Massregeln lassen im weitesten Masse die Einweisung und Ueberwachung der Kranken durch die Behörde zu. Das Irrengesetz — das jedoch nur jedesmal für die eine Provinz Geltung zu haben scheint — lässt auch eine Privatirrenpflege zu. Besonders eigentümlich wirken die Vorschriften, die das nötige ärztliche Personal vorsehen sollen: neben dem Direktor, der den medizinischen Teil und die Verwaltung gleichzeitig unter sich hat, sollen nicht weniger als 17 Aerzte (für 2000 Kranke!) tätig sein; darunter ein Zahnarzt, Gynäkologe, Pädiater, Anatom etc., die Zahl der vorgeschriebenen Schreiber, Sekretäre etc. ist dementsprechend gross. Leider erfährt man dagegen nichts über die Anzahl des Wartepersonals. Im Anhang sind die Verhältnisse der Irrenfürsorge in den einzelnen Provinzen wiedergegeben.

Aus dem primitiv wiedergegebenen Grundriss der Irrenanstalt in Rio lässt sich über die räumliche Verteilung der Kranken recht wenig ersehen. Das Areal, auf dem die Klinik steht, scheint ein recht ausgedehntes zu sein. Die Epileptiker sind von den übrigen Kranken getrennt. Dem Text entnehmen wir, dass die Anstalt in den letzten Jahren mit den neuesten therapeutischen Apparaten (für Balneotherapie, Kinesotherapie etc.) ausgestattet ist; für ausreichende Beschäftigung der Kranken ist gesorgt. Recht auffallend sind, wenn man die Statistik der Todesfälle sich ansieht, die zahlreichen Fälle von Tuberkulose.

Um wieder auf den klinischen Inhalt des Heftes zurückzukommen, so bietet der erste Artikel, der sich vollkommen auf die Anschauungen Kraepelin's beruft, nichts besonders; an einer Anzahl von Krankengeschichten wird der Nachweis geführt, dass paranoide Symptome bei den mannigfachsten Gruppen von Kranken entweder episodenhaft oder dauernd sich finden können. Interessanter — vom vergleichend-ethnologischen Gesichtspunkte aus — erscheint der zweite Artikel über das manisch-depressive Irresein. Die Häufigkeit dieser Psychose ist anscheinend in Brasilien eine geringere als bei uns (durchschnittlich 7%, [Statistik aus einer 10jährigen Erfahrungszeit]), die Weissen sind mit 53%, die Mischlinge mit 28%, die Neger mit 19% daran beteiligt. Was das Alter, in der die Erkrankung zum ersten Male auftritt, betrifft, so scheinen Erkrankungen vor dem 20. Jahre (13,5%) in Brasilien seltener zu sein, als bei uns, hingegen nach dem 40. Jahre weit häufiger (32%!). Die Zahl der Depressionszustände überwiegt die Zahl der manischen Erregungen, sie verhalten sich zueinander wie 2,46:1 (der Autor versäumt es, zu berichten, ob die Rassenverschiedenheit eine Verschiedenheit in

der Verteilung von Erregungszuständen bzw. Depressionen bedingt). Abgesehen von den mitgeteilten statistischen Angaben hat die Darstellung für uns kein weiteres Interesse. Eine, wenn auch oberflächliche Abgrenzung zur Melancholie des Rückbildungsalters wird versucht, ebenfalls im Sinne Kraepelin's. Im übrigen wird der Name Melancholie schlechtweg auch für die Depressionszustände des manisch-depressiven Irreseins beibehalten. Die Mischzustände werden zwar anerkannt, finden aber als „seltene“ Vorkommnisse und als „formas atypicas“ nur geringe Würdigung.

Das Heft enthält noch eine Mitteilung über einen Kleinhirntumor bei einem Kinde (Autor: Fernandes Pigueira), einen Artikel von José Chardinal: „Ueber Gesichtsfeldeinschränkung im epileptischen Status“, Referate über erschienene Arbeiten und endlich ist unter der Rubrik „Verschiedenes“ schriftlichen Expektionen Geisteskranker Raum reserviert.

Merzbacher.

IV. Referate und Kritiken.

448) **Weber:** Chronische Paranoiker in verwaltungs-, straf- und zivilrechtlicher Beziehung.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXII, 1/2.)

Verf. teilt die Krankengeschichten zweier Paranoiker mit, die ein klinisches Interesse haben, weil sie trotz langer Dauer der Erkrankung jegliche geistige Einbusse vermissen lassen.

In dem einen Fall bestanden hauptsächlich hypochondrische Sensationen, daneben Geruchs- und Geschmackshalluzinationen; der andere stellte eine reine „Paranoia chron. simplex“ (Ziehen) dar, es bestand nur eine autochthon entstandene Ueberschätzungsidee, in deren Sinne der Kranke lebte und wirkte. Halluzinationen waren nie nachzuweisen.

Die Kranken waren immer imstande, ihre gesamten sozialen Angelegenheiten zu besorgen, dennoch waren sie entmündigt und als gemeingefährlich in Anstalten untergebracht worden. Verf. kritisiert diese Massnahmen und macht eine Nutzenanwendung auf ähnliche Fälle, die sehr richtig auf die Unzweckmässigkeit solcher Massnahmen in derartigen Fällen hinweisen; die Kranken wurden erst durch die Entziehung ihrer Freiheit zu den gemeingefährlichen Handlungen, Belästigungen der Behörden, veranlasst. Die zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit ist nicht ohne weiteres auszuschliessen. Vor allem aber steht der verwaltungstechnische Begriff der Gemeingefährlichkeit im Widerspruch mit den ärztlichen Rücksichten. Die dauernde Internierung ist zwecklos und ungerecht.

Chotzen.

449) **E. Meyer:** Aus der Begutachtung Marine-Angehöriger.

(Arch. f. Psych., Bd. 39, H. 2.)

Die hohe praktische Bedeutung, die den Geistesstörungen bei Angehörigen der Armee zukommt, bestimmt ohne weiteres das allgemeine Interesse an diesen Mitteilungen Meyers. Sie handeln von psychiatrischen Beobachtungen an 24 Marinesoldaten, die zur Behandlung, resp. zur Be-

gutachtung und Feststellung ihrer kriminellen Zurechnungsfähigkeit in die Kieler psychiatrische Klinik eingewiesen worden waren. Die Fälle sind ihrer klinischen Zusammengehörigkeit nach (Dementia praecox, Imbezillität, Hysterie, Epilepsie, pathologischer Rausch etc.) geordnet; in der epikritischen Besprechung jedes Falles wird das klinisch Wichtige hervorgehoben. Von den praktischen Ergebnissen dieser Untersuchungen dürfte wohl besonders zweien eine wesentliche Bedeutung zukommen: einmal zeigt sich die Notwendigkeit mannigfacher Reformen, z. B. bezüglich der Untersuchung militärpflichtiger Personen vor ihrer Einstellung, bezüglich der Aburteilung renitenter und immer wieder rückfälliger Rekruten etc., — Reformen, die ja vor allem auch von Ernst Schultze gefordert werden. Andererseits geben diese Untersuchungen die Anregung zu weiteren Forschungen über die Frage, ob und aus welchen Gründen etwa dem Marinedienst ein besonderer Einfluss auf die Entstehung von psychischen Krankheiten zukommt. Spielmeier.

450) F. Leppmann: Die Sittlichkeitsverbrecher. Eine kriminalpsychologische Studie.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen. April und Juli 1905.)

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf das trotz mancher Beschränkung (nur 18 bis 40jährige Insassen, zeitlich abgegrenzte Einzelhaft) sehr reichhaltige Material der Strafanstalt Moabit, an der Verf. seit 1900 als II. Arzt wirkt. An der Hand von 90 Einzelbeobachtungen, deren Protokolle er dem Hauptteil folgen lässt, erörtert Leppmann in äusserst fesselnder Darstellung drei Punkte: 1. die seelische Artung der Sittlichkeitsverbrecher; 2. die sozialen Bedingungen, unter denen sie gelebt haben; 3. die Gelegenheitsursachen der verbrecherischen Handlungen. Unter 1 zeigt er, dass die Bestraften (die nach § 51 Exkulpierten sind nicht in Betracht gezogen) vielfach geistig abnorm sind: Von 60 Kinderschändern war bei 25, von 30 Notzüchtlern bei 10 geistige Minderwertigkeit nachweisbar, bei 16 bzw. 9 sehr wahrscheinlich. Der Kinderschändung liegt — entgegen der landläufigen Auffassung — keine angeborene Perversion zugrunde. Wohl aber spielt Geistesschwäche eine grosse Rolle, besonders in der Zeit der Geschlechtsreife. Vermittelnd wirken häufig Onanie und Trunksucht. Ferner sind ätiologisch wichtig die drei grossen Neurosen: Neurasthenie, Epilepsie, Hysterie. Gewohnheitsverbrecher sind unter den Kinderschändern selten. Die seelische Artung der „Notzüchtler“, die numerisch zurücktreten, verhält sich fast ebenso wie die der Kinderschänder. — Unter den sozialen Verhältnissen, aus denen heraus Sittlichkeitsverbrechen entstehen, tritt besonders das Wohnungselend der Grossstädte, vor allem das Schlafburschenwesen, hervor. Als unterstützende Momente machen sich geltend: Arbeitslosigkeit, Tanzvergnügen mit Alkoholexzessen, sexuelle Anregung durch Mädchen. Quoad Kinderschändung gefährdet sind vorzüglich Berufe, die mit einer gewissen Autorität verbunden sind, Geistliche, Lehrer etc. Der Einfluss unglücklicher Ehen darf nicht überschätzt werden. Ob häufig aus dem bekannten Aberglauben, Geschlechtskrankheiten durch Coitus mit intakten Mädchen heilen zu können, gehandelt wird, lässt L. dahingestellt, obwohl tatsächlich vielfach die Opfer venerisch infiziert werden; jedenfalls gab keiner von zehn in Betracht

kommenden Verbrechern das Motiv zu. Der Jahreszeit kommt offenbar wenig Bedeutung zu. — Schliesslich behandelt Verf. noch die Stellung der Rechtspflege gegenüber den Sittlichkeitsverbrechern ab: Vielfach reicht die psychiatrische Begutachtung nicht aus, so dass mancher vielleicht zu Unrecht des Schutzes des § 51 verlustig geht. Manche scheinen auch zu hart, andere wieder zu gering bestraft zu werden. Im Strafvollzug muss die Behandlung der Sittlichkeitsverbrecher mit Rücksicht auf die notorisch häufige Minderwertigkeit besonders individualisiert werden, eine Tatsache, die wie viele andere zur gründlichen psychiatrischen Ausbildung der Gefängnisärzte mahnt. — Das Studium des Originals der Arbeit kann nur warm empfohlen werden. Liebetrau (Trier).

451) **F. Strassmann:** Die verminderte Zurechnungsfähigkeit.
(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen. Juli 1905.)

Strassmann spricht sich entschieden gegen die Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit aus. Die beiden Kategorien, Unzurechnungsfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit, genügen. Verbrechern mit leichten psychischen Defekten sollte man durch weitere Ausdehnung mildernder Umstände und Herabsetzung der Strafminima gerecht werden, für solche mit ausgesprochen psychopathischem Charakter den § 51 anwenden. Die Entscheidung über die vorläufige Unterbringung der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen soll dem Strafrichter, diejenige über ihr weiteres Schicksal dem Entmündigungsrichter zufallen.

Liebetrau (Trier).

452) **Wende:** Beitrag zur Kasuistik der Seelenstörungen im Sekundärstadium der erworbenen Syphilis in Form eines motivierten Gutachtens.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen. Januar 1905.)

Ein Student der Rechte beging, vorwiegend von schlechter Gesellschaft angestiftet, schwere Betrügereien. Ein bis eineinhalb Jahre vorher luetische Infektion ohne genügende Behandlung. In der Zeit der Delikte spezialärztliche Behandlung. Neben ausgedehntem Syphilis-Exanthem konstatierte der Arzt starke nervöse Erscheinungen (Kopfdruck, Schwindel, motorische Schwäche) und psychische Alteration (läppisches Wesen, Stimmungswechsel, Neigung zu Trinkexzessen). Unter Inunktionskur langsamer Rückgang der Symptome, unter Irrenanstaltsbehandlung hochgradige Besserung, so dass das Studium mit Erfolg fortgesetzt wurde. Nach Entdeckung der Delikte sechswöchentliche Beobachtung: Deutliche Zeichen von Neurasthenie, mangelhafte Erinnerung an die Straftaten und die Zeit, in die sie fielen. Exkulpierende Begutachtung. — Ich kann mir eine Bemerkung über die nosologische Auffassung des zweifellos sehr interessanten Falles nicht versagen: ich halte es nicht für ausgeschlossen, dass es sich nicht um eine sekundär-luetische Psychose handelte, sondern um eine andere (Dementia praecox?), deren Symptome nur vorher nicht so scharf hervortraten; denn zweifellos war das Individuum nie psychisch ganz intakt (erbliche Belastung, Kopftrauma, Berufswechsel), und gerade die syphilitische Infektion erweckt den Verdacht, dass der sonst solide Mann schon zu jener Zeit die später sicher festgestellte Neigung zu

Exzessen in Venere et Baccho besass, vielleicht eben schon als einen Ausdruck psychischer Alteration. Liebtrau (Trier).

453) **Krause:** Anti-Alkoholismus. — Blaues Kreuz. — Religiöser Wahnsinn.

Ibidem Januar 1905.

Krause weist auf Grund seiner Erfahrungen darauf hin, dass die übertrieben religiösen Gepflogenheiten der Vereine vom „Blauen Kreuz“ geeignet sind, bei disponierten Personen geistige Störungen (Ekstase, „religiöser Wahnsinn“) auszulösen. Ein besonders eklatanter Fall, der in der Irrenanstalt endete, wird mitgeteilt. — Bei dem grossen Interesse, das wir Psychiater an derartigen Vereinigungen, wie das „Blaue Kreuz“ sie repräsentiert, haben, wäre die Mitteilung anderweitiger Erfahrungen sehr erwünscht.

Liebtrau (Trier).

454) **Braune:** Fall von konträrer Sexualempfindung.

Ibidem. Suppl. 1905.

Ein erblich belasteter Feuerwerksoberleutnant verging sich in zahlreichen Fällen gegen Wachtposten, indem er sie unsittlich berührte und sich ihre Genitalien zeigen liess. Trotz deutlicher nervöser Störungen (Steigerung der Reflexe, Hyperalgesie, Tremor, Ermüdbarkeit) nahm das erst erstattete Gutachten Zurechnungsfähigkeit an. Darauf Verurteilung. Erfolgreiche Revision. Abermalige Verurteilung. Wiederum Revision. Sechswöchentliche Beobachtung. Exkulpation auf Braune's Gutachten hin. Es handelte sich um echte konträre Sexualempfindung ohne paederastische Neigungen. Interessant ist besonders das häufige Auftreten von komplizierten Vorstellungen, in denen sich das Individuum von Männern unter ausgesprochener Wollustempfindung und onanistischen Manipulationen misshandelt sieht. Bemerkenswert ist, dass dem ersten Gutachter das hochwichtige Gebiet der „Psychopathia sexualis“ eine terra incognita gewesen zu sein scheint.

Liebtrau (Trier).

455) **Gross** (Alt-Scherbitz): Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung des Pseudo-Querulantenwahns.

(Ibidem.)

Interessant an dem Fall ist die gerichtsärztliche und juristische Beurteilung. Vom ersten Gutachter wurde der wegen wissentlich falscher Anschuldigung Beklagte für einen geisteskranken Querulanten erklärt, welcher Ansicht der Staatsanwalt nicht beitrug; Paetz und Gross begutachteten jenen als noch in der Gesundheitsbreite sich bewegenden Querulanten. Trotzdem erfolgte Freisprechung.

Liebtrau (Trier).

456) **Wollenberg:** Die forensisch-psychiatrische Bedeutung des Menstruationsvorganges.

(Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafr. 1905.)

Der Menstruationsvorgang ist an und für sich kein die Zurechnungsfähigkeit oder die Zeugnisfähigkeit generell beeinträchtigendes Moment. Es muss vielmehr im einzelnen Falle festgestellt werden, ob und in welchem Grade begleitende psychisch-nervöse Erscheinungen bei dem Zustandekommen einer strafbaren Handlung, resp. bei der Leistung einer Zeugenaussage mitgewirkt haben. Die forensische Bedeutung ausgesprochener menstrueller Psychosen, die ja als solche leicht erkennbar und nach-

weisbar sind, ist dabei gering gegenüber der Bedeutung der leichteren psychischen Menstrualstörungen, die besonders häufig bei psychopathischen, minderwertigen Personen vorkommen und deren Handeln störend beeinflussen. Es handelt sich dabei oft um passagere Steigerungen auch sonst bestehender geringer Anomalien; es kommt zu krankhaften expansiven oder depressiven Verstimmungen mit entsprechender Beeinflussung des Handelns. Vielfach begehen solche Personen auch ganz sinnlose, impulsive Handlungen, die mit ihrer sonstigen Gesinnung unvereinbar sind. Gegenüber der forensen Bedeutung dieser Beziehungen zwischen Straftat und Menstruation, resp. den sie begleitenden psychischen Anomalien, scheint die praktische Bedeutung des Einflusses der Menstruation auf die Aussageleistung verhältnismässig gering zu sein. Speziell lehren psychologische Messungen, die W. am Personal seiner Klinik angestellt hat, dass gröbere Beeinträchtigungen des Wahrnehmungs- und Reproduktionsvorganges durch den Menstruationsprozess nicht bedingt werden; immerhin wäre es möglich, dass eine gesteigerte affektive Erregbarkeit während der Zeit der Menses die Aussageleistung störend beeinflussen könnte. Deshalb bedarf das Moment der Menstruation auch bei Bewertung einer Zeugenaussage der gebührenden Beachtung. Spielmeier.

457) von Muralt: Ueber Familienmord.

(Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafr. 1905.)

Einige Mitteilungen und Bemerkungen über Familienmord, der psychologisch nicht „als Mord kombiniert mit Selbstmord“, sondern als „komplizierter Selbstmord“ aufzufassen sei. Spielmeier.

458) Rieger: Ueber Geisteskrankheit und Geistesschwäche.

(Sonderabdruck aus der Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1904. No. 16 u. 17.)

Im Anschluss an frühere Veröffentlichungen legt Verf. seinen Standpunkt hinsichtlich der Begriffe Geisteskrankheit und Geistesschwäche fest und kommt, wie andere, zu dem Resultat, dass die juristische und medizinische Auffassung der Worte sich widerspricht und zu Verwirrung führt. Als Ersatz wird der folgende, geschicktere Wortlaut vorgeschlagen: „Entmündigt kann werden, wer aus Gründen seines Geisteszustandes seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. In dem Entmündigungsbeschluss muss ausgesprochen werden, ob die Entmündigung die beschränkte Geschäftsfähigkeit (im Sinne von § 106 bis 113 B. G. B.) oder die vollkommene Geschäftsunfähigkeit zur Folge haben solle.“ Arndt.

459) Kovalevsky: L'Alcoolisme au point de vue médico-légal.

(Extrait du Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique 1901.)

Kursorische Besprechung der hier einschlägigen Fragen. Als häufigste durch den Alkoholismus hervorgerufene Störungen werden nebeneinander gestellt die akute Alkoholvergiftung, das Delirium tremens, die Dipsomanie und der „alkoholische Automatismus“. Die Dipsomanie wird ihm wesentlichen als ein Symptom des Alkoholismus betrachtet, ihr Verhältnis zur Epilepsie nur kurz erwähnt, ebenso werden Alkoholparalyse, -paranoia etc. nur flüchtig gestreift. Dass das Symptom des alkoholischen Automatismus eine gesonderte Stellung beanspruchen kann, hat der Verf. durch seine Darstellung nicht zu beweisen vermocht. In einem 5. Abschnitt wird noch die Morphinomanie abgehandelt, ohne etwas Neues zu bringen. Ast.

460) **W. Koenig**: The problem of heredity from the psychiatric aspect. (British medic. journ. Oct. 15th 1904.)

Die Bearbeitung eines Materials von 3329 Fällen ergibt keinen klinischen Beweis für Vererbung erworbener psychischer Abnormitäten. Ererbte Krankheitsanlagen der Keimzellen können sich in manchen Fällen früher oder später entwickeln, ohne dass äussere Einflüsse nachweisbar sind; in anderen Fällen bleiben sie latent, oder sie bleiben in einem unentwickelten Stadium, bis sie durch feindliche äussere Einflüsse manifest werden. G. Liebermeister.

461) **Sigel**: Beitrag zur Frage der Spätgenesung von Psychosen. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII, 3.)

Verf. teilt drei Fälle mit, die nach acht-, vier- und neunjähriger Krankheitsdauer noch zur Heilung kamen. Die Diagnosen lauteten Manie, halluzinatorische Störung mit periodischem Verlauf und hysterische Seelenstörung. Solche Vorkommnisse sind für die Frage der Ehescheidung wichtig. Verf. weist die Ansicht zurück, dass man nach dreijähriger Krankheitsdauer einen psychischen Zustand treffen wird, der eine günstige Prognose im Sinne des Gesetzes ausschliesst.

In den Fällen fanden sich wieder Anomalien der *vita sexualis*, wie in ähnlichen anderen; die Heilung trat häufig zur Zeit des Klimakteriums ein. Die Kranken sind nicht erblich belastet, was Kreuzer für bedeutungsvoll hält. Chotzen.

462) **Mittenzweig**: Hirngewicht und Geisteskrankheit. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII, 1/2.)

Verf. stellte sich die Frage, ob es möglich ist, aus einem bestimmten niedrigen Gehirngewicht auf eine im Leben vorhanden gewesene Geisteskrankheit zu schliessen. Er verglich zu diesem Zweck die von Marchand festgestellten Gewichte der Gesunden mit denen bei *Dementia paralytica*, *Dementia senilis*, organischen und funktionellen Psychosen. Es wurden berechnet für die einzelnen Krankheiten einmal die Mittelgewichte der einzelnen Lebensjahre und daraus zusammengestellt die Maxima, Minima und Durchschnittsgewichte der Jahrzehnte, andererseits die Häufigkeit der Gehirngewichte für die Gewichtsstufen von 50 zu 50 gr. Das Ergebnis war folgendes: Bei einem Manne jeglichen Lebensalters ist eine Geisteskrankheit wahrscheinlich, wenn das Hirngewicht unter der niedrigsten Stufe des Normalen 1000 gr liegt, und zwar kommen in Betracht *Paralyse*, *Dementia senilis* und eine organische Psychose, wenn das Individuum über 60 Jahr alt war. War das Gehirn eines Geisteskranken von unter 60 Jahren unter 1100, oder von über 60 Jahren unter 1150 gr, so kann eine funktionelle Psychose ausgeschlossen werden.

Bei Frauen unter 60 Jahren gestattet ein Hirngewicht von unter 1000 gr dieselben Schlüsse wie bei Männern. Bei einem Alter über 60 Jahren ebenso, wenn das Gewicht unter 950 gr beträgt. Chotzen.

463) **de Buck**: L'original périphérique des psychoses.

(Bulletin de la société. de méd. ment. de Belgique 1904. S. 116.)

B. weist unter Anführung von fünf Fällen auf die Bedeutung peripherer Affektionen für die Entstehung von Psychosen hin (speziell *Hypochondrie*, *Melancholie*, *systematisierter Wahn*). Die anormalen Organ-

empfindungen können in den korrespondierenden Zentren zu illusionären und halluzinatorischen Vorgängen führen, die das Persönlichkeitsbewusstsein, (die Somatopsyché) und damit den psychischen Mechanismus stören können. Im ersten am ausführlichsten mitgeteilten Falle, der zur Sektion kam, einen 73jährigen Alkoholiker betreffend, der an hypochondrischen melancholischen Wahnvorstellungen und an Vergiftungsideen gelitten hatte, fanden sich zahlreiche Affektionen der inneren Organe (Sklerose der Mitralklappe und des Aortenbogens, Tuberkulose der Lungenspitzen mit pleuritischen Adhäsionen, Lebercirrhose, zahlreiche Blasensteine, starke Vergrößerung der Prostata). B. glaubt, dass, wenn auch das Alter und die Intoxikation zur Entstehung der Geistesstörung beigetragen haben, die verschiedenen Organerkrankungen für den Ausbruch der hypochondrischen Ideen von Einfluss gewesen sind, und ähnlich in den übrigen Fällen. Uebrigens zeigten in jenem Fall die Leberganglien und das obere Cervicalganglion des Sympathicus ausgesprochene interstitielle sklerotische Veränderungen (die meisten Zellen im Zustand der Achromatose mit peripherer Verlagerung des Kernes). B. glaubt, dass diese „visceralen Somatopsychosen“ auf dem Wege des Sympathicus und des Vagus sich entwickeln und dass die genaue Durchforschung des sympathischen Systems bei Psychosen, die bisher sehr vernachlässigt wurde, noch bedeutende Resultate zutage führen werde. In andern Fällen rufen Affektionen bei peripheren Nerven hypochondrische Wahnvorstellungen hervor. So bestand in einem Fall von alkoholischer Polyneuritis bei dem Pat. die Vorstellung, dass die Beine oxartikuliert seien, dass man ihm die Bauchdecken zerreiße, dass man ihn in Stücke schneide. Dem Ref. will es scheinen, als ob mehr die spezifische Färbung der Wahnideen durch die periphere Affektion beeinflusst sei, als die Psychose selbst, welche wohl anderweitig bedingt ist und wahrscheinlich auch ohne die periphere Affektion entstanden wäre.

Hoppe.

464) **Deroubaise**: Action toxique des troubles viscéraux dans le genése des psychoses. (Ebenda. S. 212—217.)

Im Anschluss an die Ausführungen de Buck's betont D. auch die Möglichkeit, dass Organstörungen durch toxische Einflüsse (Autointoxikation) Psychosen hervorrufen können, wobei er besonders Leberaffektionen im Auge hat, deren Bedeutung in der Aetiologie der Psychosen in letzter Zeit in Frankreich hervorgehoben worden ist (psychoses hépatiques). Dabei weist er darauf hin, dass Herzstörungen mit Insuffizienz durch die Noxe eine schwere Funktionsstörung der Leber und so indirekt eine Psychose auf autointoxikatorischer Basis herbeiführen kann. Zur Illustration teilt er den Fall eines 63jährigen Alkoholikers mit, der unter maniakalischen Erscheinungen erkrankt war und schwere Herzinsuffizienz (allgem. Hydrops), Glycosurie, Urobilinose, Hyperacetonurie zeigt. Bei der Sektion Dilatatio cordis, Myocarditis und hochgradige Hyperämie der Leber. Hoppe.

465) **U. Gay**: La morfologia delle unghie nel degenerato.

(Arch. di psichiatria etc. Vol. 26, fasc. 1/2. 1905.)

Gay untersuchte bei Psychopathen die Fingernägel. Die Eigentümlichkeiten der Form (Länge, Breite, Krümmung) sind für sich allein wenig charakteristisch, doch scheint bei Psychopathen die Nagelform im

ganzen flacher und breiter zu sein, als bei Gesunden. Sehr oft dagegen finden sich bei Psychopathen weisse Flecken auf den Nägeln, vermutlich auf lokaler Dystrophie beruhend. Endlich fand Verf., dass bei psychopathischen Personen die Lunula oft nicht sichtbar ist. Das Nägelkauen ist nach dem Verf. bei Gesunden nicht viel seltener als bei Geistes- und Nervenkranken.

K. Abraham.

466) **Eugen Konrád**: Schädelformationsverhältnisse der in Ungarn lebenden Nationalitäten, mit Rücksicht auf ihre psychiatrische Bedeutung.

(Ergänzungsheft des Magyar orvosi Archivum 1905. 1—110 S.)

Der Ausgangspunkt der grossangelegten und mit zahlreichen statistischen Tabellen versehenen Arbeit ist, dass die in Ungarn gewonnenen Schädelmasse — mit Ausnahme der exzessiven Zahlen — mangels einer Vergleichsbasis nicht verwendet werden können. In Ungarn leben nämlich verschiedene Nationalitäten, deren einzelne Schädelmaasse verschieden sein können; es handelt sich demnach in erster Reihe darum, dieselben nach Nationalität zu bestimmen und auf Grund dieser Ergebnisse können dann innerhalb der einzelnen Nationalitäten die Maasse der Gesunden und Kranken bestimmt werden. Wenn es sich aber um die klinische Wertung der Schädelmessungen handelt, können nicht einzelne Maasse einander gegenübergestellt werden, sondern es müssen sämtliche Maasse individuell verglichen werden. Diesbezüglich kann als Grundlage der „Typus“ gelten, das heisst die bei der überwiegenden Zahl der Gesunden gefundenen Maassgrenzen. Verf. bezeichnet jenen Schädel, bei welchem zwei Hauptmaasse vom Typus abweichen, als atypisch, und vergleicht auf dieser Basis die Gesunden und Kranken.

Konrád's Statistik spricht dafür, dass bei den Geisteskranken Atypien häufiger vorkommen, als der Typus. Apodiktisch lässt sich dies nicht begründen; doch ist daran zu denken, dass hierbei biologische formative Einflüsse mitwirken, und dass diese vielleicht gewisse disponierende Momente involvieren. Nach Verfassers Statistik kommt in dieser Beziehung den Schädeldeformitäten bereits eine klarere disponierende Rolle zu, wenn auch die Krankheitsform in Betracht gezogen wird, bei welcher sie vorkommen. In diesen Fällen kommen die Vererbungs- und Evolutionseinflüsse (vielleicht im Wege eines gestörten Chemismus) intensiver zum Ausdruck.

Sowohl atypische, als namentlich deformierte Schädel erscheinen als Zeichen einer neuropsychopathischen Disposition, erstere in leichterem, letztere in höherem Grade. — In einer Arbeit über die geistige Ermüdbarkeit der Kinder hat Verf. nachgewiesen, dass die Kinder mit Schädeldeformität leichter ermüden. Verf. bezeichnet die vorliegende Arbeit bloss als Wegweiser für zukünftige diesbezügliche Untersuchungen, welche sich auf ein grösseres Material zu erstrecken hätten.

Epstein (Nagyszeben).

467) **A. Pilez**: Zur Kenntnis des Plexus chorioideus lateralis bei Geisteskranken. (Jahrb. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 24.)

Die Untersuchung des plexus chorioideus lateralis bei Geisteskranken ergab eine eigenartige Veränderung der Epithelzellen, eine klein-

zellige Infiltration des Bindegewebes, das Auftreten reichlicher Pigmentgranula in den Gefässen und einen grösseren Reichtum der Ventrikelflüssigkeit an gerinnbarer Substanz.

Der Verf. enthält sich in bezug auf die Befunde aller bindenden Schlüsse und betont ausdrücklich, dass seine Arbeit nur eine Anregung zum genaueren Studium eines Organes bieten wolle, welches merkwürdigerweise von psychiatrischer Seite bisher wenig gewürdigt wurde. In bezug auf die histologischen Details und die Deutung derselben sei auf das Original verwiesen. Behr.

468) **W. Alter (Lenbus):** Ueber das Verhalten des Blutdruckes bei gewissen psychopathischen Zuständen.

(Jahrb. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 25.)

Verf. untersuchte mittelst des Gärtner'schen Tonometers den Blutdruck bei einigen psychopathologischen Zuständen und kam zu folgenden Schlüssen. Der Blutdruck ist eine Erscheinung von stark individuellem Gepräge. Jedes Individuum zeige eine eigene und bestimmte Exkursionsbreite, wobei kosmische Vorgänge, welche schon an sich den Blutdruck verändern, wie z. B. die Jahreszeiten und der Luftdruck zu berücksichtigen sind. Man beobachte bei psychopathologischen Zuständen entweder hohe Blutdruckkonstanten, wie bei der Arteriosklerose, oder so abnorm niedrige Werte wie in der Agone. Die Unlusteffekte erzeugen hohe Blutdruckwerte, die heiteren Stimmungen setzen den Blutdruck herab, so dass sich in vielen Fällen aus dem Verhalten des Blutdruckes gewisse prognostische Schlüsse ableiten lassen. Beispielsweise waren bei einem Dipsomanen periodische Blutdruckschwankungen ausnahmslos die ersten Anzeichen des Anfalles. Protrahierte Bäder beeinflussen den Blutdruck und gleichen die Druckschwankungen aus. Einzelne Arzneimittel, wie Amylnitrit und Valyl haben einen besonderen Einfluss auf den Blutdruck. Amylnitrit beeinflusst periodische Verstimmungen, während das Valyl bei kürzerem Gebrauch die Spannung der Blutgefässe steigert, dagegen bei längerer Verordnung den Blutdruck vermindert. — Die Ausführungen des Verf. werden durch zahlreiche Kurven veranschaulicht. Behr.

469) **Fausser:** Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. LXII, 1/2.)

Ausgehend von einem Falle von Paralyse, der, plötzlich entstanden, ein Jahr lang nur das reine Bild der Manie bot, ohne jede körperliche oder geistige Anzeichen für Paralyse, bespricht Verf. das Vorkommen von endogenen Symptomen, das sind manisch-depressiven, hysterischen, neurasthenischen und moral insanityartigen Symptomen bei exogenen, auf grober Schädigung beruhenden Erkrankungen. Alle diese Symptomenkomplexe seien im gesunden Geistesleben schon präformiert und ihr Hervortreten bei exogenen Erkrankungen sei ein Ausfallssymptom analog den sonstigen feineren Ausfallserscheinungen. Chotzen.

470) **A. Pick:** Ueber sogenannten Transivitivismus (Wernicke) bei Geisteskranken.

(Prager med. Wochenschr. XXX, No. 19 und 20. 1905.)

Der Transivitivismus (Wernicke) hat in der Psychiatrie noch fast keine Würdigung gefunden, trotzdem er theoretisch wie praktisch ein

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1. November 1905.

hohes Interesse biete. Die Ausführungen Wernicke's stehen ferner auf nicht genügend breiter klinischer Basis und bedürfen der Erweiterung. An einer Anzahl Krankengeschichten wird gezeigt, dass die Erscheinung des Transivitivismus auch der durch Desorientierung und stärkeren Affekt charakterisierten Phase vorausgehen kann. Die Kranken können ferner selbst ein gewisses Krankheitsgefühl und Krankheitsbewusstsein dabei haben. Ein wichtiges Moment in der Genese des Transivitivismus bildet ferner auch das Gefühl des „Anderssein“, das ganz ähnlich, wie in der Paranoia, in die Umgebung projiziert wird. Bei dieser Erscheinung des „Andersseins“, und damit auch des Transivitivismus spielen auch Störungen der primären Perzeption eine Rolle. Der Transivitivismus braucht nicht immer mit heftigeren vorangegangenen Affekten im Zusammenhang zu stehen; er kann sich ferner in Fällen von nicht halluzinatorischer, durchaus chronischer Paranoia und anscheinend aus dem rein psychisch entstandenen Gefühl des „Anderssein“ heraus entwickeln. Im Gegensatz zu Wernicke, der vor allem die intellektuelle Basis des Transivitivismus betont, glaubt Pick, dass auch noch ein Gefühlsfaktor eine Rolle dabei spielt, nämlich die neuerdings in der Psychologie viel diskutierte sogenannte „Einfühlung“. Endlich wird die in der Praxis gelegentlich recht gross werdende Schwierigkeit der Feststellung des Transivitivismus hervorgehoben.

M. Reichardt (Würzburg).

471) A. Pick: Zur Psychologie der Konfabulation.

(Neurol. Centralbl. 1905. No. 11, Seite 509.)

Mit den psychologischen Grundlagen der Konfabulation hat man sich nur wenig befasst, obwohl das Studium dieser Frage nicht bloss der Deutung der einschlägigen klinischen Tatsachen dient, sondern auch für ein diesem Thema nahestehendes Gebiet der Kriminalpsychologie in Betracht kommt. Erinnerungsdefekte und Konfabulation sind jedenfalls nicht immer miteinander verknüpft, so dass also der Erinnerungsdefekt nicht als die wesentliche Ursache der Konfabulation anzusehen ist. Wichtig für das Auftreten der letzteren ist die Suggestibilität der Kranken, die gesteigerte Phantasietätigkeit, die Bewusstseinstörung und Urteilsschwäche. Man muss ferner bei dieser Frage auseinanderhalten die durch den Erinnerungsdefekt bedingte Nötigung, die Lücke auszufüllen, und weiter die Neigung zu solcher Ausfüllung, welcher dann die Abneigung gegen die Ausfüllung gegenüber zu stellen ist. Wenn Wehrung die Pseudoreminiszenzen aus dem unbewussten Bedürfnis der Kranken, die Lücke auszufüllen, erklärt, so berührt dieses Bedürfnis auf einer in der Lehre des Gedächtnisses bedeutsamen Erscheinung, nämlich der Lokalisation in der Umgebung. „Das Bedürfnis dieser örtlichen Lokalisation, das Bedürfnis nach Ausfüllung des diese Lokalisation betreffenden Defektes ist es nun, welches die Kranken zur Konfabulation führt. Jedes erinnerte Erlebnis hat sich normalerweise auf dem bestimmten Hintergrunde eines Panoramas von Eindrücken abgespielt, das mit dem Erlebnis eine Art Ganzes bildet. Daraus resultiert unter bestimmten Verhältnissen die Neigung, ja die Nötigung, eine etwa durch Suggestion oder Autosuggestion in die Vergangenheit projizierte Vorstellung mit einem solchen »Hofe« von Eindrücken zu umgeben, und dieser Vorgang ist eben ein Hauptanteil der Konfabulation“.

M. Reichardt (Würzburg).

472) **Bernstein**: Ueber delirante Asymbolie und epileptische Oligophasie. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904.)

Durch die Methode des Benennenlassens von Gegenständen und Abbildungen lassen sich bei verschiedenartigen deliranten Störungen asymbolische Erscheinungen nachweisen. Das gilt in erster Linie für die Amentia, bei der dieses Symptom (speziell die Asymbolie für Abbildungen) meist sogar noch zu einer Zeit entdeckt werden kann, in der alle anderen Verwirrheitszüge bereits verschwunden sind. Ein asymbolischer Zustand wird ausserdem oft bei Delirium tremens, bei epileptischen und hysterischen Dämmerzuständen, manchmal auch bei arteriosklerotischen und senilen Delirien beobachtet. Die asymbolischen Störungen sind bei diesen verschiedenen Verwirrheitszuständen von verschiedener klinischer Genese. Bei der Amentia scheinen sie auf ungenügender Perzeption der optischen Objekte zu beruhen, manchmal sind sie wohl auch auf eine wahnhafte oder illusionäre Deutung zurückzuführen, wie das ja beim Delirium bekannt ist. Bei der Hysterie spielen vielleicht Gesichtsfeldeinengungen bei dem Zustandekommen des Symptomes eine Rolle, bei den senilen und arteriosklerotischen Erkrankungen, „soweit es sich nicht um Herderscheinungen handelt“, erklärt sich die Störung wohl aus Aufmerksamkeitsmangel. „Es ist möglich, dass die asymbolische Auffassungstörung als Ursache der Desorientiertheit, des Verkennens von Personen und Umgebung, der falschen Urteile und der Ratlosigkeit anzusehen wäre.“

Der zweite Teil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit der epileptischen Oligophasie, die bekanntlich die Züge der amnestischen Aphasie trägt. Verf. hat diese Störung in allen Fällen von epileptischen Bewusstseinsstörungen, die er in letzter Zeit darauf untersuchte, feststellen können. Dieses aphasische Verhalten der Epileptiker fällt aber nicht von selber auf, „es bedarf vielmehr einer entsprechenden Untersuchung, um es an den Tag zu fördern.“ B. gibt in geistvoller Weise die Gründe für dieses „Verborgenliegen“ der Störung, die er von andersartigen Sprachstörungen abzugrenzen sucht. Wir müssen hier auf des Verf. eigene Ausführungen verweisen, deren Wert bereits von berufener Seite (dieses Centralbl. S. 249 ff.) betont worden ist. Spielmeyer.

473) **v. Leupoldt**: Zur klinischen Bewertung pathologischer Wanderzustände. (Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII, 3.)

Verf. gibt die genauen Analysen dreier Fälle von Wanderzuständen, die bei verschiedenen aber deutlich charakterisierten pathologischen Zuständen auftraten. Er zeigt, dass der Wanderzustand nur die Steigerung der Grundkrankheit darstelle; die Bewusstseinsstörung löst sich in die Elemente der Grundkrankheit auf; auch Dämmerzustände, die im Verlauf des Wanderzustandes eintraten, zeigten dieselbe Zusammensetzung. Der erste Fall betraf einen Degenerierten, dessen Krankheitssymptom ausschliesslich die gesteigerte psychogene Reaktion ist; der zweite einen Kranken mit primärer Demenz. Hier stand der ganze Wanderzustand unter dem Einfluss von Halluzinationen und Wahnideen. Im dritten endlich entstand er aus den Depressionen eines Degenerierten.

In allen dreien gestattet die gut erhaltene Erinnerung, Auffassung und Merkfähigkeit während des Wanderns die genaue Analyse. Es kommt also kein fremdes Element in dem Wanderzustand hinzu. Chotzen.

474) **Bischoff**: Simulation von Geistesstörungen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII, 1/2.)

Die Simulation ist nicht unbedingt ein Zeichen von abnormer Geistesverfassung; auch ein Gesunder kann unter hinreichenden Motiven dahin kommen, zu simulieren. Aber bei reizbarer Schwäche, Hysterie und Schwachsinn ist die Moralität geringer und die Neigung zur Simulation grösser. Es werden deswegen viel geistig Abnorme unter den Simulanten gefunden, weil diese mehr kriminell werden, bessere Kenntnis der Geisteskrankheiten besitzen und durch ihre Abnormität öfters dem Psychiater zugewiesen werden. Nachgeahmt werden am meisten verschiedene Arten des Schwachsinn, akute Verwirrtheit, Gedächtnisausfälle, epileptische Anfälle. Dann auch Visionen, Gehörstäuschungen, Verstimmungen, Apathie, einzelne Wahnideen oder kleine Systeme. Die Diagnose kann sich darauf stützen, dass der Beginn ein plötzlicher ist, die Krankheit nie mit einem der bekannten Bilder übereinstimmt, entweder immer ganz einförmig ist, oder ein Wechsel zusammenhangloser Symptome, die zudem, und das ist das wichtigste, sich häufig widersprechen, so eine scheinbar völlige Demenz bei konsequentem und überlegtem Handeln; ferner auf die Beeinflussbarkeit der Symptome, ihre Absichtlichkeit und Betonung, besonders der Sinnestäuschungen; auf die unwahrscheinlichen isolierten Gedächtnisausfälle.

Die Beispiele, die das Gesagte illustrieren, sind instruktiv, besonders das erste, wo ein Kranker wiederholt in Irrenanstalten war, lange Stuporzustände simulierte, nach der Verurteilung aber sofort gesund wurde und es blieb; die anderen betrafen Simulation von Schwachsinn, sexueller Perversion und traumatischer Neurose. Chotzen.

475) **Bischoff**: Simulation von Geistesstörungen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII, 3.)

Ausführliches Gutachten über einen Kranken, der lange Zeit wegen progressiver Paralyse in einer Anstalt war, nach seiner Entlassung aber raffinierte Betrügereien verübte. Er simulierte auch nun wieder Blödsinn und Gedächtnisschwäche, aber in einer durchaus unwahrscheinlichen Weise. Die Täuschung war damals möglich, weil der Kranke wahrscheinlich infolge überstandener Hirnlues starre Pupillen hatte und dabei Erregungszustände simulierte!

Nach Verf. soll die Simulation von Paralyse neuerdings häufig sein. Chotzen.

476) **Kaiser**: Dementia praecox oder Gehirntumor.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII, 1/2.)

Ein 22jähriges Mädchen erkrankt an einer Psychose, die in sämtlichen Zügen der katatonischen Form der Dementia praecox entspricht. Jedoch nimmt die Verblödung einen ganz ausnahmsweise hohen Grad an, in dem zehnten Jahre der Erkrankung spricht Pat. überhaupt nicht mehr, sie gibt nur noch ein unartikuliertes Schreien von sich, kann nicht mehr schlucken. Eine Schwäche der Beine und häufiges Erbrechen vermehren die auffälligen Erscheinungen. Einige Monate darauf ein Anfall von

Bewusstlosigkeit, dem ein halbes Jahr darnach weitere Anfälle, nun aber vom Typus Jackson'scher Epilepsie, folgten, die immer im rechten Brachio-facialisgebiet begannen, nur in stärkeren Anfällen auch das Bein betrafen und nur selten auf die linke Seite übergingen. Nun bekamen alle vor-angegangenen Erscheinungen ein anderes Gesicht und es wurde ein organ. Gehirnleiden, wahrscheinlich Tumor, angenommen.

Die Sektion ergab Verdickung, Trübung und Injektion der Pia an der Konvexität, ausserdem ein diffuses Gliom mit Blutungen und Erweichungen, das die ganze rechte Hemisphäre durchwuchert hatte. Die Jackson-Anfälle könnten von der Meningitis herrühren, aber Verf. nimmt an, dass auch in der linken Hemisphäre schon Veränderungen, wenn auch noch nicht makroskopisch nachweisbar, vorhanden waren, weil auch beide Pyramidenstränge Degenerationen aufwiesen. Er glaubt, dass die Katatonie hier durch das organ. Leiden ausgelöst war, infolge einer vorhandenen Prädisposition, wie es ähnlich beim Trauma der Fall ist. Pat. war hereditär belastet. Der Fall schliesst sich einem ähnlichen von Schmidt (Allg. Zeitschr., LXI, 5, s. d. Bl., Ref. No. 74) an.

Diese Erklärung dürfte aber bei einem eine ganze Hemisphäre durchsetzenden Tumor wohl kaum ausreichen. Chotzen.

477) **Alfred Petrén (S.)**: Studier öfver Paranoia querulans.

(Hygiea 1904.)

Ausführliche Mitteilung einer recht typischen Krankengeschichte eines Prozesskrämers. Wie so oft, gab auch hier der Fall Veranlassung zur Dissenz zwischen den Sachverständigen.

A. Wimmer (Kopenhagen).

478) **Kornfeld**: Geisteszustand Taubstummer.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXII, 1/2.)

Gutachten über eine Taubstumme, die, dem Trunk und der Prostitution ergeben, neben vielen Uebertretungen mehrere Kinderentführungen ausgeführt hat. Sie wird als schwachsinnig und minderwertig, aber nicht als geisteskrank beurteilt.

Chotzen.

479) **Schott**: Beitrag zur Lehre von der katatonischen Ver-rücktheit.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII, 3.)

Zwei interessante Krankengeschichten von hypochondrischen Kata-tonien, die jahrelang nur als Neurasthenien angesehen wurden und all-mählich erst psychotische Erscheinungen entwickelten.

Als differentialdiagnostisches Moment gibt Verf. an, dass die hypo-chondrischen Ideen bei der Katatonie von Anfang an bizarr sind, ihnen dagegen die Gefühlsbetonung mangelt, die sie beim Neurastheniker haben.

Chotzen.

480) **Geist**: Zur Lehre von der periodischen Manie.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., LXII, 3.)

Der seit 40 Jahren Kranke hatte zum ersten Male im 16. Jahre einen Anfall manischer Erregung, wahrscheinlich im Anschluss an eine fieberhafte Gehirnkrankheit. Seitdem traten noch sechsmal Anfälle auf, die an Länge zunahmen, während auch die Pausen immer länger wurden. Das Eigentümliche ist, dass der einzelne Anfall aus lauter Serien von Erregungszuständen besteht, zwischen die immer einige Tage völliger

Ruhe und Ordnung, selbst mit Krankheitseinsicht, sich einschieben. Der Kranke wird von den Anfällen völlig geheilt, zeigt keine Spur geistiger Einbusse. Chotzen.

481) **de Buck**: Quelques reflexions à propos de la catatonie. (Bulletin de la méd. ment. de la Belgique. 1903. S 425—435.)

B. stellt sich bei der Erklärung der katatonischen Symptome auf Seite der Kraepelin'schen Schule. Nur wenn wir, wie diese, eine Störung resp. Hemmung des Willens, der aktiven Apperzeption, annehmen, können wir durch Suggestibilität, durch Schwächung der Spontanität und durch Autosuggestibilität den Negativismus, die Katalepsie, die Stereotypie, den Befehlsautomatismus erklären, die bei einem Individuum gleichzeitig bestehen können. So ist der katatonische Stupor vom melancholischen Stupor zu unterscheiden, indem beim ersten eine primäre Willensstörung, beim zweiten eine sekundäre, indirekte durch den traurigen Vorstellungsinhalt vorhanden ist. Die Willenstheorie der Katatonie ermöglicht auch die Unterscheidung zwischen dem Tatendrang des Maniakalischen, welcher durch den beschleunigten und gesteigerten Vorstellungsablauf bedingt ist, und den ungeordneten, automatischen Bewegungsdrang des Katatonikers. B. stimmt nicht mit Kraepelin überein, nach welchem der katatonische Symptomenkomplex nur der Dementia praecox angehört, die Katatonie nur eine Form der Dementia praecox ist, sondern er ist der Ansicht, dass auch ausserhalb der Dementia praecox, bei der Paralyse, der Epilepsie, der Paranoia der Symptomenkomplex existiert, wodurch bei Hirntumoren gewisse katatone Symptome vorkommen können. Was den Sitz der katatonischen Störung im Gehirn anlangt, so kann nicht ein System in Frage kommen, das für die Assoziation von Vorstellungen bestimmt ist, denn das Gedächtnis und die Gedankenbildung ist erhalten. Es kann sich nur um ein System handeln, welches für die oberste Zusammenfassung der Vorstellungen, der begleitenden Gefühle und der Umsetzung in Handlungen bestimmt ist. Wahrscheinlich ist der Sitz in den tiefen Lagern der Hirnrinde, wo die polymorphen Zellen liegen. Hoppe.

482) **A. Vedrani** (Lucca): La frenosi maniaco-depressiva e il trattato di Tanzi.

Vedrani spricht sich für Kraepelin's Lehre vom manisch-depressiven Irresein aus, während Tanzi diese Krankheitsform in seinem Lehrbuch nicht anerkannt hat. K. Abraham.

483) **Lomer**: Untersuchungen über juvenile Demenz mit einem Heilvorschlag. (Allgem. Zeitschr. f. Psych., LXII, 3.)

Verf. setzt die engen Beziehungen auseinander, welche die Dementia praecox zu den Generationsvorgängen hat, speziell für die Frauen. Die Erkrankung bricht immer erst nach eingetretener Pubertät aus, zumeist im Anschluss an Periode, Gravidität oder andere sexuelle Ereignisse. Die grösste Mehrzahl zeigte auch einen gesteigerten Geschlechtstrieb; reichlich waren in der Erkrankung sexuelle Halluzinationen und Sensationen.

L. fasst die Erkrankung mit Kraepelin als eine Vergiftung von den Geschlechtsdrüsen aus auf und schlägt vor, die Kranken möglichst frühzeitig zu kastrieren, da die Sterilität gegenüber der Verblödung das kleine Uebel sei. Chotzen.

484) **Edward Livingston Hunt** (New-York): Sixty cases of general paresis, a clinical study.

(Med. Record, 1905, Vol. 68, Nr. 13.)

Verf. hat 60 Fälle von progressiver Paralyse aus der Vanderbilt'schen Klinik in New-York zusammengetragen, die deutlich ausgeprägt waren, und diese Ergebnisse zu denen in Beziehung gesetzt, die Soukanoff und Gaunouchkine an 500 Fällen aus der psychiatrischen Klinik der Universität Moskau gewonnen hatten.

Das vorliegende Material betraf nur bereits vorgeschrittenere Fälle. Tremor wiesen 75%, psychische Störungen 80% auf. Es waren durchweg Männer.

	Vanderbilt Klinik	Moskauer Klinik
unverheiratet } waren	32,14%	19,01%
verheiratet }	67,85%	79,19%
Es standen im Alter		
von 20 Jahren	—	0,60%
21—25	7,01%	1,34%
26—30	1,75%	11,29%
31—35	21,05%	26,15%
36—40	24,56%	30,31%
41—45	21,05%	15,01%
46—50	14,03%	9,06%
51—55	1,75%	3,86%
56—60	5,26%	1,93%
über 60	3,50%	0,45%
bis 41 aufwärts	54,37%	69,69%
über 41	45,63%	30,31%
Verhalten der Patellarreflexe:		
gesteigert	53,57%	50,57%
herabgesetzt	3,57%	9,09%
fehlend	30,35%	19,89%
normal	1,78%	12,31%
Pupillenreaktion		
mangelhaft oder gar nicht vorhanden }	71,15%	82,05%
gut vorhanden	28,84%	17,95%
Syphilis gaben zu	59,37%	61,54%
stellten in Abrede	40,62%	19,61%

Unter den Kranken der Vanderbilt-Klinik wiesen von 34, die Sprachstörungen zeigten, 56% die für Paralyse typischen Störungen auf. Nur ein einziger Kranker sprach ganz normal. Von 48 Kranken klagten 27 über Gedächtnisschwäche. Buschan (Stettin).

485) **H. Marcus**: „Studien über die Aetiologie der Dementia Paralytica in Schweden.“

(Nordiskt Medicinskt Arkiv 1903, Abt. II, Anhang.)

Solange noch die übrigen Quellen, aus denen wir Kenntnisse über die Entstehungsursachen der progressiven Paralyse schöpfen können, so

spärlich fließen wie bisher, behält die Statistik ihren Wert für die Klärung der so eminent wichtigen Frage bei, und jeder Beitrag muss dankbar entgegengenommen werden. Marcus, Oberarzt am Krankenhaus in Solna (Schweden), gibt uns einen Ueberblick über die Fälle von Paralyse, die er in einem Zeitraum von 10 Jahren zu beobachten Gelegenheit gehabt hat und deren Gesamtzahl 400 beträgt; davon entfallen 352 auf Männer und 48 auf Frauen. Da diese Zahlen nach Marcus' Angabe ungefähr die ganze Summe der in Schweden in der 10jährigen Periode Erkrankten darstellen, geben sie ein besonders genaues Bild. In der Anamnese wurde sachgemäss das Hauptgewicht auf Syphilis gelegt, wobei M. die allgemeine Erfahrung bestätigen konnte, wie schwer es ist, gerade über diesen wichtigen Punkt sichere Angaben zu erhalten. Auf Grund der Beobachtung, dass die „arbeitende“ Klasse eine grössere Indolenz gegenüber der Lues zeigt, als Leute in einer gewissen übergeordneten Stellung, trennte M. zweckmässig nach diesen Gesichtspunkten. So fand er denn sichere Syphilis bei Männern der „oberen“ Standesklassen in 76%, bei Männern aus der „Arbeiterklasse“ in nur 26%, bei Frauen in 29%. Andere ätiologische Faktoren spielten eine bei weitem geringere Rolle (Alkoholmissbrauch: obere Stände 18%, niedere Klassen 30%, Frauen 8%; Heredität: 40%, bezw. 25%, bezw. 20%; Psychische Ursachen: 26%, bezw. 15%, bezw. 14%; Trauma capitis: 1,5%, bezw. 10%, bezw. 2%). Demnach ist die Zahl der Paralytiker mit sicherer Lues ebenso hoch wie die höchsten von anderen Autoren gefundenen (Mendel, Régis, Hongberg). Am häufigsten fand sich zwischen Infektion und ersten Symptomen von Paralyse ein Zeitraum von 15 Jahren. Auch M. konnte die allgemeine Erfahrung bestätigen, dass die antiluetische Behandlung meist sehr wenig intensiv gewesen war. Der Autor kommt schliesslich zu der wohl zur Zeit fast durchgängig acceptierten Auffassung, dass in der Aetiologie der Paralyse die Syphilis die dominierende Rolle spielt, wenn sie nicht sogar die einzige Ursache sein sollte. Eine besondere Bedeutung misst M. daneben noch der Heredität bei.

Liebetrau (Trier).

486) **Elsath**: Frühform der Dementia paralytica.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904.)

Ein 23jähriges Mädchen, in dessen Vorgeschichte Lues nicht zu ermitteln, erkrankt unter den Erscheinungen des manisch-depressiven Irreseins mit Verwirrtheitszuständen. Keine körperlichen Reiz- oder Lähmungssymptome. Nach etwa einem Jahre weitgehende Besserung; geringe Schwächung des Gedächtnisses. Erst zwei Jahre nach dem Krankheitsbeginn, als Patientin wieder schwerer erkrankte, und zwar unter dem Symptomenbilde einer katatonischen Verblödung, liess sich ein einziges körperliches Symptom nachweisen: die eine Pupille war etwas weiter, leicht verzogen und reagierte etwas träge. Einige Monate darauf stellten sich schwere paralytische Anfälle ein, denen die Kranke erlag. Makroskopisch und besonders mikroskopisch das typische Bild der Paralyse. Sehr hübsch sind die beigegebenen Zeichnungen, besonders die Bilder von den Inkrustationen der Golginetze und von den Endothelsprossen.

Spielmeyer.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von
Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Krelenbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. November 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Die Hydriatik der Psychosen.

Von Dr. J. Sadger, Wien-Graefenberg.

Wenn die Irrenärzte von einer Hydriatik der Psychosen sprechen, denken sie nicht etwa an eine Behandlung der Geisteskrankheiten überhaupt, sondern fast ausschliesslich an die eines einzelnen Symptomes, der Aufregungszustände manischer wie depressiver Art. Und so seltsam bescheiden die Auswahl des Objektes scheint, nicht minder ist's die der angewendeten Applikationen. Mehr oder weniger beschränken sich alle Psychiater auf laue bis warme Vollbäder und höchstens noch längere feuchte Einpackungen. Sporadisch wird freilich recht schüchtern auf andere Kurformen hingedeutet, wie Halbbad und Abreibung, aber das sind doch immer bloss Lesefrüchte, die man gelegentlich auffunkeln lässt, ohne sie bei Psychose wirklich zu geben. Tatsächlich verordnet wird doch nur das laue oder warme Vollbad von $\frac{1}{2}$ stündiger bis tagelanger Dauer und in selteneren Fällen auch die feuchte Packung in allerdings wenig exakter Form. Hier werden sofort zwei Fragen flügge: Taugt wirklich bei einem so grossen Kapitel, wie es die Geisteskrankheiten darstellen, die Wasserbehandlung nur für ein einziges Symptom? Und weiter: sind alle Regeln der sonstigen Hydriatik bei den Psychosen auf den Kopf gestellt, gibt's, wenn wir von den selteneren Packungen absehen, tatsächlich nur eine einzige Prozedur, noch dazu eine solche, die sonst höchst selten zur Anwendung kommt, oder liegt es vielleicht an dem unzureichenden Wissen unsrer Irrenärzte in hydriatischen Dingen?

Wer sich überzeugete, wie wenig selbst unsere besten Aerzte von praktischer Wasserheilkunde verstehen, wird über die Antwort nicht lange im Zweifel sein. Um laue oder warme Vollbäder zu geben, die Erfahrung und Tradition

empfehlen, bedarf es keiner spezialistischen Schulung, nur einer Anzahl handfester Wärter, die jedem Leiter einer Irrenanstalt genügend zur Verfügung stehen. Man braucht von Hydriatik gar nichts zu wissen, kann aller hierfür besonders abgerichteten Diener entraten, auch des ganzen grossen Apparates modern ausgestatteter Wasserheilanstalten. Da nun die Staats- und Privatirrenanstalten kaum je über hydriatisch geschulte Aerzte, über dito Diener und die nötigen technischen Behelfe verfügen, so ist eine entsprechende Wasserbehandlung, selbst die löbliche Absicht verausgesetzt, kaum durchzuführen.

Um nicht ungerecht zu sein, es gibt noch eine weitere psychologische Erklärung für die mangelnde Beschäftigung der Irrenärzte mit hydriatischen Dingen. Bekanntlich liegt die moderne Psychiatrie noch sehr im Argen. Bei den meisten Psychosen wissen wir gar nicht, was ihnen pathologisch zugrunde liegt, ja nicht einmal was die Depressions- und Aufregungszustände der verschiedenen Krankheiten eigentlich wachruft. Auch vermag die hydriatische Physiologie uns zur Stunde nur wenig Aufschluss zu geben über die Wirkungen des Wassers auf das zentrale Nervensystem und die intimsten Lebensvorgänge. Dass unter so bewandten Umständen kausale Hydriatik meist unmöglich ist, liegt auf der Hand. „Wenn wir“, sagt Thomsen in seinem ausführlichen Referate¹⁾, bei Erregungszuständen eine aktive Kongestion, bei Depressionszuständen eine Störung, resp. Anaemie annehmen, wenn wir demgemäss stillschweigend das klinische Krankheitsbild der Manie mit Hyperaemie, das der Melancholie mit Anaemie des Gehirnes identifizieren, so schaffen wir uns damit freilich die Möglichkeit, gegen diese supponierten Zustände als Ursache des chronischen Krankheitsbildes systematisch mit hydriatischen Prozeduren auf der exakten Basis der physiologischen Wirkung vorzugehen. Aber wir können uns nicht verhehlen, dass dieses scheinbar exakte Vorgehen auf sehr schwachen Füßen steht, da es doch durch nichts bewiesen ist, dass die Manie wirklich auf einer Hyperaemie des Gehirnes beruht. Und es ist nur ein weiterer Ausbau dieser unbewiesenen Hypothese, wenn nun fernerhin alle Erregungszustände ätiologisch als gleichwertig angesehen und denselben therapeutischen Prinzipien unterworfen werden . . . Dennoch ist es immer die Voraussetzung einer Hyperaemie oder Anaemie des Gehirns, von der die Wasserbehandlung der Psychosen ausgeht, und so sind es denn wesentlich die akuten Psychosen: die Manie, Melancholie, die akuten Wahnsinns- resp. die akuten Paranoiaformen, bei welchen eine systematische Wasserbehandlung Anwendung findet, während man bei den andern Erregungs- resp. Depressionszuständen mehr eine symptomatische Einwirkung im Auge hat. Bei all den Zuständen, die ohne erhebliche Aufregung oder ohne erhebliche depressive Affektstörung einhergehen, ohne kongestive Symptome oder starke Benommenheit, kann von einer methodischen und zielbewussten Hydriatik nicht wohl die Rede sein.“ Und zum Schlusse resümiert der genannte Autor: „Im allgemeinen darf das Resultat der vorstehenden Untersuchung als ein befriedigendes nicht bezeichnet werden. Auch heute ist die Psychiatrie ausser stande, bestimmte wissenschaftliche Grundsätze für die Anwendung der Hydrotherapie bei den Geisteskrankheiten aufzustellen, resp. für

¹⁾ „Die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Erkrankungen“, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 55, S. 721ff. Dasselbst auch reichliche Literaturangaben über ältere Versuche.

bestimmte Formen bestimmte Methoden vorzuschreiben. Die physiologischen Untersuchungen und Experimente eines Winternitz, selbst eines Schüller haben der Irrenheilkunde wenig nützen können, weil eben die anatomisch-physiologische Grundlage der Psychosen unbekannt war. Wenn eine gewisse Uebereinstimmung der Ansichten über den Nutzen der hydriatischen Prozeduren besteht, so ist sie wesentlich eine negative, insofern als allgemein die eingreifenden Methoden ganz verlassen sind und als durchweg das warme Wasser dem kalten bei der Behandlung von Geistesstörungen, besonders akuten, vorgezogen wird.“

Liest man vorstehende Ausführungen genau, so sieht man alsbald, wo die Sache hapert. Weil man die Wirkung hydriatischer Prozeduren auf die Psychosen nicht erklären konnte und auch jetzt noch nicht kann, drum ersparte man sich das Studium jener lieber vollständig. Es ist derselbe verhängnisvolle Fehler, der uns durch die ganze Hydriatik verfolgt, sowie sich die Klinik ihrer annehmen soll. Wo keine Theorie, da darf auch keine Heilung sein. Doch eine Theorie, die hatte man im Grunde genommen schon. Die Formel hieß ja: Melancholie = Depression = Anaemie des Gehirns, Manie = Erregung = Hyperaemie. Man hätte darnach zum mindesten scheinbar eine kausale Hydriatik einrichten können. Da zeigt sich aber ganz merkwürdigerweise, dass die meisten Psychiater, weil sie im Grunde nur die lauen und warmen Vollbäder kannten, diese beruhigende Prozedur nicht bloss bei Erregungszuständen brauchten, sondern ebensogut auch bei Melancholien, ja sogar bei Stupor³⁾. Die andern möglichen Anwendungsformen, die kannten sie meist nur dem Namen nach, und selbst die Wickel, die wenigstens vereinzelt gegeben wurden, wandte man oft an verkehrter Stelle⁴⁾ und meist ganz vorschriftswidrig an⁴⁾. Auch dass es gewechselte Packungen gebe, die bei akuten Erregungszuständen ganz ausgezeichnete Dienste leisten, wie Winternitz vor 30 Jahren schon zeigte⁵⁾, davon ist nirgends eine Silbe zu lesen.

Wir haben oben von Thomsen gehört, dass es im wesentlichen Erregungszustände sind, die hydriatisch angegangen werden, zumal in der Manie, Melancholie, den akuten Wahnsinns- und Paranoiaformen; dass ferner, wo keine erhebliche Störung des Affektes vorliegt, eine Wasserbehandlung überhaupt nicht geübt wird; und endlich dass es jetzt Regel ist, von den eingreifenderen Methoden abzusehen und hauptsächlich warmes Wasser zu brauchen. Ich werde später ausführen können, wie furchtbar einseitig dies Vorgehen ist, und dass man sich durch dasselbe freiwillig des besten Theils der Hydriatik begibt. Vorerst aber will ich erst das besprechen, was wenigstens jetzt schon gewonnen und Gemeingut mindestens vieler Psychiater ist, die Anwendung der lauen bis warmen Vollbäder und der feuchten Wickel.

³⁾ Siehe die Lehrbücher der Psychiatrie von Krafft-Ebing, Schüle und Kraepelin.

⁴⁾ Siehe z. B. eine der ältesten psychiatrischen Wasserschriften von Friedrich Roehling: „Ueber die Wirkung nasser Einwicklungen bei den mit Stupor behafteten Melancholikern“, Inaugural-Dissertation, Bonn 1876.

⁴⁾ Wilhelm Svetlin: „Ueber den Wert hydriatischer Einwicklungen in maniakalischen Erregungszuständen“, Leidesdorf, Psychiatrische Studien. S. 101 ff.

⁵⁾ „Klinik für Hydrotherapie, Erfahrungen, gesammelt in dem Quinquennium 1869 bis 1873 in der Wasserheilanstalt in Kaltenleutgeber bei Wien“, Wiener Med. Presse 1874, No. 10—21; in allen entscheidenden Punkten wieder abgedruckt in der 1. Auflage seiner „Hydrotherapie“ (1. Bd. S. 214 f., 2. Bd., II. Abt., S. 495 ff).

Die ersteren werden in einer mehrfachen Weise geübt, entweder in altergebrachter Form, die ich auf ihren Ursprung nicht mehr zurückverfolgen kann, als laue Vollbäder von 25—27°,⁶⁾ in der Dauer von 1/2—1 Stunde (bei Kongestionen, verbunden mit kalten Kompressen oder Begiessungen des Kopfes) oder direkt schon warm, d. h. von etwa 28°. Diese warmen Bäder gibt man entweder als kürzere „Kurbäder“⁷⁾ von 1—3 bis höchstens 6 Stunden oder als „Dauerbäder“ von mindestens 10—12 Stunden, neuestens auch bis zu tagelanger Ausdehnung. Das Verdienst, die prolongierten Bäder in die Behandlung der Psychosen eingeführt zu haben, gebührt einem französischen Irrenarzte, Alexandre Brierre de Boismont, der sie schon 1846, zumal für frische Manie und Melancholie, mit glänzendem Erfolge brauchte⁸⁾. Seine Methode fand unter den französischen Psychiatern reichliche Nachfolge, in Deutschland wurde sie erst in den letzten Jahren populärer, da Kraepelin sie zu propagieren begann. In den Bädern, wie er und seine Schule sie gibt, „bleibt der Kranke nicht nur Stunden, sondern halbe und ganze Tage, und so wochenlang, morgens aus dem Bett ins Bad, abends aus dem Bad ins Bett. Zum Essen, das natürlich auch im Bade besorgt wird, wird ein Brett quer über die Wanne gelegt, um als Tisch zu dienen. Auch während der Menses braucht die Bäderbehandlung nicht ausgesetzt zu werden, ist sogar dann gerade besonders notwendig“⁹⁾. Kraepelin meint sogar: „Den vollen Wert der Dauerbäder lernt man erst er-messen, wenn man in der Lage ist, sie nicht nur am Tage, sondern auch die ganze Nacht hindurch fortzusetzen, so dass unter Umständen Kranke wochen- und monatelang im Bade bleiben, natürlich unter unausgesetzter Ueberwachung. Für den Schlaf gibt man Mooskissen oder mit Moosgummi gefüllte Schlummerrollen¹⁰⁾. Besonders eignen sich nach Beyer für das Dauerbad alle Fälle mit Decubitus, Hautgeschwüren, Furunkeln, Phlegmonen und Verletzungen, die in jenen Bädern sehr rasch heilen. Die weit verbreitete Furcht vor plötzlicher Herzschwäche hat sich, wie Kraepelin auf Grund sehr ausgedehnter Erfahrung sagt, als ganz unbegründet erwiesen — W. Alter setzt hinzu: selbst wenn das Herz nicht ganz intakt ist —, auch hat der erstere von Erkältungskrankheiten nie etwas gesehen. „Die Erfolge dieser Behandlung sind einfach verblüffend. Am besten wirken die Bäder auf manische Kranke, so dass man hier fast von einer spezifischen Wirkung sprechen möchte. Ebenso pflegen sich aufgeregte Paralytiker überraschend schnell zu beruhigen, selbst jene so gefürchteten paralytischen Erregungszustände, die man früher dem sogenannten Delirium acutum zurechnete, verlieren einen grossen Teil ihrer Schrecken; das Dauerbad kann hier nach meiner festen Ueberzeugung bisweilen geradezu lebensrettend

⁶⁾ Die Grade sind hier wie im ganzen Artikel in R. angegeben.

⁷⁾ W. Alter: „Versuche mit zellenloser Behandlung und hydropathischen Massnahmen“, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, März 1902; idem: „Zur Hydrotherapie bei Psychosen“, Centralblatt für Nervenheilk. und Psychiatrie, März 1903.

⁸⁾ Bulletin de l'Académie de méd. 1846, 15. Sept.

⁹⁾ Ernst Beyer: „Die Anwendung der Dauerbäder bei Geisteskranken“, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Januar 1899.

¹⁰⁾ Emil Kraepelin: „Die Heidelberger Wachabteilung für unruhige Kranke“, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Dezember 1901. Vergl. auch Adolf Gross: „Zur Behandlung akuter Erregungszustände“, Allg. Zeitschr. für Psych., 56. Bd., S. 953 ff. und Stein: „Ueber Bäder in Anstalten für Geisteskranke“, Psych. neurol. Wochenschrift 1901, No. 7, S. 69 ff., endlich Würth: „Das Dauerbad und seine Erfolge“, Allgem. Zeitschr. für Psych., 59. Bd., S. 676 ff.

wirken.“ Den Effekt dieser Bäder beschreibt Ernst Beyer folgendermassen: „Wir haben es so oft erlebt — und es ist wirklich überraschend zu sehen — wie ein eben noch im höchsten Grade erregter und aggressiver Kranker im warmen Bade sofort ruhig sitzen bleibt ohne alle Beschränkung als das ihn umfliessende Wasser, und ebenso haben wir oft die Gegenprobe machen können, dass ein Kranker, der tagelang im Bade ganz ruhig gewesen war, sofort wieder laut und unruhig wurde, sowie er wieder in den Kleidern war.“ Und Kraepelin ergänzt: „Ich glaube mich in der Tat vollauf berechtigt zu dem Ausspruch, dass die Durchführung der Dauerbäder bei Tag und bei Nacht uns eine völlige Umwälzung des Gesamtbetriebes der unruhigen Abteilung gebracht und eine Reihe von Erscheinungen beseitigt oder doch wesentlich gemildert hat, die früher für Kranke und Aerzte zu den allerpeinlichsten gehörten. Zunächst ist hier die Unruhe der Kranken zu nennen. Es ist richtig, dass viele Kranke auch im Bade noch schreien, schimpfen, singen und sonstige Zeichen von Erregung darbieten, aber die beruhigende Wirkung des Bades ist doch fast immer eine ganz augenscheinliche. Jedenfalls aber hören die Kranken auf, herumzulaufen und andere zu stören; ihre Unruhe spielt sich in dem engbegrenzten Raum der Badewanne ab. Die Folgen dieser wohlthätigen Beeinflussung zeigen sich in einer Verminderung der Gewalttätigkeit. Da die Kranken fast durchweg ohne das geringste Widerstreben ins Bad gehen und in demselben bleiben, fällt der grösste und schlimmste Teil jener Vergewaltigungen fort, die früher zum Isolieren vielfach nötig waren. Auch untereinander geraten die in ihren Wannen sitzenden Kranken trotz ihrer gelegentlichen Wortgefechte weit seltener in Streit, so dass auch dabei gewaltsames Eingreifen des Personals mehr vermieden werden kann als früher. Eine sehr wesentliche Besserung hat durch die Dauerbäder die Pflege der Reinlichkeit erfahren. Das mit Recht so gefürchtete Schmierien hört einfach auf; ebenso ist von den gefährlichen Folgen der Unsauberkeit bei gelähmten Kranken, dem Druckbrand und der daraus entspringenden Blutvergiftung keine Rede mehr.“ Und zum Schluss resumiert er: „Es ist mir in den letzten Jahren wesentlich mit Hilfe dieser Massregel gelungen, zahlreiche äusserst unruhige Kranke dauernd vor Isolierung zu bewahren . . . Ich kann sagen, dass die planmässige Ausgestaltung der Dauerbäder in unserem Betriebe mindestens einen ähnlichen Fortschritt bedeutet hat, wie früher die Durchführung der Bettbehandlung. Sie setzt gerade dort ein, wo die Bettbehandlung beginnt, uns im Stich zu lassen: bei den schweren Aufregungszuständen; wir betrachten sie daher auch als das vorzüglichste Mittel, diejenigen Kranken allmählich zur Bettruhe zu bringen, die sich sonst derselben entziehen. Nur solche Kranke kommen ins Bad, bei denen die Behandlung versagt, und der Eintritt der Beruhigung wird benutzt, um immer und immer wieder den Versuch der Bettlagerung zu machen, bis er endlich gelingt, allerdings bisweilen erst nach Monaten. Handhabt man das Verfahren nach diesen Grundsätzen, so wird die Zahl der Bäder gar keine übermässig grosse zu sein brauchen.“

Neben diesen lauen bis warmen Hochbädern ist es fast einzig die feuchte Packung als Schlaf-, wie als Beruhigungsmittel, die in neuester Zeit noch zur Anwendung kommt. Während ich die Ansichten der Psychiater über jene Hochbäder einfach registrieren konnte, sind hier schon vom Standpunkt der hydriatischen Technik, um von andern Dingen ganz zu schweigen, gewichtige

Bedenken nicht abzuweisen. Es ist für einen geschulten Hydrater einfach unfassbar, wie die Meinungen über seit Priessnitz festgelegte Dinge hier oft auseinandergehen. Die Technik der Einpackung wird jetzt bald hundert Jahre alt. Aber wenn man gewisse moderne Irrenärzte hört, so wäre man fast zu glauben versucht, sie selber hätten jene alte Prozedur eben erst erfunden. Da kanzelt einer den andern ab, weil er die Wickel¹¹⁾ nicht korrekt anlegte und — macht es fast noch schlechter als dieser. In jedem Lehrbuch der Hydrotherapie ist nachzulesen, wie eine Einpackung technisch korrekt appliziert werden soll. Von den modernen Psychiatern jedoch taucht einer die Laken in Wasser von 18—20° (Svetlin), wieder andere (Ziehen¹²⁾, Sander¹³⁾ in laues, der dritte (Alter) in warmes von 26—28° und nur der Abgekanzelte (Knecht), wie es wirklich korrekt ist, in ganz naturkaltes. Leintücher und Decken werden oft in recht merkwürdiger Weise angelegt, und endlich scheint kein einziger zu wissen, dass längere Packungen stets mit einer abkühlenden Allgemeinapplikation geschlossen werden müssen, nicht etwa, wie es so häufig geschieht, mit einer trockenen Ganzabreibung oder auch mit gar nichts. Und wie sonderbar sind erst die Anschauungen über die physiologische Wirkung solcher Einpackungen. Man sollte meinen, dies habe Winternitz in der ersten Auflage seines grossen Lehrbuchs (1877), von früheren Einzelpublikationen ganz abgesehen, für alle Zeiten in wissenschaftlicher, einwandfreier Weise festgelegt. Und doch unterscheidet Wilhelm Svetlin die sedative Wirkung bei kurzen Einpackungen von 1—2—2½ Stunden (!) und die erregende bei länger währenden; M. Sander wieder feuchtet das Leintuch nie mit kaltem, stets nur mit lauem Wasser an, weil „die Anwendung von kaltem Wasser auf den Ablauf der Prozedur ohne wesentlichen Einfluss ist, durch den unangenehmen Kältereiz aber ein psychisches Reizmoment setzt, das unter Umständen den Kranken zu einer Verweigerung der Prozedur veranlassen kann“; W. Alter endlich meint, nur wenn man die Laken in Wasser von 34° C taucht, „wirken sie von vornherein depressorisch.“ Von den gewechselten Packungen endlich und ihrer eminenten physiologischen Wirksamkeit weiss keines Psychiaters Zunge zu künden.

So bin ich genötigt, vorerst manch Selbstverständliches zu sagen. Die Laken zu den Wickeln sind immer in ganz kaltes Wasser zu tauchen und gut auszuringen. Sie in laues oder warmes Wasser zu tauchen, ist direkt ein Kunstfehler. Man erzielt damit nicht etwa „von vornherein depressorische Wirkung“ — das besorgt eine kunstgerechte Einpackung immer von dem Momente an, da das Leintuch sich zu erwärmen beginnt —, sondern wird damit höchstens die Reaktion hinausschieben oder ganz aufheben. Je kälter das Wasser zu den Laken genommen wird, desto rascher erfolgt die Wiedererwärmung, desto prompter aber auch die Reaktion, auf welche nicht minder dann alles ankommt. Die Füsse des Kranken dürfen nur dann feucht eingeschlagen werden, wenn sie sich vorher warm anfühlen, sonst sind sie erst

¹¹⁾ Vergl. den ergötzlichen Streit zwischen A. Knecht („Ueber die Anwendung feuchter Einpackungen bei Psychosen“, Psych.-neurol. Wochenschr. No. 22, 1903, S. 233 ff.) und W. Alter („Ueber die Anwendung feuchter Einpackungen“, No. 27, 1903, S. 287 ff.)

¹²⁾ „Behandlung der einzelnen Formen des Irreseins“ in Pertzoldt — Stintzingen's Handbuch, 5. Band.

¹³⁾ „Zur Behandlung der akuten Erregungszustände“, Psychiatr. Wochenschr. 1901, No. 36, S. 351 ff.

trocken zu frottieren oder überhaupt bloss in den Kotzen zu wickeln, indem man das feuchte Leintuch oberhalb der Knöchel einfach zurückschlägt. Auch kann man nötigenfalls, wenn die Füsse andauernd kalt oder cyanotisch bleiben, eine Wärmeflasche oder Thermophor, sei es in den Kotzen mit einpacken, sei es von aussen an die Fusssohlen legen. Soll die feuchte Einpackung beruhigend wirken, dann lasse man sie nie bis zum Schweissausbruch liegen, der, normale Reaktion vorausgesetzt, zwischen $\frac{3}{4}$ und $1\frac{1}{2}$ Stunden erfolgt, sondern breche sie stets vor demselben ab. Erkennbar wird der richtige Zeitpunkt an der Steigerung der durch die feuchte Einpackung regelmässig stark herabgesetzten Pulsfrequenz (zu prüfen an der Carotis oder Temporalis). Immer sind endlich die Wickel zu schliessen mit einer kalten Allgemeinprozedur, wie Halbbad, Abreibung, Regenbad oder Tauchbad, teils um die gestaute Wärme fortzuschaffen, teils um die darunter erschlaffte Haut und deren gleichfalls erschlaffte Gefässe wieder zu tonisieren.

Für die Psychiatrie nicht minder wichtig als die einfache Packung sind ferner die gewechselten feuchten Wickel, welche sich bekanntlich in der Fieberbehandlung von ausserordentlichem Nutzen erweisen. Just die Erregungszustände der Geisteskranken haben mit dem Fieber oft grosse äussere Aehnlichkeit. Hier wie dort besteht eine Hyperthermie, geröteter Kopf, beschleunigter Puls und vermehrte Respiration. Nichts aber entzieht die Hyperthermie so schonend, nachhaltig und gleichmässig, nichts beruhigt Puls und Respiration so sehr, als die gewechselten feuchten Packungen mit einer abschliessenden kühlen Prozedur. Allerdings setzt jene kompliziertere Kurform hydriatisch geschulte Wärter voraus, die genügend geschickt sind, wenn nötig auch sechs Einpackungen rasch hintereinander zu applizieren. Aber werden diese Wickel in kunstgerechter Weise gemacht, dann ist, wie Winternitz schon vor fast 40 Jahren bewies¹⁴⁾, nichts derart prompt und nachhaltig wirkend, als jene scheinbar so umständliche Prozedur. Soweit ich die Literatur überschaue, hat sie freilich bis heute ausser dem Altmeister kein einziger bei Geisteskranken benutzt. Und doch bedünkt mich, dass mit ihrer Anwendung auch jene Kontraindikationen wegfielen, welche für die einfache feuchte Einpackung bei manchen Psychosen bestehen mögen.

Die gewechselten Packungen werden auch in der Irrenheilkunde nicht anders gegeben, wie sonst im Fieber. Man lasse demnach eine jede Einpackung nur bis zur Erwärmung des gut ausgerungenen Lakens wahren (sehr häufig nimmt man gleich doppelte Tücher), die erste also etwa 5—10 Minuten, die zweite schon länger 10—15—20 Minuten und so jede folgende immer steigend, bis endlich der letzte der nötigen Wickel $\frac{3}{4}$ bis 1 Stunde lang bleibt. Dann schliesst man am besten mit einem etwas kühleren Halbbad von 10—15° R (5—10 Minuten), eventuell einer triefenden Ganzabreibung (14°, 3 Minuten), worauf der Kranke entweder abgetrocknet und ins Freie geschickt oder un-abgetrocknet zu Bett gebracht wird. In der Regel schlafen die Patienten nach solchen Prozeduren sehr gut.

Hier seien noch einige psychiatrische Gutachten über die Bäder und einfachen Packungen eingefügt. Wenn Kraepelin den Dauerbädern in der Behandlung der Psychosen „eine geradezu umwälzende Bedeutung“ zuschreibt und den Ausspruch tat, „dass nichts den Fortschritt, welchen sie hervorgebracht

¹⁴⁾ Siehe Anmerkung 5.

haben, deutlicher zeigt, als die Abnahme der Isolierungen“, so bezeichnet Alter als Erfolg der Bäder und feuchten Einpackungen den „in möglichst grossem Umfang durchgeführten Ersatz der medikamentösen Behandlung durch hydrotherapeutische Massnahmen“, und meint an einer anderen Stelle: „Je mehr ich die Hydrotherapie anwende, desto mehr habe ich mich von ihrer souveränen Ueberlegenheit gegenüber allen andern Methoden überzeugt.“ Svetlin konstatierte schon 1877, dass kein anderes Mittel so geeignet sei, Puls, Respiration und erhöhte Temperatur zur Norm zu bringen, als die feuchten Packungen, und dass „unter ihnen der körperliche Zustand auch in sehr lange dauernden Fällen bei der gewöhnlichen Anstaltskost auf einem überraschenden Zustand der Kräftigung und des guten Aussehens erhalten wurde.“ Dies letztere scheint mir ein Punkt von ausnehmender Wichtigkeit, den neuerdings auch Sander und Alter bestätigen. Sowohl unter Bädern als insbesondere unter feuchten Einpackungen hebt sich nach Alter der Appetit der Kranken, die Gewichtskurve steigt an, und viele derselben, die bei jeder andern Behandlungsmethode abgenommen hatten, nehmen nunmehr ganz deutlich an Körpergewicht zu. „Die Einpackungen werden von den Kranken, die ja dabei im Bett und Zimmer bleiben können, meist den Bädern vorgezogen. Auf den Schlaf und vor allem auf den Appetit haben sie häufig eine noch günstigere Wirkung als die Bäder. Vollkommen abstinenten Kranke assen nach Einpackungen wiederholt spontan und reichlich.“ Auf besonders tiefgehende intimste Wirkungen weist endlich nachfolgende Beobachtung hin. „Fast alle Fälle von manisch-depressivem Irresein zeigen unter dem Einflusse einer regelmässig intermittierenden Behandlung mit Bädern und Bettruhe eine ausserordentlich auffällige Aenderung der Anfallskurve, die die Bettruhe allein nie bewirkt hätte. An Stelle der starken Exacerbationen und Abfälle traten larvierte Formen von kontinuierlichem Charakter bei einem konstanten Affektniveau und geringen und seltenen Ausschlägen. Auch die Körpergewichtskurve zeigt im Gegensatz zu früher nur sehr geringe Schwankungen, ja wiederholt eine absolute Horizontale. Die Erscheinung war so charakteristisch, dass sie sich der Beobachtung geradezu aufdrängte. Sie ist aber schliesslich nur eine Teilerscheinung der Tatsache, dass alle psychotischen Zustandsbilder, die affektiven, die halluzinatorischen, die paranoischen unter dem neuen Regime deutlich und wesentlich milder, mehr subakut verliefen. Die Sozialisierung der Kranken nahm zu oder blieb erhalten, die Patienten waren mit wenigen und vorübergehenden Ausnahmen immer traitabel, ärztlich untersuchbar und beeinflussbar. Seit Jahren total unsoziale, unzugängliche und unsaubere Elemente wurden ruhige, freundliche Bettkranke, ja in einzelnen Fällen liessen sie sich wieder zu recht passablen Mitgliedern eines grossen geselligen Kreises erziehen.“

Wie solche Umwälzungen zustande kommen, was in der grossen chemischen Küche des Organismus da eigentlich vorgeht, davon ist uns heute blutwenig bekannt. Wir wissen zur Stunde nur einige ganz elementare Tatsachen, die ich im folgenden zusammenstellen werde, verfüge also gleichsam, um das Buch des Lebens zu verstehen, bloss über die Kenntniss des A B C. Ganz sicher gestellt ist, dass laue und warme Bäder, die längeren einfachen und gewechselten Packungen eine bedeutende Herabsetzung der Erregbarkeit im allgemeinen machen, eine ausgesprochen antipyretische Wirkung, Rarefizierung und Tardierung des Pulses, ein Tiefer- und Langsamerwerden der Atmung.

Maximilian Schüller¹⁵⁾ hat weiter experimentell bewiesen, dass die Piagefässe sich unter jenen Prozeduren für Stunden kontrahieren, das Gehirn also lange Zeit blutentlastet wird. Von Wichtigkeit ist das Absinken des Blutdrucks, ein Symptom, welches dadurch bedeutsam erscheint, dass erfahrungsgemäss bei den Geisteskrankheiten Erhöhung des Blutdrucks mit Unlust- und Angstgefühlen einhergeht, Erniedrigung hingegen die manisch-euphorischen Zustände begleitet. Wie Alter nachwies, ergibt sich im Bade wie in den feuchten Packungen eine sofort einsetzende Abstumpfung des Tastsinns, die innerhalb der ersten 12 bis 15 Stunden auf das doppelte und dreifache der vorher festgesetzten Normalwerte steigt; die motorische Kraft wird erheblich reduziert, was sich im Sinne der Ermüdung ausspricht; und endlich ergab noch die Prüfung der psychischen Leistungsfähigkeit, an der Bildung der Assoziationen gemessen, dass „nicht so sehr die Aufmerksamkeit, also die Erregbarkeit primär herabgesetzt, als vielmehr die Reaktionsfähigkeit qualitativ verändert ist.“ Es machte sich eine entschiedene Ablenkbarkeit geltend, also eine ausgesprochene Reduktion der geistigen Widerstandsfähigkeit und eine gesteigerte Disposition für hypnotisch-suggestive Einflüsse. Endlich könnten Freunde der Toxintheorie noch darauf verweisen, dass insbesondere in den feuchten Packungen ganz sicher eine Reihe von schädlichen Stoffen durch Perspiration der Haut eliminiert wird.

Die Oeffnung der Haut zum allerwichtigsten Ausscheidungsorgan spielt wohl auch eine Rolle bei jener Form der feuchten Packung, welche ich bisher noch nicht besprach: den kurzwährenden Wickeln. Hier bleibt das Laken nur so lange liegen, bis es sich erwärmt hat, je nach der individuellen Reaktion, also etwa 10—20—30 Minuten, bei träger Reaktion auch $\frac{3}{4}$ Stunden, doch nie bis zum Dunsten, wie bei den längeren feuchten Packungen. Beiläufig bemerkt, ich glaube, dass die von den Psychiatern meist angewendeten feuchten Wickel von 1—2 Stunden im Effekt sehr häufig nichts anderes vorstellen, als jene obenerwähnte kurze Packung. Es wird eben dadurch, dass man das Leintuch in temperiertes Wasser taucht, die Reaktion hinausgeschoben. Jene kurzen Wickel mit einer abkühlenden Schlussprozedur, wie Halbbad, Abreibung oder Tauchbad gab Vincenz Priessnitz als Stärkungskur in der Rekonvaleszenz nach akuten und chronischen Leiden, sowie zu Anfang einer Behandlung bei Heruntergekommenen, um die Haut für grössere Kurven vorzubereiten, in beiden Fällen auch, um durch die vorherige Wärmestauung die Wirkung der nachfolgenden kalten Prozedur erheblich zu steigern. In dem nämlichen Sinn sind die kurzen Wickel auch in der Psychiatrie zu brauchen, wenn heilbare Psychosen abzuklingen beginnen, bei affektlosen Geisteskranken, zumal wenn sie gleichzeitig anaemisch sind, endlich noch als Vorbereitung für eingreifendere Kuren.

Wir haben im Vorstehenden gehört, dass gegen die Erregungszustände der Irren die beruhigendsten Prozeduren der Hydriatik, die längeren feuchten Packungen, dann ferner laue bis warme Vollbäder mit grösstem Nutzen in Uebung sind, was auch ohne weiteres verständlich erscheint. Auf den ersten Blick weit minder begreiflich ist, dass man die gleichen oder, richtiger gesagt, noch grössere Erfolge auch durch das andere Extrem erhält, durch kürzere

¹⁵⁾ „Experimentalstudien über die Veränderungen der Gehirngefässe unter dem Einflusse äusserer Wasserapplikationen“. Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 14. Bd., 1874, S. 566—606.

oder prolongierte kalte Vollbäder. Und doch haben namhafte deutsche¹⁶⁾ und französische¹⁷⁾ Irrenärzte sowie manche Hydrriater¹⁸⁾ diese Tatsache in so vielen Fällen erhärtet, dass an ihrer Richtigkeit nicht zu zweifeln ist. Ja, mich dünken die publizierten Erfolge sowohl im Sinne der Beruhigung als insbesondere der raschen Heilung des Krankheitsprozesses noch weitaus günstiger als bei den oben genannten kalmierenden Kurformen. Schon Boerhave liess — soweit ich es zu überschauen vermag, wohl als der erste — bei heftiger Tob-sucht die Kranken in ein kaltes Bad bis zur Erstarrung eintauchen und meinte, dass der unmittelbar betäubende Stoss, welchen im kalten Bade mit dem ganzen Nervensystem auch das Gehirn erleidet, im letzteren eine wohltätige Umstimmung und Rückkehr zur Besonnenheit erzeugt (Prael. acad. de morbis nerv., Tom I, S. 346). Sonst aber waren im 18. und selbst noch im 19. Jahrhundert die kalten Tauchbäder mehr als Schreck- und Bestrafungsmittel im Gebrauch, wenn auch, zumal die französischen Irrenärzte, nie aufhörten, sie als Heilmittel zu brauchen. In Deutschland war es Jacobi¹⁶⁾ in Siegburg, der 1854 die Krankengeschichten von fünf Tobsüchtigen publizierte (nach der Beschreibung teils reine Manie, teils manische Phase der Amentia und des zirkulären Irre-seins), die durch kalte Vollbäder von 13^o und 20—30—60 Minuten Dauer (in einem Falle zweimal täglich durch sechs Wochen ein kaltes Vollbad von je $\frac{3}{4}$ stündiger Dauer!) rasch zur Heilung kamen, in zwei Fällen sogar, nachdem sich längere lauwarne Bäder mit kalten Kopfübergießungen nutzlos erwiesen hatten. Die Erregungszustände hörten oft schon nach ganz wenigen Bädern auf, nur zweimal wurde die Kur sechs Wochen lang fortgebraucht. Jakobi rühmt, dass unter den Bädern die Patienten ruhiger und besonnener werden, welche Beruhigung kürzer oder länger anhält und sich auch in dem guten Schlaf ausdrückt, dass ferner die Zahl der Pulse und ihre Spannung erheblich sinkt. Sein Schüler Finkelnburg hat Jakobi's Verfahren insoweit gemildert, dass er die kalten Tauchbäder von anfangs 2—3 Minuten bis höchstens 10 Minuten währen liess. „Der Zeitraum von 10 Minuten ist erfahrungsgemäss genügend, um die dem gewöhnlichen kurzen kalten Vollbad nachfolgende Erregung zu vermeiden und eine nachhaltige Reizminderung im gesamten Nervenleben, besonders auch in der motorischen Sphäre zu erzielen.“ Die Applikation geschah derart, dass der Kranke durch einen kräftigen Wärter rasch in das vorher auf 12^o R gebrachte Wasser eines grossen kreisrunden Behälters eingetaucht, der Kopf von Zeit zu Zeit mit unter Wasser gebracht, im übrigen aber dem Körper möglichste Freiheit der Bewegung im Wasser gestattet wurde. „Sehr konstant waren nach den verlängerten kalten Vollbädern die Herabsetzung der Herz-tätigkeit, Verlangsamung des Pulses und Verminderung der Eigenwärme bemerklich. Bei weiblichen Kranken gehörte eine Steigerung der Katamenial-funktion zu den gewöhnlichen Erscheinungen.“ Auffallend war, wie oft schon

¹⁶⁾ Jakobi: „Neue Beobachtungen über die Anwendung der Einreibungen des argentum stibiatum in die Scheitelgegend und der kalten Bäder in bestimmten Fällen von mit Seelenstörung begleiteten Fällen“, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 11. Bd., S. 369 bis 447, ferner Finkelnburg: „Erfahrungen über Kaltbadekuren bei Seelengestörten“, Allg. Zeitschr. f. Psych., 21. Bd., S. 506 ff., endlich Maximilian Leidesdorf: „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“.

¹⁷⁾ B. A. Morel: „Traité des maladies mentales“, Paris 1860, S. 599, 627, 730, 775 ff., endlich Guislain (zitiert nach Thomsen).

¹⁸⁾ C. A. W. Richter: „Das Wasserbuch“, Berlin 1856, S. 307f., ferner S. 125.

nach dem ersten Bade (von vielleicht bloss 2—3 Minuten) eine merkwürdige Ruhe eintrat und wie jedes folgende Bad stets die gleiche unmittelbare und allmählich immer nachhaltigere Wirkung ausübte. Hand in Hand damit ging eine Herabsetzung der Pulsfrequenz und ein Weicherwerden desselben. „Neben der gewaltigen Revulsion im Blutumlauf verdient besonders auch das bekannte Phänomen der kutanen Anästhesierung durch verlängerte Wärmeentziehung alle Aufmerksamkeit. Mehrere der obigen Kranken äusserten sich verwundert über die eigentümliche, zuweilen nachhaltige Empfindungslosigkeit des Körpers während und nach den kalten Eintauchungen.“ „Das verlängerte kalte Vollbad erweist sich bei richtiger Auswahl der Fälle als ein Heilmittel gegen die Tobsucht, das nicht leicht von einem andern an Wirksamkeit übertroffen wird.“ Leidesdorf wieder empfiehlt kalte Uebergiessungen und kalte Bäder „vorzugsweise bei schon länger andauernden Manien, namentlich wenn die Kranken in den ruhigen Zwischenpausen in sich versunken und sehr angegriffen sind. Oft ist es zweckmässig, die kalten Bäder (14—17°) mehrere Male des Tages zu wiederholen; ihre Dauer sei von 8—15 Minuten, je nach der Schnelligkeit, mit der die Haut sich nach dem Bade wieder erwärmt. Bei schlechter Reaktion ist von ihrem Gebrauche abzusehen.“ Beinahe noch drastischer als Jakobi geht Richter zu Werke. „Bei heftigeren Anfällen von Narrheit und Tobsucht lasse ich die Kranken $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Stunde lang, wenn es nötig ist, sogar durch Anwendung physischer Gewalt, in der grossen Wanne bei 7—9° R festhalten und setze dies Verfahren darauf 6—8 Tage fort. Den einzelnen Anfall beseitigt diese Prozedur fast jedesmal sehr bestimmt und die Fortsetzung derselben verhütet oft auf lange Zeit die Rückkehr solcher Exaltationen. Einen ähnlichen günstigen Einfluss haben oft auch schon lange Sitzbäder von 60—80 Minuten, deren Wasser fortwährend auf 9—10° R erhalten wird.“ An einer anderen Stelle rühmt er auf 40—50—70 Minuten ausgedehnte Wechselbäder (Halbbad, Vollbad, Halbbad), die er sehr häufig bei Geisteskranken angewendet habe, „wenn sie entweder an furibunden oder tief apathischen Erscheinungen litten“ und die inneren Organe, namentlich die Lungen, gesund wären.

Erscheint dem physiologisch geschulten Hydrater die Wirkung der kalten Voll- und Tauchbäder auf Puls, Temperatur, Atmung, Katamenial- und Hautfunktion schon längst bekannt und sofort einleuchtend, so ist auch andererseits der mächtige Effekt auf das Gehirn wenn auch in seinem Zustandekommen nicht sehr erklärt, so uns doch keineswegs mehr befremdend. Man erinnere sich bloss an die verblüffend beruhigende Wirkung jener Prozeduren auf das zentrale Nervensystem, welche Jürgensen und Brand vor Dezennien bereits beim Typhus abdominalis beschrieben. Man gedenke ferner der Alltagserfahrung, dass ein hoch Fiebernder, der sich schlaflos auf seinen Kissen wälzt, beständig deliriert, jedem Zuspruch gegenüber unzugänglich ist, nach einem einzigen kalten Bade oder einer Ganzabreibung, also scheinbar sehr kräftig erregenden Prozedur, in einen tiefen Schlaf verfällt, aus dem er mit freiem Sensorium erwacht und äusserem Einfluss durchaus geöffnet ist. Ich will dabei durchaus nicht verhehlen, dass uns von den feineren, intimen Vorgängen, welche jene erregenden Applikationen in unserm nervösen Zentralorgan so mächtig umstimmend hervorgebracht haben, rein gar nichts bekannt ist. Nur die Tatsache selbst ist durch die vielfache einwandfreie Beobachtung wohl über jeden Zweifel gestellt und schon durch die blosser Analogie uns nicht mehr befremdend.

Heischt die Behandlung der Erregungszustände mit kalten Vollbädern immerhin noch eine weitere Nachprüfung, so scheint mir die Wirksamkeit der erregenden Prozeduren, wie Voll- und Tauchbäder, Teil- und Ganzabreibungen, kalte Duschen und Halbbäder mit kräftigster Friktion bei Depressionen jeglicher Art schon völlig bewiesen. Der Psychiater von Fach kennt sie freilich kaum, so wie er noch vor einigen Jahren auch die Bäderbehandlung bei Aufregungszuständen kaum noch kannte. Doch hat Wilhelm Winternitz vor Jahrzehnten bereits durch Praxis und Beispiel ihren ausnehmenden Nutzen dargetan, und auch ich selber konnte mich davon oft überzeugen.

Dass die Wasserbehandlung bei Depressionszuständen auch heute so gut wie gar nicht geübt wird, hat neben der mangelnden hydriatischen Schulung der Irrenärzte auch eine reih psychologische Wurzel. Wenn man einen Tobenden ins Dauerbad bringt oder aber in feuchte Packungen schlägt und er auf der Stelle zu schreien aufhört, so ist der Effekt in die Augen springend. Dergleichen bekehrt auch den ungläubigsten Thomas. Bei den Depressionen ist die Wirkung des Wassers nie so rapid. Ein Melancholiker verliert seine düstre, trübe Gemütsstimmung nie nach einer einzigen Ganzabreibung. Hier heisst es stets, ein paar Wochen zu warten, bis endlich der volle Effekt zu schauen. Das Warten jedoch ist nicht jedermanns Sache, am wenigsten neuen, noch nicht akkreditierten Methoden gegenüber. Ein weiterer Umstand ist auch noch der, dass Deprimierte in der Regel schlechte Reaktion aufweisen und nur der hydriatisch geschulte Arzt dieselbe rasch zu beseitigen vermag. Gibt aber ein Arzt zwar die richtige Kurform, doch ohne die volle Reaktion zu erzwingen, dann kann sich sogar ein Misserfolg zeigen, nicht weil das Wasser seine Wirkung versagte, sondern weil man nicht alle Kautelen kennt. Ich möchte deshalb gleich hier mit allem Nachdruck betonen, just bei Depressionen mit besonderer Schärfe auf den Eintritt der nötigen Reaktion hinzuwirken. Wer die nicht beachtet, wird Schiffbruch leiden, auch wenn er die richtige Kurform wählte. Ich pflege darum bei solchen Kranken mit Teilabreibungen des ganzen Körpers den Anfang zu machen und sämtliche Partien, zumal die periphersten, mit besonderem Nachdruck frottieren zu lassen. (Komprese in ganz kaltes Wasser getaucht, aber sehr gut ausgewunden!) Und weiter pflege ich, wenn irgend möglich, sofort einen Spaziergang in rascher Gangart anschliessen zu lassen, eventuell sogar einen Hügel hinauf, um die Wiedererwärmung des Körpers zu fördern. Nur wo zwingende Umstände dagegen sprechen, mag man die Reaktion im Bett abwarten, im Notfalle selbst unter Zuhilfenahme von Wärmefussflaschen.

Während Tobsuchtsanfälle fast immer zur Anstaltsbehandlung drängen, sucht man verstimmte und deprimierte Kranke von seiten der Familie oft so lange als möglich im Hause zu behalten. Drum kommt der Praktiker viel häufiger in die Lage, da helfend und heilend eingreifen zu sollen, als bei jenen Exaltationszuständen. Und es gelingt tatsächlich nicht selten, mit Ausdauer und Geduld, wenn die Angehörigen nur vertrauensvoll mitgehen, selbst in häuslicher Behandlung eine volle und verhältnismässig rasche Genesung herbeizuführen, obgleich natürlich in fremder Umgebung, z. B. auf dem Lande oder in Wasserheilanstalten, dies Ziel noch schneller erreichbar ist.

Die Hydriatik der Melancholie wie überhaupt aller Depressionszustände wäre etwa so: Frühmorgens im Bette, eventuell auch am Nachmittag, eine

Teilabreibung des ganzen Körpers mit Wasser von 8—10°, oder dort, wo prompte Reaktion erfolgt und keine Scheu vor Kälte besteht, auch sofort eine Ganzabreibung im 12°, gut ausgewundenen Laken. Man kann auch die Nachmittagsabreibung durch ein kurzes Halbbad mit kräftigster Friktion (10—18°, 2—5 Minuten Dauer) ersetzen. Wenn die Haut sich bereits an die kalten Prozeduren gewöhnte und besser reagiert, gewöhnlich also nach 14 Tagen, pflege ich früh und nachmittags der erregenden Applikation eine kurze Einpackung vorzuschicken, die nur bis zur Erwärmung des Lakens liegt, also etwa $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Stunden. Der Zweck dieser kurzen Vorwärmung ist, wie in allen Fällen, die Wirkung der nachfolgenden kalten Applikation noch zu erhöhen. Wo die Hautreaktion sehr lange träge bleibt, wähle ich statt der Abreibung das ganz kurze Hochbad (5 Sekunden, 8—10°), das in jeder Wanne bequem zu applizieren, und schicke auch diesem späterhin gern die Einpackung voraus. Zur Unterstützung der Allgemeinbehandlung dienen noch verschiedene Lokalprozeduren, entsprechend der jeweiligen Indikation. So kann z. B. Nymphomanie, sexuelle Erregungszustände überhaupt, Abhilfe heischen. Auf diese haben längere kühle Sitzbäder von 14—16—18° und mindestens $\frac{1}{2}$ —1 stündiger Dauer einen unverkennbar günstigen Einfluss. Man gibt sie entweder bloss kurz vor dem Schlafengehen oder auch noch ein zweites Mal vor dem Mittagessen. Die häufig bestehende Obstipation bekämpft man am besten mit Irrigationen oder kleinen, kalten Bleibeklystieren (3—4 Esslöffel ganz kalten Wassers). Adolf Gross (l. c.) will mit methodisch durchgeführten Darmeingiessungen sogar imstande gewesen sein, „Erregungszustände, insbesondere paralytische und anfallsweise bei Verblödeten und Epileptischen auftretende in günstiger Weise zu beeinflussen oder auch ihnen vorzubeugen“, was er damit erklärt, „dass solche Aufregungszustände möglicherweise oft direkt eine Folge der toxischen oder reflektorischen Wirkung der Koprostase sind“. Gegen manche Cerebralsymptome bewährt sich endlich sehr gut das fliessende Fluss- oder Sohlenbad, sowie die nächtlichen Wadenbinden. Dies widerspricht zwar der üblichen Lehre von der Gehirnämie bei melancholischen Zuständen, doch wo sich Theorie und Praxis nicht decken, da hat bekanntlich die erstere Unrecht.

Im Verlaufe der Behandlung ist es nicht selten von grossem Vorteil, auch kalte Duschen zu applizieren. Vielleicht wird manchen bei dieser Empfehlung ein Gruseln überlaufen, da die kalten Duschen seit Erlenmayer und Flemming als ganz „barbarisches Revulsivum“ in allerschlimmstem Missrufe stehen. Und doch kann ich Winternitz nur beipflichten, wenn er einmal erklärt: „Eine nach Zeit, Schlagkraft, Form und Dauer genau nach Angabe oder unter Leitung des erfahrenen Arztes applizierte Dusche gehört zu den wirksamsten Nervinis, Tonicis, Derivantibus und Revulsivis, die die Therapie kennt.“ Jener Misskredit ist bloss die Folge von Uebertreibungen, deren sich sowohl die alten Empiriker, wie nicht minder hydriatisch ungeschulte Aerzte durch Jahre und Jahrzehnte schuldig machten. Wenn man z. B. furibunde Tobsucht mit kältestem Wasser aus bedeutender Höhe „todduschen“ liess, dann musste natürlich die Wirkung eine ganz verkehrte sein. Gegen solche Torheit, die auch einer richtigen Hydriatik nur schaden konnte, sprach sich schon Priessnitz wiederholt auf das Allerentschiedenste aus, und es ist wahrhaftig nicht seine Schuld, wenn Laien und Aerzte so unvernünftig waren.

Hier ein paar Winke für die Anwendung jener Applikation. Zunächst

gebrauche man nie sehr lange währende Duschen. Ueber 2 bis höchstens 3 Minuten gehe ich in keinem Falle hinaus. Hingegen seien dieselben kalt (8—10 bis höchstens 12°) und zur Erzielung einer prompten Reaktion auch von starkem Drucke. Eine weitere wichtige Regel ist, den Kopf nie direkt treffen zu lassen. Selbst beim Allgemeinregen lasse man das Wasser bloss von Nacken und Brust herunterrieseln. Wohl aber darf man auf die Wirbelsäule, Schenkel und Sohlen den Fächer, ja sogar eine dicke Strahldusche gefahrlos applizieren. Eine solche Kurvorschrift würde etwa lauten: Kurzer kalter Regen mit Vermeidung des Kopfes $\frac{1}{4}$ Minute, dann Fächer- oder Strahldusche auf die Wirbelsäule, beide Schenkel und Sohlen 2 Minuten, zum Schlusse wieder kurzer kalter Regen $\frac{1}{4}$ Minute. Fächer- oder Strahldusche auf das Kreuz, auf die Innenseite beider Oberschenkel und beide Sohlen bewähren sich besonders bei den so häufigen Amenorrhöen melancholischer Frauen.

Nur bei einer einzigen Psychose, die praktisch von grosser Wichtigkeit ist, dem Delirium tremens, wird eine mächtig erregende Prozedur, das kalte Vollbad mit kräftiger Uebergiessung von Kopf und Nacken schon heute vielfach angewandt, zumal in Frankreich. Dort hatte Feréol bereits im Jahre 1877 durch drei aufeinander folgende kalte Bäder einen tobenden Alkoholiker geheilt. Ganz ähnliche Erfolge beim Delirium tremens berichteten dann Rousseau, Legendre, Barth, Letulle¹⁹⁾, Anteaume und Sinton²⁰⁾. Letulle zumal steht nicht an, zu erklären, dass von allen Behandlungsarten beim Delirium tremens die Brand'sche Methode am sichersten und erfolgreichsten sei. Er empfiehlt allen delirierenden Alkoholikern kalte Bäder von 18° C in der Dauer von 10—15 Minuten mit wuchtigen Uebergiessungen des Kopfes alle zwei bis drei Stunden je nach der Schwere des Falles zu geben, und zwar so lange, bis das Delirium und die Hyperthermie ganz und bleibend geschwunden sind. Als besonders überzeugend führt er zwei ausserordentlich schwere Fälle mit tristester Prognose an, die durch diese Therapie zu rascher und völliger Heilung kamen. In Deutschland haben Radius in Leipzig, sein Schüler Zenker²¹⁾ und endlich Rose²²⁾ die Wright-Currieschen Uebergiessungen des Kopfes und Nackens schon seit Dezennien mit ebenso glänzendem Erfolge geübt. Die ersteren liessen die Kranken im lauen Bade mit 2—3 Eimern kalten Wassers überschütten, dann abreiben und zu Bett bringen, was im Notfalle in den folgenden Tagen ein zweites und drittes Mal wiederholt werden konnte. Rose nennt die kalten Uebergiessungen in furibunden Fällen „geradezu unersetzlich“. „Der Kranke wird in eine leere Wanne mit offenem Abfluss gesetzt, und ein voller Eimer recht kalten Wassers nach dem andern unmittelbar über den Kopf ausgegossen (mit Pulskontrolle). Ich habe die Methode nur in ganz schweren Fällen angewendet, kein einziger ist daran gestorben. Der Verlauf pflegt folgender zu sein. Nach einigen vergeblichen Bemühungen zu entfliehen, ergibt sich der Kranke unter einem heftigen Frostanfall in sein Schicksal; unter heftigem Schütteln und Zähneklappern kommt der Kranke sichtlich zu sich. Zwischen

¹⁹⁾ Letulle: Presse médicale, 11. Januar 1896 und 1899, No. 15.

²⁰⁾ A. Anteaume und P. Sinton: Révue de thérapeutique, 15. Sept. 1899.

²¹⁾ Anmerkung Zenker's zu einem Aufsätze Naecke's: „Beiträge zur Lehre des Delirium tremens potatorum“, Deutsch. Arch. f. klin. Mediz., 1880, 25. Bd., S. 466.

²²⁾ Ed. Rose: „Delirium tremens und Delirium traumaticum“, Deutsche Chirurgie. Lieferung 7, S. 135.

jedem Eimer lässt man ihm so viel Zeit, dass er wieder zu Atem kommt. Sowie der blasse Kranke erschöpft und vollständig widerstandsunfähig geworden, was meist bis zum zehnten Eimer, zuweilen aber auch später eintritt, wird derselbe herausgehoben und auf die nebenbei zurochtgelegte Flaneldecke gelegt und tüchtig abgerieben. In der warmen Decke kommt er ins Bett, kalt und matt. Es bricht starker Schweiß aus, und in einer halben Stunde fällt er in tiefen Schlaf, aus dem er gerettet aufwacht.“ So trefflich zweifellos die Brand'schen Vollbäder wie die Currie'schen Uebergiessungen wirken, so scheint mir das Schütteln und Zähneklappern, überhaupt alle peinlichen Nebenerscheinungen in und nach dem Bade sowohl sehr gut zu vermeiden, wenn man einfach lauwarme Halbbäder gibt (22—20 oder 20—18°) und in denselben den ganzen Körper, zumal die Füße, durch zwei bis drei Badediener frottieren lässt. Vor Beginn des Bades und dann alle paar Minuten in demselben wiederholt, soll der Kopf und Nacken mit ganz kaltem Wasser aus bereitstehenden Eimern überschüttet werden. Die Dauer des Bades währe immer so lange, bis die zufühlende Hand des Arztes in der Achselhöhle des Kranken keine höhere Temperatur mehr findet, als am übrigen Körper. Auf diese Weise sind sämtliche Vorteile des Kälte- und manischen Reizes auf Gehirn und Medulla oblongata zu haben, ohne sie mit unerwünschten Nebenwirkungen bezahlen zu müssen.

Noch eine Krankheit verdient ob ihrer besonderen Häufigkeit und, weil die Therapie von den bisher gegebenen Regeln etwas abweicht, spezielle Besprechung: ich meine die progressive Paralyse. Wie männiglich bekannt, verläuft die beginnende Paralyse oft ähnlich wie eine „Nervosität“, und auch die Hydriatik in diesem Stadium ist mit der Behandlung der letztern identisch, d. h. es wird fast allgemein das höher temperierte Halbbad gegeben (24—22 oder 22—20°, 3—5 Minuten) und dies eventuell auch zweimal im Tage. Es wirkt verhältnismässig noch am besten der erhöhten Reizbarkeit, wie andererseits auch der Ermüdbarkeit entgegen, in einem späteren Stadium ferner dem Ausbruch der paralytischen Anfälle. Zwei weitere Symptome, die ein Eingreifen heischen, sind die quälenden Kopfschmerzen und die Schlaflosigkeit. Wider die ersteren empfehlen sich naturkalte Sohlen- oder fliessende Fussbäder (3 Min.), die letztere behandelt man ausserhalb einer Irrenanstalt ganz ebenso, wie die schwere Agrypnie der Neurastheniker, d. h. mit lauen Hochbädern (27—26°, $\frac{1}{2}$ —1 Stunde) oder Ganz-, bezw. $\frac{3}{4}$ -Packungen, die nötigenfalls auch die ganze Nacht liegen, mit einem abkühlenden Halbbad am Morgen, innerhalb einer Irrenanstalt auch mit Dauerbädern. Für die schweren Aufregungszustände endlich, die den Paralytiker allerdings gewöhnlich schon im Irrenhaus treffen, gelten die eingangs gegebenen Vorschriften: Dauerbäder oder gewechselte Packungen.

Sieht man von den Aufregungszuständen ab, bei welchen die Hydriatik geradezu spezifisch wirkt, so kann ich nicht verhehlen, dass sie just bei der paralytischen Demenz keine allzu grossen Triumphe feiert. Ist doch der anatomische Prozess in seinem Fortschreiten kaum aufzuhalten. Was Wunder, dass auch von ihm abhängige Symptome sehr resistent sind? Ja, der mitunter erstaunliche Widerstand, den einzelne besonders quälende Beschwerden, wie Agrypnie oder vage „rheumatoide“ Schmerzen sonst sicher wirksamen Wasserprozeduren entgegensetzen, legt mir nicht selten den Gedanken einer schweren Erkrankung schon nahe, wenn die Diagnose noch lange nicht feststeht.

Nur gegen das Vorgehen so vieler Psychiater, die sich in der Verurteilung der „schwächenden Kaltwasserkuren“ oder „Kaltwassermisshandlungen“ nicht genug tun können, sei hier ein scharfer Protest erhoben. Wie sonderbar doch! Wenn nach wochenlangem Einnehmen von Veronal oder irgend einer andern pharmazeutischen Drogue akute Verschlimmerung eintreten sollte, keinem Irrenarzte würde es da ja beikommen, den unaufhaltsamen Fortgang der Paralyse jenem Medikamente anzukerben. Hat aber der Kranke vorher eine Wasserkur absolviert, flugs ist man bereit, die Kaltwassermisshandlung verantwortlich zu machen. Nun kann ich mir allerdings sehr wohl denken, dass rücksichtslose kalte Kopfduschen unter starkem Druck und länger appliziert, vielleicht sogar nur vom Badediener, recht ungünstig wirken, den Zustand wirklich verschlimmern können. Und das mag freilich in früheren Zeiten unter groben Empirikern vorgekommen sein, die positive Grundlage gebend zu jener fortwuchernden Verrufserklärung (allerdings neben dem noch wirksamern uralten Vorurteil gegen Kaltwasserkuren und -Aerzte überhaupt). Allein ich kann mir wahrhaftig nicht vorstellen, was einen modernen Hydrater veranlassen möchte, derartigen Kranken, selbst wenn er die Paralyse noch gar nicht erkennt, solche starke Kopfduschen zu applizieren, die man sogar bei Neurasthenikern schon seit langem vermeidet. Hingegen konnte ich andererseits wiederholt beobachten, dass wirklich eingreifende Wasserkuren die Krankheit nicht nur keineswegs beschleunigten, sondern, wenn man will, noch eher aufgehalten haben²⁵⁾. Ich glaube, es ist einmal an der Zeit, mit jenem Vorurteil aufzuräumen.

²⁵⁾ Ein besonders lehrreiches Beispiel aus vielen sei hier angezogen: Kleiner Beamter, 48 Jahre alt, sucht mit folgenden Beschwerden den Hydrater auf: Halbseitiges Kopfweh, bald rechts, bald links, ischiasartige Schmerzen in beiden Beinen, seit mehreren Monaten wegen rascher geistiger Ermüdung Berufsunfähigkeit, Zerstreuung, schlechter Schlaf. Lues vor 20 Jahren. Keine Veränderung der heiteren Gemütsstimmung (Patient unterhält im Gegenteil oft ganze Gesellschaften durch seine Schnurren), auch keine besondere Reizbarkeit. Befund des Arztes (mündlicher Bericht): Pupillen auf Lichtseinfall träge reagierend, keine Grössendifferenz. Gehirnnerven frei. Keine Sprach- oder Schriftstörung, Rechnen dem Bildungsgrad entsprechend. Sehnenreflexe erheblich gesteigert. Diagnose: Cerebrasthenie. Kurvorschrift (von mir eingesehen): Früh Einpackung eine Stunde mit folgender Abreibung, später zweistündige feuchte, endlich zweistündige Trockenpackung mit folgendem Tauchbad (!); Vormittags anfangs fließendes Fussbad, später schottische Dusche auf beide Beine mit einleitendem und abschliessendem Allgemeinregen; Nachmittags feuchte Einpackung eine Stunde, dann Halbbad 22°, 5 Minuten; Nachts Leib- und Wadenbinden. Diese gewiss sehr eingreifende Kur wurde ohne jeden Nutzen, aber auch ohne Schaden 5 Wochen lang gebraucht. Darnach status idem. Ein halbes Jahr später stellte sich Patient einem erfahrenen Neurologen vor, der nach sorgfältiger Untersuchung und längerer Ueberlegung sich resolvierte: „Es wird sich doch bloss um eine schwere Cerebrasthenie handeln“. Erst ein volles Jahr nach jener Wasserkur wird von einem ersten Psychiater die Diagnose auf beginnende Paralyse gestellt. Der Zustand des Kranken hatte sich in diesem Jahre kaum verändert. Er war höchstens noch rascher ermüdbar, noch zerstreuter und noch weniger fähig zum Arbeiten. Das ist doch gewiss ein klassischer Fall von „Kaltwassermisshandlung“ im Sinne unsrer modernen Psychiater. Und der Erfolg? Noch nach einem Jahre haben sich die Erscheinungen kaum nennenswert verändert, noch ein halbes Jahr später vermag selbst der Fachmann sich nicht zur Diagnose „Paralyse“ zu entschliessen, die retrospektiv schon mit Sicherheit anzunehmen ist, als der Kranke damals seine Wasserkur nahm. Liegt also nicht just eine besonders protrahierte Verlaufsform vor, so könnte man behaupten, jene gewiss nicht zu billigende eingreifendste Wasserkur habe den Prozess eher aufgehalten, als irgend beschleunigt. Trotzdem ich also keineswegs glaube, dass auch eine Vielheit von halbwegs indizierten hydratischen Applikationen das Geringste schadet, möchte ich dennoch für

Zum Schlusse kann ich mir nicht versagen, ein paar Sätze von Winternitz zu zitieren, die das Benehmen der Laien und leider auch der Aerzte in hydro-psychiatrischen Dingen illustrieren. „Wie oft wurde und wird dem Anstalts- arzte von berufener und unberufener Seite bei der Uebernahme von Geistes- kranken die bedeutungslose Phrase der grössten Milde und Vorsicht ans Herz gelegt, und namentlich wird gar häufig vor der Anwendung der Kälte auf den Kopf und vor der Anwendung der Dusche ernstlich gewarnt. Der Baumeister, der nach einem wohlvorbereiteten und durchdachten Plane ein Haus baut, ist gar oft gezwungen, von seinem Plane abzuweichen und den vorliegenden Ver- hältnissen und Umständen Rechnung zu tragen, und doch hat er nur unorganisches Material zu beherrschen. Dem Arzte versucht man strikte Normen in räum- licher und zeitlicher Distanz vorzuschreiben, wo der lebende kranke Organismus oft von Stunde zu Stunde andere Verhältnisse darbietet, denen Rechnung ge- tragen werden muss . . . Ich hätte noch über die oben als bedeutungslose Phrasen bezeichneten Ausdrücke einer milden oder schwachen Kur zu sprechen: Phrasen, wie sie oft den Kranken als Direktive für den Anstaltsarzt mitgegeben werden. Andre Kranke sprechen ernstlich davon, sie seien zu keiner ganzen, sondern nur zu einer halben Kur geeignet. Es datieren solche Anschauungen über die Wasserkur aus einer Zeit, wo dieselbe noch wie eine feststehende Rezeptformel ohne Rücksicht auf das Individuum unverändert angewendet wurde. Heute noch von einer ganzen, halben, milden oder starken Wasserkur zu sprechen, heisst es verkennen, dass wir die thermischen und mechanischen Reize, die eine methodische Wasseranwendung ausmachen, je nach den Anzeigen, die der vorliegende Krankheitsfall und das bestimmte Individuum darbieten, anzuwenden vermögen und verpflichtet sind. Wir kennen daher keine milde und keine strenge Wasseranwendung, sondern bloss eine entsprechende. Sollte man aber z. B. unter milder Wasserkur die Anwendung höherer Temperatur verstehen, so ist auch eine solche Deutung unrichtig, indem wir oft viel milder verfahren, wenn wir niedrigere, als wenn wir höhere Temperaturen benützen. Die Empfehlung einer milden Wasserkur hat demnach ungefähr die gleiche Bedeutung, wie wenn man dem Chirurgen anraten wollte, er möge, um schonender zu operieren, dies mit stumpfen Messern tun.“

II. Vereinsberichte.

XV. Kongress der Psychiater und Neurologen Frankreichs und der französisch sprechenden Länder.

Rennes, 1. bis 8. August 1905.

(Revue neurologique No. 16.)

Der Vorsitzende Girard (St. Yon) behandelt in der Eröffnungsrede die Frage der Zurechnungsfähigkeit und der Begutachtung in Strafsachen, weist

die Praxis raten, sich mit den oben im Texte angegebenen Kurformen zu begnügen, und zwar aus rein psychologischen Gründen. Bei dem unvermeidlichen traurigen Ende wird nämlich dem Arzte von den Angehörigen um so lieber eins am Zeuge geflickt, je intensiver die Behandlung gewesen.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 15. November 1905.

auf die Schwierigkeiten hin, mit denen der Begutachter oft zu kämpfen hat und bespricht auch die verminderte Zurechnungsfähigkeit.

A. Referate.

487) **Roy** (Paris): Ueber die Hypochondrie.

Roy beschäftigt sich weniger mit der Hypochondrie als Krankheit, als mit der „Idée hypochondriaque“, die er als übertriebene, grundlose, ängstliche Besorgnis um die Gesundheit definiert. Zwei Ansichten stehen sich betreffs der Genese dieser Wahnideen entgegen: Nach der einen (Dubois-Genf) sind sie rein psychischen Ursprungs ohne organische Grundlage. Nach der andern (Head-London) liegt der Ausgangspunkt peripher und es handelt sich um viscerale Schmerzen, die entsprechend dem Sitz des betreffenden Organs nach aussen verlegt werden und denen tatsächliche Veränderungen zugrunde liegen, die allerdings mit den jetzigen Untersuchungsmethoden, auch bei der Sektion, meist nicht nachweisbar sind. Diese Sensibilitätsstörungen werden Störungen der „Coenaesthesia“ genannt, wobei unter Coenaesthesia das Bewusstsein der Veränderungen des grossen Sympathikus zu verstehen wäre.

Nach der einen Annahme spielt der Sympathikus, nach der andern das Cerebrum die Hauptrolle.

Die Wahrheit liegt wohl in der Mitte. Zur Entstehung der hypochondrischen Wahnidee ist nötig ein Zusammenwirken beider:

1. Ein hypochondrisches Temperament.
2. Störungen der Coenaesthesia.

Es gibt Fälle, wo bald das eine, bald das andere Moment mehr in den Vordergrund tritt und das Bild beherrscht. So ist auch Wollenberg's Trennung in akzidentelle und konstitutionelle Hypochondrie nicht durchführbar. Rein akzidentelle Fälle kommen eben so wenig vor, wie rein konstitutionelle.

Die beiden in Betracht kommenden Faktoren können fast bei allen Geisteskrankheiten auftreten und so hypochondrische Zustände hervorrufen, so dass man, besonders seitdem die Neurasthenie in Blüte ist, nur mehr von symptomatisch hypochondrischen Zuständen sprechen sollte.

An das Referat schliesst sich eine Abhandlung von Roy und Juquelin über die forensische Bedeutung der Hypochondrie an.

Diskussion:

Régis (Bordeaux) glaubt auch, dass Störungen der Coenaesthesia eine Hauptrolle spielen. Dass die Sensibilität bei solchen Kranken gestört ist, dafür spricht der Umstand, dass sie sich oft erhebliche Verletzungen beibringen und auch auf die Einführung der Sonde oft gar nicht reagieren. Roy hätte auch noch die psychische Hypochondrie erwähnen sollen, bei der die ängstliche Besorgnis sich nicht auf die visceralen, sondern auf die intellektuellen Funktionen bezieht.

Cullere (la Roche sur Yon): Bei den Zuständen reiner Hypochondrie spielen die Störungen der Coenaesthesia eine ganz verschwindend kleine oder überhaupt keine Rolle, und das Cerebrum, nicht die peripheren Nerven oder der Sympathikus ist der Ausgangspunkt.

Brissaud (Paris): Die Neurasthenie ist oft keine Neurose, sondern eine Psychose. Eine Unterscheidung ist fast unmöglich. Ihm ist es nicht gelungen,

die Head'schen Zonen aufzufinden. Vorsicht ist sehr am Platze. Vielleicht werden die hypochondrischen Zustände durch das Versagen irgend einer Körperfunktion ausgelöst. Das Individuum verliert dadurch die Sicherheit, wird ängstlich besorgt, somit neurasthenisch-hypochondrisch.

Deschamps (Rennes) will alle neurotischen Zustände mit einer Desintoxikationskur behandeln. Die bloße psychische Behandlung reiche nicht aus.

Deny (Paris): Roy hat sich viel zu sehr mit Head und Dubois beschäftigt. Die Head'schen Zonen sind von vielen anderen nicht bestätigt worden. Es liegt kein Grund vor, auf eine so schwache Basis gestützt, die alte psychische Theorie, die schon lange vor Dubois verfochten wurde, umzustossen. Auch hätte er lieber gehabt, dass Roy sich mehr mit der Hypochondrie als Krankheit, wie mit der hypochondrischen Idee beschäftigt hätte, deren Definition übrigens falsch sei und auch auf den Nosophoben passe. Der Begriff Coenaesthesia ist ebenfalls zu eng gefasst worden. Man versteht darunter nicht das Bewusstsein oder Unterbewusstsein bloss des Sympathikus, sondern des körperlichen Ichs, das, was die Deutschen Somatopsychie nennen. Läsionen der Visceralorgane sind ganz selten im Spiel und nur nebensächlicher Art. Die Hauptsache ist die Störung der cerebralen Coenaesthesia.

Meige (Paris) meint, möglicherweise ist der Ausgangspunkt bald visceral, bald kortikal.

Roy versucht sich gegen Deny's Einwände zu verteidigen.

Picqué (Paris) bespricht eingehend die Tätigkeit des Chirurgen im Verlauf der hypochondrischen Zustände.

Es kommen dann einige Mitteilungen aus dem Gebiet der Hypochondrie mehr kasuistischer Art.

Eugène Bernhard Leroy bespricht das Vorkommen von hypochondrischen Wahnideen im Verlaufe des Verfolgungswahns. Entweder bestehen beide Arten von Wahnideen parallel nebeneinander, ohne sich gegenseitig zu beeinflussen, oder die eingebilddete Gesundheitsstörung wird als Folge der Verfolgung aufgefasst oder endlich als Vorspiel der Verfolgung, ohne dass die Verfolger Macht über den Betreffenden haben könnten.

488) Sicard (Paris): Le Syndrome de la nevrite ascendante.

Ausführliche genaue Schilderung des klinischen Bildes der regionären, ascendierenden, posttraumatischen Neuritis, deren Verlauf durch heftige Schmerzen charakterisiert ist.

In der Diskussion weist Léri (Paris) darauf hin, dass nach Amputationen eine symptomlos verlaufende ascendierende Neuritis im anatomopathologischen Sinne aufträte. Er wirft die Frage auf, ob man die Bezeichnung „Névrite ascendante“ auch auf diesen Prozess oder nur auf den von Sicard geschilderten klinischen Symptomenkomplex anwenden solle.

489) Pailhas (Albi): Balnéation et Hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales.

Beschreibung der verschiedenen Arten von Bäder- und Wasserbehandlung im Verlauf von Geisteskrankheiten, sowie genaue Angaben über die einzelnen Indikationen.

Diskussion:

Christian (Paris) vermisst eine Mitteilung über die Erfolge. Er kritisiert scharf die kontinuierliche, monatelange Bäderbehandlung, wie sie in vielen

deutschen Anstalten gehandhabt wird. Sie diene hauptsächlich zur Erleichterung der inneren Disziplin. Es ist im Grunde genommen dies Verfahren nicht besser wie die Zwangsjacke, denn die Kranken würden oft mit einer Ueberredungskunst, die Ecchymosen hinterlässt, im Bade zurückgehalten.

Dide (Rennes) hat die Anstalt Kraepelin's besucht und muss zugeben, dass sein Vorurteil gegen die Dauerbäder geschwunden ist. Heilen allerdings können auch sie die Kranken nicht. Ausserdem sei die Methode sehr kostspielig.

Crocq (Brüssel) teilt die Bedenken Christian's und meint: jedenfalls wäre es verfehlt, diese Methode als absolute Regel aufzustellen.

Deny hat die Kranken nur am Tage im Bade halten können, allerdings sechs Monate lang. Er ist von der Wirkung auf agitierte Kranke befriedigt. Die Anwendung ist allerdings sehr kostspielig.

Bourneville (Paris) und Régis sind dafür, dass das Personal besser geschult sein müsse.

Drouisseau meint, es käme da vorwiegend auf die Aerzte an.

Manheimer Gommès (Paris) hat konstatiert, dass bei gewissen „Zurückgebliebenen“ durch das Bad Hang zum Unsaubersein hervorgerufen wird. In solchen Fällen ist die nasse Einpackung vorzuziehen.

B. Verschiedenartige Mitteilungen.

I. Neurologie.

Parhon und Nadejge (Bukarest) teilen die Resultate ihrer Untersuchungen mit über die Lokalisationen in den Kernen der Hirn- und Rückenmarksnerven bei Mensch und Hund.

Porot (Lyon) liefert einen Beitrag zur Morphologie und Zusammensetzung des Plexus brachialis beim Neugeborenen.

Bourdon (Rennes) spricht über den Einfluss der Zentrifugalkraft auf die Perzeption der Vertikalen.

Castex (Rennes): 1. Untersuchungen über die Reflexzeit beim Patellarreflex. Zur Untersuchung dienten Dementia praecox-Kranke. Die Reflexzeit schwankt vom einfachen Wert bis zum doppelten und steht im umgekehrten Verhältnis zur Intensität der Reizung, welche ihrerseits von der Stärke der Perkussion und dem Muskeltonus abhängig ist. — 2. Die Oberfläche des Perkussionshammers übt auf die Stärke des Patellarreflexes keinen Einfluss aus.

Jocqs (Paris): Semiologie der Pupillenstörungen. Sie kommen vor bei Tabes, Paralyse und Syphilis. Versuch für die einzelnen Krankheiten die Charakteristika der Pupillenstörung aufzustellen.

Giraud (Lyon): G. hat einen zweiten Fall von angeborener Blindheit seziert. Wie beim ersten, den er beim letzten Kongress in Pau demonstriert hatte, fanden sich auch hier Läsionen in der Regio calcarina und am Flocculus. G. glaubt, dass diese Läsionen und die Blindheit in enger Beziehung zu einander stehen.

Sabrazès und Bonnes (Bordeau) zeigen die histologischen Präparate zweier sekundärer Karzinome der nervösen Zentralorgane. Genauere Veröffentlichung soll folgen.

Parhon und Papinian (Bukarest): Alte Hemiplegie mit Temperatur-

erhöhung auf der gelähmten Seite. Letztere möchten sie zu einer Läsion im Thalamus opticus in kausale Beziehung bringen.

Manheimer-Gommès (Paris): Intermittierende Hemiplegie. Jedesmal, wenn die Lähmung bestand, war im Urin Eiweiss. Der erste Anfall war bei dem acht Jahre alten Kinde im Anschluss an Scharlach aufgetreten.

Castex (Rennes): Seltener Fall von akuter spinaler Lähmung beim Erwachsenen mit monoplegischem Charakter.

Paty und Chaumier (Lyon): Bei einem alten Tabiker mit hypochondrischen Wahnideen waren die Golgi'schen Zellen des Kleinhirns alteriert, die Purkinje'schen dagegen intakt. Ein anderer habe bei entgegengesetztem psychischen Zustand auch den entgegengesetzten anatomischen Befund gezeigt (?).

Sabrazès (Bordeaux) hat bei Tabikern unwillkürliche, stereotype Bewegungen in den Fingern beobachtet, die sich zu förmlichen Tics ausbildeten. Solche Fälle seien nicht so selten; seit er darauf acht gebe, habe er schon fünf gefunden.

Diskussion: Meige bezweifelt, ob es sich wirklich um Tics handle; an Fingern seien sie sehr selten. — Dide hat bei Dementia praecox ähnliches gesehen, anfänglich als Folge von Gehörshalluzinationen entstanden, aber dann trotz völliger Demenz fortdauernd.

Henry Meige (Paris): Sphinkteren-Tic. Wie an allen willkürlichen Muskeln, können auch bei den quergestreiften Sphinkteren Tics entstehen. Sehr selten am urethralen und analen Sphinkter. Doch habe er einige beobachten können. Grund für die Entstehung seien zentrale Sensibilitätsanomalien („Déséquilibre sensitif“). Therapie: psychomotorische Erziehung, um die Störung des „sensitiven Gleichgewichts“ wieder zu beseitigen.

Pitres und Cruchet (Bordeaux): Tic hystérique. Man soll diesen Namen nur für diejenigen Tics reservieren, die nur eine besondere Modalität der Hysterie darstellen. Verf. beschreiben zwei Fälle, wo die Tics anstelle anderer hysterischer Erscheinungen getreten sind. In einem Fall seien sie nach sechs Monaten spontan verschwunden, im andern nach Hypnose, um allerdings bei einem neuen psychischen Shok wieder aufzutreten.

In der Diskussion meint Meige, die meisten „Tiqueurs“ seien keine Hysteriker. Dass man die Tics überhaupt nur als eine Modalität der Hysterie ansehe, scheint ihm nicht zulässig. Aber was sei dann überhaupt die Hysterie?

Cruchet (Bordeaux) behandelt den peripheren Hemispasmus facialis im Anschluss an Lähmungen.

Lannois (Lyon) beschreibt einen Fall von Muskelatrophie — Type Duchenne-Aran, syphilitischen Ursprungs. Dieselbe bildete sich nach spezifischer Behandlung zurück. Solche Fälle sind im Sinne der Annahme eines syphilitischen Ursprungs dieser Krankheit zu verwerten. Es sei daher immer die anti-luetische Behandlung indiziert, die allerdings in manchen Fällen im Stich lasse.

Parhon und Goldstein (Bukarest): Ein 28jähriger Mann hatte Intentionstremor, Fussklonus, gesteigerte Patellarreflexe, dissoziierte Anästhesie, ausgesprochene Atrophie, besonders der linken Seite. Bei der Sektion konnten sie weder eine Syringomyelie, noch eine multiple Sklerose nachweisen. Daher nehmen sie an, es handle sich um Hysterie (!), welche diese Rückenmarkserkrankungen vortäuschen könne (!).

Mme. Lipinska berichtet über einen Fall hysterischer Gastritis, der durch Hypnose geheilt wurde. Oftmals sei auch Wachsuggestion ausreichend.

II. Psychiatrie.

Dide (Rennes) bringt einen Versuch einer Klassifikation der Psychosen. Er teilt sie in drei grosse Gruppen ein: 1. Angeborene Zustände, 2. erworbene Dystrophien und 3. infektiöse Psychosen. Zu letzteren zählt er: a) chronische: die Dementia paranoides, die Hebephrenie und Katatonie; b) subakute: die Amentia und c) akute: das epileptische Delirium, das Delirium acutum, das akute alkoholische Delirium, sowie die Kollaps- und Fieber-Delirien. Da er bei der Dementia paranoides Mikroben im Blut nachgewiesen haben will, rechnet er sie — die „psychoses hallucinatoires à évolution chronique, dementielle“ — mit zu der infektiösen Gruppe.

Darcagne (Fouques) hat bei Paralytikern nach dem Kernig'schen Zeichen gesucht und es zehnmal unter 26 Fällen gefunden, und zwar in allen Stadien. Es spreche immer für eine rasche Evolution der Krankheit.

Derselbe hat Untersuchungen über das Othaematom angestellt. Sie sprechen gegen die bakterielle Entstehung. Die Ursache ist meist ein Trauma. Natürlich wird das Auftreten durch die nervösen und vaskulären Veränderungen nicht wenig begünstigt.

Dide und Sacquépée: Das Auffinden von verschiedenartigen Mikroben bei Dementia praecox legt die Vermutung nahe, dass die bakteriziden Wirkungen und der Alexingehalt des Blutes vermindert sind. Die Untersuchungen haben dies bestätigt.

Dide und Assicot: Okuläre Symptome bei der Dementia praecox. 1. Pupillen: a) in wenigen Fällen ist der Akkomodations- und Lichtreflex abgeschwächt oder fehlt ganz; b) nicht so selten besteht Schwäche oder Verlust des Akkomodationsreflexes bei erhaltenem Lichtreflex; c) sehr oft wurde zeitweise Schwäche oder Verlust des Lichtreflexes beobachtet, ein einzigesmal reflektorische Pupillenstarre, die dauernd war. — 2. Augenhintergrund: Am häufigsten findet sich eine venöse Hyperämie der Papille, seltener Abblassung. Nur ausnahmsweise wurde eine richtige Neuritis optica konstatiert. Die Veränderungen sind immer auf beiden Seiten gleich, doch können sie bei demselben Individuum je nach dem Zeitpunkt der Untersuchung verschieden sein.

Durocher und Leborgne: Bei der Differentialdiagnose zwischen der Dementia paranoides und den nicht in Demenz übergehenden Psychosen sprechen folgende Zeichen für die Dementia paranoides. 1. In psychischer Beziehung der Verlust aller affektiven Gefühle, die Verwirrtheit der Gedanken und die zeitliche Desorientiertheit. 2. Auf sensoriellem Gebiete die zahlreichen Halluzinationen und die allgemeine Herabsetzung der Sensibilität. 3. In körperlicher Beziehung die von Dide beschriebenen „Dermato-psychien“, die hepatorenale Insuffizienz, Katatonie und Negativismus, sowie die Stereotypien.

Doutrebente und Marchand (Blois) berichten über einen „Héréditaire Dégénééré“, bei dem die Sektion eine chronische Meningitis und darunter tiefgehende Rindenveränderungen zutage förderte.

Pierret (Lyon) führt aus, dass die Lyssa eine infektiöse Geisteskrankheit sei.

A. Marie (Villejuif) und Viollet haben Untersuchungen über den Eiweissgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit bei Geisteskranken angestellt und ge-

funden, dass die Menge in den verschiedenen Stadien variere und zur Zeit des Beginns und der akuten Exacerbationen grösser sei.

Devay (Lyon): Periodische Anfälle intermittierender Geistesstörung und epileptische Aequivalente haben das Gemeinsame, dass sie meist bei demselben Individuum in derselben Form rezidivieren. Von diesem Gedanken ausgehend, hat D. versucht, ob es nicht möglich wäre, den Anfall manischer Erregung oder melancholischer Verstimmung durch epileptische Anfälle zu ersetzen. Es sei ihm dies bei zwei Fällen periodischer Manie durch Intoxikation mit Belladonna gelungen. Er schliesst hieraus auf eine nahe Verwandtschaft der beiden Krankheitsarten.

Levy beschreibt als Parasitiferismus die Wahnidee, Parasiten im Körper zu beherbergen, und bringt zur Illustration fünf Krankengeschichten.

Manheimer Gommès (Paris): Ereuthose émotive conjonctivale. Bei einem 42jährigen Manne, der an einem Auge wegen Strabismus operiert wurde, tritt seither, sobald er von Verletzung des Auges durch Unfall oder Operation sprechen hört, sofort Rötung beider Augen, verbunden mit Angstgefühl auf. Die Röte tritt sonst bei keiner Gelegenheit auf und verschwindet bei Ablenkung der Aufmerksamkeit.

Royet und Rousset: Psychische Störungen im Anschluss an eine chronischeluetische Rhinopharyngitis. Dieselben gingen nach Behandlung des Rhinopharynx zurück.

Régis (Bordeaux) hält den Zusammenhang beider Affektionen nicht für erwiesen.

III. Therapeutisches.

Maurice Faure (Lamelou): Der Inkoordination der Atemmuskeln bei Ataktischen ist bis jetzt wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden und doch kommt Inkoordination aller Atemmuskelgruppen vor. Die Folgen: Insuffizienz der Atmung mit ihren Folgen, akute, chronische Entzündungen der Atemwege, sowie die Folgen der Insuffizienz des Zwerchfells lassen sich, wenn erkannt, durch die richtige Behandlung beseitigen resp. verhüten.

A. Marie und Viollet: Anwendung des Meersalzes bei Geistesstörungen.

A. Marie und Pelletier: Untersuchungen über Neuronal.

Sizaret (Rennes): Die Behandlung des epileptischen Anfalls. Inhalationen von Sauerstoff, die ganz inoffensiv sind, haben bei seinen Versuchen ein rasches Aufhören des Anfalls zur Folge gehabt.

Foveau de Courmelles (Paris): Wirkungen der Galvanisation des Kopfes.

Morel und A. Marie: Historische und vergleichende Studie der verschiedenen Methoden und Programme für die Erziehung des Wartepersonals in Irrenanstalten.

A. Marie und Bonnet: Die Entwicklung der familiären Kolonien richtet die Aufmerksamkeit auf die Frage der Beschäftigung der Kranken. Es muss vermieden werden, dass durch die Kolonien eine Konkurrenz für die Einwohner der Gegend erwachse.

Granjux (Paris): Verhütung der Geistes- und Nervenkrankheiten im Heere. Wo bei einem Militärpflichtigen eine derartige Erkrankung in Frage stehe, sollte er vor der Aushebung einer genauen fachmännischen Untersuchung unterzogen werden. Bei den freiwillig Eintretenden müsse ein körperliches

und geistiges Gesundheitsattest obligatorisch gemacht werden, ebenso sei eine genaue Untersuchung bei jedem Soldaten nötig, der sich in kriegsgerichtlicher Untersuchung befinde.

Der nächste Kongress wird im August 1906 in Lille stattfinden unter dem Vorsitze von Grasset (Montpellier).

Folgende Fragen werden behandelt werden:

Psychiatrie: Cytologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchung des Blutes bei Geisteskranken. Berichterstatter: Dide (Rennes).

Neurologie: Das senile Gehirn. Berichterstatter: A. Lévy (Paris).

Gerichtliche Medizin: Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Berichterstatter Antheaume (Charenton). Dreyfus.

III. Bibliographie.

CXXVI) Stewart Paton: Psychiatry. A Text book for Students and Physicians. Philadelphia and London, J. B. Lippincott Company 1905.

Das Buch Paton's ist ein verdienstvoller Vertreter der modernen wissenschaftlichen Betrachtungsweise in der Psychiatrie — in der englischen Sprache wohl der Erste.

Bekanntlich ist in Amerika bei dem allgemeinen grossen Fortschritte in allen medizinischen Fächern, dieser jüngste Zweig bis in die allerletzte Zeit sehr zurückgeblieben. In der inneren Medizin, in der Chirurgie stehen unsere Grössen kaum ihren deutschen Kollegen nach. Stolz und ehrerbietig gedenken wir der Gründer und Ausbilder der amerikanischen medizinischen Wissenschaften, der Namen Morton's, Gross', Rush's, Wood's, Flint's, Bigelow's, Holmes', Warren's, Mitchell's, Oster's und vieler anderer noch, die zu den bedeutendsten ihrer Zeiten gerechnet werden müssen. Allein in der Psychiatrie ist in Amerika noch nichts wahrhaft Grosses geleistet worden. Hier ist noch kein Griesinger, kein Meynert, kein Kraepelin erschienen. Unsere Meister suchen wir noch immer in der Fremde.

Einer der Hauptgründe, warum in Amerika die Lehre von den Seelenkrankheiten bisher nicht grössere Aufmerksamkeit auf sich gelenkt hat, ist wohl der, dass bei uns noch keine einzige Irrenklinik existiert, die in direkter Verbindung mit einer Universität als ein integrierender Teil stände, deren Direktor gleichzeitig Professor der Psychiatrie an der Universität wäre. Daraus folgt, dass unsere Kliniken nur ausnahmsweise zu Lehrzwecken dienen. Die weitere Tatsache, dass die Irrenanstalten in bei weitem der grössten Mehrzahl der Fälle streng unter politischem Einfluss stehen, muss auch dafür verantwortlich gemacht werden, dass die amerikanischen Irrenärzte recht selten auf die Höhe ihres Faches gelangen, dass es unter ihnen durchaus wenige Forscher im rechten Sinne gibt, kurzum, dass sie in der Regel keineswegs auf gleichem Niveau stehen mit den Kollegen der inneren Medizin und der anderen Sondergebiete.

Es liegt also in der Natur der Sache, dass die amerikanische Psychiatrie einmal keine originelle ist, sondern von auswärts übernommen wurde; dass sie

sich zweitens, den älteren Meinungen folgend, überaus langsam entwickelt, dass sich die neuen Anschauungen nur mühsam und spät verbreiten und allgemein angenommen werden.

Im Jahre 1885 äusserte sich ein bekannter amerikanischer Irrenarzt, indem er die Gruppierung der Psychosen besprach, folgendermassen:

„Das Irresein existiert unter drei Grundformen:

Die **Manie**, gekennzeichnet durch wahnhafte Erregung, expansive Vorstellungen, Uebertreibungen, erhöhtes Selbstgefühl, unzusammenhängende Ideen usw.

Die **Melancholie**, gekennzeichnet durch Wahnbildungen depressiver Natur, peinliche Vorstellungen, Angst.

Die **Demenz**, Zuständen der psychischen Schwäche und Abnahme der geistigen Tätigkeit entsprechend.

Alle Fälle des Irreseins gehören unter diese drei Kapitel. Ein Fall mag akut, subakut, chronisch oder periodisch verlaufen, er muss aber entweder Manie, Melancholie oder Demenz sein.“

Wie einfach war doch früher die Psychiatrie!

Wenn es auch leider nicht zu leugnen ist, dass noch heute in manchen Anstalten diese Klassifikation — vielleicht unwesentlich verändert oder vergrössert — als vollständig befriedigend betrachtet wird, so ist es doch auch eine Tatsache, dass unter einer wachsenden Reihe der bedeutendsten Psychiater Amerikas eine sich langsam entwickelnde Meinungsänderung während der letzten 6 bis 8 Jahren eingetreten ist, die ganz besonders seit 1900 zur Geltung kommt. Einer der Hauptvertreter der neuen Bewegung ist Paton.

Wenn man die Grösse der Aufgabe, die sich Paton gestellt hat, und die relativ kurze Zeit, in der er sein Material gesammelt hat, mit in Betracht zieht, so muss das Resultat seiner Arbeit als gelungen bezeichnet werden. Die älteren naiven, auf oberflächlicher und ungenügend langer Beobachtung und Analyse der Fälle beruhenden Schulmeinungen weist er zurück und sucht an ihrer Stelle die verschiedenen Krankheitsbilder auf „klinischem“ Wege möglichst genau zu schildern, wobei er auf den früheren Stand und die Lebensart der Kranken, den Gesamtverlauf der Krankheitserscheinungen, die Unterscheidungsmerkmale zwischen Symptombild und Krankheitseinheit, den anatomischen Befund besonderen Nachdruck legt. Seine Klassifikation bezeichnet er nur als eine vorläufige. Sie lautet:

I. Psychische Abnormitäten auf mangelhafter Entwicklung des Zentralnervensystems beruhend.

II. Psychosen, die wahrscheinlich zum Teil das Resultat einer Auto-intoxikation sind.

III. Die chronischen Vergiftungen.

IV. Psychosen, welche im Zusammenhang stehen mit unvollkommener Tätigkeit der Schilddrüse.

V. Die manisch-depressive Gruppe.

VI. Die Dementia praecox-Gruppe.

VII. Die Dementia-paralytica-Gruppe.

VIII. Die Epilepsie-Gruppe.

IX. Die Hysterie-Gruppe.

X. Neurasthenische und psychasthenische Zustände.

XI. Psychosen, die mit organischer Erkrankung des Zentralnervensystems in Verbindung stehen.

XII. Die Paranoia-Gruppe.

XIII. Die senile Gruppe. Psychosen, die mit dem Rückbildungsalter verknüpft sind.

Wie aus dieser Einteilung hervorgeht, besteht Paton nicht sehr auf „Krankheitseinheiten“. Sämtliche Kategorien seiner Klassifikation sind vielmehr „Krankheitsgruppen“, welche ja insofern gemeinsame Symptome besitzen, dass man berechtigt ist, sie einstweilen so zusammenzufassen, natürlich mit der Voraussetzung, dass sie möglicherweise späterhin je in verschiedene bestimmte Krankheitsformen resp. Unterformen geschieden werden können. Das unsicherste Kapitel ist wohl das der „Autointoxikationspsychosen“. Hier wird es gewiss Meinungsverschiedenheiten geben über die Berechtigung der Zusammenfassung der febrilen delirösen Zustände, der infektiösen Psychosen, des Kollapsdeliriums, der akuten Verwirrtheit und des Korsakow'schen Symptomenbildes.

Vielleicht das beste Kapitel ist das über die Dementia praecox, eine Krankheit übrigens, welche in Amerika erst im Laufe der letzten 5 bis 6 Jahre allmählich allgemein bekannt und anerkannt worden ist. Was die Häufigkeit der Dementia praecox betrifft, so soll sie nach Paton wohl unter 15 % sämtlicher Aufnahmen stehen. Ueber die sogenannte Heilung der Kranken äussert er sich sehr skeptisch. „Wir kennen keine Fälle, in denen sich die Krankheit weit genug entwickelt hat, um eine sichere Diagnose zu gestatten und bei denen eine Restitutio ad integrum stattgefunden hat“.

Besonders lesenswert sind weiter die Erörterungen über die moderne Klinik für Geistesranke, wo der bedauerliche Mangel an psychiatrischen Universitäts-Kliniken*) in Amerika, sowie die Beschaffenheit einer idealen Anstalt besprochen wird. „Glücklich wäre doch der Staat, der eine vollkommen ausgerüstete, gut organisierte, unter direkter Kontrolle einer Universität stehende psychiatrische Klinik besässe, deren Aufgabe die Lösung der Fragen der Ursachen, des Wesens und der Verhütung des Irreseins wäre. Das blosse Vorhandensein einer solchen Klinik wäre ein Beweis dafür, dass sich die Leute ebenso sehr für den Versuch interessieren, die geistige Gesundheit des Staates zu fördern, als für die Ergebnisse der Forschung in den fernligendsten Erdteilen, oder für die Entdeckung eines neuen Sternes.“

Der vorliegende Band ist besonders deshalb ein wertvolles Lehrbuch, weil es klar auseinandersetzt, dass die Lehre der psychischen Erkrankungen durchaus nicht so leicht und einfach ist, wie es verschiedene Lehrbücher der dogmatisch-symptomatischen Psychiatrie anzudeuten scheinen, weil es ferner den Studenten auf die Wichtigkeit und den Weg der eigenen Beobachtung und Forschung hinweist, deren Ergebnisse über die kritiklose Annahme anderer Meinungen zu stellen sind.

Endlich wäre noch ein Punkt zu erwähnen, der zugleich einen Vorteil und Nachteil bildet, nämlich die Tatsache, dass dem Leser bei jedem Schritte eine Menge Beobachtungen der bedeutendsten Forscher aller Länder vorgeführt

*) Zu erwähnen ist, dass in diesem Jahre eine solche für ungefähr vierzig Kranke — die erste in Amerika — in Michigan-Universität, Ann-Arbor, eröffnet wird. Die neue Klinik zu München hat Paton in Science, 8. September 1905, kurz beschrieben.

wird. Eine derartige Menge von Material gerecht zu berücksichtigen, ohne die Grenzen des Buches nutzlos zu erweitern, hat zur fast unvermeidlichen Voraussetzung, dass der Leser selbst schon vorher bis zu einem gewissen Grade mit der Sache vertraut sein muss, wenn er immer gleich ein klares Bild bekommen will. Nicht selten stellt Paton einfach verschiedene Meinungen nebeneinander, das Schlussziehen dem Leser überlassend. Hier und da hat man auch das Gefühl, es wäre vielleicht bei einem für Studenten bestimmten Buche besser, wenn man mehr vom Verfasser selbst und weniger von den zitierten Autoren zu hören bekäme.

Wer das Werk aber gründlich durchliesst, der wird wohl den Eindruck gewinnen, dass trotz gewisser Mängel (namentlich hin und wieder in der Klarheit der Darstellung) — Mängel übrigens, welche bei der ersten Auflage eines Lehrbuches der Psychiatrie schwer zu vermeiden sein dürften — das Buch Paton's doch das beste ist, das bis jetzt in englischer Sprache erschienen ist.

Clarence B. Farrar (Baltimore).

CXXVII) Stransky: Ueber Sprachverwirrtheit. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. VI, 4/5. Halle, C. Marhold 1905.

Verf. hat folgende Versuche angestellt. Er wies eine Reihe normaler Personen an, an ein von ihm gegebenes Stichwort anknüpfend, je eine Minute drauflos zu reden, was und wie es ihnen gerade einfiel, und forderte sie nun auf, ihre Aufmerksamkeit dabei zu entspannen, d. h. dem Gesprochenen nicht zuzuwenden. Das soll den Versuchspersonen auch stets gelungen sein. Auch Stimmungsversuche wurden gemacht. Die sprachlichen Produkte wurden phonographisch aufgenommen. „Es resultierte ein Gemisch von ‚Ideenflucht‘ und Perseveration in regellosem Durcheinander. Zugleich traten Kontrastassoziationen und Kontaminationen hervor.“ Diese Produkte bringt Verf. in Beziehung zu der Sprachverwirrtheit bei Dementia praecox, von der er eine Reihe von Beispielen mitteilt, die aber nicht nach derselben Methode, wie bei Normalen, sondern als Antworten auf Fragen erhalten sind. Der Verf. schliesst, dass Lockerung der koordinatorischen Beziehungen zwischen Gemüts- und Verstandesleben als Grundlage der katatonischen Sprachverwirrtheit durch Vernichtung der Aufmerksamkeit wirksam ist. Der Ref. hatte gewünscht, dass der Verf. sich etwas genauer über die angebliche Entspannung der Aufmerksamkeit in seinen Versuchen geäußert hätte. Inwieweit war die Aufmerksamkeit dem Ziele zugewandt, Unsinn zu reden, Vernünftiges zu vermeiden? Dem Ref. scheinen diese Sprachäusserungen noch mehr Aehnlichkeit mit hysterischen als katatonischen Produkten zu haben. Auch Ausführungen wie die über die Ueberflüssigkeit des Willens und der Apperzeption neben der „Noo- und der Thymopsyche“ (S. 94) sollten doch mit solcher Leichtigkeit nicht gemacht werden. Der Ref. hält es für eine Selbsttäuschung des Verf., zu glauben, dass durch eine andere Definition oder Benennung irgend etwas in den Dingen anders werde.

M. Lewandowsky.

CXXVIII) A. Knapp: Die Geschwülste des rechten und linken Schläfenlappens. Eine klinische Studie. E. Bergmann 1905.

Der rechte Schläfenlappen wurde bisher zu den sogenannten „stummen“ Hirnteilen gerechnet, d. h. seiner Erkrankung wurden von den meisten Autoren

charakteristische Lokalsymptome abgesprochen. Nur Macewen und Körner hatten schon auf Kennzeichen hingewiesen, welche bei Abszessen des rechten Schläfenlappens vorkommen, ohne bei den Neurologen damit rechte Beachtung, geschweige denn Zustimmung zu finden. Verf. bringt nun nicht weniger als neun ausführliche Krankengeschichten der Hallenser Klinik über Tumoren der Schläfenlappen, darunter fünf rechtsseitige, und zieht in sehr ausgedehnter Weise die gesamte Literatur heran. Für fast alle Fälle liegen makroskopische Sektionsbefunde vor. Er kommt — um das Hauptergebnis voraus zu nehmen — zu dem bemerkenswerten Resultat, welches mit den Erfahrungen obengenannter Otiater in wichtigen Punkten übereinstimmt, dass eine eigentümliche Kombination von Fernsymptomen auch den Erkrankungen des rechten Schläfenlappens etwas Charakteristisches verleiht. In erster Linie fand sich immer eine erst nach länger bestehender Krankheit, oft erst kurz vor dem Tode auftretende, erst transitorische, zuletzt persistierende partielle Okulomotoriuslähmung, besonders eine gleichseitige Ptosis oder Mydriasis mit Störungen der Pupillen-Reaktion. Tritt zu der gleichseitigen Okulomotoriuslähmung nach langem Bestehen der Krankheit eine gekreuzte Hemiparese hinzu, so wächst die Wahrscheinlichkeit für Schläfenlappentumor. Vereintigt sich gar mit dieser Hemiplegia alternans ein scheinbar cerebellarer Symptomenkomplex, so kann man den Tumor fast mit Sicherheit im Schläfenlappen suchen. Die Ursache dieser Erscheinungen findet Verf. in dem Druck, den der gross gewordene und nach der Basis gewachsene Tumor auf den gleichseitigen Pedunculus und Okulomotorius ausübt.

Von Pedunculusherden unterscheidet sich dieser Symptomenkomplex schon dadurch, dass bei ersteren Ptosis und gekreuzte Lähmung früh und dauernd vorhanden ist. Verf. erörtert ausführlich sämtliche Nachbarschaftssymptome bei Schläfenlappengeschwülsten: das Verhältnis zur Sehbahn, zur motorischen und sensiblen Bahn, zu den grossen Ganglien, zu den Vierhügeln, dem Kleinhirn und jedem einzelnen Gehirnnerven. Für die Kenntnis der Symptomatologie der Schläfenlappengeschwülste überhaupt und die feinere der linksseitigen erwächst aus seinen Beobachtungen und Erörterungen reicher Gewinn. Dem Auftreten von Worttaubheit, Paraphasie, amnestischer Aphasie, Agnosie, Apraxie, Perseveration wird besonders Aufmerksamkeit geschenkt, ebenso dem der allgemein psychischen Störungen. Besonders interessant erscheint mir die Häufigkeit, in der Verf. den Korsakow'schen Symptomenkomplex fand: herabgesetzte Merkfähigkeit, retrograde Amnesie, Konfabulation. Da bei der polyneuritischen Psychose Neuritis optica und Augenmuskellähmungen auftreten können, umgekehrt dem Verf. bei den Tumoren ungewöhnlich oft — durch Zerrung der hinteren Wurzeln — neuritische Symptome begegneten, kann, wie er ausführt, unter Umständen die Differentialdiagnose zwischen Polyneuritis und Tumor sehr schwer fallen.

Die Wichtigkeit der genannten Symptome für operatives Eingreifen dürfte zwar durch ihr sehr spätes Auftreten eine gewisse Einschränkung erfahren, indessen muss angesichts unserer bisherigen Ohnmacht gegenüber Tumoren des betreffenden Sitzes jedes Hilfsmittel zur Lokalisation als Fortschritt dankbar begrüsst werden. Hat doch Verf. selbst auf Grund obiger Indikation unter besonders schwieriger Symptomkonstellation — eine Reihe Symptome verdächtigten die linke Hemisphäre — die Diagnose Tumor im rechten Schläfenlappen gestellt, als der Tumor noch operabel war: die Trepanation und Ent-

fernung der Geschwulst konnte erfolgreich von Bramann vorgenommen werden. Die am 26. Juli operierte Patientin war bei Erscheinen der Knapp'schen Publikation bis auf zeitweilige Kopfschmerzen völlig beschwerdefrei.

Amnestische Aphasie hält Verf. für nicht lokalisierbar, insbesondere nicht im linken Schläfenlappen. Eine isolierte optische Aphasie lehnt er in Uebereinstimmung mit Wolff ab.

Bemerkenswert erscheint mir, dass Verf. apraktische Störungen viermal bei linksseitigen Herden und nur einmal „zeitweilig“ bei einer „kolossalen“ rechtsseitigen Geschwulst im Kleinhirn gefunden hat.

Witzelsucht fand sich zweimal bei temporalen Geschwülsten.

Die an der Hand der einzelnen Krankengeschichten angestellten Erwägungen werfen eine Fülle beachtenswerter differentialdiagnostischer Hinweise ab, die sich hier nicht in kurzer verallgemeinernder Zusammenfassung wiedergeben lassen, weil sie eben die Besonderheit der Umstände des einzelnen Falles, insbesondere des zeitlichen Verlaufes zur Voraussetzung haben. Generell und kurz kann man natürlich die Frage: „was macht ein Schläfenlappentumor für Symptome?“ ebensowenig beantworten, wie die jenes jungen Mannes: „Was kostet ein Haus in Paris?“

Bezüglich eines Punktes möchte ich mir eine Bemerkung erlauben. Verf. lokalisiert die Tastlähmung im gyr. supramarginalis. Ich glaube nun, wir müssen unterscheiden: 1. Störungen der Sensibilität, namentlich des Muskelsinns, welche konsekutiv das Erkennen durch Tasten beeinträchtigen; diese mögen auch durch Herde im Scheitellappen zustande kommen: das ist eine perzeptive Schädigung, und 2. eigentliche Tastlähmung, eine agnostische Störung, bei welcher die Identifikation trotz leidlich erhaltener Sensibilität aufgehoben ist. Den Ort der Tastlähmung aus der hinteren Zentralwindung, wo sie Wernicke, Flechsig, Monakow*) übereinstimmend lokalisieren — nach hinten in den gyr. supramarginalis zu verlegen, liegt meines Wissens bisher kein Grund vor. In den Fällen, bei denen der Herd hinter den Zentralwindungen sass, stand die Störung des Muskelsinnes im Vordergrund, die Unfähigkeit zur Identifikation war also jedenfalls im Sinne von Wernicke keine Tastlähmung. Für den Hauptinhalt der Arbeit ist übrigens dieser Punkt nebensächlich.

Nach allem scheint es mir, dass die Arbeit eine wirkliche Förderung für die Tumordiagnostik darstellt.

Liepmann.

CXXIX) Heinrich Sachs: Gehirn und Sprache. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.) Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1905. 128 S.

Der Verf. bietet zuerst in grossen Zügen und unter Hinweis auf einige gute schematische Zeichnungen eine Darstellung der neueren Ergebnisse hirnanatomischer Forschung. Sodann führt er die älteren Anschauungen über Aphasie vor und gibt eine Kritik dazu, aus der wir vor allem ersehen, dass sie heute nicht mehr haltbar sind. Wohl haben die einzelnen Sinnesfunktionen, ebenso wie die einzelnen Glieder, ihre bestimmten Zentren; aber es ist kein Grund vorhanden, dass die einzelnen Bestandteile der Sprache innerhalb dieser Sinneszentren wieder ihre besonderen Abteilungen hätten. Denn nicht auf die Zellen, bei deren Tätigkeit die subjektiven Erscheinungen des Klangs, Lichts usw.

*) Letzterer glaubt irrtümlich, dass Wernicke sie in die vordere verlege (vergl. Monakow, S. 411 und Wernicke, Arb. a. d. psych. Klinik, Heft II, 1895, S. 47).

auftreten, kommt es an, sondern auf die Verbindung der Zellen der einzelnen Zentren miteinander. Nur eine solche physiologische Auffassung kann dem psychologischen Geschehen einigermaßen gerecht werden. S. lehnt daher auch ein besonderes Schreib- und Lesezentrum, ebenso wie ein Begriffszentrum ab, betont ausserdem, dass in dem alten Lokalisationsschema noch andere Fehler enthalten sind: es berücksichtigt zu wenig die Möglichkeit einer nur teilweisen Zerstörung und funktionellen Herabsetzung der Tätigkeit eines Sinneszentrums bezw. der betr. Bahnen, ferner die häufige Schädigung der Nachbarzellen u. a. m.

Die weiteren Ausführungen verfolgen vor allem den Zweck, das psychologische Geschehen als etwas Ganzes nachzuweisen. Der Annahme, dass Geistesinhalt und Gehirntätigkeit sich aus lauter elementaren Empfindungen (bezw. nervösen Vorgängen), aus lauter Einzelheiten zu einer Art von Mosaikbild zusammensetzen, stellt der Verf. die seinige gegenüber: wir fassen die wahrgenommenen Dinge immer als ein Ganzes auf und sondern sie erst allmählich in Einzelheiten. So ist das Primäre z. B. nicht das einzelne Wort (die einzelne Vorstellung), sondern der Satz (die Situationsvorstellung). Dieser, übrigens schon von Wundt deutlich genug herausgearbeiteten Auffassung entspricht es dann ferner, dass man sich nicht jede Vorstellung, Erinnerung usw. in einzelnen Zellen, Zellgruppen und Sinnesterritorien lokalisiert denken kann; auch braucht man die Annahme besonderer „Assoziationsfelder“ nicht, sondern nur die, dass eine Verbindung aller Teile aller Sinnesfelder untereinander möglich ist. Daraus ergibt sich dann natürlich auch eine von der früheren abweichenden Auffassung des Verhältnisses von Gehirn und Sprache und eine entsprechende Aenderung in der Auffassung der Sprachstörungen. Das Kapitel „Die Lokalisation der Sprache und ihrer Störungen im Grosshirn“ ist von diesem neuen Standpunkte aus bearbeitet. Es sei daraus nur erwähnt, dass S. mit Recht die Existenz einer transkortikalen motorischen Aphasie und einer Leitungsaphasie bestreitet. Seine Erklärung des Agrammatismus dürfte nur für einen Teil der betr. Erscheinungen zutreffen bezw. ausweichen. Dagegen wird er sonst im ganzen den komplizierten Erscheinungen der einzelnen aphasischen Störungen weit mehr gerecht, als das alte Schema.

Zum Schlusse macht der Verf. noch darauf aufmerksam, dass eine oft zu beobachtende allgemeine Herabsetzung der psychischen Leistungen bezw. der entscheidenden Gehirnfunktionen (leichte Ermüdbarkeit, Verlangsamung und Verminderung der Merkfähigkeit usw.) bei der Beurteilung der Sprachstörungen auch noch zu berücksichtigen sind. Das vikariierende Eintreten der rechten Hemisphäre für die linke hält er zwar bei Kindern für möglich, bei Erwachsenen aber nicht.

Sehr erfreulich ist an der interessanten Arbeit, gerade weil sie für weitere Kreise bestimmt sein soll, auch die klare Unterscheidung von psychologischen und physiologischen Vorgängen. Die Darstellung der letzteren ist, was Sachs auch hervorhebt, zu einem grossen Teil rein hypothetischer Natur.

Mohr (Elberfeld).

CXXX) H. Bradford Thompson: Vergleichende Psychologie der Geschlechter. Experimentelle Untersuchungen der normalen Geistesfähigkeiten bei Mann und Weib. Autorisierte Uebersetzung von J. E. Kötscher. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). 1905. 198 S. M. 3,50.

Untersuchungen an 25 Studenten und 25 Studentinnen der Universität Chicago. Ergebnisse: Die motorischen Fähigkeiten sind in den meisten Alterstufen beim männlichen Individuum besser entwickelt, als beim weiblichen. Die Männer zeigen kürzere Reaktionszeit, geringere Ermüdbarkeit, grössere Schnelligkeit und Genauigkeit. Beim Bilden einer neuen motorischen Koordination sind die Frauen die Überlegenen; der motorische Automatismus ist bei ihnen stärker ausgeprägt. Bezüglich des Haut- und Muskelsinns ergab sich im ganzen eine etwas feinere Empfindungsfähigkeit der Frau; doch bestand bei dem passiven Druck und dem Temperatursinn kein Unterschied und für elektrische Reize sowie in der Beurteilung gehobener Gewichte erwiesen sich die Männer als empfindlicher. Hinsichtlich des Geschmacks- und Geruchssinns hatte die Frau tiefere Schwellenwerte, als der Mann, bei Prüfungen starker Geschmackseindrücke waren die Männer überlegen. Auf dem Gebiete des Gehörsinnes wurde nur die obere und untere Grenze der Empfindlichkeit für Töne und das Unterscheidungsvermögen untersucht; dabei war „möglicherweise“ die Grenze für Männer niedriger; sonst waren die Ergebnisse unsicher. Gesichtssinn: Im ganzen waren die Männer empfindlicher für Helligkeit, die Frauen dagegen für Farben. In der Sehflächenunterscheidung und Längenabschätzung leisteten die Männer etwas mehr. Geistige Fähigkeiten: Die Frauen haben ein besseres Gedächtnis, lernen schneller auswendig, der Assoziationsvorgang ist bei ihnen rascher. In bezug auf „vergleichbaren Scharfsinn“ sind die Männer die stärkeren, doch „deutet vieles darauf hin, dass die mehr technische Bildung, die die Knaben erhalten, ein wesentlicher Faktor bei diesem Resultate ist.“ Im „Gesamtinhalt des Wissens“ (?) waren sich beide Geschlechter gleich. Affekte: Der physiologische Ausdruck (Kreislauf und Atmung) der Affekte ist bei Männern lebhafter, als bei Frauen. Die nach der Methode der Fragebogen gewonnenen Resultate ergaben hinsichtlich der Fragen über „Persönlichkeit“ eine fast völlige Uebereinstimmung der Geschlechter; auch bezüglich des Gefühlslebens konnten keine wesentlichen Unterschiede aufgefunden werden. Sinneswahrnehmungen „scheinen bei Frauen ausgesprochener zu sein“; Synästhesie war bei ihnen häufiger zu finden. Der visuelle Faktor ist im Bewusstsein des Weibes stärker. Das Geselligkeitsgefühl scheint beim Manne, das religiöse bei der Frau mehr ausgebildet zu sein.

Das Schlusskapitel vergleicht die gewonnenen Ergebnisse mit den herrschenden biologischen Ansichten über den Unterschied der Geschlechter und seine Ursachen. Verf. gibt zu, dass die in der Schrift enthaltenen Untersuchungen die herrschende Theorie in mancher Hinsicht unterstützen, meint aber, dass die psychologischen Geschlechtsunterschiede möglicherweise weder von dem Unterschied der Durchschnittsfähigkeit, noch von dem im Typus der geistigen Variabilität abhängen, sondern zum grossen Teil von den verschiedenen gesellschaftlichen Einflüssen.

Die Literatur der letzten Jahre, speziell die ziemlich reiche deutsche, ist in der Arbeit nicht genügend berücksichtigt; die Untersuchungsmethode ist des öfteren recht anfechtbar, besonders die Methode der Fragebogen ist nicht nur, wie Verf. selbst sagt, „bloss halbwissenschaftlich“, sondern kann in der hier angewandten Form überhaupt nichts Erspriessliches zutage fördern. Was soll man z. B. dazu sagen, wenn Verf. auf Grund von selbstverständlich rein subjektiven Antworten auf die Frage: „Sind Sie neugierig?“ zu dem Schlusse kommt: „Die Männer scheinen etwas neugieriger zu sein als die Frauen!“

Endlich ist das Material viel zu klein und zu einseitig, als dass man daraus verallgemeinernde Schlüsse ziehen dürfte, ein Fehler, in den Verf. immer wieder verfällt. Immerhin ist das Buch zu begrüßen als ein „erster Versuch, eine systematische Bestätigung der psychologischen Aehnlichkeiten und Verschiedenheiten der Geschlechter durch experimentelle Methoden zu erzielen“. Hoffentlich regt er zu vollständigeren und nach einwandfreieren Methoden vorgenommenen Untersuchungen an.

Die Uebersetzung ist, einige sprachliche Entgleisungen abgerechnet, gut.
Mohr (Elberfeld).

IV. Uebersichtsreferat.

Neurologisches Centralblatt 1903.

No. 16. **A. Pick**: Weiterer Beitrag zur Pathologie der Tetanie nebst einer Bemerkung zur Chemie verkalkter Hirngefäße. P. hatte im Centralbl. 1902, No. 13 (s. d. Centralbl. 1903, S. 608) eine vorläufige Mitteilung zur Pathologie der Tetanie gebracht, wonach sich in zwei Fällen von Tetanie eine typische Verkalkung der feinen und feinsten Hirngefäße im Marke des Grosshirns und Kleinhirns ergeben hatte und ein Zusammenhang zwischen diesem Befunde und der Affektion wahrscheinlich sei. P. ist nun in der Lage, einen weiteren Fall von Tetanie (mit Psychose) bei einer 37jährigen Frau mitzuteilen, bei der post exitum der gleiche Befund weit wesentlicher und deutlicher im Kleinhirn als im Grosshirn, wo speziell die zentralen Ganglien betroffen waren, erhoben werden konnte. Bei der chemischen Probe wurde festgestellt, dass es sich um verkalkende Eisenalbuminate handle. Nach allem scheint P. jetzt die Tatsache gesichert, dass bei chronischen Fällen von (länger dauernder?) Tetanie als ein relativ häufiger, vielleicht ständiger Befund eine mehr oder weniger weitgehende Verkalkung der feinen und feinsten Hirngefäße im Marke des Kleinhirns und im Marke und in den zentralen Ganglien des Grosshirns vorkommt. Gelegentlich kann sie so schwach vorhanden sein, dass sie erst bei genauerem Zusehen oder Zufühlen (Prädilektionsstelle) resp. bei mikroskopischer und chemischer Untersuchung gefunden werden kann. — **H. Pfister**: Zur Anthropologie des Rückenmarkes (Schluss No. 17). Pf. hat im Anschluss an seine Untersuchungen über die Masse des kindlichen Gehirns (s. d. Centralbl. 1903, S. 485) bei 72 Kindern (Knaben und Mädchen) das Gewicht und die Länge des Rückenmarks bestimmt und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen: Das Rückenmark der Knaben ist auf allen Altersstufen durchschnittlich schwerer und auch länger als das der Mädchen. Im Verhältnis zum Gehirn ist das Rückenmark der Knaben leichter, als das der Mädchen. Mit zunehmendem Alter wird das Rückenmark im Verhältnis zum Gehirn immer schwerer (steigt um ca. $\frac{1}{110}$ beim Neugeborenen auf $\frac{1}{50}$ beim Erwachsenen), das Verhältnis bleibt aber immer noch weit hinter dem der menschenähnlichsten Tiere zurück. Das mittlere Rückenmarksgewicht nimmt von 3,0 bis 3,4 g bei der Geburt bis ungefähr zum achtfachen, 27—28 g, zu, in den ersten beiden Jahren besonders stark, später immer weniger. Beim Neugeborenen entsprechen im Durchschnitt 1 g Rückenmark 14 cm Körperlänge, mit zu-

nehmendem Alter wird die entsprechende Körperlänge immer geringer bis etwa 6,2 cm; im Verhältniss zum Körpergewicht haben die Knaben ein etwas schwereres Rückenmark. Die mittlere Länge des Rückenmarks nimmt von etwa 14 cm bei der Geburt bis etwa 45 bzw. 43,7 cm, also bis gut zum Dreifachen zu, von vornherein relativ langsam, so dass die anfänglich starke Gewichtsvermehrung mehr auf einem Dickenwachstum beruht. Die Rückenmarkslänge beträgt bei Neugeborenen im Mittel 29,5 % der Körperlänge; dieses Verhältnis sinkt erst langsam, vom Ende des ersten Jahres sehr rasch auf 26%—25%. — **W. Alter:** Perverse Temperaturempfindung. A. konstatierte bei einem Paralytiker bis kurz vor dem Tode eine dauernde Perversion der Temperaturempfindung, so dass am ganzen Körper, auch auf der Zunge, kalt als warm und warm als kalt empfunden wurde, aber nur wenn die Reize sehr stark waren und die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wurde (Temperaturdifferenzen von 2°—3° C wurden nicht erkannt) A., welcher in der Literatur nur einen ähnlichen von Tumpowski berichteten Fall von Perversion bei einer Hysterischen gefunden hat, erklärt sich diese Perversion so: Von vornherein bestand eine Temperaturhypästhesie, so dass nur solche Temperaturen wahrgenommen wurden, welche durch ihre Reizgrösse die Aufmerksamkeit in erhöhtem Masse fesselten, oder auf welche die Aufmerksamkeit gelenkt wurde, wo also zur Bildung der Empfindung, eine gesteigerte Apperzeption notwendig war. Eine gesteigerte Apperzeption kann aber bei Psychopathen leistungshemmend wirken; der Kranke verhält sich also momentan wie ein partiell unipolar Thermanästhetischer und verbindet infolgedessen mit der korrekten Perzeption die konträre Empfindung. — **E. Fraenkel:** Ueber eine neue Markscheidenfärbung. Die neue Färbung, welche wie die Weigert'sche die allerfeinsten Markfasern sichtbar macht, beruht auf den Weigert'schen Prinzipien. Die Schnitte der im Müller oder im Weigert'schen Gemisch gefärbten und in Celloidin eingebetteten Stücke kommen in polychromes Methylenblau, wo sie bis zu 24 Stunden bleiben können, werden dann in destilliertem Wasser abgespült und einzeln in die Differenzierungsflüssigkeit gebracht, als welche gesättigte wässrige Gallsäurelösung verwendet wird. Hier bleiben sie so lange, bis die Unterscheidung von grauer und weisser Substanz mit blossem Auge möglich ist. Nach abermaliger Abspülung in destilliertem Wasser wird dann noch einmal gefärbt (wenige Schnitte in reichlichen Mengen Farblösung!), wobei dem Tannin die Bedeutung eines Verstärkers zukommt, und nach Auswaschen noch einmal differenziert. Schliesslich werden sie in 96 procentigem Spiritus entwässert und nach Aufhellung in Bergamotöl und Xylol, in Balsam konserviert. Für Rückenmarksschnitte genügt ein zweimaliger Turnus von je sechsständiger Färbung und Entfärbung, für Hirnschnitte ist der doppelte Zeitraum zu empfehlen. — **Max Bielschowsky:** Zur Histologie der multiplen Sklerose. Untersuchungsergebnisse neuer Methoden. B. hat fünf Fälle von multipler Sklerose mit dem Imprägnationsverfahren (s. d. Centralbl. 1903, S. 533) untersucht, zum Teil mit einem modifizierten Verfahren, das auch Nervenfasern und Golginetze hervortreten lässt. Es zeigt sich übereinstimmend, dass alle Herde marklose Fasern in überraschender Zahl enthalten und zwar besonders stark in den chronischen Fällen, so dass sie unter dem Mikroskope häufig kaum von den benachbarten markhaltigen Gebieten zu unterscheiden sind. Das Verfahren, welches das Axostroma in vollständiger Weise zur Dar-

stellung bringt, ergibt, dass in den Herden zwei Kategorien von nackten Axenzylindern zu unterscheiden sind, 1. solche mit erhaltenem, 2. solche mit verloren gegangnem Axostroma. Die Befunde sprechen nach B. dafür, dass die Nervenfasern als persistierende aufzufassen sind, während einzelne Bilder auf Sprossungsvorgänge (wahrscheinlich als Ausdruck einer Degeneration) hindeuten. Zwischen dem klinischen Verhalten und dem anatomischen Befunde ergab sich ein weitgehender Parallelismus. Die vergleichend anatomisch-pathologische Betrachtung der von den verschiedenen elektiven Methoden gelieferten Bilder zeigt, dass ausser den Markscheiden sicher auch zahlreiche Axenzylinder zugrunde gehen und dass gleichzeitig mit den Veränderungen der Nervenfasern konstante Proliferationsvorgänge in der Neuroglia verschiedener Intensität einsetzen. Es handelt sich beim sklerotischem Prozess, wie auch die Abhängigkeit der Herde vom Gefässverlauf zeigt, um eine durch die Gefässe vermittelte „Entzündung“ von toxischer Aetiologie, bei der von Anfang an Glia und Nervenfasern beteiligt sind, die Nervenfasern aber in einer viel gleichartigeren Form als die Neuroglia.

No. 17. **Karl Schaffer** (Budapest): Ueber Markfasergehalt eines normalen und eines paralytischen Gehirns. Im Vergleich zum normalen Gehirn zeigten, wie Sch. an der Hand von Serienschritten demonstriert, bei dem Gehirn eines Paralytikers ein normales Verhalten die Zentralwindungen, die benachbarten frontalen Konvexitätswindungen, das obere Scheitelläppchen, die Occipitalwindungen, der Cuneus, die tiefen bezw. der Insel benachbarten Rindenstellen der ersten Temporalwindung, die Insel in ihrer obersten Hälfte und das Ammonshorn. Faserausfall zeigen: die basalen Frontalwindungen, das untere Scheitelläppchen, die polare Stelle der ersten, die zweite Temporalwindung, sowie die untere Hälfte der Insel. Es gibt also Fälle von Paralyse, bei denen der Faserausfall sich nicht auf die ganze Hemisphäre verbreitet, sondern gewisse Stellen vorzugsweise ergreift, andere Abschnitte unberührt lässt. Ausser den basalen Frontalwindungen erkranken nach Sch. noch besonders die Parietal- und Temporalwindungen (mit Ausnahme der tiefen) und teilweise die Insel. Die Markfaserdegeneration kann eine diffuse und circumskripte sein, auch bei diffuser Ausbreitung kann vielleicht in einzelnen Fällen der Prozess circumskript begonnen haben.

No. 18. **W. v. Bechterew**: Ueber den Zustand der Muskel- und sonstigen Reflexe des Antlitzes bei Dementia paralytica. Der Unterkieferreflex, der bei gesunden Menschen weder durch besondere Intensität noch durch Konstanz ausgezeichnet ist, ist in einzelnen Fällen bei Paralyse nicht nur sehr leicht auslösbar, sondern auch recht lebhaft. Auch der Augenreflex tritt bei Paralytikern schon nach sehr schwachen Schlägen auf, beim Beklopfen der Stirnschläfengegend, des Nasenbeins, des Jochbeins, nicht selten auch entlegener Gebiete des Antlitzes und Kopfes. Der Jochbeinreflex ist bei Steigerung der Antlitzreflexe nicht selten vom ganzen Jochbein, mitunter auch vom Jochbogen auslösbar. In recht zahlreichen Fällen beobachtet man Steigerung der Muskelreflexe, besonders im unteren Antlitzgebiet (Mundreflex, Kinnreflex, Unterlippen-Oberlippenreflex). Uebrigens sind auch in einzelnen Fällen von Dementia paralytica die Muskelreflexe der Extremitäten und des Rumpfes gesteigert. Die Schleimhautreflexe (Nasal- und Palpebralreflex) dagegen zeigen in einzelnen Fällen ein deutliches Sinken (gewöhnlich verbunden mit Anästhesie). — **G. Sala** und **C. Rossi** (Paris): Zur Frage über einige angebliche toxische und

therapeutische Eigenschaften des Blutserums von Epileptikern. Die Autoren haben das Verfahren von Ceni an fünf Epileptikern nachgeprüft, aber unter sorgfältigen Kautelen und unter Vermeidung einiger wesentlicher Fehlerquellen, die den Versuchen Ceni's anhafteten. Die Patienten wurden eine Zeit lang vor den Versuchen überhaupt jedem therapeutischen Eingriff entzogen, während dieser Zeit mussten sie eine strenge Diät und Lebensweise innehalten, die auch während der Versuche blieb, und es wurden bei ihnen genaue Stoffwechseluntersuchungen angestellt. Es ergab sich nun bei allen Patienten, dass die Einspritzungen von Blutserum der Epileptiker (teils eigenes, teils fremdes) den Krankheitsverlauf in keiner Weise günstig beeinflussten und dass auch keine toxischen Erscheinungen weder vorübergehend noch dauernd eintraten; der Metabolismus, der nach Ceni durch die Injektionen beeinflusst werden soll, zeigte, wie die Stoffwechseluntersuchungen ergaben, keinerlei Veränderungen. Dass es sich überhaupt um behandlungsfähige und durch die Therapie beeinflussbare Fälle handelt, ergaben die späteren Erfolge einer Bromkur in Verbindung mit galvanischen Polarwirkungen. — **L. Stembo** (Wilna): Oberer Patellarreflex und seine Bedeutung. Als Lig. patellare superius bezeichnet St. die Sehnen des Quadriseps, welche sich an der Basis der Patella ansetzt. Durch schnelles Beklopfen seines unteren Endes bekommt man wie beim Beklopfen des Lig. pat. infer. eine wenn auch etwas kleinere schleudernde Bewegung des Unterschenkels, oder man fühlt wenigstens deutliche Kontraktionen des Quadriceps (am besten auszulösen beim Sitzen auf einem Tisch u. dergl., so dass die Unterschenkel durch seinen vorderen Rand unterstützt sind und mit den Oberschenkeln einen Winkel von 120° bilden). Bei Erwachsenen findet man den Reflex in ca. 50—60% der Fälle, bei 15—20% ist er erhöht (ein Zeichen, dass alle tiefen Reflexe gesteigert sind), bei Kindern ist er in ca. 40% zu erzielen. Seine Steigerung ist von Bedeutung als deutliches Zeichen gesteigerter Reflexerregbarkeit.

No. 19. **L. v. Dydynski**: Ein Beitrag zum Studium des Verlaufs einiger Rückenmarksstränge. Bei einem Fall von Myelitis transversa des oberen Brustmarks mit typischem klinischen Verlauf hat D. die degenerierten Faserstränge genau untersucht. Die Darstellung der einzelnen Resultate eignet sich nicht für ein kürzeres Referat. — **J. Kaplan** (Ufa): Zur Frage des Corneo-mandibularreflexes. K. meint, dass es sich nicht um einen eigentlichen Reflex, sondern wahrscheinlich um eine Mitbewegung von Orbicularis oculi und Pterygoideus ext. handelt. — **O. Matthey** (Friedrichsberg): Mitteilungen über Veronal. Das Veronal wurde 33 geisteskranken Männern der verschiedensten Formen teils wegen einfacher Schlaflosigkeit, teils wegen Erregungszuständen gegeben in 343 Einzeldosen im Durchschnitt von 0,5. Die mittlere Tagesdosis betrug 1,5 (!), doch wurde bis zu 3,0 (!) am Tage gegeben. Verabreicht wurde es in heissem Tee, vereinzelt in Tabletten. M. bestätigt die günstigen Erfahrungen anderer Autoren. Gegenüber den anderen Schlafmitteln, mit denen es abwechselnd gebraucht wurde, zeigte es eine prompte Wirkung, wenn diese auch in manchen Fällen ausblieb. Schädliche Nebenwirkungen mit Ausnahme vereinzelter Klagen über Schwindelgefühle (nach Einzelgaben von 1,0) wurden nicht beobachtet. Bei vier sehr erregten Kranken wurde es in Einzeldosen von 2,0 zweimal täglich gegeben mit prompter Wirkung, doch trat in einem Falle eine Pulsverlangsamung auf 42, in einem andern

eine entschiedene Gewöhnung ein, indem bald auch 4,0 ohne Erfolg blieben und ein starkes Taumeln hervorbrachten.

No. 20. Arthur Schüller (Wien): Der Abductorenreflex. Bei erhöhter Reflexerregbarkeit erhält man beim Beklopfen des Condylus externus femoris einen typischen Reflex, bestehend in Kontraktion des M. fasciae latae des Gluteus medius, zuweilen auch des vordersten Anteils des M. Gluteus maximus. Man bringt den zu Untersuchenden in die Seitenlage, legt eine Hand in die Gegend zwischen vorderem Anteil des Darmbeinkammes und des Trochanter major; wenn der Reflex vorhanden ist, fühlt man beim Beklopfen die Kontraktion der Muskeln. Ein motorischer Effekt ist nur selten erkennbar. Der Reflex erfolgt auch zuweilen beim Beklopfen des Tract. iliotibialis der fascia lata. Das Zentrum des Reflexes liegt wahrscheinlich im Bereich des vierten und fünften Lumbal- sowie des ersten Sakralsegments, die zentrifugale Bahn im N. glut. superior et inferior.

Hugo Levi (Stuttgart): Zur Kenntnis der circumscribten Rindendläsionen in der motorischen Region beim Menschen. Einem 28jährigen Arbeiter wurde mit voller Wucht ein Messer in den Kopf gestossen. Beim Herausziehen desselben erfolgte ein Blutstrahl nach und Lähmung des linken Armes. Auf der Höhe des rechten Scheitelbeins, 1 cm von der Scheitellinie entfernt, zeigte sich eine schräg nach aussen und vorn verlaufende ca. 2 cm lange perforierende Wunde. Wegen Hirndruckercheinungen wurde die Operation gemacht und das Blutgerinsel entfernt. Der Stichkanal ging durch die Dura durch, etwa 4 cm in die Tiefe des Gehirns (es handelte sich um eine kortikale Verletzung des Bein- und eine subkortikale des Armzentrums, letztere wahrscheinlich infolge der Hebelbewegungen beim Zurückziehen des Messers). Nach der Operation traten Krämpfe in der linken Wade und Parese des Beins (Ataxie) ein. Die Folgen der Verletzung waren: 1. völlige Lähmung der oberen Extremität und Parese des Beins nebst Reizerscheinungen (Spasmen); 2. Störungen der Sensibilität und zwar des Muskel- und stereognostischen Sinnes, des Lokalisationsvermögens, der Tast-, Temperatur und am wenigsten der Schmerzempfindung; 3. Ataxie (mit der geringsten Rückbildungsfähigkeit); 4. frühzeitige Muskelatrophie am paretischen Bein. Allmählich trat Besserung besonders der Motilität und Sensibilität ein.

No. 21. S. Goldflam (Warschau): Zur Aetiologie und Symptomatologie des intermittierenden Hinkens. G. kann die Ansicht Erb's, dass Nikotinismus die Hauptursache des intermittierenden Hinkens sei, der er sich auch teilweise angeschlossen hatte, nach weiteren Erfahrungen nicht bestätigen; ebensowenig kommt dem übermäßigen Teegenuss ein wesentlicher Einfluss zu. Für das wichtigste hält G. die nervös-familiäre Disposition, auf die er schon früher hingewiesen. Dafür spricht das vielfach jugendliche Alter der Befallenen, die auffallende Bevorzugung der Juden usw. G. hat ausser den bereits früher mitgeteilten zwei Fällen bei Brüderpaaren noch ein weiteres Brüderpaar jüdischen Stammes beobachtet, das an typischem intermittierendem Hinken leidet, während zwei andere Geschwister an Arteriosklerose der Fussarterien resp. der Aorta leiden; der Vater, der früher an Glycosurie gelitten, starb mit 67 Jahren an Hirnapoplexie, die Mutter an Diabetes. Es handelt sich offenbar um angeborene Debilität des Zirkulationssystems, auf dessen Grundlage sich die Affektion entwickelt. Die Beschwerden des intermittierenden Hinkens können übrigens auch, wie G. bei einem Patienten beobachtet hat.

beim Gehen im Zimmer auftreten. Auffällig ist ferner das Symptom der abnormen Ermüdbarkeit, das G. in einigen Fällen beobachtete und das mit der Myasthenie Aehnlichkeit hat. In diesen Fällen erstreckten sich die Parästhesien beim Gehen allmählich auf die Inguinal- und Glutealgegend. — **Max Bleschowsky**: Die Silberimprägnation der Neurofibrillen. S. schildert sein verbessertes Verfahren, das sich vom älteren im wesentlichen dadurch unterscheidet, dass die Schnitte nicht direkt mit fertiger Silberosalzlösung imprägniert werden, sondern das zu reduzierende Silberdiammoniumcitrat in den Schnitten selbst zur Entstehung gebracht wird, indem die mit Ag NO_3 durchtränkten Schnitte in schwache Ammoniaklösung übertragen werden. Auf diesen Körper gelangt das Aldehyd (Formal) gewissermassen in statu nascendi zur Einwirkung, auch wirkt das Ammoniak noch als Verstärker der Reduktionswirkung des Aldehyd. Das genauere Verfahren muss im Original eingesehen werden. Die Methode bringt ausser den Fibrillen auch pericelluläre Strukturen zur Darstellung, welche in Form von mehr oder weniger dichten Netzen den Zellleib einschliessen und mit den Golgischen Netzen identisch sind, und schliesslich auch die Axenzylinder markhaltiger und markloser Nervenfasern. Die Methode ist im Gegensatz zur Golgischen eine histologische, welche feinste Struktur-bilder liefert und nicht durch gröbere Niederschläge bedingte Silhouetten, dafür besitzt sie aber nicht die Vorzüge jener Methode für die Faseranatomie der Zentralorgane. — **Alfred Schittenhelm** (Breslau): Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Cheiromegalie. Es handelt sich um einen Fall von Morvan'schen Typus, der sich bei einer 32jährigen nicht belasteten Arbeiterin ohne äussere Ursache an den oberen Extremitäten entwickelte mit unförmigen Verunstaltungen und tatzenartigem Aussehen der vergrösserten Hände. Die Vergrösserung beruht auf einer starken Verbreiterung der Weichteile, während die Knochen (besonders der Phalangen) destruiert resp. atrophisch sind. Trotz hochgradigster trophischer und Sensibilitätsstörungen ist die Intensität der Muskelatrophien äusserst gering.

V. Referate und Kritiken.

490) **A. Plek**: Zur Symptomatologie der linksseitigen Schläfenlappenatrophie.

(Monatsschr. f. Psych. und Neurol. 1904.)

In den mitgeteilten drei Fällen war es möglich, schon intra vitam aus der Art der Symptome die Diagnose auf eine Atrophie des linken Schläfelappens zu stellen — oder präziser gesagt: es war hier möglich, aus der Symptomatologie auf eine elektiv stärkere Beteiligung des linken Schläfelappens an dem allgemein-atrophischen Prozesse zu schliessen. Der Gehirnbefund bestätigte diese Annahme. In zwei Fällen lag eine senile atrophische Hirnveränderung vor, in dem dritten Falle eine Lissauer'sche Paralyse, alle drei mit schwerer Veränderung des linken Schläfelappens. Spielmeier.

491) H. Kriege: Psychisches Trauma und progressive Paralyse.
(Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 55, 1904, S. 189 ff.)

Ein Fall, bei dem die ersten Symptome einer progressiven Paralyse sich im Anschluss an ein psychisches Trauma einstellten. G. Liebermeister.

492) Alexander Pilez: Ueber Heilversuche an Paralytikern.
(Jahrb. f. Psychiatr. und Neurolog., Bd. 25.)

Seit der bekannten Arbeit von Wagner über den Einfluss fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen hat die Wiener Schule immer wieder von neuem diesen Gegenstand aufgenommen und das künstlich erzeugte Fieber als therapeutisches Agens bei der Behandlung von Psychosen verwertet. Abgesehen von den akuten Psychosen schien es auch geboten, den Einfluss des künstlichen Fiebers auf den Verlauf der progressiven Paralyse zu erforschen, einmal da Besserungen und Stillstände im Wesen dieser Erkrankung begründet sind, und zweitens die günstige Einwirkung einer interkurrenten fieberhaften Erkrankung auf diese prognostisch so unheilvolle Krankheit über allen Zweifel feststeht. Der Verf. behandelte von diesem Gedankengange ausgehend 69 Paralytiker (56 Männer und 13 Frauen) mit Injektionen von Tuberkul. Kochii. Anfangs injizierte er 0,01 und stieg bis zu einer Gabe von 0,1. Die Erfolge dieser Behandlung waren sehr auffallende, besonders wenn man die injizierten Fälle mit der gleichen Anzahl von paralytischen Geisteskranken verglich, welche keine Injektionen erhalten hatten. Man gewinnt aus den Tabellen des Autors den Eindruck, als würde diese Behandlungsmethode den Kranken für eine gewisse Zeit eine grössere Widerstandsfähigkeit verleihen und ihre Lebensdauer beträchtlich verlängern.

Man darf auf die Fortsetzung dieser Arbeiten gespannt sein. Behr.

493) Alexander Pilez: Beiträge zur Lehre von der progressiven Paralyse.
(Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 25.)

Untersucht man die inneren Organe von Kranken, welche an der progressiven Paralyse gestorben waren, so findet man derartig ausgeprägte allgemeine Veränderungen, dass es gänzlich ausgeschlossen erscheint, dieselben auf den cerebralen Prozess als solchen zu beziehen, sondern diese Befunde sind der Ausdruck einer schweren Allgemeinerkrankung und müssen dem pathologisch-anatomischen Befund im Zentralnervensystem gleichgestellt werden. Die Sektionsprotokolle von 685 männlichen und 211 weiblichen Paralytischen berichteten folgende Veränderungen: 280 Atherome der Aorta, 58 braune Atrophien der Herzen, 227 einfache Herzatrophien, 104 fettige Degenerationen des Herzmuskels, 70 Fettherzen, 53 Klappenfehler des Herzens, 51 Degenerationen des Myocard, 225 einfache Atrophien der Leber, 33 braune Leberatrophien, 60 Fettdegenerationen der Leber, 8 Fälle von Lebercirrhose, 19 arteriosklerotische Schrumpfnieren, 225 einfache Nierenatrophien und 46 Fälle von Fettdegeneration der Nieren. Die Milz war in 227 Fällen atrophisch. Die Tuberkulose befiel 10,38% der paralytischen und 34,08% der nicht paralytischen Geisteskranken. Von grösstem Interesse waren die histologischen Befunde der Nebennieren und der Leber. Die Zellen der Rindensubstanz in der Nebenniere erwiesen sich in einem so hohen Masse verfettet, wie es weder bei alten Individuen noch bei kachektischen Kranken der Fall ist. Die Leber war so umgebaut, wie es bei Regenerationsvorgängen nach Intoxikationen beobachtet

wird und erweckte den Eindruck, als ob das betreffende Individuum **mehrfache** Anfälle eines degenerativen Prozesses durchgemacht hätte. Behr.

494) **Dietz**: Ist der Verzicht auf Alkohol als Genussmittel in der Irrenanstalt wünschenswert?

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII. 3.)

Ausser den Alkoholisten, für die eine Verbringung in eine abstinente Umgebung notwendig ist, gibt es noch eine Menge Kranker, die durch Alkohol in ihrem Befinden verschlechtert werden, denen also auch die Anstalt die Angewöhnung der Abstinenz bieten sollte. Etwa ein Drittel der Anstaltsinsassen könnte ohne Schaden Alkohol trinken, doch wird der Verzicht auf dieses Genussmittel auch von den Kranken bis auf wenige keineswegs schwer empfunden. Die Kranken ziehen meist Ersatzmittel vor. Der Verzicht bringt also mehr Vorteile und ist aus erzieherischen Rücksichten geboten. Chotzen.

495) **Klein**: Therapeutische Erfahrungen bei akuten Psychosen.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1904.)

Klein's Ausführungen haben den Zweck, die Bedeutung einiger praktischer Behandlungsmethoden der modernen Therapie gegenüber der Unzulänglichkeit mancher Beruhigungsmittel zu betonen. Spielmeyer.

496) **Würth**: Welche Einrichtungen erfordert bei dem heutigen Stande unserer therapeutischen Bestrebungen die Irrenanstalt?

(Allg. Zeitschr. f. Psych. LXII, 1/2.)

Verf. bespricht die Einrichtungen, welche die Bettbehandlung, die Anwendung der Tag und Nacht fortgesetzten Dauerbäder, die zellenlose Behandlung und die Beschäftigung der Kranken nötig machen.

Von Interesse ist, dass W. trotz der Möglichkeit, Tag und Nacht zu baden und trotz der überwachungsfähigen Einzelzimmer auf Zellen nicht ganz verzichten zu können glaubt. Chotzen.

497) **v. Szentkirályi**: Isopral.

(Budapesti orvosi ujság, 1905. No. 29.) (Ungarisch.)

Sz.'s Erfahrungen erstrecken sich auf 20 Fälle, meist Nervenleiden verschiedener Natur, ferner auf Schlaflosigkeit bei Erkrankungen des Stoffwechsels und der Atmungsorgane. 0,5—1,0 gr Isopral verursacht einen 4—10 stündigen, dem normalen ähnlichen Schlaf. Als Nachwirkung beobachtete Verf. in zwei Fällen Kopfschmerz. Bei einer Morphinstin trat nach 2,5 g Isopral ein rauschähnlicher Zustand ohne Schlaf ein. Bei einzelnen schweren organischen Erkrankungen brachte Isopral nur vorübergehenden Schlaf, während Veronal von guter Wirkung war. Die Anwendung in Lösung oder Tabletten ist der Pulverform vorzuziehen. Verf. konnte selbst bei schwerem Herzleiden keine schädliche Wirkung nachweisen. Epstein (Nagyszeben).

498) **F. Tauszk**: Isopral.

(Budapesti orvosi ujság, 1905, No 31.) (Ungarisch.)

Tauszk bespricht den hypnotischen Wert des Isopral von drei Gesichtspunkten: a) die effektive hypnotische Wirkung prüfte Verf. bei verschiedenen Nervenleiden und akuten fieberhaften Erkrankungen; 0,5—1,0 g Isopral bringt nach 15—20 Minuten einen ruhigen, nur von vorübergehendem Erwachen unter-

brochenen Schlaf. Bei den Kranken dieser Gruppe erwies sich Isopral auch als gutes Antineuralgicum, welches heftige Kopfschmerzen stillte und bei Tabikern, welche wegen reissender Schmerzen schlaflos waren, das Morphinum ersetzen konnte, indem Isopral schmerzstillend und hypnotisch wirkte; b) bezüglich des relativen hypnotischen Wertes fand Verf., dass Isopral in seiner Wirkung dem Trional überlegen, dem Veronal gleichwertig ist; c) schliesslich prüfte Verf. die Wirkung von Isopral bei Erkrankungen der Respirations- und Kreislauforgane, in welchen Fällen derselbe hypnotische Wert wie bei Gruppe a gefunden wurde. Der Schlaf Tuberkulöser wird nur durch leicht erfolgende Expektoration unterbrochen. Bei einem Falle von Herzerkrankung beobachtete T., dass während der hypnotischen Wirkung der Puls voller und kräftiger wurde. Gewöhnung erfolgt auch beim Isopral, jedoch sehr langsam. Als Normaldosis bezeichnet T. 0,5—1,0, in seltenen Fällen 1,5—2,0 g. Wegen des unangenehmen Geschmackes ist die Darreichung in Pulverform zu vermeiden; praktischer sind in Oblaten gefüllte Tabletten oder Dragées; auch die Anwendung in Suppositorien ist empfehlenswert. Die internen Organe werden durch Isopral nicht schädlich beeinflusst, der Magendarmkanal nicht alteriert. Als Nachwirkung beobachtete Verf. in vereinzelt Fällen Kopfschmerz nach dem Erwachen, welcher jedoch jedem Antineuralgicum rasch weicht.

Epstein (Nagyszeben).

499) Reüter: Ueber Maretin.

(Orvosi Hetilap, 1905, No. 27. Beilage „Elme-és idegkörtan No. 2.“) (Ungarisch.)

Das Maretin, ein methyliertes Acetanilid, besitzt die antifebrischen Eigenschaften des letzteren, ohne seine Nachteile. In der Dosis von 0,25—0,50 g erwies es sich als brauchbares Antipyreticum, namentlich bei der fieberhaften Temperatur der Phthisiker; Eintritt der antipyretischen Wirkung in ca 5 Stunden. Keine unangenehmen subjektiven, speziell keine schweisstreibenden Wirkungen. Bei verschiedenen neuralgischen, lancinierenden Schmerzen, sowie bei Kopfschmerzen sowohl funktioneller als auch organischer Natur gute antineuralgische Wirkungen in obiger Dosis. Bei einer Dosis von 1 g beobachtete Verf. einen Kollaps.

Epstein (Nagyszeben, Ungarn).

VI. Vermischtes.

Die Redaktion der „Zeitschrift für Elektrotherapie und Elektrodiagnostik einschliesslich der Röntgendiagnostik und Röntgentherapie“, die bekanntlich Hans Kurella gegründet hat, ist in die Hände von Doz. Dr. Ludwig Mann (Breslau) und Doz. Dr. Paul Krause (Breslau) übergegangen. Der Verlag ist der gleiche geblieben (Joh. Ambr. Barth, Leipzig).

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes
von

Privatdozent **Dr. Robert Gaupp** in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—8 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von **Vogel & Kreienbrink**, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 1. Dezember 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Ueber Partialdefekte bei Endzuständen der Katatonie.

Von **Dr. M. Rosenfeld**,

Privatdozent und I. Assistent der psychiatrischen Klinik zu Strassburg.

Die Art, wie der gesamte geistige Besitzstand bei den zur Verblödung führenden Psychosen zugrunde geht, ist durch das Auftreten sog. Partialdefekte charakterisiert. Die Art und die Gruppierung dieser Partialdefekte in den Endzuständen dieser Psychosen bedingt die mannigfachen Formen der Demenz und es wird das Bestreben des Klinikers sein, aus den bestehenden Defekten einen Rückschluss auf die abgelaufene Psychose machen zu können und umgekehrt, vorhersagen zu können, welche Partialdefekte aus dem akuten Stadium der Erkrankung resultieren werden. Von der Begriffsbestimmung und dem Nachweis der Demenz, sagt Tuczek in seinem Referate, hängt heute schon die Diagnose und Prognose vieler Krankheitsbilder ab. Tuczek weist auf die klinische Bedeutung der abgelaufenen Fälle und ihre Partialdefekte hin.

Die Feststellung solcher Defekte und die Abschätzung ihrer Grösse stösst auf mannigfache Schwierigkeiten. So lange affektive Erregungen, Verwirrtheit, Symptome der Spannung, Sperrung und Hemmung das Denkvermögen stören, kann nicht ohne weiteres aus dem Verhalten und den Antworten der Kranken auf Demenz geschlossen werden. Abnahme von Gedächtnis, Abnahme der Merkfähigkeit kann durch Gleichgültigkeit

und Mangel an Aufmerksamkeit vorgetäuscht werden. Ablenkbarkeit kommt vor als Teilerscheinung allgemeiner Gedächtnisschwäche und bei den mannigfachen Phasen des manisch-depressiven Irreseins und der Delirien. Das Symptom des Vorbeiredens kann unrichtige Antworten bedingen, die also nicht auf Unwissenheit zurückzuführen sind.

Da nun ferner die Vorstellungen, also Empfindungs- und Bewegungsvorstellungen, in ihrer Reproduktion und assoziativen Verknüpfung das Material für die Intelligenz abgeben, so fragt es sich, ob der erworbene Ausfall dieser Erinnerungsbilder und ihrer assoziativen Verknüpfung zunächst nur eine Abnahme der Intelligenz vortäuschen und demnach gar nicht zum Begriff der Demenz gehören oder ob diese Partialdefekte doch bereits ein Symptom der Demenz darstellen. Zahlreiche Autoren haben für diese Frage Beiträge geliefert. Fälle, in denen also lokalisierte Defekte, aphasia- und asymbolieartige Symptome vorkommen, ohne dass in der Autopsie gröbere anatomische Veränderungen gefunden wurden (Wernicke, Rieger, Bonhöffer, Pick, Heilbronner). Ich selbst habe über einen Fall von chronischem Alkoholismus berichtet, in welchem eine schwere Intelligenzabnahme sich einleitete durch das Auftreten einer fast totalen amnestischen Aphasie. Partialdefekte dieser Art resp. Verluste von Einzelleistungen wurden bei Paralyse, senilen Psychosen, bei Epilepsie und Arteriosklerose beschrieben. Die motorische Asymbolie (Lippmann, Heilbronner, Pick) gehört auch hierher. Man hat die Frage erörtert, ob diese Symptome ein wesentlicher Bestandteil der betreffenden Psychosen sind oder nur eine zufällige Komplikation darstellen. Man hat aus dem Auftreten dieser letztgenannten Partialdefekte prognostische Schlüsse zu machen gesucht und hat über die Beziehungen dieser Defekte zur Aphasie diskutiert.

Ich kann nun über eine kleine Gruppe von Fällen katatonischer Demenz berichten, die seit vielen Jahren in klinischer oder poliklinischer Beobachtung sind, bei welchen es sich feststellen liess, dass die Kranken die Fähigkeit verloren hatten, durch Betasten Gegenstände zu erkennen. Also eine Störung, die man bekanntlich bei organischen Erkrankungen der Rinde und bei Rindenverletzungen als Tastlähmung zu bezeichnen pflegt. Die Existenz dieser Störung bei organischen Erkrankungen ist dann als erwiesen zu betrachten, wenn im übrigen keine nennenswerten Störungen der Sensibilität bestehen (Wernicke). Nach Bonhöffer*) sind diese reinen Fälle von Tastlähmung sehr selten. In vielen Fällen ist das Lagegefühl und das Lokalisationsvermögen mit betroffen. Bon-

*) Bonhöffer: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1904, B. 26, Seite 57.

höffer ist der Meinung, dass, je mehr es sich um eine reine Rindenläsion handelt, auch die Tastlähmung um so reiner ist. Die Tastlähmung muss man sich zustande kommend denken durch eine Störung von Assoziationskomplexen, welche zur Bildung der taktilen Komponenten der Gegenstandsvorstellungen erforderlich sind. Dass es ein einheitliches Rindenzentrum gibt, welches den elementaren Tastsinnesempfindungen übergeordnet ist, wird von Bonhöffer auf Grund seines Falles mit Recht verneint*). In diesem Falle wurde konstatiert, dass nur an der einen Hälfte der Hand die Tastlähmung vorhanden war, während von der andern Hälfte aus richtige Gegenstandsvorstellungen zustande kamen. Dies kann nicht möglich sein, wenn es ein einheitliches Rindenzentrum gibt. Bonhöffer hält es daher für sehr wahrscheinlich, dass „in der sogenannten motorischen Region einzelne selbständige, die Gegenstandsvorstellungen vermittelnde Assoziationskomplexe liegen, die noch in enger räumlicher Beziehung zu den kortikalen Endstätten der Perceptionsorgane, d. h. der Finger stehen“.

Handelt es sich nun darum, eine isolierte Störung auf einem Sinnesgebiete, wie es die Tastlähmung ist, bei Individuen nachzuweisen, welche allgemeine psychische Störungen bieten, so bedarf es des besonderen Nachweises, dass die Aufmerksamkeit des Kranken in genügendem Maasse auf derartige Versuche gerichtet ist, dass nicht geistige Stumpfheit den Kranken daran verhindert, auf die Versuche einzugehen, und dass nicht durch Stereotypie, Hemmung, Negativismus und Paralogie die Reaktion der Kranken bei den Versuchen beeinflusst und auf diese Weise ein Ausfall vorgetäuscht wird. Ich habe daher in den Fällen den Nachweis der oben genannten Störung im Gebiete des Tastsinnes nur dann als sicher erwiesen betrachtet, wenn die Kranken die Prüfungen der einfachen Tastempfindungen an sich vornehmen liessen, korrekte positive Antworten gegeben hatten und die genannten einfachen Empfindungsqualitäten sich bei diesen Versuchen als intakt erwiesen hatten. Im direkten Anschluss an diese Prüfungen wurde dann das Wiedererkennungsvermögen durch Betasten geprüft.

Die zu diesen Versuchen ausgewählten Gegenstände waren entweder die gewöhnlichen Gebrauchsobjekte, die jeder mühelos durch Betasten erkennt, oder Modelle aus schmalen Blechstreifen, welche die Form eines Kreises, Ovals, eines Herzens, eines Vierecks, eines Dreiecks, Rosette eines Fisches und einer Flasche hatten. Diese Modelle wurden von normalen Personen ohne Ausnahme fehlerfrei erkannt.

*) l. c. Fall No. 4.

Fall I. Valentin D., 43 Jahre alt. Dauer der Geistesstörung jetzt 8 Jahre ohne Remissionen. Die letzten 4 Jahre war D. in klinischer Beobachtung. Beruf: Handlanger, Landarbeiter, zuletzt kleiner Kohlenhändler. Potus mässig. Die ersten psychischen Symptome, die von der Frau geschildert werden, waren Stimmungsschwankungen, Wutanfälle, Eifersuchtsideen, Gedächtnisabnahme und Unfähigkeit zur Arbeit.

Die Sprache des D. wurde eigentümlich undeutlich. D. zeigte eine fortwährende Unruhe der Extremitäten und des Rumpfes.

Oktober 1900. Aufnahme in die Klinik. Organe normal, Pupillen von normaler Reaktion, Patellarreflexe lebhaft, kein Fussklonus und keine Dorsalflexion der grossen Zehe. Keine Parese, keine Aphasie. Sprachverständnis erhalten. A. liest regelmässig in der Zeitung; er liest auf Aufforderung auch vor. Bei ungewöhnlichen Worten macht er Fehler; er setzt falsche Silben und falsche Worte. Das Vorlesen erfolgt nicht in gleichmässigem Tempo, sondern die Worte werden bald rasch, bald langsam stossweise vorgebracht. Er macht unmotivierte Pausen oft mitten im Wort. Dieselbe Störung beeinflusst auch das spontane Sprechen. Sehr auffällig ist nun eine fortwährende Unruhe der Extremitäten und des Rumpfes. D. steht in keinem Moment ruhig. Die Bewegungen können mit choreatischen verglichen werden. Jedoch sind sie langsamer als die letzteren, haben nicht den Bewegungseffekt und stören den Kranken gar nicht beim Hantieren. Fortwährendes Schnaufen, Prusten und Rülpsen.

Die Orientierung ist durchaus ungestört. D. ist vollkommen untätig und indifferent, obwohl er auf Anreden versichert, er könne gut arbeiten, wenn man ihn nicht einsperren würde. Sinnesäuschungen fehlen. Er bringt Anklagen gegen die Lebensführung seiner Frau, gegen die er beim Besuch äusserst aggressiv wird. In seinen körperlichen Verrichtungen ist er korrekt.

Verlauf: In diesem Zustandsbild hat sich nun im Laufe der Jahre nur so viel geändert, dass D. ganz indifferent geworden ist. Er bewegt sich ohne irgendwelche Beschäftigung auf der Abteilung einher. Er drängt nicht mehr auf Entlassung. Die Bewegungsstereotypen haben weder zu- noch abgenommen.

28. Juni 1904. Sensibilitätsprüfung. D. unterzieht sich willig der Prüfung. Er setzt sich aufgefördert auf einen Stuhl, legt die Hände auf den Tisch und wendet den Kopf etwas nach oben. Er beantwortet einfache Fragen nach seinem Befinden, seinen Wünschen in korrekter Weise. Keine Paralogie. Die motorische Unruhe kann er willkürlich etwas unterdrücken.

Die Tast-, Schmerz- und Wärmeempfindungen erweisen sich als normal und D. ist auch imstande, durch Hindeuten mit einem Finger der andern Hand oder durch Bewegungen der betreffenden Finger jede Berührung richtig zu lokalisieren. Bringt man die Finger oder die Hand der einen Seite in eine bestimmte Lage, so ahmt D. auf Aufforderung die Bewegung mit der andern Seite richtig nach. Im Anschluss an diesen Versuch bekam nun D. die obengenannten Gegenstände der Reihe nach in die Hand gelegt und wurde aufgefordert, dieselben zu erkennen und zu benennen. Trotz des Bemühens des Kranken, der die Gegenstände von allen Seiten betastete und auch die andere Hand zur Hilfe nahm, kam er zu keiner Identifizierung. Nur das Modell eines Ringes erkannte er und benannte es als Ring. Keine Ermüdungserscheinungen.

Diese Resultate waren zunächst konstant.

Am 30. Januar 1905 wurde der Versuch aber wiederholt und diesmal war das Resultat ein anderes. Das psychische Verhalten war das gleiche wie früher. Die einfachen Tastempfindungen waren ungestört. Diesmal erkannte nun D. fast alle der genannten Gegenstände. Nur bei den weniger einfachen machte er Fehler. Er erkannte und benannte richtig den Kreis, das Oval, das Viereck. Bei den andern Modellen ist er unsicher und kommt zu keinem richtigen Resultat. Eine Herzform nennt er Dreieck. Ein Portemonnaie nennt er ein ledernes Viereck und erkennt es nicht.

Am 15. II. derselbe Befund.

Es sei noch bemerkt, dass der Kranke, sobald er die Gegenstände sah, sofort das richtige Wort bereit hatte und aussprach.

Fall II. Eugen F., Kellner aus Reichshofen, 48 Jahre alt. Mutter und Schwester waren geisteskrank. F. kam auf der Schule nicht gut voran. Er war körperlich nie krank. Kein Potus. Beginn der Psychose vor 13 Jahren. Jedoch schon vor diesem Termin soll F. oft an weinerlichen Verstimmungen gelitten haben. Im 31. Jahre plötzlich eine ängstliche Erregung mit Sinnes-täuschungen. Seit dieser Zeit ist F. reizbar und periodisch erregt. Er ist ganz ohne jede Beschäftigung und indifferent. Alberne Euphorie, Schauen in anderer Richtung, Verlegenheitsbewegungen. Beschäftigung mit etwas Gartenarbeit.

Am 15. XII. 1904 wird F. wegen eines Erregungszustandes in die Klinik gebracht. Orientierung vorhanden, korrektes Benehmen; F. lässt sich gut unter-suchen, befolgt alle Aufforderungen und gibt gut Auskunft. Gelegentlich albernes Lachen, manirierte Bewegungen. Auffällig ist vor allem eine gewisse Unruhe des ganzen Körpers, ein fortwährendes Hin- und Herrücken im Bett und auf dem Stuhl, unmotiviert langsame oder ruckartige Bewegungen des Kopfes und Rumpfes.

20. XII. Sensibilitätsprüfung.

P. unterschied spitz, stumpf, warm und kalt. Das Lagegefühl und das Lokalisationsvermögen war erhalten. Er liess sogar eine Prüfung des Druck-sinnes an sich vornehmen. F. unterschied an der Hand Belastungsdifferenzen von 3, 2 und 1 Gramm. Diese oberflächliche Prüfung des Drucksinnes teile ich hier nur mit, um zu zeigen, inwieweit der Kranke seine Aufmerksamkeit auf solche Versuche richten konnte. Im Anschluss daran bekam nun F. die nämlichen Gegenstände in die Hand gelegt. Er erkannte von allen Objekten nur den Ring und bei einem späteren Versuche auch einen Knopf und einen Schlüssel.

Bei allen andern Gegenständen gelang ihm die Identifizierung nicht. Der Kranke wurde bereits am 15. Januar 1905 wieder nach Hause entlassen und so konnte der Versuch nicht wiederholt werden.

Auch dieser Kranke konnte alle Gegenstände beim Betrachten sofort richtig erkennen.

Wie ist nun in diesen Fällen, in welchen eine organische Erkrankung mit Sicherheit auszuschliessen ist, die Störung im Wiedererkennen von Gegenständen durch Betasten aufzufassen?

Nehmen wir an, dass das Wiedererkennen von Objekten durch Betasten die komplizierteste Funktion ist, welche der Tastsinn leistet — und gewöhnlich wird diese Funktion den sogenannten einfachen Tast-

empfindungen gegenüber gestellt —, so gibt es verschiedene Ursachen, welche die successive Assoziation der Tast- und Raumvorstellungen verhindern oder einschränken können. Zunächst ist es nicht entschieden, welche Rolle die sogenannten einfachen Tastempfindungen bei dem Wiedererkennen von Gegenständen spielen. Sicher ist nur so viel, dass die Bedeutung derselben je nach der Art des Gegenstandes, der erkannt werden soll, variiert, dass die Schwierigkeit, die der Normale hat, um durch Betasten Gegenstände zu erkennen mit der Kompliziertheit des Objektes und dem Mangel an Uebung wächst. Claudia Markova weist darauf hin, dass es nicht immer Raumvorstellungen sind, die zur Identifizierung von Gegenständen führen, sondern dass manche Gegenstände erkannt werden, bevor richtige Raumvorstellungen durch Betasten zustande kommen. Die Autorin trennt deswegen auch die Stereoagnosie von der Asymbolie tactile. Die Trennung wird sich in den meisten Fällen nicht durchführen lassen; aber es ist wohl richtig, dass je nach der Art des Gegenstandes bald eine Raumvorstellung, bald eine Tastvorstellung bei dem Wiedererkennen eines Gegenstandes die Hauptrolle spielt. Die sogenannten einfachen Tastempfindungen waren nun in beiden Fällen intakt; also die Berührungsempfindung, die Temperaturempfindung, die Lageempfindung, der Ortssinn und der Drucksinn. Die Fälle erfüllen also die oben genannten Bedingungen für die Diagnose der Tastlähmung.

Nur einzelne besonders einfache Gegenstände wurden von den Kranken durch Betasten erkannt.

Man wird aus dem in den Krankengeschichten mitgetheilten Benehmen des Kranken während der Prüfung auf die einfachen Tastempfindungen ersehen können, dass die Kranken zur Zeit der Versuche genügend aufmerkten und dass vor allem nicht Negativismus und Vorbeireaktion die Antworten verhinderten oder modifizierten. Die Kranken befolgten alle während der Untersuchung an sie gerichteten Aufforderungen, gaben richtige Antworten ohne Vorbeireaktion, bezeichneten die von einem Reiz betroffenen Hautstellen durch Hindeuten mit der andern Hand oder durch Bewegungen der betreffenden Finger. Sie benannten die Gegenstände, falls sie dieselben durch Betasten erkannten, mit dem richtigen Namen. Mit dem Gesichtssinn wurden alle Objekte richtig erkannt und benannt. Es liegt also zunächst kein Grund vor, Schwankungen der Aufmerksamkeit, Negativismus und Vorbeireaktionen für das Zustandekommen des beschriebenen Defektes verantwortlich zu machen. Dies beweist namentlich das Verhalten des Patienten 2 bei der Prüfung auf seinen Drucksinn. Wohl ist daran zu denken, dass namentlich im ersten Falle durch die Bewegungstereotypien Störungen

der Aufmerksamkeit zustande kommen, indem die an die Muskelaktion gebundenen Empfindungen ebenso wie andere Sinnesreize eine Ablenkung verursachen. Diese Störung müsse sich aber dann auch bei der Prüfung auf die einfachen Tastempfindungen bemerkbar gemacht haben, was nicht der Fall war. Man wird also eine Ablenkung durch innere Vorgänge, welche eine interkurrente Verlängerung der Reaktionszeit hervorrufen kann, nicht annehmen können. Das Wiedererkennen von Gegenständen durch Betasten verlangt komplizierte, assoziative Verknüpfungen einfacherer Tastempfindungen, unter welchen vielleicht die Bewegungsvorstellungen die Hauptrolle spielen. Lissauer weist darauf hin, dass die Fähigkeit, Gegenstände durch Betasten zu erkennen, mehr Intelligenz erfordere, als das Wiedererkennen durch andere Sinne. Danach wäre also jener Ausfall im Gebiete des Tastsinnes als ein Symptom von Demenz, als ein Partialdefekt anzusehen, welcher einer Lokalisation im gewöhnlichen Sinne des Wortes nicht zugänglich zu sein braucht. Der Umstand, dass die genannte Störung gewissen Schwankungen unterworfen ist, spricht nicht gegen die genannte Auffassung. Die letztere bedarf aber noch einer Modifikation aus folgendem Grunde: Der beschriebene Ausfall im Gebiete des Tastsinnes fand sich in zahlreichen anderen Fällen hochgradiger Demenz nicht vor und bestand in einem Falle von katatonischer Demenz nur halbseitig.

Fall III. Emil B., 47 Jahre alt, Mutter in Psychose gestorben. Im 18. Jahre soll B. eine kurze psychische Erkrankung mitgemacht haben, die auf Hitzschlag zurückgeführt wurde.

Beginn der psychischen Störung November 1900: Depression, Nahrungsverweigerung, spärliche Wahnvorstellungen, Suicidversuche. Im März 1901 Aufnahme in der Klinik; Befund: Organe normal, Pupillen etwas weit, gut reagierend, Reflexe am Knie normal, keine Paresen. Orientierung zeitlich und räumlich ungestört. B. ist sehr wortkarg, zeitweise ganz mutacistisch. Abbrechen mitten im Wort. Die Nahrungsverweigerung ist zeitweise vollkommen, so dass B. wochenlang künstlich gefüttert werden muss. Einförmigkeit der Körperhaltung und sehr starke Muskelspannung. Oft verharrt B. in Knieellenbogenlage. Heftigen Widerstand gegen passive Bewegungen. Keine Triebhandlungen, keine Bewegungsstereotypien. Zeitweise monotones Weinen und unartikulierte Laute. Wahnbildung spärlich, Selbstvorwürfe.

Verlauf: In diesem Krankheitsbilde hat sich nun im Laufe von über vier Jahren nichts geändert; zeitweise ist B. vollständig negativistisch und muss monatelang gefüttert werden. Die Haltungstereotypien und Wahnideen sind konstant geblieben.

Am 15. Juli 1903 fällt auf, dass B. beim Essen den linken Arm auffallend wenig gebraucht. Das psychische Verhalten ist ganz unverändert. Es sind keine epileptische oder apoplektische Insulte vorausgegangen. Die linke obere und untere Extremität bleiben bei aktiven Bewegungen deutlich zurück

und zeigen stärkere Spannungen und Steigerungen der Sehnenreflexe als die andere Seite. Es besteht aber links weder Fussklonus noch die Dorsalflexion der grossen Zehe. Die Sensibilität ist für alle Qualitäten intakt. Am 20. Juli: Deutliche spastische Hemiparese links. Am 1. August: Die Parese hat zugenommen, die Kontrakturen werden stärker. Der Patellarsehnenreflex ist links gesteigert. Es besteht links Fussklonus und Dorsalflexion der grossen Zehe. Die Sensibilität ist intakt. Das Sprachverständnis ist normal. Keine Aphasie. 12. August: B. liegt jetzt meist im Bett. Er hält das linke Bein und den linken Arm in ausgesprochener aktiver Kontraktur und zwar in Beugekontrakturen. Versucht man die Kontraktur zu lösen, so klagt B. über Schmerzen und beginnt monoton zu weinen. Die elektrische Untersuchung der paretischen Extremität ergibt normale Erregbarkeit.

14. August: Es zeigt sich ein auffallender Wechsel in der Stärke der linksseitigen Kontraktur. Wird B. z. B. auf einen Stuhl gesetzt, so beginnt er allmählich die in Beugestellung befindlichen Extremitäten langsam zu strecken. Die Streckung des Beines geht dann so weit, dass das Bein den Boden wieder berührt. Das Verhalten der Sehnenreflexe ist das gleiche wie früher. Dieser Befund ändert sich im Laufe des Jahres nicht.

Am 20. Juni 1904 wird folgendes konstatiert: Das psychische Verhalten ist vollkommen das gleiche geblieben. Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Merkfähigkeit nur wenig gestört. Die Sprache: Spontan spricht B. sehr wenig, in abgerissenen Worten mit eigentümlichem Tonfall. Das Sprachverständnis ist erhalten. B. hat im Laufe der Jahre in der Klinik Sprachverständnis für einige deutsche Redensarten erworben. Von Hause aus spricht er nur französisch.

Die Sensibilitätsprüfung an den Händen ergab nun folgendes: B. empfindet spitz und stumpf an der linken Hand und am Arm ebenso gut wie am ganzen Körper. Er unterscheidet warm und kalt. Das Lokalisieren der Tastempfindung war nicht gestört. Das Lagegefühl konnte wegen der bestehenden Kontrakturen nicht geprüft werden. B. ist nun nicht imstande, mit der linken Hand folgende Gegenstände zu erkennen: Messer, Bürste, Schere, Knopf, Geld, Bleistift, Uhr, Nadel, Flasche, Streichholzschachtel. Auch die einfachen, geometrischen Modelle, welche aus Blech angefertigt waren, konnte er nicht beschreiben und in der Form erkennen.

Wichtig ist, dass B. mit der rechten Hand alle die genannten Gegenstände mühelos erkannte und sofort richtig benannte. Diese Störung liess sich nun ohne irgendwelche Aenderung auch in der nächstfolgenden Zeit nachweisen und besteht auch heute noch fort.

2. Januar 1905. In der rechten Oberextremität bestehen gegenwärtig auch starke aktive Kontrakturen in derselben Weise wie in der linken Hand. Die Störung im Gebiete des Tastsinnes ist aber nur links nachweisbar.

Ueber die Art des Schreibens ist bei dem B. noch folgendes zu berichten. B. schreibt auf Diktat und spontan alle Zahlen, seinen Namen, Geburtsort, das Alphabet durchaus richtig. Die Ausführung der Schriftzüge ist langsam, oft unterbrochen mitten in den einzelnen Buchstaben. Die Linienführung zeigt einen leichten Tremor. Einige Buchstaben sind im Verhältnis der einzelnen Teile zueinander ganz entstellt.

Oktober 1905: Status idem.

In diesem Falle wird zunächst die Frage zu diskutieren sein, ob etwa eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems vorliegt, die zu einer Parese der einen Seite und zur Tastlähmung geführt hat. Die Reflexsteigerung auf der linken Seite, insbesondere die Dorsalflexion der grossen Zehe erregt diesen Verdacht. Indessen sind solche Vorkommnisse wie einseitige oder doppelseitige Reflexsteigerungen, Kontrakturen und Dorsalflexion der grossen Zehe bei Katatonie schon beschrieben worden. Die Entstehung der Hemiparese, die willkürliche Spannung der Muskeln bei passiven Bewegungen, der auffällige Wechsel in der Intensität der Störung zeigen, dass in diesem Falle keine organische Läsion der Pyramidenbahnen bestehen kann. Die psychische Erkrankung besteht jetzt seit fünf Jahren. Sie begann mit Depression, spärlicher Wahnbildung und dann einem typischen, katatonischen Stupor, zu dem sich erst nach zwei bis drei Jahren die spastischen Symptome hinzugesellten, welche zunächst nur auf einer Seite bestanden. Es fehlen auch jetzt noch alle Zeichen einer organischen Erkrankung, welche mit Spasmen einhergehen können. Bei diesem Patienten war nun der Negativismus namentlich im Beginn der Erkrankung so ausgesprochen, dass man seine Unfähigkeit, durch Betasten Gegenstände zu erkennen, als ein Symptom des Negativismus ansehen könnte, wenn nicht auch dieser Kranke bei der Prüfung auf die einfachen Tastempfindungen nur positive richtige Antworten gegeben haben würde und wenn jene Störung im Wiedererkennen durch Betasten nicht halbseitig bestanden haben würde.

Der Kranke blieb, wie die beiden ersten Fälle, auch auf Fragen, welche eine beträchtlichere intellektuelle Leistung von ihm beanspruchten, meist die Antwort schuldig. Sein Verhalten ist wechselnd; aber er nannte auf Befragen seinen Namen, den seiner Frau und seiner Kinder, er las einzelne Worte und ganze Sätze durchaus richtig, er verstand alle Fragen, befolgte alle einfachen Aufforderungen, wie: Hand geben, Augen schliessen etc. Wurde an der linken Extremität die Sensibilität geprüft, so bekam man korrekte Auskunft über die einfachen Tastempfindungen. Das Lokalisationsvermögen war nicht gestört. Gegenstände, die ihm in die Hand gelegt wurden, erkannte er jedoch nicht, obwohl er dieselben umfasste und hin und her bewegte.

Mit der rechten Hand erkannte er die Gegenstände sofort und benannte sie richtig.

Die Störung ist also auch in diesem Falle nicht durch Negativismus und durch Vorbeireaktionen bedingt und beruht auch nicht auf einer groben, organischen Läsion.

Ich habe noch andere Fälle von Dementia praecox und andere

Schwachsinnformen auf diese Störung im Erinnerungsvermögen durch Betastung untersucht. Sie fehlte in zwei Fällen von Dementia senilis bei hochgradiger Gedächtnisstörung, völliger zeitlicher und örtlicher Desorientierung und aufgehobener Merkfähigkeit. Sie fehlte in einem Fall von angeborenem Schwachsinn, der trotz Unterricht die Fähigkeit zu lesen, zu schreiben und zu rechnen nicht besass; ferner in einem Falle von Katatonie, welche mit reichlichen Wahnbildungen und Sinnestäuschungen begonnen hatte, monatelang mutacistisch gewesen war und passiven Bewegungen grossen Widerstand entgegensetzte, aber im übrigen keine Bewegungs- oder Haltungstereotypien bot.

In drei akuten Fällen von Hebephrenie zeigte es sich, dass die Kranken trotz starker Erregung, Ablenkbarkeit und Vorbeireden alte Gegenstände allein durch Betasten gut erkennen und benennen konnten. Nur in einem Falle von Katatonie, welcher erst kürzere Zeit krank war, fand sich noch jene Störung. Auch dieser Fall zeigte auffällige Störungen auf motorischem Gebiete.

Fall IV. Johann S., 50 Jahre alt. Seit einigen Jahren an Kopfschmerzen und Schwindel leidend. Seit zwei Jahren ist er ohne jede Beschäftigung und ist gegen seine Umgebung indifferent.

Seit April 1904 wird er von der Umgebung für geistesgestört gehalten. Er leidet an Schlaflosigkeit, Angstzuständen, Sinnestäuschungen (Zoopsie), Beeinträchtigungsideen und Eifersuchtsideen.

Juli 1904: Aufnahme in die Klinik. Hochgradige Abmagerung und Blässe. Tremorartige Bewegungen des ganzen Körpers und der Extremitäten. Beim Aufstellen auf die Beine gerät der ganze Körper in heftiges Zittern. Zeitweise lautes Stöhnen und unartikulierte Laute. Widerstand gegen passive Bewegungen, Mutacismus. Nahrungsverweigerung. Die Organe normal, ebenso die Pupillen und die Reflexe.

20. Juli: Pat. ist oftmals unruhig, will umherlaufen, fällt wegen des heftigen Zitterns oft um; will zur Türe hinaus. Er versteht Aufforderungen und Fragen, befolgt die ersteren und gibt gelegentlich korrekte Antworten. Zeitweise besteht aber noch Mutacismus. Die Orientierung ist vorhanden. Spontan produziert Pat. keine sprachlichen Aeusserungen, sondern nur monotones lautes Schreien. Die Pupillen sind normal, die Reflexe am Knie lebhaft, es besteht kein Fussklonus, kein Nystagmus, keine Augenmuskellstörung.

17. September: Pat. liegt jetzt ruhig im Bette, nimmt allein Nahrung, spricht spontan nichts. Er ist auffallend dick geworden und hat ein gedunsenes Aussehen. Fordert man ihn auf, aufzustehen, so macht er mit seinen Extremitäten Bewegungen nach Art eines Choreatischen. Das schlaffe Umherwerfen der Extremitäten fällt dann besonders auf, wenn Pat. aufgefordert wird, sich allein ins Bett zu legen. Bei ruhiger Bettlage vollführt er keine spontanen Bewegungen. Maniriertes Hand geben. Er versteht alle Fragen, befolgt alle Aufforderungen, gibt korrekt auf Fragen Antwort, knüpft aber nie eine eigene daran an.

Prüfung der Sensibilität: Pat. unterscheidet spitz und stumpf, warm und kalt, hat kein gestörtes Lokalisationsvermögen, die Lageempfindung und Schmerzempfindung ist normal. Der Drucksinn liess sich bei ihm nicht prüfen. Er bekommt nun eine Anzahl von Gegenständen in die Hände gelegt, von welchen er einzelne nicht zu erkennen vermag. Als solche sind zu nennen: Schere, Brille und Messer. Ein Quadrat, ein Sechseck und die Herzform. Alle übrigen Gegenstände erkennt er durchaus richtig.

Es fragt sich nun, ist die Auffassung der Störung als ein Symptom von Demenz richtig, wenn so viele Fälle von hochgradiger Demenz die Störung nicht zu bieten brauchen und wenn die Störung, wie im Falle 3, nur halbseitig auftritt.

Die Fälle zeigen bei allen sonstigen Verschiedenheiten, und abgesehen von der in allen Fällen bestehenden Demenz, doch gemeinsame Züge. Im Falle 1 (Dauer der Beobachtung $8\frac{1}{2}$ Jahre) bestand eine fortwährende, einförmige, an choreatische Bewegungen erinnernde Unruhe des ganzen Körpers und der Extremitäten, ruckartiges Hin- und Herfahren mit den oberen Extremitäten, ohne dass der Patient im Hantieren wesentlich gestört war, katatonische Schrift- und Sprachstörung. Im Falle 2 (Dauer der Beobachtung 13 Jahre) fanden sich einförmige, unmotivierete Bewegungen der Arme und des ganzen Rumpfes, insbesondere der Halsmuskeln, katatonische Schrift- und Sprachstörung. Im Falle 3 (Dauer der Beobachtung 5 Jahre) trat zunächst ein katatonischer Stupor auf, welcher 2 Jahre dauerte. Dann bestanden ausgesprochene Haltungstereotypien, Spannungen, Kontrakturen und einseitige Reflexsteigerungen mit funktioneller Parese. Im Falle 4 (Dauer der Beobachtung etwas über ein Jahr) fanden sich tremorartige Bewegungen aller Körpermuskeln, welche zeitweise an Intentionzittern erinnerten, Unfähigkeit zu Gehen, katatonische Sprachstörung und zahlreiche Bewegungstereotypien.

Also alle 4 Fälle zeigen primäre Störungen der psycho-motorischen Innervationsverhältnisse. In den andern erwähnten Fällen fehlten diese Störungen. Danach könnte es scheinen, als wenn die beschriebenen Defekte im Gebiete des Tastsinnes zu den motorischen Störungen dieser Fälle von Katatonie in Beziehung stehen und nur mit letzteren zusammen vorkommen. Ob das für alle Fälle zutrifft, bleibt fraglich. Für die genannte Auffassung spricht die Tatsache, dass die Störung im Bereiche des Tastsinnes auch bei Paralytikern vorkommt, bei denen die primären motorischen Störungen, auch wenn keine groben, organischen Herde bestehen, eine grosse Rolle spielen.

Wir definierten oben die Demenz als einen Ausfall von assoziativen Verknüpfungen von Bewegungs- und Empfindungsvorstellungen, wobei es fraglich blieb, ob der Ausfall der letzteren allein schon zu der Demenz

gehörig zu bezeichnen sei. Die Existenz eines einheitlichen Rindenzentrums, welches den einfachen Tasterinnerungsbildern übergeordnet ist, wurde nach der Untersuchung von Bonhöffer als unwahrscheinlich bezeichnet, und es wurde angenommen, dass in der motorischen Region Assoziationskomplexe liegen, welche die Gegenstandsvorstellung vermitteln. Die Störung im Wiedererkennen von Gegenständen durch Betasten ist danach eine Störung assoziativer Vorgänge, die in dem einen Falle durch eine organische zirkumskripte Läsion bedingt sein kann, in andern Fällen aber durch einen mehr diffusen nicht zu lokalisierenden Ausfall nervöser Elemente hervorgerufen wird. Bei der organisch bedingten Tastlähmung finden sich fast immer motorische Störungen im Sinne einer leichten Parese oder Ungeschicklichkeit einer Hand und daneben oft Störungen der einfachen Tastempfindung. In den Fällen von Katatonie, in welchen eine organische Läsion im gewöhnlichen Sinne des Wortes nicht vorliegt, fehlen die Paresen und die Sensibilitätsstörungen. Aber hier ist die Störung im Wiedererkennen der Gegenstände durch Betasten begleitet von motorischen Störungen, die allerdings eine andere Art der Erkrankung der sogenannten motorischen Zentren repräsentiert. Da nun die Bewegungsvorstellungen eine halbseitige Vertretung in der Rinde haben, da die katatonische Bewegungstörung auch nur halbseitig aufzutreten braucht, so erscheint es begrifflich, dass auch die Störung im Wiedererkennen von Gegenständen durch den Tastsinn im Fall 3 halbseitig auftreten kann, ohne dass die Auffassung der Störung als eine assoziative in Frage gestellt ist.

II. Vereinsberichte.

X. Versammlung der internationalen kriminalistischen Vereinigung in Hamburg vom 11. bis 15. September 1905.

Bericht von Dr. Spielmeier (Freiburg i. B.).

In einem einleitenden Vortrage spricht Professor Prins (Brüssel) über „die Schwierigkeiten des Strafproblems in der Gegenwart“: Das alte Strafrecht kannte nur die Bestrafung der verbrecherischen Tat, es wollte lediglich einen Ausgleich der rechtswidrigen Handlung herbeiführen; des Täters vergass es dabei. Jetzt ist das anders geworden: seit dem 18. Jahrhundert hat man allmählich angefangen, sich mit dem rechtsbrecherischen Individuum zu beschäftigen. Damit sind an die Stelle der Einfachheit, die keinen Zweifel kannte, zahlreiche, vorher nie gekannte Schwierigkeiten getreten, die ihren Ausdruck in dem Widerstreit der Meinungen finden. Für die einen ist das Ver-

brechen eine ansteckende, verderbliche Krankheit. Um die gesunden Teile des sozialen Organismus vor der Schädigung durch solche kranke Glieder zu schützen, sei es nötig, diese letzteren zu beseitigen und unschädlich zu machen mit mitleidloser Strenge. Das predigt vor allem Nietzsche. Den anderen, deren bekanntester Vertreter Tolstoi ist, gilt das Verbrechen als ein Teil des allgemeinen Leidens der Welt; Leiden verlange Mitleiden. Hatte man seit Aristoteles im Verbrecher früher ein freies und vollbewusstes Wesen gesehen, hatte man entsprechend seiner vollen Verantwortlichkeit Art und Maass der Bestrafung bestimmt, so ist man jetzt zu der Einsicht gekommen, dass dieses Prinzip der Verantwortlichkeit allein eine viel zu unsichere Grundlage für das Gebäude der Strafgerichtsbarkeit bilde. Man ist sich bewusst geworden, dass man hier im Dunkeln bauen würde, da ja die zahlreichen Faktoren, die das Wesen einer Persönlichkeit bestimmen, nur allzu oft verborgen bleiben. An die Stelle des Prinzipes der Verantwortlichkeit muss das komplexe Kriterium der sozialen Verteidigung treten: grösster Schutz der Gesellschaft bei geringstem Leiden des Schuldigen. Das Verbrechen ist kein juridisches Problem, es ist ein biologisches Phaenomen, das sich nur dem erschliessen wird, der nicht nur das Gesetz, sondern auch das breite Leben kennt. Wer dieses Werk der sozialen Verteidigung erfolgreich durchführen will, muss mit der Vorbeugung beginnen. „Ein Gehenkerter kann keinen Nutzen mehr bringen“, sagt Voltaire. Das soll man vor allem bei der Beurteilung der jugendlichen Delinquenten und der Kinder bedenken. Hier soll man nicht strafen, sondern nach dem Prinzip der Erziehung zu retten suchen, was noch zu retten ist. Es könne auch ein minderwertiges Glied der sozialen Gemeinschaft noch nützlich sein; man hüte sich, es durch verkehrte Behandlung noch unbrauchbarer zu machen.

500) Lindenau (Berlin): Das internationale Verbrechertum und seine Bekämpfung.

Es gibt drei verschiedene Typen von internationalen Verbrechern: Die ansässigen Landfremden, die internationalen Vaganten, die reisenden Berufsverbrecher. Mit dem Landstreichertum stehe das internationale gewerbsmässige Verbrechen in genetischem Zusammenhange. Die charakteristischste und verbreitetste Form des organischen Verbrechertums ist die Form der Handeltätigkeit (Falschmünzer, Kautionschwindler, Mädchenhändler etc.). Es müssen Zentralstellen errichtet werden für eine einheitliche Aburteilung.

Korreferent Hopff (Hamburg) rechnet nur die gewerbsmässigen Verbrecher zu den internationalen Verbrechern. Die ansässigen Landfremden gehören nicht dazu, ebensowenig die internationalen Vaganten und die Gelegenheitsverbrecher (Sittlichkeits-, Roheitsdelikte, Mord etc.). Charakteristisch für den internationalen Verbrecher sei, abgesehen von der gewerbsmässigen Ausübung seines Verbrecherberufes, dass er eine Mehrheit von Ländern zum Felde seiner Tätigkeit mache. Diebstahl und Betrug sind die häufigsten Reate der internationalen Verbrecher. Die bisherigen Massnahmen zur Bekämpfung des internationalen Verbrechertums genügen nicht; es müssen in allen Ländern Zentralstellen errichtet werden, die ihr Material austauschen.

Nach kurzer Diskussion werden die von den Referenten aufgestellten Thesen, die internationale Massnahmen zur Bekämpfung des internationalen Ver-

brechertums und die Einberufung eines internationalen Kongresses zur Beratung über die Fragen fordern, von der Versammlung angenommen.

501) Prins (Brüssel): Wie kann für bestimmte Kategorien von Rückfälligen der Begriff der Gemeingefährlichkeit des Täters an die Stelle des heute zu ausschliesslich angewandten Begriffes der verbrecherischen Tat gesetzt werden?

Die Justiz behandelt die Rückfälligen noch immer nach dem Grundsatz der klassischen Schule, nur die Tat zu bestrafen. Für eine richtige Bestimmung der Massnahmen gegen diese Verbrecher sei es aber besonders notwendig auch in Betracht zu ziehen, was der Täter sei, nicht nur was er getan habe. Nach ihrer Gemeingefährlichkeit seien deshalb die Rückfälligen zu beurteilen. Man hat in der Rückfälligkeit einen Zustand zu sehen, der ebenso wie das Landstreichertum, die Trunksucht, die Kriminalität im Kindesalter, die verminderte Zurechnungsfähigkeit etc. zur Gemeingefährlichkeit führt und deshalb eine längere Unschädlichmachung der rückfälligen Verbrecher erfordert. Man würde sie in Arbeitshäusern oder Bewahranstalten unterzubringen haben. Ein besonderes Gesetz über den Rückfälligen sei notwendig, nicht ein Gesetz über den Rückfall.

Korreferent Dupont (Brüssel): Etwa die Hälfte aller Verbrechen werden von Rückfälligen begangen; bei der Zunahme der Verbrechen spielt die Rückfälligkeit die wesentlichste Rolle. Schon daraus geht klar hervor, wie unzulänglich die heutigen Strafmittel gegen die Rückfälligen sind. Kurzfristige Strafen können hier nichts nützen. Ist unter Berücksichtigung der Zahl, Natur und Schwere der Verbrechen die Gemeingefährlichkeit eines Verbrechers praktisch festgestellt, so ist seine Einweisung in Arbeitshäuser oder ähnliche Anstalten auf unbestimmte Zeit notwendig. Eine besondere praktische Schwierigkeit ist natürlich die Entscheidung über die Gemeingefährlichkeit in manchen Fällen. Selbstverständlich müsse man bei der Bestimmung des Strafmaasses und der Straftat individualisieren. Bei leichteren Fällen könne es sich empfehlen, mit einer unbestimmten Freiheitsentziehung zugleich die Aussicht auf eine bedingungsweise Entlassung zu verbinden.

An der Diskussion beteiligen sich von Liszt, von Hippel, Kronecker, Kitzinger, Goldschmidt, Liepmann.

Torp (Kopenhagen) rät, sich in der vorliegenden Frage nur auf die professionellen Verbrecher zu beschränken. Die Internierung in einem Arbeitshause hätte sich eventuell der Verbüssung der eigentlichen Straftat anschliessen.

Engelen (Zutphen): An Stelle des Begriffes „Rückfälligkeit“ setze man besser den der „Gefährlichkeit“. Man solle nicht erst auf den Rückfall warten in solchen Fällen, in denen schon bei der ersten Straftat die Gefährlichkeit des Täters zutage trete.

Strafanstaltsdirektor Finkelnburg (Düsseldorf) vertritt das Prinzip der Gnade und Milde. Man brauche keine besondere Rückfallgesetzgebung. Die in der lex lata gegebenen Rückfallbestimmungen seien schon hart genug. Ein grosser Teil der Rückfälligen sei durchaus harmlos, während wiederum ein anderer nicht unbeträchtlicher Teil der Rückfälligen aus Epileptischen, Potatoren etc. bestände und also von vorneherein qualitativ anders zu bestrafen resp. zu behandeln sei.

Aschaffenburg: Gewiss sei ein Teil der Rückfälligen harmlos, der grössere Teil aber sei das nicht, und — was am wichtigsten — nur die allerwenigsten von den Rückfälligen würden wieder sozial brauchbar. Daher sind energische Massnahmen notwendig. Dass solche Massnahmen im Einzelfalle nicht unnötig hart wären und nicht an unrechter Stelle angewendet würden, das wird sich bei richtiger Prognosestellung im allgemeinen vermeiden lassen: im Verlaufe der Strafhaft wird sich Gelegenheit zu genauer Beobachtung bieten, auf die sich die Voraussage der Gefährlichkeit gründen kann.

van Hamel (Amsterdam): Der Gemeingefährliche, dessen antisoziale Qualitäten oft schon bei der ersten Straftat klar erkennbar sind, ist in der Regel als „minderwertig“ zu betrachten. Gemeingefährlichkeit und Minderwertigkeit lassen sich füglich nicht trennen. Dem Arzte müsse man hier die Entscheidung darüber einräumen, wie der „Minderwertige“ zu behandeln sei, ob er sich für ein Arbeitshaus eigne, oder wo er sonst untergebracht werden müsse.

Auf Vorschlag von Prof. von Liszt soll die zur Diskussion stehende Frage auf die Tagesordnung des nächsten Kongresses gesetzt werden.

502) von Liszt (Berlin): Die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen.

Das schon mehrfach erörterte Thema verlangt eine erneute Besprechung vor allem zum Zwecke eines Ausgleiches der französischen und deutschen Meinungsverschiedenheiten in dieser Frage. — Von vorneherein ausserhalb der Debatte können die schulpflichtigen Kinder unter 14 Jahren bleiben; sie gehören nicht vor den Strafrichter. Die Vorschläge über die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen können in vier Thesen zusammengefasst werden: 1. für diejenigen geistig minderwertigen Personen, die für sich selbst, für ihre Umgebung oder für die Gesellschaft gefährlich sind, müssen gesetzliche Schutzmassregeln aufgestellt werden; 2. den geistig minderwertigen Verbrechern, ob sie gefährlich sind oder nicht, muss man eine verminderte Strafe zuerkennen; 3. der Strafrichter hat bei solchen Verbrechern die Entscheidung über die vorläufigen Massnahmen, der Zivilrichter über die später notwendigen, definitiven Bewachungsmassregeln; 4. der Zivilrichter entscheidet über die provisorische oder endgültige Entlassung der geistig minderwertigen Verbrecher. — Das Hauptgewicht liegt auf den beiden ersten Leitsätzen. Zu den gefährlichen vermindert Zurechnungsfähigen, für die in der ersten These besondere Vorbeugungsmassregeln (Anstaltsbehandlung, Unterbringung in Arbeits- und Erziehungshäusern, Ueberwachung in der Familie etc.) gefordert werden, gehört die grosse Reihe von Personen, die zwar nicht unter den Schutz des § 51 gestellt werden können, die aber infolge ihres erworbenen oder angeborenen psychopathischen Zustandes eben nur eine verminderte Selbstbestimmung besitzen; also angeboren Schwachsinnige, Epileptische und Hysterische, durch chronische Intoxikation degenerierter Individuen (Alkoholisten etc.), ferner Frauen während der Menstruation, früh senile Menschen und endlich Individuen mit perversen Neigungen. These II berührt die Differenzen mit der französischen Anschauung; sie handelt von den verbrecherischen Minderwertigen ohne Rücksicht auf ihre Gefährlichkeit. Die Schwäche dieses Leitsatzes liege darin, dass er einen Kompromiss enthalte. Die Franzosen seien gegen die Kombination einer milderen Bestrafung mit einer anschliessenden Anstaltsbehandlung, resp. -verwahrung; man trenne den Minder-

wertigen in einen zurechnungsfähigen Teil, über den der Richter seine Strafe verhängt, und in einen zurechnungsunfähigen Teil, dessen Behandlung der Arzt übernimmt. Dem gegenüber sei aber zu betonen, dass auch bei dem Minderwertigen die Strafe den Zweck der Abschreckung erreichen könne. — Redner bittet, die These I möglichst einstimmig anzunehmen und die These II möglichst eingehend zu besprechen.

Diskussion:

Torp (Kopenhagen): Die in Dänemark mit der gesetzlichen Bestimmung der mildernden Umstände gemachten Erfahrungen haben bereits die Nutzlosigkeit der milderen Strafen bei Minderwertigen erwiesen. Entweder Strafe oder Sicherungsmassregeln, aber keine Kombination von beiden.

Auch Prins und Aschaffenburg wenden sich gegen die II. These.

Aschaffenburg: Milde Strafen sind neben einer langdauernden Anstalts- resp. Arbeitshausbehandlung zwecklos. Nicht milder muss man bestrafen, sondern man muss die Minderwertigen wirksam behandeln. Art und Dauer einer solchen Behandlung müssen aber, sofern sie von Erfolg sein sollen, in erster Linie auf Grund einer richtigen Diagnose bestimmt werden; nur eine richtige Einteilung und Erkennung der verschiedenen Gruppen von Minderwertigen ermögliche eine aussichtsvolle Behandlung.

Für These II sprechen sich Kielhorn, van Hamel, Leppmann aus.

Liepmann (Kiel): Jede Strafe bedeutet einen Kompromiss. Auch auf den vermindert Zurechnungsfähigen können wir in der Regel durch die Strafe hemmend einwirken. Milder sei er zu bestrafen, da er geringere Schuld trage.

Frank (Tübingen) tritt ebenfalls für die Annahme der These II ein. An die Stelle der Frage: „Vergeltungs- oder Zweckstrafe“? setze man lieber die viel wesentlichere und den praktischen Bedürfnissen mehr entsprechende Frage: „Individualbehandlung oder Berücksichtigung der Aussenwelt“.

Am Ende der Diskussion, an der sich noch Feisenberger, Graf zu Dohna, Levis u. a. beteiligten, wird die I. These von Liszt's angenommen, desgleichen die zweite These, die noch einen Zusatz (Kronecker) erhalten hat; sie lautet nunmehr: „Bei den vermindert zurechnungsfähigen Verbrechern, ob sie gefährlich sind oder nicht, ist eine besondere Strafe oder eine besondere Behandlung anzuwenden.“ Ueber These III und IV wurde nicht abgestimmt.

503) **Delaquis** (Berlin): Die Rehabilitation.

Was wir Ehre im bürgerlichen Sinne (soziale Wertung) nennen, kann durch entehrende Handlungen vermindert oder verloren werden. Ein Recht, die soziale Integrität wiederzuerlangen, fehlt dem Verurteilten in vielen Ländern. Ein nur unzulängliches Mittel, diesem Uebelstande abzuhelpen, ist die Begnadigung. Die Rehabilitation soll den Makel der Strafe tilgen; sie ist die nach Vollzug der Strafe auf Grund von Wohlverhalten erfolgende Aufhebung des in der Verurteilung liegenden Makels.

Schlussvortrag:

504) **van Hamel** (Amsterdam): Konzentration der vergleichenden internationalen Kriminalstatistik.

Vorschläge über die Durchführung einer internationalen vergleichbaren Diebstahlsstatistik.

XI. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Jena am 21. und 22. Oktober 1905.

Bericht von Dr. H. Haemel (Dresden).

In Vertretung des ersten Geschäftsführers der Versammlung, Professor Binswanger's (Jena), eröffnet Schäfer (Roda) die Tagung.

Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung wird Windscheid (Leipzig), der zweiten Sitzung Köster (Leipzig) gewählt.

Vorträge:

505) **Köster** (Leipzig): Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Kindertabes resp. der Taboparalyse des Kindesalters.

Man hat vielfach das Vorkommen einer Kindertabes bezweifelt, die betr. Fälle als Lues hereditaria, familiäre Ataxie etc. gedeutet. Allerdings fehlten bisher wirklich beweisende Sektionsbefunde.

Verf. stellt aus 60 Fällen in der Literatur und 3 eigenen Beobachtungen folgendes typische Krankheitsbild auf: Foetale Lues meist nachzuweisen. Beginn vor der Pubertät meist mit Opticusatrophie und Blasenstörungen, weniger lanzinierende Schmerzen, oder subjektive und objektive Sensibilitätsstörungen; Ataxie relativ selten, eher noch Romberg. Sehr selten Augenmuskellähmungen oder Arthropathien. Der Verlauf meist sehr langsam und mild mit geringen Beschwerden. Wie bei Erwachsenen kann sich die Erkrankung mit Paralyse kombinieren. Zwei Sektionsfälle bisher, von A. Westphal und Woltär veröffentlicht.

Votr. beobachtete folgenden Fall: Vater leidet an Gehirnsyphilis. Pat. im 8. Lebensjahre Keratitis parenchymatosa, dann langsam sich entwickelnde Kyphoskoliose. Mit 10 Jahren eine Zeit lang etwas lanzinierende Schmerzen und daran anschliessend eine zuletzt zur Erblindung führende Opticusatrophie. Drei bis vier Jahre lang Stillstand, dann zeigten sich Schwindelanfälle, Sprachstörung, zunehmende Demenz. Nach sechs Jahren hatten sich Spasmen in beiden Beinen und im rechten Arm entwickelt, die schliesslich zu Kontrakturen führten; Pat. wurde völlig blödsinnig, verweigerte die Nahrungsaufnahme, starb mit 16 Jahren an Schluckpneumonie. Sektion: Leichte Verdickung der Pia, aber keine Exsudate, weder an der Konvexität, noch an der Basis. Gefässe unverändert. Rückenmark: Graue Degeneration der Hinterstränge, und zwar lokal-tabische Erscheinungen vom Sakral- bis zum untersten Brustmark, sowie im unteren Cervicalmark, dazwischen eine Strecke sekundär aufsteigende Degeneration im Dorsalmark. Entartung der Clarke'schen Säulen und der Kl.-S.-Str., der Gowers'schen Bündel, der Py.-B., des Schultze'schen Kommas; die letzteren Bahnen nach Marchi als in jüngerer Zeit erkrankt nachgewiesen. Also im ganzen eher das Bild einer kombinierten Systemerkrankung, gegen die aber der klinische Verlauf und die Marchi-Präparate sprechen. Spinalganglien stellenweise verodet; Meningen nirgends verwachsen, an den Gefässen nur leichte adventitielle Wucherungen. Opticus völlig faserlos, einige Gefässchen in ihm mit endarteriitischer Veränderung. Im Gehirn stellenweise Schwund der Tangentialfasern.

Votr. erörtert die Differentialdiagnose gegenüber hereditärer Lues und familiärer Ataxie, die er beide ausschliesst. Der Befund, der für die radikuläre

Theorie der Tabes spricht, beweist, dass hier infantile Tabes mit Paralyse vorgelegen hat.

Diskussion:

Sänger berichtet von zwei ähnlichen Fällen, in denen ebenfalls die Opticusercheinungen im Vordergrunde standen. Er fragt nach dem genaueren Befund im N. opticus und nach dem Verhalten der Gesichtsfelder.

Köster ergänzt den genauen Befund am Opticus: die Veränderungen tragen nicht entzündlich-syphilitischen Charakter. Ueber das Gesichtsfeld kann er nichts aussagen.

Schütz hat den Bruder der geschilderten Pat. in Dösen an cerebro-spinaler Syphilis behandelt; bei der Obduktion fehlten alle Hinterstrangs-Veränderungen, dagegen waren die sulzigen Infiltrate etc. typisch für Syphilis.

Sänger hält den Prozess auch für einen tabischen; ganz sicher wäre dies, wenn eine Gesichtsfeld-Prüfung ein zentrales Skotom, das auf alle Fälle für cerebrale Lues spricht, ausgeschlossen hätte.

Köster: Beträfe der Fall einen Erwachsenen, so würde niemand Zweifel an der Diagnose Tabes erheben.

506) S^{änger} (Hamburg): Zur Diagnose des Schläfenlappen-Abszesses. 55% aller otitischen Abszesse sitzen im Schläfenlappen, 16% im Kleinhirn. Vortr. schildert folgende Fälle eigener Beobachtung:

1. 52jähriger Mann. Schmerzen im linken Ohr, Temperatur 38,0, Puls 48. Teilnahmslos, spricht spontan nichts, versteht Fragen nicht, angeredet, produziert er eine Flut verstümmelter, paraphasischer Worte. Optische Aphasie, linksseitiger Kopfschmerz. Eben beginnende Stauungspapille, zweimal Erbrechen, Parese des rechten N. VII und der rechten Hand. Operation: Entleerung eines Abszesses im hinteren Teile des linken Schläfenlappens; fast restlose, nach 15 Jahren noch anhaltende Heilung.

Bei den oft für undiagnostizierbar gehaltenen Abszessen im rechten Schläfenlappen sind die Nachbarschaftssymptome, besonders von seiten des N. III wichtig.

2. 20jähriges Mädchen. Rechtsseitiger Ohrenfluss; neben schweren cerebralen Allgemeinerscheinungen rechts Ptosis, Erweiterung der Pupille, Stauungspapille. Abszess im rechten Schläfenlappen diagnostiziert, operativ entleert: Zurückgehen der Symptome; nach $\frac{1}{4}$ Jahr Tod an einem in den Ventrikel durchgebrochenen zweiten Abszess.

3. 26jähriges Mädchen, leicht benommen, wenig Fieber, rechtes Ohr eitert. Papillen ohne Stauung, aber rechts unvollkommene Ptosis, rechte Pupille etwas grösser als links; Pulsverlangsamung. Tod vor der Operation: grosser Abszess im rechten Schläfenlappen.

4. 16jähriges Mädchen, in aufgegebenem Zustande: Sopor, regellose automatische Bewegungen aller Glieder, bei denen sich aber im linken Arm leichte Spasmen konstatieren lassen. Etwas Stauungspapille links, leichte Ptosis rechts, rechte Pupille grösser als linke; beide reaktionslos. Puls 38. Aus dem rechten Ohr spärlicher Ausfluss. Sofortige Operation: Incision des rechten Schläfenlappens, Entleerung einer Masse stinkenden Eiters; nach drei Monaten geheilt entlassen.

Die geschilderten Symptome: Ptosis, Pupillendifferenz mit Mydriasis auf der Seite des Herdes, Stauungspapille sind besonders wichtig, weil sie auch

in der Benommenheit zu konstatieren sind; Votr. führt sie auf eine Läsion des N. III. an der Basis durch Druck des angeschwollenen Schläfenlappens zurück.

Diskussion:

Strohmeyer: Bei linksseitigem Schläfenlappenherde ist weniger eine sensorische Aphasie als Paraphasie mit amnestischer Aphasie das hervorstechende Symptom. Er berichtet kurz über zwei lehrreiche Fehldiagnosen.

Stintzing möchte den vom Votr. hervorgehobenen Symptomen nicht zu hohen Wert beimessen. Ptosis kommt auch bei anderen, nicht lokalisierbaren Tumoren vor.

Sänger vertritt dem gegenüber mit Entschiedenheit den im Vortrag betonten Standpunkt. Bei linksseitigem Sitze hat auch er die reine sensorische Aphasie häufig vermisst.

507) Forster (Halle): Ueber die Aufmerksamkeit.

Votr. will sich gegen die Auffassung mancher Psychiater wenden, die die Aufmerksamkeit als eine Art besonderes Seelenvermögen darstellen. Er gibt kurz die Ansichten der verschiedenen Psychiater: Liepmann, Storch, Kraepelin, Wernicke, Ziehen wieder; er definiert dann selbst das aufmerksame Denken als ein solches, das von einer geordneten Fragestellung bestimmt wird. Da er, entgegen Ziehen, die Gefühlstöne als eine Assoziationsleistung ansieht — Schmerz z. B. ist eine Sinnesqualität so gut wie Rot oder Süß, die ebenso wie diese ein Erinnerungsbild hinterläßt —, so kann er die Aufmerksamkeit vollständig auf Assoziationen zurückführen. Bei jeder „Zerstretheit“ ist die Fragestellung massgebend dafür, ob und für was der Betreffende zerstreut oder aufmerksam ist. Votr. geht weiter auf die Storch'sche Erklärung des plastischen Sehens perspektivischer Zeichnungen ein, bei dem die wechselnde Aufmerksamkeit eine Rolle spielt, sowie auf die Ziehen'sche Unterscheidung zwischen Vigilität und Tenazität: beim Gesunden seien beide kaum zu trennen, beim Manischen sei von einer Aufmerksamkeit wegen des Fehlens jeglicher geordneten Fragestellung überhaupt nicht zu reden. Bei der sogen. „Hyperprosexie“ sei nur eine enorme Dissoziation der Vorstellungs-Verbindungen erkennbar; der von Ziehen geprägte Begriff lasse wieder an ein besonderes Seelenvermögen denken und sei deshalb ebenso wie die Vigilität und Tenazität am besten wieder fallen zu lassen.

508) Rohde (Königsbrunn): Ueber die Bewertung symptomatischer Psychosen bei körperlichen Erkrankungen.

Einige allgemeine und historische Betrachtungen über das Verhältnis zwischen körperlichen Ursachen und geistigen Erkrankungen, neuritische Symptome bei alkoholischen Psychosen, Seelenstörungen bei Infektionskrankheiten etc., ohne dass dabei etwas nennenswertes Neues gebracht wurde.

509) Degenkolb (Roda): Familiäre Ataxie mit Idiotie bei zwei Geschwistern. Krankenvorstellung.

1. 14jähriger Knabe. Leichte Skoliose, choreiforme Bewegungen des Gesichts, der Zunge, Hände; Tic der Lider (Blepharospasmus), Luftschlucken, zahlreiche Mitbewegungen bei intendierten Bewegungen. Pupillen normal, langsamer Nystagmus horizontalis und verticalis. Breitbeiniger, schleudernder und stampfender Gang mit starken Schwankungen des Rumpfes, statische, aber bei

Augenschluss nicht vermehrte Ataxie. V.-Gebiet, desgleichen Rumpf von den Mammillen abwärts hypalgetisch, Lagesinn an den distalen Gelenken gestört, an Händen und Füßen Thermhypästhesie. Rechts Sterno-Kleidomastoiden schwächer entwickelt als links, der Kopf sinkt meist vornüber auf die Brust. Mässige Idiotie; trotz der Ataxie der Hände ganz leidliche Schrift.

2. 12jähriges Mädchen, Schwester des vorigen. Mongoloider Typus, Pupillen-Reaktion etwas träge. Ataxie geringer, Gang besser, Psyche aber erheblich schlechter als beim Bruder. Beide Geschwister stammen aus gesunder Familie, haben ein älteres und zwei jüngere gesunde Geschwister. Bei beiden hat sich die früher erheblich stärkere Ataxie im Laufe der Jahre spontan gebessert, ist bei dem Mädchen fast geschwunden, während die psychischen Störungen unverändert blieben.

Diskussion:

Kleist fragt, ob die Pat. auf Apraxie untersucht worden sind.

Degenkolb: Die Beobachtung im täglichen Leben hat keinen Anhaltspunkt für apraktische Symptome ergeben.

510) **Berger** (Jena): Demonstration von Gehirn-Volumkurven.

Die Technik, mittelst deren Votr. seine Kurven gewonnen hat, schliesst sich der von Mosso an Trepanierten ausgebildeten an: eine luftdicht dem Schädeldefekt aufgesetzte Kautschukkappe steht mit einem Marey'schen Tambour in Verbindung; gleichzeitig mit den Schwankungen, die die Oberfläche des Gehirns der abgeschlossenen Luftsäule mitteilte, werde stets die Kurve der Atmung und des Plethysmographen mit geschrieben. Die Gehirnvolumenkurve sieht der gewöhnlichen Sphygmographenkurve sehr ähnlich, nur bemerkt man ausser den pulsatorischen noch respiratorische Schwankungen, sowie die der Veränderung des Gesamtvolumens entsprechenden Veränderungen in der Höhe der Kurve über der Nulllinie.

Aus den demonstrierten Kurven gehen folgende Tatsachen hervor: Geistige Arbeit, ebenso schon einfache Sinnreize (Berührung, Anschlagen einer Stimmgabel) führt zur Vermehrung des Gehirnvolumens zugleich mit Anstieg der Pulshöhen. Bei Lustempfindung (Zuckerlösung auf die Zunge) zeigte sich Abnahme des Volumens, Zunahme der Pulshöhen, was, wie aus anderen Ueberlegungen hervorgeht, einer Erschlaffung der Hirngefässe entspricht; bei Unlust-Empfindung (Nadelstich) fand das Umgekehrte statt: Abnahme der Pulshöhe mit Zunahme des Volumens, also Gefässkontraktion. Bei heftigem Schreck (Revolverschluss) erst mehrere Sekunden maximale Kontraktion der Gefässe, dann enorme Zunahme der pulsatorischen Schwankungen. Im Hyoscinschlaf zeigte sich eine Abnahme der Pulshöhen und Kontraktion der Gehirngefässe, also eine Anämie der Rinde, die dem Verhalten im normalen Schlafe nicht entspricht und unter Umständen zur Vorsicht mahnt.

511) **Franke** (Jena): Demonstration eines Falles von Muskelatrophie.

Bei einem 51jährigen Manne, der vor 21 Jahren ein Ulcus am Penis gehabt hatte, entwickelte sich unter Schmerzen und Taubheitsgefühl eine Lähmung in der rechten Schulter und linken Hand mit Atrophien, stellenweise Er. An- und Hypästhesien in radikulärer Verteilung. Dazu beiderseits Miosis, rechts mehr als links, Lichtreaktion rechts träge, links fehlend; Lidspalte links enger als rechts. Die Verteilung der Lähmung entsprach rechts dem Erb'schen.

links dem Klumpke'schen Typus; beide waren auf denselben Prozess: *Menigitis spinalis syphilitica*, zurückzuführen, der rechts die V. und VI. Cervical-, links die VI. Cervical- bis I. Dorsalwurzel ergriffen hatte. Auf Jodipin-Injektionen Besserung.

512) Seyffert (Jena): Beiträge zur Lehre hysterischer Motilitätsstörungen.

Hysterische Bewegungsstörungen sind charakterisiert durch den Ausfall bestimmter Bewegungskomplexe bei erhaltener Muskeltätigkeit für alle anderen Bewegungen. Votr. schildert folgende Fälle:

1. 30jährige Frau, nicht belastet. Im Sommer vorigen Jahres plötzlich Schmerzen in den Beinen, Einknicken beim Gehen, später Sprach- und Kaustörungen. Bei der Aufnahme: gut genährte Frau, innere Organe gesund Ueberall gesteigerte Reflexe; Hypalgesie der linken Körperhälfte. Zeitweise monokulare Poly- und Diplopie, Augenbewegungen frei. Schwäche der Nacken- und Rückenmuskeln, längeres Sitzen unmöglich, der Kopf sinkt dabei auf die Brust. Anfallsweise Schwäche der Kau- und Schlingmuskeln von wechselnder Intensität: von geringfügigen Sensationen in den Backen bis zur völligen Bewegungslosigkeit der gesamten Kau- und Schlingmuskulatur mit Beteiligung der Zunge und des Gaumensegels, (Uvula hing bis hinter den Zungengrund), näselder Sprache, Verschwinden des Würgreflexes, Abfliessen der Flüssigkeiten durch die Nase. Nach einigen Stunden regelmässig spontaner Rückgang der Lähmungen. Hebung der Arme im Stehen nicht über die Horizontale, im Liegen vollständig, Beugung der Unterarme ruckweise, unter lebhaften Mitbewegungen der Synergisten und Antagonisten. Hände und Finger stets frei. Beinbewegungen im Liegen ungestört, bei Gehversuchen echte Astasie-Abasie, die ebenfalls nach Stunden stets wieder schwand. Therapie erfolglos.

2. 13jähriges Mädchen, erblich belastet. Seit dem achten Lebensjahre wurde sie fettleibig und es entwickelte sich ein Plattfuss. Zu derselben Zeit die ersten Gehstörungen: Krämpfe in den Zehen, verbunden mit Ermüdungsgefühl, unsicherem Gange. Bei der Aufnahme: lebhafte Reflexe, Sensibilität überall normal, desgleichen die Bewegungen der Extremitäten in der Rückenlage mit guter Kraft. Gang stampfend-schiessend, lebhaftes Mitarbeiten der Arme, Emporschleudern der Beine, Aufsetzen mit der Aussenkante oder erst nach mehrmaligem Abschnellen, Einknicken der Kniee, schliesslich fällt die Kranke um und kann sich nicht mehr erheben. Der Gang war früh oft fast normal, verschlechterte sich regelmässig abends, sowie bei der ärztlichen Visite und klinischen Vorstellung. Unter Suggestionsbehandlung bald Besserung.

Ein zweiter, poliklinischer Fall bot fast genau das gleiche Bild: choreiforme resp. ataktische Form der hysterischen Abasie, wahrscheinlich beidemale vermittelt durch Plattfussbeschwerden.

Ein dritter Fall wird vom Votr. der *Akinesia algera* (Möbius) oder *Atremie* (Neftel) zugerechnet: 45jährige Frau, konvergierend belastet. Jahrelange gynäkologische Behandlung, sehr unglückliche Ehe. Mann starb im Potatorium. In den letzten Jahren der Ehe energielos und wehleidig, blieb viel, schliesslich dauernd im Bett, schloss sich von allem Verkehr ängstlich ab, die geringste Störung machte ihr „Herzkrämpfe“. Trotz vieler Behandlung dauernd schlechter; verstopfte die Ohren mit Watte, beschattete stets die

Augen mit der Hand. Bei der Aufnahme: sehr gut genährte Frau. Sehr lebhaft Reflexe bei schlaffer Muskulatur. Alle Bewegungen kraftlos und unter starken Beschwerden ausgeführt. Beim Versuche zu gehen heftiger Weinkampf. Allgemeine starke Hyperalgesie der Haut- und Sinnesorgane; schrie schon beim Pulsfühlen oft laut auf. Stimmung mehr resigniert als deprimiert; so lange sie die gewünschte absolute Ruhe hatte, war sie sogar zeitweise ganz heiter gestimmt. Die ersten passiven Bewegungen ertrug sie, schon nach einigen Wiederholungen stellten sich aber so starke Unlustgefühle ein, dass eine Fortsetzung unmöglich war. Auch in der Klinik waren alle therapeutischen Mühen umsonst; mehrmals drohte Pat. bei derartigen Versuchen mit Selbstmord. — Vortr. weist darauf hin, dass auch nach Möbius' und Neffel's Erfahrungen die Prognose stets ernst ist, dass Heilungen sehr selten sind, manche Kranke geisteskrank wurden oder durch Suicid endigten.

Diskussion:

Köster berichtet von einem Fall hysterischer Abasie, bei dem die sämtlichen Sehnenreflexe der Beine fehlten; nach drei Wochen, während deren ausser Massage keine Behandlung ausgeführt wurde, kehrten mit der Gehfähigkeit auch die Reflexe wieder. Später entwickelte sich Epilepsie, an der Pat. zugrunde ging; im Gehirn fanden sich keinerlei anatomische Veränderungen.

Haenel fragt nach der elektrischen Erregbarkeit von Zunge, Kau-muskeln etc. während der Lähmungsanfälle bei der ersten Patientin; man werde doch bei dem geschilderten Krankheitsbilde lebhaft an Myasthenie erinnert.

Seyffert kann über das elektrische Verhalten leider keine Auskunft geben.

513) Kleist (Halle): Fragestellungen in der allgemeinen Psychopathologie.

Vortr. geht von Wernicke's Fragestellung aus: aus seinen Voraussetzungen von der Lokalisation verschiedener psychischer Vorgänge an verschiedenen Stellen der Hirnrinde, von den Zellen, an die die elementarsten psychischen Funktionen gebunden sind, von der Funktion der Assoziationssysteme und aus seinem Schema des psychischen Reflexes ergibt sich die doppelte Frage: welche psychopathischen Symptome sind Ausdruck von Zellausfall in den Projektionsgebieten, welche von Unterbrechung der Assoziationsbahnen? Vortr. unterzieht die Voraussetzungen dieser Fragestellung einer Kritik. Den Beweis für das Erhaltenbleiben psychischer Funktion nach Durchtrennung der Sinnesleitungen bzw. Zerstörung der Sinnesorgane hält er noch nicht für erbracht, die dafür ausgeführten Versuche (Geschmacksempfindung bei Reizung des zentralen Chorda-Stumpfes, Reizung der durchschnittenen hinteren Wurzeln, des zentralen Opticusendes etc.) nicht für vollgiltig. Halluzinationen bei total zerstörten Sinnesorganen sind einwandfrei noch nicht beobachtet, bei Erkrankung der Sinnesorgane oder der Leitungsbahnen liegt wohl stets eine örtliche Steigerung der Erregbarkeit vor. Die sogenannten Gliedhalluzinationen bei Amputierten hängen stets mit Reizen am Gliedstumpf zusammen. Die Blindenpsychologie gibt noch keinen genügenden Aufschluss über Erhaltenbleiben der Erinnerungsbilder bei Zerstörung der Sinnesorgane resp. totaler Leitungsunterbrechung. Die ausführliche Analyse des psychologischen Unterschiedes zwischen Wahrnehmung und Vorstellung führt Vortr. zu der Ansicht von Mach, nach der es sich dabei weder um Unterschiede der Qualität noch der Intensität handelt, sondern um einen Unter-

schied in der Art der Verbindung an sich identischer Grundbestandteile (Farben, Töne etc.): die Wahrnehmung ist ein eindeutig bestimmter, stabiler, die Vorstellung ein labiler, in der Auswahl der Elemente weniger bestimmter Komplex aus solchen Grundbestandteilen. Da die Stabilität der ersteren keine durchgreifende ist, verwischen sich oft die Grenzen zwischen Wahrnehmung und Vorstellung: von der Verkennung zur Halluzination bestehen fließende Uebergänge. Die Analyse der Vorstellungen (Erinnerungsbilder) ergibt die Identität ihrer „Elemente“ mit denen der Wahrnehmungen: dann aber sind die Vorstellungen ebensowenig von Erregungen der Sinnesorgane unabhängig wie die Wahrnehmungen.

Es ist somit keiner der Gründe, die für die Existenz psychischer Funktionen unabhängig von den Vorgängen in den Sinnesorganen angeführt werden, stichhaltig. Die behauptete Unabhängigkeit beider ist eine Folge der Ueberschätzung der Nerven-, speziell der Rindenzellen, wie sie sich unter der Herrschaft der Neuronenlehre eingebürgert hat. Durch die Arbeiten Apathy's, Bethe's, Nissl's etc. ist die Bedeutung der Ganglienzellen auf ein wesentlich bescheideneres Maass eingeschränkt worden; sie sind für die nervöse Funktion nur noch insofern von Bedeutung, als sie, ebenso wie die Nervenfasern, Fibrillen enthalten. Es hindert bei dieser Auffassung nichts mehr, den Ausfall bestimmter psychischer Funktionen nach Zerstörung bestimmter Rindengebiete als Folgen von einfachen Leitungsunterbrechungen anzusehen.

Die qualitativ verschiedenen elementaren psychischen Funktionen sind mit den spezifisch verschiedenen Vorgängen in den verschieden gebauten Sinnesorganen in Beziehung zu setzen. Das Nervensystem, insbesondere das Grosshirn, ist nichts als das Organ der Reizübertragung und -Verknüpfungen. Bezüglich der Art der Beziehungen zwischen physiologischen und psychischen Prozessen schliesst sich Votr. ebenfalls Mach an. Ein Psychisches im Gegensatz zum Materiellen existiert nicht, die Aufstellung der Elemente und der Elementenkomplexe der Aussenwelt und des Ich's und die Aufdeckung der Funktionalbeziehungen zwischen diesen Komplexen ist die einzige Aufgabe der Wissenschaft.

Die Fragestellungen bei der Analyse psychischer Krankheitszustände würden darnach die folgenden sein:

1. Welche psychopathischen Symptome sind Ausdruck einer Unterbrechung zur Hirnrinde hinleitender Bahnen?

2. Welche Symptome sind Ausdruck einer Unterbrechung innerhalb des jene Bahnen verknüpfenden Grosshirnfasernetzes?

Diskussion:

Berger berichtet von einem Fall von totaler doppelseitiger Opticusatrophie, bei dem auch die elektrische Erregbarkeit völlig erloschen war und wo trotzdem zahlreiche Visionen und Halluzinationen auftraten; bei einem anderen Falle wies die Sektion eine völlige Zerstörung der zentralen Sehphären nach, wo intra vitam optische Halluzinationen bis zuletzt bestanden hatten. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte in beiden Fällen das Fehlen aller nervösen Elemente.

Sänger verfügt über ähnliche Fälle wie Berger; den Auffassungen des Votr. widersprechen die Erfahrungen der Hirnanatomie, die Fälle von Halluzinationen in der hemiopischen Gesichtsfeldhälfte, manche Fälle von partieller Farbenblindheit und Seelenblindheit. Bei der Entscheidung der Frage, ob eine

Sinnesempfindung zentral oder peripher zustande kommt, möchte er der klinischen Betrachtungsweise den Hauptwert beimessen.

Dölken kennt ebenfalls Fälle wie den von Berger erwähnten, weist aber auch auf gegenteilige Beobachtungen von Henschen hin. Bethe's Ansichten über das Wesen des nervösen Prozesses dürften doch noch nicht so allgemein als feststehend anerkannt sein, wie das Vortr. dargestellt hat; besonders die neuen Arbeiten von Ramon y Cajal lassen sie zweifelhaft erscheinen.

Kleist führt im Schlusswort Säger gegenüber aus, dass die Seelenblindheit auch als eine Assoziationsstörung aufgefasst werden könne; auch in den Fällen von Berger etc. können leichte chronische Reizvorgänge an irgend einer Stelle der Sehbahn doch wohl nicht mit voller Sicherheit ausgeschlossen werden. Er glaubt, an der vorgetragenen Anschauung von der Einheit von Vorstellung und Wahrnehmung auch den gemachten Einwänden gegenüber festhalten zu müssen.

III. Bibliographie.

Arbeiten aus dem Neurologischen Institut an der Wiener Universität.

Herausgegeben von Obersteiner. Wien, Deuticke. 1904. Bd. XI. 442 S. mit 12 Tafeln und 114 Abbildungen im Text.

CXXXI) Zuckerkandl: Die Riechstrahlung. p. 1.

Die Arbeit entzieht sich einer referierenden Wiedergabe, da die komplizierten anatomischen Details ohne Abbildungen nicht verständlich sind.

CXXXII) Karplus und Spitzer: Zur Kenntnis der abnormen Bündel im menschlichen Hirnstamm. p. 29.

In der mit ausgezeichneten Abbildungen reichlich ausgestatteten Abhandlung beschreiben die Verfasser ein abnormes Bündel von folgendem Verlauf. In der distalen Brückengegend sondert sich aus der Querfaserung des Pons ein ziemlich mächtiges Bündel, das in dorsolateralem Verlaufe zunächst den austretenden Facialisschenkel kreuzt, dann, von der Richtung der übrigen Ponsfasern ablenkend, rein dorsal gegen die Haube zieht und das Corpus trapezoides durchbricht. Auf diesem Wege zerfällt es in zwei Hauptbündel, das mediale stärkere durchsetzt in einem flachen cerebral und dorsal konvexen Bogen die spinale Trigeminiwurzel und biegt dann medial von der spinalen Vestibulariswurzel kaudalwärts um; ein laterales schwächeres Bündel biegt nach Durchsetzung des Corp. trapez. sofort in die Längsrichtung und zieht inmitten der spinalen V. Wurzel bis in die Höhe des cerebralen Endes des Hypoglossus. Das mediale Bündel teilt sich nach dem Umbiegen in fünf Bündel, die längs der ventromedialen Grenze des dreieckigen Akustikuskerns in einer Reihe angeordnet sind; das lateralste und grösste dieser Bündel reicht am weitesten spinalwärts; es tritt in Beziehungen zum Fasciculus solitarius und verschmilzt schliesslich mit ihm zu einem Bündel, dessen beide Anteile aber immer noch gut unterscheidbar sind. Nach Schluss des Zentralkanals lenken die Fasern allmählich lateralwärts ab und erreichen in der Höhe des cerebralen Endes der Pyramidenkreuzung die Fasciculi comitantes Trigemini, mit denen sie wahrscheinlich verschmelzen.

Die anderen Anteile des medialen Bündels splittern nach kürzerem oder längerem Verlauf in den dorsalsten Partien der Substant. reticularis und in den am Boden des IV. Ventrikels liegenden Kernen des Vagus und Akustikus auf. Wahrscheinlich handelt es sich um eine sensible zentrale Bahn, wie aus den Beziehungen zu den Endkernen des Trigemini, Vaguglossopharyngeus und Vestibularis zu schliessen ist. Ueber das zentrale Ende der Bahn lässt sich nichts Bestimmtes sagen; ob sie im Pons endet, oder ins Kleinhirn zieht, oder mit dem Hirnschenkelfuss zum Grosshirn, bleibt ungewiss. Ein gleiches Bündel wurde bisher nicht beschrieben. Die Verf. vermuten aber, dass einzelne der Beobachtungen vom sog. Pick'schen Bündel vielleicht in die Kategorie des von ihnen beschriebenen Faserzuges gehören. Wenn auch geschlossene Bahnen von der Art dieses Bündels in der Norm nicht vorkommen, so ist doch durchaus wahrscheinlich, dass auch in der normalen Medulla eine analoge zentrale Bahn von zerstreutem Verlauf vorhanden ist.

CXXXIII) Spitzer: Ueber die Beziehungen der abnormen Bündel zum normalen Hirnbau. p. 55.

Im Anschluss an den in der vorigen Arbeit mitgeteilten Einzelbefund macht Spitzer einige interessante Bemerkungen über die Beziehungen der abnormen Bündel zum normalen Hirnbau. Er setzt auseinander, dass der Entstehungsmodus dieser abnormen Bildungen darin zu suchen ist, dass während unter normalen Verhältnissen die Fasern über ein grösseres Querschnittsareal zerstreut sind, diese sich ausnahmsweise zu einem kompakten Bündel verdichten. Dieser Verdichtungsprozess ist aber nicht etwa eine dem Strukturprinzip des zentralen Nervensystems völlig fremdartige Erscheinung, sondern dieses „Kondensationsprinzip“ beherrscht in weitem Umfang Bau und Bildung der normalen Topik des Gehirns. Es handelt sich in einem Falle abnormer Struktur, wie in dem vorliegenden, dann eigentlich um eine phylogenetische Vorreife. Andermal kann, bevor das Kondensationsprinzip seine volle Wirkung entfaltet hat, ein oder das andere der primären Bündelchen das Uebergewicht erlangen, oder doch seine Selbständigkeit bewahren; so kommt es dann zu totalen Heterotopien oder zur Bildung abgegrenzter abnormer Bündel. Am häufigsten sind diese Störungen im Gebiet der Pyramidenbahn. Durch diese Zurückführung der normalen Verhältnisse, der Varietäten und Abnormitäten auf ein gemeinsames Prinzip gewinnen die letzteren für die tiefere Kenntnis des normalen Hirnbaues ein vermehrtes Interesse. Diese abnormen Bildungen sind „die Marksteine des Weges, den eine Bahn bei ihrer phylogenetischen Differenzierung zurückgelegt hat, die sozusagen palaeontologischen Spuren und damit auch die Wegweiser ihrer Stammesgeschichte.“

CXXXIV) Fuchs: Ein Fall von sogenanntem idiopathischen Hydrocephalus chron. intern. (beim Erwachsenen) und Beitrag zur Lehre von den objektiven Kopfgeräuschen. p. 62.

Der interessante Beitrag von Fuchs betrifft folgenden Fall: Eine 30jähr. Frau erkrankte zuerst im Alter von 27 Jahren mit Kopfschmerzen, die anfallsweise eine grosse Heftigkeit erreichten; Erbrechen, Uebelkeit, Schwindel traten zumeist nicht auf, dagegen sehr bald Ohrensausen, ob auf einem Ohr oder auf beiden zugleich wusste Pat. nicht anzugeben. Die erste Untersuchung ergab bei der sonst gesunden speziell kein Zeichen von Gefässerkrankung auf-

weisenden Patientin folgendes: Beiderseitige Stauungspapille, leichte beiderseitige Struma, beide Bulbi leicht prominent, schnellschlägiger Tremor der Hände, kein Stellwag'sches oder Moebius'sches Phänomen. An allen Stellen des Schädels ist ein pulsatorisches, hauchendes Geräusch hörbar, am lautesten am rechten process. mastoid. und der rechten Schläfe, ganz besonders laut mit dem Otoskop vom rechten äussern Gehörgang aus. Bei Kompression der rechten Carotis verschwand das Geräusch, Kompression der linken bleibt ohne Effekt. Auch die Pat. gibt bei maximaler Kompression der rechten Carotis an, dass sie das Geräusch nicht mehr höre. Fuchs stellt auf Grund dieses Befundes die Diagnose auf Vorhandensein eines endocraniellen Aneurysmas im Gefässgebiet der rechten Carotis. Merkwürdig war das Fehlen aller für die Entstehung eines Aneurysmas verwertbaren ätiologischen Momente. Der Verlauf war zunächst ein wenig progredienter, nach einem halben Jahre trat aber eine zunehmende Verschlimmerung ein, starker Schwindel, Abnahme des Sehvermögens, starke Steigerung des Sausens. Pat. lag in Zwangslage nach rechts, die Kopfschmerzen waren unerträglich. Plötzlicher Exitus, nachdem bis zuletzt das Schädelgeräusch hörbar geblieben war. Die Sektion ergab bei Fehlen aller Gefässveränderungen als Befund: chronischer Hydrocephalus internus mit Ependymgranulationen und chronischem Hirnoedem. Abplattung der Gehirnwindungen, Verdickung und Verwachsung der Plexus chorioid. im vierten Ventrikel. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine deutliche kleinzellige Infiltration der weichen Hirnhäute, die an den parietalen Teilen sich den Gefässen entlang bis tief in die Rinde hinein erstreckt. Auch mikroskopisch erwies sich das Gefässsystem intakt. Epikritisch beleuchtete Fuchs an der Hand seines Falles und einiger Fälle der Literatur (Oppenheim, Schulze, Kupferberg) die grossen Schwierigkeiten, die auch heute noch der Diagnose Hydrocephalus aquisitus beim Erwachsenen entgegenstehen. Im vorliegenden Fall war es das an einer Stelle besonders deutlich hörbare und durch Kompression einer Carotis zu unterdrückende Gefässgeräusch, das die Diagnose auf falschen Weg leitete. Zu erklären ist es nur durch Kompression des Gehirns gegenüber den Gefässen, wobei freilich die lokale Bevorzugung zunächst noch unerklärt bleibt. Gegen Aneurysma wäre die Stauungspapille eventuell zu verwerten, die bei Aneurysma häufig fehlt. Für den Hydrocephalus kann frühzeitig, bald nach Beginn der Kopfschmerzen sich einstellendes Ohrensausen verwertet werden.

CXXXV) **Jumucopulo**: Multiple Osteome des Gehirns. p. 89.

Jumucopulo teilt einen Fall mit, in dem während des Lebens die Symptome einer rechtsseitigen cerebralen Rindenlähmung bestanden, und ausserdem epileptisch allgemeine Anfälle auftraten.

Bei der Autopsie fanden sich neben einer Cyste in der linken Hemisphäre und sklerotischen Veränderungen in der Rinde vier knochenharte Tumoren von Bohnen- bis Mandelgrösse (im linken Vorderhorn, im linken Nucl. caudatus, im linken Stirnlappen und im rechten Nucl. caudatus). Die mikroskopische Untersuchung ergibt die Identität des Tumors mit Knochengewebe.

CXXXVI) **Popper**: Ein Marsupialier-Rückenmark. p. 94.

Die Beschreibung ist aufgebaut auf der Untersuchung von drei Marsupialier-Rückenmarken; von zweien werden Querschnitte, von einem Längsschnitte an-

gefertigt. Untersuchung mit Pal-Weigert und van Gieson. Die auffallendsten Merkmale sind: Es fehlt ein typisches Seitenhorn, Hinterhörner laufen meist spitz zu; die *Formatio reticularis* ist nicht wie beim Menschen nur im Halsmark, sondern in allen Höhen gleich gut entwickelt. Die Hinterhörner sind von der Peripherie durch eine Lissauersche Zone und im Dorsalmark noch durch einen rein glösen Fortsatz getrennt. Sehr stark entwickelt ist das Kommissurensystem, vorzüglich im unteren Lumbal- und Dorsalmark; am meisten tritt die *Commissura ant. und post. cerebralis* hervor. Die vorderen Wurzeln kommen zumeist aus den hinteren Partien des Vorderhorns, die hinteren Wurzeln dringen nicht nur medial, sondern auch lateral vom Hinterhorn ein. Eine deutlich ausgesprochene Gruppierung der überwiegend chromophoben Zellen ist nirgends nachweisbar. Auffällig sind sehr grosse Zellen zu beiden Seiten des Zentralkanals. Hervorgehoben wird ferner die Lokalisation der Clarke'schen Säulen; diese beginnen im 7. Cervicalsegment, wo sie weit ventralwärts in der Zwischenzone liegen; sie reichen in tieferen Ebenen immer weiter dorsalwärts und liegen im Lumbalmark ganz in den Hinterhörnern. Im unteren Dorsal- und im Lumbalmark findet sich daneben noch an der Basis der Hinterhörner eine zweite Zellgruppe.

CXXXVII) Hatschek: Bemerkungen über das ventrale Haubenfeld, die mediale Schleife und den Aufbau der Brücke. p. 128.

Hatschek berichtet zunächst über die Auffassung, die das ventrale Haubenfeld — ventral von den kreuzenden Bindearmen, dorsal von der medialen Schleife gelegen — bei den früheren Autoren, Forel, von Monakow, Held, Bechterew u. a. gefunden hat. Er beschreibt dann ein Bündel in diesem Haubenfeld, das vom ventralen Pol des noch nicht kreuzenden Bindearms ausgehend ventromedial bis nahe zur Mittellinie hinabzieht. Er fand dieses Bündel sehr deutlich bei *Phoca vitulina* ausgeprägt. Wo es entspringt, ist ungewiss, es lässt sich bis in die Trigeminusebenen verfolgen. In den Ebenen der beginnenden Bindearmkreuzung erreicht das Bündel die Mittellinie und bildet dort eine Kommissur; Hatschek bezeichnet sie als ventrale Haubenkommissur. Von da aus proximal vermischen sich die Fasern mit denen der medialen Schleife; doch scheint es in Wahrheit mit dieser nichts zu tun zu haben, ebensowenig wie mit dem Bindearm, mit dem *Fasciculus rubrospinalis* und den Kleinhirnthalamusbahnen. Auch als zentrale Trigeminusbahn kann es nicht aufgefasst werden. Seine Bedeutung ist demnach völlig unklar. Es findet sich sehr ausgeprägt auch bei Nagetieren, bei andern ist es als kompakter Faserzug nicht nachweisbar.

Des weiteren macht Hatschek einige Bemerkungen über das *Corpus parabigeminum*, dessen mediale Verbindungen zum Haubenfeld, dessen dorsale zum tiefen Mark der vorderen Vierhügel und dessen ventrale bis in die lateralen Brückenkerne sich beim Schwein leicht verfolgen lassen.

Vergleichende Beobachtungen ergaben, dass bei Tieren mit relativ stärker fungierenden vorderen Extremitäten die lateralen Schleifenanteile besser ausgeprägt sind (Delphin), umgekehrt ist es bei Tieren mit stärker ausgebildeten hinteren Extremitäten (Beuteltiere), wo der mediale Teil besser ausgeprägt ist. Der laterale Schleifenanteil scheint eben aus dem Burdach'schen, der mediale aus dem Goll'schen Kerne zu entspringen, wie das schon seit langem angenommen

wurde. Auch die relative Lage von Schleifen- und Pyramidenfasern variiert bei den einzelnen Tieren sehr. Bei den Beuteltieren stehen sie in so enger Nachbarschaft, dass eine Trennung nicht möglich ist, beim Menschen verlaufen sie weit voneinander getrennt; zwischen diesen beiden Extremen liegen die übrigen Säugetiere. Das hängt von der Brückenentwicklung ab. Das phylogenetisch ältere Kleinhirnbrückensystem — *Stratum superficiale pontis* — findet sich bei allen Vertebraten, auch den niederen. Das phylogenetisch spätere Grosshirnbrückensystem geht natürlich mit Ausbildung des Grosshirns Hand in Hand; damit parallel geht die Zunahme des *Stratum profundum und complexum pontis*.

CXXXVIII) **Bunzl**: Zur Parasitologie des Gehirns. p. 156.

Nach einer kurzen Uebersicht über die bisher beim Menschen und bei Tieren gefundenen Parasiten beschreibt Bunzl die Präparate eines Maulwurfgehirns, das von zahlreichen eingekapselten Parasiten durchsetzt war. Die Natur desselben liess sich nicht mehr sicher feststellen; sein Aussehen entsprach am ehesten dem der Trichine. Das umgebende nervöse Gewebe war nicht wesentlich alteriert.

CXXXIX) **Karplus**: Bemerkungen über die grauen Massen im *Funiculus cuneatus* der menschlichen *Medulla oblongata*. p. 171.

Karplus weist darauf hin, dass im *Funiculus cuneatus* der *Medulla oblongata* häufig graue Massen gefunden werden, die nicht dem äusseren oder inneren Kern des Keilstranges angehören, sondern als abgegrenzte Stücke der Subst. gelatin. Rolandi anzusehen sind. Charakteristisch für diese grauen Massen ist die Armut an markhaltigen Nervenfasern ebenso wie die Kleinheit der Ganglienzellen, Eigenschaften, die die Subst. gelatinos. überhaupt auszeichnen. Auf Querschnitten gelingt es übrigens meist, den Zusammenhang der Stücke mit der übrigen Subst. gelatinos. Rolandi nachzuweisen. Diese Absprengungen fand Karplus in 26 lückenlosen Serien stets, wenn auch manchmal nur solche sehr geringen Umfangs, im einzelnen besteht aber die grösste Inkonstanz und Variabilität und kaum jemals findet sich eine völlige Symmetrie beider Seiten. Auch die Stelle, wo das abgesprengte Stück sitzt, wechselt sehr, meist liegt es lateral, gelegentlich auch dorsal und medial.

CXL) **Messing**: Drei Fälle von Porencephalie. p. 184.

Messing beschreibt drei Fälle von Porencephalie; davon den ersten, bei dem er eine genaue mikroskopische Untersuchung vornahm, sehr ausführlich. Dieser ähnelt in vieler Beziehung dem von Obersteiner früher mitgeteilten und hier referierten; bemerkenswert waren besonders die schweren Störungen des Hörsystems, der Pyramiden, und teilweise des Kleinhirns und die aus diesen Verhältnissen sich ergebenden Degenerationen. Im zweiten Fall, der einen *Macacus Rhesus* betraf, sass der viereckige Porus rechts und nahm die Stelle des oberen Teils des *Lobus temporalis*, des vorderen und unteren Teils des Occipital- und des hinteren Abschnittes des *Parietallappens* ein. Die linke normale Hemisphäre ist grösser als die rechte; die mikroskopische Untersuchung wurde an einer Frontalserie vorgenommen. Am meisten in die Augen sprang das Fehlen der *Radiatio optica*. Porencephalien bei Tieren sind bisher nur sehr selten bekannt geworden. Ein dritter Fall wird makroskopisch beschrieben. Der erste ist ein Beispiel einer angeborenen Porencephalie infolge eines Hydro-

cephalus internus. Die beiden anderen sind post partum entstanden, der zweite vermutlich infolge eines Trauma, der dritte infolge einer Entzündung. Alle Porencephalien verdanken ihre Entstehung denselben Momenten, Zirkulationsstörungen, encephalitischen und encephalomalacischen Prozessen. Eine Sonderstellung nehmen die ein, in denen der Hydrocephalus zur Zerreiſung einer Kammerwand und damit zur Bildung eines Porus geführt hat. So liegt der erste Fall. Immerhin muss auch da noch ein Hilfsmoment wirksam sein, da nicht jeder Hydrocephalus zu einer Porencephalie führt. Von der Annahme einer „Entwicklungshemmung“ kann aber in jedem Fall Abstand genommen werden.

CXLI) R. Neurath: Die nervösen Komplikationen des Keuchhustens. p. 258.

Unter den nervösen Komplikationen des Keuchhustens sind an erster Stelle die Konvulsionen zu nennen; sie sind verhältnismässig häufig, treten fast stets gehäuft auf. Zwischen den einzelnen Attacken besteht Benommenheit, oft Fieber. Sie sind oft die ersten Zeichen einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems, die sich dann in dauernden Ausfallsymptomen kundgibt. Der Ausgang ist sehr oft ein ungünstiger. Unter den cerebralen Lähmungen sind die Hemiplegien die häufigsten. Sie setzen meist mit lokalen oder allgemeinen Konvulsionen ein, daran schliessen sich direkt oder nach einem einen Tag dauernden Stadium von Benommenheit die Lähmungen an. Fieber, Nackenstarre etc. können ebenfalls vorhanden sein. Seltener sind doppelseitige Affektionen. Die Prognose ist eine zweifelhafte. Es kann Heilung eintreten, auch sofortiger Exitus. Das häufigste ist der Uebergang in ein chronisches Stadium mit allen bekannten Zeichen der cerebralen Kinderlähmung. Von psychischen Störungen ist die Entwicklung einer Demenz am häufigsten beobachtet worden; doch kommen auch kompliziertere psychische Störungen vor. Viel seltener als cerebrale sind spinale Lähmungen, ferner Symptome von Myelitis resp. Encephalomyelitis. Ungewöhnlich ist auch das Vorkommen von Polyneuritis.

In der Regel treten die nervösen Komplikationen in der 3. bis 6. Woche auf, doch sind sie auch im Rekonvaleszenzstadium beobachtet worden. Als Ursache hat man in erster Linie Blutungen verantwortlich machen wollen, sowohl solcher meningealer wie cerebraler Genese. Doch wurden, obwohl das Vorkommen beider Arten von Blutungen als sichergestellt angesehen werden darf, auffällig oft die vermuteten Blutungen nicht gefunden. Der gesteigerte Hirndruck kann nicht ohne weiteres als Ursache angesehen werden, da solche Symptome sich auch zu einer Zeit entwickeln, in der gar keine heftigen Hustenparoxysmen mehr eintreten. Man müsste daher noch weiter eine Gefässwunderkrankung präsumieren, die als postinfektiöse Erkrankung aufgefasst werden müsste. Bei den Sektionen fanden sich die vermuteten Blutungen nur in der Hälfte der Fälle, ausserdem Erweichungen und zwar auch solche entzündlicher Art, ferner Hyperämien und Oedeme, gelegentlich auch von der Norm nicht abweichende Befunde, sodass klinische und anatomische Ergebnisse nicht immer Hand in Hand gehen. Leider fehlte in der übergrossen Mehrzahl der Fälle die eigentlich erst entscheidende mikroskopische Untersuchung.

Soweit reichen die Resultate, zu denen Verf. durch eine kritische Bearbeitung der vorliegenden Literatur gekommen ist. Eine Ergänzung finden

diese in den umfangreichen und wertvollen eigenen Untersuchungen des Verf. Er hat selbst 25 Fälle von Keuchhusten in Bezug auf das Zentralnervensystem anatomisch untersucht. Meist fanden sich Veränderungen der Meningen und zwar eine Zellinfiltration derselben, gleichzeitig Oedeme und Hyperämie und Blutungen in und unter die weichen Häute. Diese können auf das zehnfache ihres sonstigen Volumens verdickt sein. Die kleinzellige Infiltration ist von wechselnder Stärke, nie so erheblich wie bei der übrigen Meningitis. Am intensivsten ist eine Zellwucherung meist in den tiefen pialen Schichten, die der Rinde unmittelbar anliegen und zwar sowohl um die Gefässe herum, als auch in diffuser Verbreitung. Daneben findet sich stets Hyperämie, die Gefässe selbst, wie die perivasculären Räume sind mit Blut gefüllt, und es finden sich sowohl subpiale Blutungen wie solche in das Gewebe der weichen Häute hinein. Nicht immer ist es sicher, dass die Hämorrhagien einen vitalen Ursprung hatten. Schliesslich ist auch ein amorphes Exsudat nachweisbar. Auch die Hirnrinde ist an dem Prozess sehr oft beteiligt, in Form von Hyperämie, Oedemen, kleinen Blutungen und kleinzelligen Infiltrationen. Der Parallelismus zwischen meningealen und kortikalen Veränderungen ist kein strenger. Einmal fand sich eine eitrige Meningitis, in vier Fällen lag ein normaler Befund vor, in den übrigen fanden sich die geschilderten Veränderungen in den mannigfachsten Intensitätsabstufungen; in diesen Fällen kann man von einer Meningitis resp. Meningoencephalitis simplex sprechen. Aehnliche Befunde sind in neuerer Zeit von Sawada bei Typhus erhoben worden. Neurath selbst fand annähernd entsprechendes in einigen Fällen von Scharlach und Diphtherie. Unter den siebenmal vorgenommenen bakteriellen Untersuchungen hatte er nur einen einzigen positiven Befund. Das gefundene Bakterium liess sich nicht näher bestimmen. Man muss daher wohl eine toxische Aetiologie annehmen, und es besteht Grund zu der Voraussetzung, dass es das Keuchhustengift selbst resp. ein Produkt desselben ist, das die Toxine liefert, nicht etwa die Komplikationen, insbesondere die Lungenerkrankungen. Besonders betont Neurath, wie geringfügig den immerhin bedeutsamen mikroskopischen Befunden gegenüber der makroskopische Befund, der sich durchaus auf „Oedem“ und „Hyperämie“ beschränkt, ist. Damit ist die Unzulänglichkeit aller solcher makroskopischen Feststellungen unwiderleglich bewiesen. Der Parallelismus zwischen klinischen und anatomischen Ergebnissen ist kein vollständiger, aber doch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vorhanden.

CXLII) Fröhlich: Beitrag zur Kenntnis des intraspinalen Faserlaufes einzelner hinterer Rückenmarkswurzeln. p. 378.

Zur Untersuchung kam das Rückenmark eines jungen Affen (*Macacus Rhesus*), dem auf der linken Seite die 5., 6. und 7. hintere Cervicalwurzel, sowie die 1. und 2. hintere Thorakalwurzel, rechts die 6. Cervical- und 1. Dorsalwurzel durchschnitten waren. Die Resultate ergaben nichts neues. Bemerkenswert waren nur die beiderseits vorhandenen kleinen lateral von den Hinterhörnern der Rückenmarksoberfläche anliegenden Degenerationszonen; ob diese Hinterwurzelfortsetzungen (zu den Kleinhirnseitensträngen) darstellen, oder doch auf Nebenverletzungen beruhen, bleibt noch zu entscheiden.

CXLIII) Alexander und Frankl-Hochwart: Ein Fall von Acousticus-tumor. p. 385.

Der Fall ist sehr typisch: Ein 49jähriger, am 3. IV. 1902 aufgenommener

Mann war seit einigen Monaten unsicher auf den Beinen. Die Schwindelerscheinungen nahmen bald zu, es kamen Anfälle von starkem Kopfschmerz und Erbrechen. Die Untersuchung des psychisch veränderten teils erregten, teils dementen Patienten ergab: Nystagmus und Beschränkung der Augenbewegungen, doppelseitige Optikusneuritis, Hypästhesie im 1. und 2. Trigeminasast links, linksseitige Kaumuskelchwäche. Am linken Ohr die charakteristischen Zeichen nervöser Schwerhörigkeit. Parese des linken Facialis, des linken Gaumensegels mit Aufhebung des linksseitigen Gaumenreflexes. Es bestand Neigung, nach links zu fallen. Die Sehnenphänomene sind links stärker als rechts. Rasche Verschlimmerung. Der Tod erfolgt nach im ganzen achtmonatlicher Krankheitsdauer. Die Sektion ergibt das Vorhandensein einer kugligen 2 cm im Durchmesser haltenden Geschwulst, die, vom Bindegewebe des Akustico-Facialis ausgegangen, der mikroskopischen Untersuchung nach ein Neurofibroma acustici darstellt. Die Untersuchung des Hörorgans ergab degenerative Atrophie des N. cochleae sowie des Ganglion spirale und des Cortisohen Organes.

CXLIV) Obersterner: Weitere Bemerkungen über die Fettpigmentkörnchen im Zentralnervensystem. p. 400.

Es werden zwei Formen pathologischer Veränderung des Fettpigmentes in Nervenzellen beschrieben. Das eine Mal handelte es sich um eine Anhäufung dieses Pigments um den Zellkern herum, während die Peripherie ganz entblösst von Fettkörnchen war, das zweite Mal um eine netzförmige Rarefizierung des Pigmentes, wahrscheinlich um einen unregelmässig verteilten partiellen Schwund des Pigmentes. Betroffen waren beide Male Vorderhornzellen ein und desselben myelitischen Rückenmarkes.

CXLV) Zuckerkandl: Ueber die Collateralfurche. p. 407.

An der basalen Fläche des Sul. occipitotemporalis findet sich am Affengehirn entweder nur eine Furche, oder es sind deren zwei entwickelt, eine laterale und eine mediale. Eine Furche besitzen die meisten niederen Affen der alten Welt, zwei Furchen werden bei den Westaffen, bei den Anthropoiden, aber auch bei manchen niederen Affen der alten Welt angetroffen. Die ursprünglich vorhandene eine Furche zerfällt bei den höheren Affen in zwei Teile, die zunächst hintereinander liegen. Das vordere der beiden Stücke erhält nicht selten eine von der ursprünglichen Richtung lateral abweichende Verlängerung: so entstehen dann die zwei Furchen, von denen die mediale als Sulcus collateralis, die laterale als Sulcus occipitotemporalis bezeichnet wird.

Cassirer.

CXLVI) Sigm. Freud: Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1905. 205 S.

Der Verfasser macht in dieser Schrift den Versuch, die Gedanken, die sich ihm schon in früheren Arbeiten als besonders fruchtbar erwiesen hatten, auf das Gebiet des Witzes zu übertragen. Nach einer kurzen Darstellung der Ansichten von Jean Paul, Th. Vischer, K. Vischer und Lipps über dieses Thema untersucht er zunächst die Technik des Witzes und findet, dass sich alle Techniken des Witzes und damit auch alle Lust aus ihnen zurückführen lassen auf Erleichterung des schon bestehenden psychischen Aufwandes und auf Ersparung an erst aufzubietendem psychischen Aufwand. Das wird in dem Abschnitt „Die Tendenz des Witzes“ noch näher gezeigt: Hier sei die Tatsache besonders

leicht zu beobachten, dass der Witz die Befriedigung eines Triebes gegen ein im Wege stehendes Hindernis ermögliche, indem er dies Hindernis umgehe: die Ersparung an Hemmungs- bzw. Unterdrückungsaufwand sei hier sehr deutlich und die Ersparung bedeute einen Lustgewinn. Das 4. Kapitel gibt eine Psychogenese des Witzes und sucht die Beziehungen zwischen dem Spiel, dem Scherz, dem tendenzlosen und tendenziösen Witz aufzudecken, während das 5. Kapitel „Die Motive des Witzes und den Witz als sozialen Vorgang“ bespricht. Ueber die ersteren ist wenig Sicheres zu sagen. Man könnte bei Betrachtung des Lebens vieler witziger Köpfe den Eindruck bekommen, dass die subjektiven Bedingungen der Witzarbeit denen der neurotischen Erkrankungen nicht ferne stehen. Im übrigen sind die Motive meist so versenkt, dass man nur einige allgemeine Gesichtspunkte (z. B. Vorhandensein zahlreicher gehemmter Triebe und Aehnliches) anführen kann. Der Witz als sozialer Vorgang gibt eine Reihe merkwürdiger Probleme auf: woher der Drang zu seiner Mitteilung, woher das Lachen, warum lacht der den Witz Produzierende nicht oder weniger als der Hörer u. a. m.? Auch hier spielt wieder die Erleichterung, die Ersparung an psychischem Aufwand bzw. (beim Lachen) die Abfuhr unbesetzter psychischer Energie nach F's. Ansicht eine grosse Rolle.

Witz- und Traumarbeit zeigen nun in vielen Punkten eine gewisse Uebereinstimmung, z. B. sind beiden die Verdichtung, die Verschiebung, die Darstellung durch Widersinn, durch das Gegenteil und die dadurch ermöglichte Umgehung oder Aufhebung von Hindernissen gemeinsam. Auch wurzeln beide im Unbewussten: der Witz hat in eminentem Sinne den Charakter des plötzlich auftretenden, ungewollten Einfalls. Doch sind sie in anderen Punkten wieder stark voneinander unterschieden. Der Traum dient vorwiegend der Unlustersparnis der Witz dem Lusterwerb.

Wie die Lust des Witzes aus erspartem Hemmungsaufwand, so soll (Kapitel VII) die der Komik aus erspartem Vorstellungsaufwand und die des Humors aus erspartem Gefühlsaufwand (z. B. erspartem Mitleiden) hervorgehen. Immer also stammt die Lust aus einer Ersparung und Witz, Komik und Humor stellen nur die Methoden dar, um aus der seelischen Tätigkeit eine Lust wiederzugewinnen, die „eigentlich erst durch die Entwicklung, dieser Tätigkeit verloren gegangen ist. Denn die Euphorie, welche wir auf diesen Wegen zu erreichen streben, ist nichts anderes, als die Stimmung einer Lebenszeit, in welcher wir unsere psychische Arbeit überhaupt mit geringem Aufwand zu bestreiten pflegen. die Stimmung unserer Kindheit, in der wir das Komische nicht kannten, des Witzes nicht fähig waren und den Humor nicht brauchten, um uns im Leben glücklich zu fühlen“.

Wie man sieht, sind viel originelle und nachdenkenswerte Gedanken in dem Buche, und wer es gelesen hat, wird zu seinem Erstaunen erkennen, wie viele psychologische und auch psychiatrische Probleme in dem Problem des Witzes versteckt liegen. Allein ein Bedenken möchte ich nicht unterdrücken: so sehr des Verfassers Erklärungen für eine Reihe von Tatsachen zutreffen, so führt doch andererseits der Versuch, durch einige wenige Prinzipien hochkomplizierte und sehr verschiedenartige psychische Erscheinungen erklären zu wollen, dazu, dass manches einseitig und gesucht erscheint. Mohr (Elberfeld).

CXLVII) L. M. Kötscher (Hubertusburg): Ueber das Bewusstsein, seine Anomalieen und ihre forensische Bedeutung. (Aus: Grenzfragen des

Nerven- und Seelenlebens.) Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1905. 109 Seiten.

Nach einigen einleitenden Bemerkungen über das Bewusstsein und seine psychologischen Elemente bespricht der Verf. eine Reihe von Bewusstseinszuständen, die forensische Bedeutung haben können, und streift dabei auch die Hypnose, den Spiritismus, Okkultismus und den Bewusstseinszustand des Sterbenden. Im Schlusswort werden in Anlehnung an die Forderungen der modernen kriminalistischen Schule die praktischen Konsequenzen aus dem Vorgetragenen gezogen.

Die Schrift enthält für den Fachmann nichts Neues; sie ist für weitere Kreise bestimmt und trägt hoffentlich dazu bei, das Verständnis für psychiatrische Dinge zu fördern.
Mohr (Elberfeld).

CXLVIII) Hubert Richardson: The thyroid and parathyroid glands. With seventy-seven half-tone illustrations mad from special drawings by F. P. Wightman. Philadelphia, P. Blakistons Son & Co. 1905. 257 S.

Die bedeutungsvollen Forschungen und Entdeckungen der letzten 10 bis 15 Jahre über die Physiologie und Pathologie der Schilddrüse sowie ihrer Nebenorgane legten den Gedanken nahe, einmal im Zusammenhange monographisch das Ganze darzustellen. Verf., der Pathologe und physiologischer Chemiker an wissenschaftlichen Anstalten Marylands ist, hat sich dieser Aufgabe mit Geschick unterzogen und liefert uns eine brauchbare Kompilation, die dem Leser einen guten Ueberblick über die Untersuchungen über diese lebenswichtigen Organe gewährt.

Nachdem er in den ersten 4 Kapiteln Embryologie, Anatomie, Histologie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen, ihre Physiologie und Chemie auseinandergesetzt hat, beschäftigt er sich in den weiteren Abschnitten des Buches mit den Erkrankungen der Schilddrüse. Zunächst im 5. und 6. Kapitel mit dem Kropf und seiner chirurgischen Behandlung, im 7. mit der Thyreoidea bei infektiösen Krankheiten, im 8. mit der akuten Thyreoiditis, im 9. mit der Syphilis der Schilddrüse. Kapitel 10 ist dem Kretinismus, 11 dem myxödematösen Infantilismus und 12 dem Myxödem Erwachsener gewidmet. Verf. teilt nämlich die myxödematösen Zustände ein 1. in Kretinismus (endem. und sporad.), Zustände, welche aus einem kongenitalen Fehlen oder einem Verlust der Schilddrüsenfunktion während des ersten Jahres nach der Geburt resultieren, 2. in Infantilismus, wenn die Schilddrüse ihre Tätigkeit ganz oder zum Teil noch vor der Pubertät einbüsst, und 3. in eigentliches Myxödem, wenn dieselbe während des späteren Lebens verloren geht. Während Verf. in den früheren Abschnitten nur referierend sich verhalten hat, flicht er beim Myxödem gelegentlich Beobachtungen aus dem Mount Hope Retreat-Krankenhaus ein, an dem er tätig war.

Im 14. Kapitel endlich beschäftigt sich Verf. mit der organotherapeutischen Anwendung der Schilddrüse, in welcher Hinsicht ihm gleichfalls eigene Beobachtungen zur Verfügung stehen. Die Schilddrüsen-therapie wurde versucht bei Fettsucht, Glykosurie, Senilität, Brightscher Krankheit im Anfangsstadium, Epilepsie, Menstruationsstörungen, Tetanie, Eklampsie, Impotenz, Paralysis agitans, Hautkrankheiten, Hämorrhagie und Geisteskrankheiten. Bemerkenswert ist, dass er in drei Fällen von Epilepsie, das eine Mal, wo es sich um einen epileptischen Idioten handelte, mit Darreichung von Schilddrüse und Nebenschilddrüse, die beiden anderen Male, wo es sich um genuine Epilepsie handelte, mit Neben-

schilddrüse allein eine bemerkenswerte Besserung, im ersten Falle auch in geistiger Hinsicht, erzielte.

Störend wirkt die vielfache Verunstaltung von Eigennamen (wie Briesacher, Baschan, Lickenstein, Gairé, Mendil u. a. m.). Die beigegefügtten Abbildungen sind fast nur anderen Werken entnommen. Buschan (Stettin).

CXLIX) **Henry Marius** (S): Acute förvirringstilstånd på syphilitisk grund. Diss. Stockholm 1903.

Nach einer Literatur-Uebersicht beschreibt Verfasser 11 Fälle von „Amentia“, die er bei früher syphilitisch Infizierten gesehen hat. Fast ausschliesslich betreffen sie Männer im Alter von 26—53 Jahren. Ausbruch der Psychose 1—20 Jahre nach der Infektion. Plötzlicher Beginn und Lösung. In den meisten Fällen fanden sich noch andere (motorische) Symptome, welche dem Verf. die spezifische Natur der Psychose zu verifizieren scheinen: Paroesen der Extremitäten, des Facialis, der Augenmuskeln; Pupillenstörungen, Inkontinenz; oder die Psychose ging mit typischem Kopfschmerz, syphilitischer Angina, Gelenkschwellungen und dergleichen einher. Prompte und schnelle Wirkung einer spezifischen Behandlung. Nur in einem Falle Tod; die Autopsie zeigte eine diffuse, syphilitische Cerebrospinalmeningitis. A. Wimmer (Kopenhagen).

CL) **E. Rasmussen**: Jesus, eine vergleichend psychopathologische Studie, übersetzt aus dem Dänischen von A. Rothenburg. Leipzig, J. Zeiler. 1905. 167 S.

Der Teil des Buches, welcher über die historischen Grundlagen der Evangelien und über die sittliche Beurteilung der Person Jesu handelt, entzieht sich der Beurteilung in diesem Blatte. Den Psychiater interessiert nur die Tendenz des vorliegenden Buches, sowohl Jesus, als auch die Propheten des alten Bundes als Epileptiker zu kennzeichnen, sie als arme Kranke und Tob-süchtige — man darf wohl so sagen — zu verdächtigen. Man wird sagen dürfen, dass dem Verf. die medizinische Sachkenntnis fehlt, um einen solchen Versuch zu begründen. Der Psychiater, der etwa das Buch in die Hände bekommt, wird sich an der Hand des „Leitfadens der Epilepsie“ (S. 56—64) dieses Urteil leicht begründen können, es auszuführen, dürfte nicht im Interesse dieses Blattes liegen. Nicht eine Spur von Verständnis für ungewöhnliche menschliche Erscheinungen, nichts als die langweilige Eventualität „Gesund oder Krank“. Nicht einmal ein Empfinden für grosse poetische Bilder. Die Stelle „O meine Eingeweide, meine Eingeweide! (Vergl. mir breunt mein Eingeweide bei Goethe. Der Ref.) Ich könnte mich vor Schmerzen krümmen. O meines Herzens Wunde! Mein Herz tobet! Ich kann nicht stille sein. Denn du hörst den Trompetenklang, meine Seele, des Krieges Alarmruf“, ist „ein Anfall, der keinen Irrtum aufkommen lässt“ (S. 67). Dieses Urteil dürfte die medizinische Unkenntnis und die Verständnislosigkeit des Verf. genügend begründen. Dass die Propheten und Jesus Epileptiker waren, ist jedenfalls durch das vorliegende Buch nicht bewiesen. Wenn sie es gewesen wären, welch ein Testimonium paupertatis für die Menschheit, wenn es des epileptischen Furors bedurft hätte, um die Sittlichkeit auf die Welt zu bringen und sie zu verteidigen. Denn das haben doch wohl die Propheten geteilt. Nach Ver-freilich zeigten sie als Epileptiker „meist keine Originalität in ihren Zwangsgedanken“.

M. Lewandowsky.

GLI) Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische auf das Jahr 1903. Stuttgart 1905.

Aus dem Jahresbericht, der wie seine Vorgänger reich an statistischem Material ist, sei diesmal nur folgendes herausgehoben:

Krankenbestand an Staatspfleglingen am 1. I. 1903: 2605, am Schluss des Jahres 2717. Davon in Privatrenanstalten untergebracht 653 bzw. 707. Von 1182 Aufnahmegesuchen konnten nur 464 berücksichtigt werden. Gesamtzugang im Laufe des Jahres in den Staatsanstalten 493.

Krankheitsformen:

Angeborene Störungen (Idiotie, Kretinismus, Imbezillität)	5,1%
Konstit. Entartungsirresein, neurasthen. und hyster. Irresein	4,6%
Depressives Irresein	13,2%
Manisches Irresein	4,6%
Periodisches und zirkuläres Irresein	11,2%
Akute halluz. Verwirrtheit und akuter halluz. Wahnsinn	6,3%
Primäre Demenzformen (Dem. praecox, Hebephrenie, Katatonie)	17,0%
Chronische Verrücktheit	11,2%
Sekundäre Verblödungsprozesse	6,5%
Geistesstörungen mit anatomischem Befund	8,9%
darunter Dementia paralytica	4,7%
Epileptische Geistesstörungen	4,4%
Intoxikationspsychosen alkohol. Entstehung	4,9%

Beginn der Erkrankungen am häufigsten zwischen 26 und 30 Jahren (15,2%).

Erbliche Belastung bei 48,1% der Aufnahme erwiesen.

Am 1. Januar 1864 hatte Württemberg	609	Anstaltsinsassen
" 1. " 1874 " " "	1075	"
" 1. " 1884 " " "	1881	"
" 1. " 1894 " " "	2715	"
" 1. " 1904 " " "	3320	" Gaupp.

CLII) Franz Windscheid: Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung, I. Abteilung: Innere Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Unfallnervenkrankheiten. Jena, G. Fischer 1905. (Handbuch der sozialen Medizin VIII, 1. Abteilung.) 5 Mk.

Das Buch will dem Arzt ein Führer sein. Sein Wert liegt nicht etwa in einer wissenschaftlichen Darlegung der Beziehungen von Unfall und inneren Krankheiten, sondern in einer praktischen Anleitung zur Begutachtung. In wissenschaftlicher Hinsicht gibt der Verf. nur Bekanntes und Anerkanntes. Er bemüht sich, den Leser mit der Gesetzgebung (Unfall, Invalidität) im In- und Ausland, mit der Feststellung und Begutachtung des Grades der Erwerbsunfähigkeit, mit der korrekten Abfassung der schriftlichen Gutachten durch möglichst anschauliche Darstellung des ganzen Stoffes bekannt zu machen. Der Neurologe und Psychiater wird manches finden, was ihm von Wert ist, auch wenn er bereits ein geschulter Gutachter ist. So ist z. B. die Beschreibung des „Hermannhauses“ in Stötteritz bei Leipzig, einer von der sächsischen Bau-

gewerks-Berufsgenossenschaft gegründeten Anstalt für Unfallnervenranke recht interessant.

Das Buch lässt erkennen, dass der Verf. über grosse eigene Erfahrung verfügt; seine praktischen Ratschläge sind daher um so wertvoller. Gaupp.

CLIII) P. J. Möbius: Franz Joseph Gall. (Ausgewählte Werke, Band VI.) Leipzig, J. A. Barth. 1905. M. 3,00.

Möbius schildert im vorliegenden Bande zunächst Leben und Lehre des berühmten Phrenologen, gibt dann im 2. Teile (B. Die Kritik.) eine geschichtliche Darstellung der Aufnahme, die Gall's Lehre bis heute gefunden hat, sowie eine warmherzige und geistvolle Verteidigung der physiologischen und namentlich der psychologischen Anschauungen des vielgeschmähten Mannes. In einem beigegebenen Anhang berichtet der Verf. über den Schädel seines verstorbenen Grossvaters, des hervorragenden Mathematikers A. F. Möbius, bei dem das „mathematische Organ“ in vorzüglicher Weise erkennbar ist. (Erläuterung durch zahlreiche Abbildungen des Schädels.)

Niemand wird sich beim Lesen des Buches des Eindruckes erwehren können, dass Gall viel Wertvolles geleistet und in wichtigen Fragen seine akademischen Fachgenossen nicht selten weit übertroffen hat. Was an seiner Organologie Richtiges ist, wird endgültig nur der entscheiden können, der die von ihm gesammelten „Tatsachen“ selbst sorgfältig nachgeprüft hat. Mit Recht klagt Möbius darüber, dass wohl die Meisten derer, die sich in seiner Verurteilung gefallen, nicht auf Grund eigener Erfahrung und genügender Sachkenntnis verdammen. Da mir Beides mangelt, so begnüge ich mich mit der Versicherung, dass ich Möbius' Buch mit Genuss gelesen und in seinen psychologischen Ausführungen Anlass zum eigenen Nachdenken gefunden habe.
Gaupp.

IV. Referate und Kritiken.

514) Allen: The changes found in the central nervous system in a case of rabies with acute mental disturbance.

(Journ. of Nerv. and Ment. disease. May 1903.)

In einem Falle von Rabies mit heftiger Erregung fand sich im Zentralnervensystem eine Dilatation der kleinen Gefässe mit Rundzellenanhäufung in den perivaskulären Räumen. An einzelnen Stellen kleine Hämorrhagien, besonders in den Vagus- und Hypoglossuskernen. In den Spinalganglien sowie im Ganser'schen Ganglion starke Erweiterung der Kapillaren und Anhäufung von Rundzellen. Die Ganglienzellen der Rinde färben sich meist diffus, in einigen wenigen liegt der Kern peripher. Verf. gibt selbst zu, dass ein irgendwie charakteristischer Befund somit nicht vorliege.
Kölpin (Bonn).

515) Róna: Ueber die Aetiologie der sog. spontanen oder neurotischen multiplen Gangrän auf Grund von fünf Fällen.

(Orvosi Hetilap, 1905. „Elme-és idegkörtan N. 14.“) (Ungarisch).

Auf Grund eingehender Beobachtung und Untersuchung von fünf Fällen multipler neurotischer Gangrän, wovon vier ausgesprochene hysterische

Stigmen zeigten, kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die von Kaposi aufgestellte Krankheitsform des Herpes zoster gangränosus hystericus kann von der Gruppe der sogenannten spontanen oder neurotischen multiplen Gangrän nicht unterschieden werden. 2. Die Hautveränderungen bei dieser Krankheitsform kommen bloss bei Hysterischen oder Simulanten vor, und sind nichts weiter, als mit Aetzmittel erzeugte autoartefakte Läsionen. 3. Bei den Hysterischen sind diese Selbstverstümmelungen dem hysterischen Charakter entspringende Offenbarungen der Simulation, der Sucht, aufzufallen. 4. Die morphologischen und pathologisch-anatomischen Differenzen in den Befunden verschiedener Autoren lassen sich mit der Verschiedenheit der angewandten chemischen Substanzen, mit der verschiedenen Konzentration derselben, mit der verschiedenen Einwirkungsdauer und endlich mit der differenten Reizbarkeit der Gewebe erklären.

Besonders instruktiv ist der Fall einer 18jährigen Hysterica, welche neben ausgesprochenen hysterischen Stigmen und Erscheinungen gangränöse Hautstellen an solchen Körperteilen aufwies, welche ihren Händen leicht erreichbar waren; nach einer Bemerkung, dass das Fehlen der Gangrän an schwerer zugänglichen Stellen doch recht auffallend sei, wies Pat. nach einigen Tagen wohlgefällig auf solche Eruptionen am Rücken und Gesäss hin; auch von dieser Kranken konnte nachträglich nachgewiesen werden, dass sie Aetznatron verwendet hat, um die Hautgangrän zu erzeugen. In einem andern Falle, der eine 20jährige Hysterica betraf, wurde ermittelt, dass die Pat. Waschsoda benützte, um an den Brüsten Geschwüre zu erzeugen. Epstein (Budapest).

516) C. Fürstner: Zur Kenntnis vasomotorischer Störungen.

(Mittell. aus d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. XI. 1. p. 159.)

Fürstner berichtet über fünf Fälle, in denen vasomotorische Störungen im Vordergrund des Krankheitsbildes standen; die Klassifikation aller Fälle machte Schwierigkeiten, indem vasomotorische (und trophische) Symptome verschiedenen Charakters neben- und nacheinander bei denselben Individuen sich einstellten. Einmal handelte es sich um Mutter und Tochter, hier bestand an den Händen Sklerodactylie, daneben waren Attacken von Urticaria und flüchtigen Oedemen an verschiedenen Stellen des Körpers aufgetreten. Allgemeinnervöse Symptome waren meist — in stärkerer oder schwächerer Ausbildung — vorhanden. Die Fälle sind interessante Belege für die vom Ref. betonte Neigung zur Bildung von Uebergangsformen auf dem Gebiet der vasom. troph. Neurosen. Cassirer.

517) Péhu: L'acrocyanose chronique hypertrophiante.

(Nouv. Icon. d. l. Salpêtr. 1903.)

Péhu bespricht unter Anführung einer eigenen Beobachtung das Symptomenbild der Acrocyanosis chronica hypertrophica, das Ref. zuerst abzugrenzen versucht hat. Die Beschreibung lehnt sich in allen wesentlichen Punkten an die Darstellung des Ref. an: Die Krankengeschichte des vom Verf. genau beobachteten und ausführlich beschriebenen Falles ist kurz zusammengefasst folgende: Bei einem 26jährigen, aus neuropathischer Familie stammenden und selbst neuropathischem Manne, der zudem Alkoholist war, stellen sich zuerst im Winter und an den Händen gewisse Symptome ein; zuerst eine cyanotische Verfärbung, der allmählich sich kriebelnde Schmerzen hinzugesellen; im Verlaufe von zehn Jahren wird der jetzige Zustand erreicht,

bei dem die Cyanose eine dauernde, wenn auch an Intensität wechselnde ist; jedenfalls sind niemals Anfälle von Synkope locale eingetreten; die Hände sind zur Arbeit ungeschickt geworden, die Schmerzen sind erheblich; das Volumen der Hände hat namentlich am Handrücken und in der Gegend der Fingerwurzeln zugenommen; die Knochen sind nicht beteiligt. Objektive Sensibilitätsstörungen fehlen. Die Füße, die erst später erkrankt sind, zeigen ein weniger vorgeschrittenes Stadium der Erkrankung. Gangrän ist niemals aufgetreten; die Pathogenese der Affektion ist unklar; jedenfalls handelt es sich um vasomotorische Störungen, die ihrerseits vielleicht hervorgerufen sind durch Toxine des Tuberkelbacillus; dafür liesse sich anführen, dass sowohl der Pat. des Verf. wie noch ein anderer früher von Souques et Gasne beschriebener (geringfügige) tuberkulöse Veränderungen in der Lunge aufweist. Natürlich bedarf diese Annahme noch sehr der Stütze und trifft z. B. für die früheren Fälle des Ref. nicht zu.

Cassirer.

518) **Max Bielschowsky**: Die Silberimprägnation der Neurofibrillen.
Mit 4 Tafeln.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. III, 1904. p. 169—189.)

Zunächst wird die schon im Neurologischen Centralblatt 1903 u. 1904 mitgeteilte Silberimprägnationsmethode in ihrer vereinfachten und verbesserten Form mitgeteilt und dann die Leistungsfähigkeit derselben besprochen. Sie ist einerseits eine gute Methode zur Darstellung der intracellulären Neurofibrillen, anderseits eine brauchbare Achsencylinderfärbung. Auch die pericellulären Golgi-Netze kommen gelegentlich zur Darstellung, ohne dass die noch so strittige Natur dieser Gebilde neue Aufklärung erführe. Auch nach dieser Methode scheinen die Fibrillen in den motorischen Zellarten ohne Verzweigungen und Anastomosen zu verlaufen, sie sind reine Passagezellen. Anderseits lassen sich in den Purkinjeschen Zellen, in den Spinalganglien, dem Ammonshorn und an anderen Stellen intracelluläre Fibrillennetze darstellen. In pathologischen Fällen zeigen die Fibrillen „Verklumpung“ und körnigen Zerfall.

Die Methode färbt die Achsencylinder der markhaltigen, wie der marklosen Neurone, sie macht embryonale Fasern und die der Markhülle entbehrenden Anfangs- und Endstrecken langer Neurone sichtbar. Sie zeigt aber auch die Achsencylinder an solchen Stellen mit grosser Klarheit, wo durch pathologische Prozesse die Markscheide zerstört worden ist. So findet man mit der Silberimprägnation z. B. in alten Plaques der multiplen Sklerose, wo andere Methoden nur einen dichten Gliafilz verraten, die wohl erhaltenen Achsencylinder. Damit ist ein altes Postulat der Klinik erfüllt und dies allein schon dürfte der Methode dauernden Wert geben.

Die zahlreichen Figuren der 4 Tafeln haben, soweit es sich um Mikrophotogramme handelt, offenbar im Reproduktionsverfahren an der wünschenswerten Klarheit in den feinen Details Einbusse erlitten.

v. Muralt.

519) **Max Borchert**: Ueber die Anwendung der Osmiumsäure auf das Zentralnervensystem niederer Wirbeltiere.

(Journ. f. Psychol. u. Neurolog. Bd. III. 1904. p. 127—131.)

B. empfiehlt die alte M. Schultze-Exner'sche Schwärzung der Markscheiden mit Osmium, welche der Weigert'schen Färbung ebenbürtige Bilder liefert, allerdings nur an kleinen Gehirnen gute Resultate gibt, aber dann verschiedene Vorteile bietet. Sie ist an jugendlichen und erwachsenen Tieren möglich, führt

in drei bis vier Tagen zu fertigen Präparaten, die Färbung kann am ganzen Stück vollzogen werden und Paraffineinbettung ist möglich.

Die in Vergessenheit geratene Methode sei kurz angegeben:

Einlegen der frischen oder in 10% Formalin fixierten, nicht über 2—3 mm dicken Stücke in 1% Osmiumsäure für 24 Stunden.

Destilliertes Wasser, steigender Alkohol, Paraffinbettung. Schneiden.

Die Schnitte werden nach Pal in $\frac{1}{4}$ % Kaliumpermanganat während einiger Sekunden und nach Abspülen mit Wasser in Acid. oxal. 1,0 Kal. sulfur. 1,0 Aq. dest. 200,0 differenziert.

Fließendes Wasser während einiger Stunden. Einbetten in Balsam.

v. Muralt.

520) **A. Mahaim**: Recherches expérimentales sur les connexions antérieures du tubercule quadrijumeau postérieur.

(Cery 1905.)

Verf. schliesst nach seinen Untersuchungen eine direkte Verbindung des Quadrigeminum posterius mit der Rinde aus und hält auch den Beweis noch nicht für erbracht, dass aus dem Quadrigeminum posterius Nervenfasern zum Geniculatum internum ziehen.

M. Lewandowsky.

521) **A. Mahaim**: Les terminaisons cylindriques pericellulaires de Held.

(Bull. de l'Académie royale de Belgique 1905.)

Verf. hat mit der Golgi'schen Methode (der direkten Silberinprägung oder nach vorheriger Formolfixation) gearbeitet und an einer grossen Reihe von Objekten die Achsenzylinderendigungen an der Zelle studiert. Er findet sie im Gegensatz zu Held und Wolff dem Protoplasma der Zelle unmittelbar anliegend. Er kann auch kein Netz von Fibrillen aus ihnen hervorgehen sehen und hält das von M. Wolff beschriebene für glässer Natur. Er bespricht ausführlich die Differenzen, welche die verschiedenen Methoden der Fibrillenfärbung ergeben.

M. Lewandowsky.

522) **Max Bielschowsky** und **Max Wolff**: Zur Histologie der Kleinhirnrinde. Mit 4 Tafeln.

(Journal für Psychologie und Neurologie, Bd. IV, 1904. p. 1—24.)

Die Untersuchungen sind mit der Bielschowskyschen Methode an Gefrierschnitten von Kleinhirnen des Menschen, Affen, Hundes, der Katze, des Meeresschweinchens und Kaninchens angestellt. Sie ergeben in der Hauptsache folgende abweichenden oder neuen Befunde. Die Axone der Purkinjeschen Zellen haben keine rückläufigen Collateralen, wie sie mit der Golgi-Methode zur Darstellung kommen, bei der es sich wahrscheinlich in diesem Punkt um Kunstprodukte handelt, indem durch Verklebung mit den vielen feinen, das in Frage stehende Axon umgebenden Fäserchen der Körnerschicht Collateralen vorgetauscht werden. In den pericellulären Körben der Purkinje-Zellen kommen die sehr starken marklosen Anteile gut zur Darstellung. Es lässt sich an geeigneten Schnitten der Uebergang von Fibrillen aus dem Geflecht des Korbes an die Zelloberfläche und von da in das Innere der Zelle direkt beobachten. Auch das die Fibrillen begleitende Axoplasma breitet sich an der Zelloberfläche aus und geht kontinuierlich in das Zellplasma über. So ist Uebereinstimmung mit den Befunden Bethes vorhanden, wenn man annimmt, dass bei der Methode dieses Autors durch die Salpetersäurefixierung das Plasma der Terminalnetze gefällt und so künstlich maschig strukturiert wird.

Im Dendritenwerk der Purkinje'schen Zellen sieht man oft Fibrillen, die von Dendrit zu Dendrit ziehen, ohne den Zelleib zu berühren.

Dasselbe Verhalten findet sich in den langen horizontalen Axonen der Korbzellen, die bekanntlich peripher von ihren Zellen stark an Kaliber zunehmen, was somit auf die grosse Vermehrung der nur streckenweise im Axon verlaufenden Fibrillen zurückzuführen ist. Die Axone der verschiedenen Zellarten der Molekularschicht bilden oft Schlingen. Das Faserbild in dieser Schicht erscheint mit der angewandten Methode ungemein viel reicher als man bisher annahm. Aus den Kletterfasern gehen Fibrillen in gleicher Weise in die Dendriten der Purkinje'schen Zellen über, wie aus den Körben in den Zellkörper. Im äusseren Drittel der Schicht hat das Bild netzartigen Charakter. Auch an Schnitten parallel zum Windungsverlauf werden viel mehr Tangentialfasern gefärbt, als bisher bekannt waren. Sie scheinen in der Hauptsache Collateralen und Enden von aus der Körnerschicht aufsteigenden Fasern zu sein und sie beteiligen sich stark an den peridendritischen Netzen.

Die Methode enthüllt im Zellkörper und in den Dendriten der kleinen Körner Fibrillen und stempelt sie so zu Nervenzellen. Während die Sternzellen dieser Schicht mit der Golgischen Silhouettenmethode als schöne Beispiele des II. Typus mit fein verzweigtem Axon erscheinen, finden die Autoren einfache Dendriten und Axone und halten die früheren Befunde für Kunstprodukte der unzuverlässigen Silberinkrustation. Die Autoren bestätigen das Vorhandensein von Glomeruli cerebelli in der Körnerschicht, welche aus Anhäufungen einer plasmatischen von Fibrillen durchzogenen Substanz bestehen. Plasma und Fibrillen gehen hervor aus dem kontinuierlichen Zusammenhänge mit den analogen Substanzen von Axonen der Moosfasern und Dendriten der Zellen der Körnerschicht.

Die Arbeit enthält verschiedene Tatsachen gegen die Neuronenlehre. Am Schlusse wird bemerkt, es bleibe kein Platz für das nervöse Grau Nissl's, wenn man zu den durch die Methode sichtbar gemachten nervösen Elementen zellulären Ursprungs die Elemente der Stützsubstanz hinzurechne.

v. Muralt.

523) **Fuchs** und **Rosenthal**: Physikalisch-chemische, cytologische und anderweitige Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit.

(Wiener medicin. Presse. 1904. No. 44—47.)

Bei 403 Erkrankungen auf luetischer Basis (Tabes, progr. Paralyse, Lues cerebrospinalis) fand sich Lymphocytose in 94% der Fälle; bei 272 andersartigen nervösen Erkrankungen nur in 6% der Fälle. Epileptiker gaben hier in 64 Fällen zehnmal einen positiven Befund (cfr. die Angaben Merzbacher's!). — Der Gefrierpunkt der Cerebrospinalflüssigkeit liegt bei Meningitis etwas niedriger als bei anderen Krankheitsformen. Die elektrische Leitungsfähigkeit des Liquor ist geringer, je ärmer er an gelösten Substanzen ist. Gefrierpunkt und Leitungsfähigkeit gehen miteinander parallel.

Spielmeyer.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Herausgegeben im Verein mit zahlreichen Fachmännern des In- und Auslandes

von

Privatdozent Dr. Robert Gaupp in München, Rückertstr. 5.

Erscheint am 1. und 15. jeden Monats im Umfang von 2—3 Bogen. Preis des Jahrganges Mk. 24.
Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin W. 30 und Leipzig.

XXVIII. Jahrgang. 15. Dezember 1905. Neue Folge. XVI. Bd.

I. Originalien.

Zur allgemeinen Psychopathologie der Zwangsvorstellungen und verwandter Symptome.*)

Von Sanitätsrat Dr. Fauser, Stuttgart.

M. H.! Die nachfolgende Untersuchung geht von der Ansicht aus, dass die Grundwissenschaft der Psychopathologie die wissenschaftliche Psychologie des gesunden Menschen ist, dass es kein psychopathologisches Symptom gibt, das nicht wenigstens in seinen Elementen im normalen Seelenleben enthalten wäre, und dass die Gesetze des krankhaften psychischen Geschehens dieselben sind, wie die des normalen — kurzum, dass der Fundamentalsatz der modernen Pathologie, wonach Kranksein nichts anderes ist als Leben unter veränderten Bedingungen, in vollem Umfang auch auf die Psychopathologie seine Anwendung findet.

Diese Sätze mögen manchem selbstverständlich erscheinen, und der Einwand, dass sie in der Praxis wenig Beachtung finden, mag von dieser Seite vielleicht mit dem Hinweis beantwortet werden, dass ja fast bei allen psychiatrischen Untersuchungen, auch bei denen, die von der normalen und pathologischen Anatomie als Grundlage der normalen und pathologischen Psychologie ausgehen, das psychische Moment und zwar

*) Vortrag, gehalten auf der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte (Meran, September 1905).

in immer mehr zunehmendem Maasse berücksichtigt werde. Sehen wir aber näher zu, in welcher Weise diese Berücksichtigung stattfindet, so finden wir, dass nur in der Minderheit der Fälle der wissenschaftlich-psychologische Standpunkt eingenommen und konsequent festgehalten wird, dass es sich vielmehr häufig nur um eine Art „Privatpsychologie“, „ad-hoc-Psychologie“ der betreffenden Autoren handelt. Man merkt wohl: das Bedürfnis nach psychologischer Interpretation und Begründung ist vorhanden, aber man nimmt es nicht ernst und nicht konsequent genug, man studiert vor allem nicht genug systematische wissenschaftliche Psychologie. Wir — ich meine vor allem uns „Naturforscher und Aerzte“ — stecken noch viel zu sehr in der Reaktion gegen den verflornten spekulativen Standpunkt in der Philosophie und Psychologie, der auch in der Psychiatrie seine wunderlichen Blüten getrieben hat, drinnen; das berechtigte Gefühl der Erregung über die Ansprüche, die von dieser Seite an die Erfahrungswissenschaften gemacht wurden und zum Teil heute noch werden, hat vielfach unsern Blick getrübt, so dass wir nicht wahrnehmen, wie inzwischen die Psychologie — eben mit den Hilfsmitteln der empirischen Forschung — zu einer selbständigen, wohl ausgebauten Erfahrungswissenschaft herangediehen ist.

Es kann mir nicht beikommen, behaupten zu wollen, dass der von mir beklagte Zustand innerhalb der Psychiatrie der allgemeine ist: gerade die letzten Jahre haben ja eine Reihe von Arbeiten — sowohl Bearbeitungen umschriebener Gebiete, wie namentlich die grosse Bearbeitung des Gesamtgebietes durch Kraepelin*), die Bearbeitung der allgemeinen Psychiatrie durch Störring**) — gebracht, die auf dem Boden der neueren Psychologie stehen; aber gerade der rasche Aufschwung, den die Psychiatrie den Kraepelin'schen und ähnlich gerichteten Forschungen verdankt, zeigt, wie wenig der wissenschaftlich-psychologische Gesichtspunkt bis dahin zur Geltung gekommen ist, und wie sehr es sich lohnt, ihn systematisch auf alle psychopathologischen Fragen zur Anwendung zu bringen; und eine grosse Anzahl von Einzelfragen, namentlich aus dem Gebiet der allgemeinen Psychiatrie, harren noch ihrer Betrachtung unter wissenschaftlich-psychologischen Gesichtspunkten.

Von diesen Fragen gestatten Sie mir heute die sogenannten Zwangsvorstellungen und verwandten Symptome herauszugreifen. Ist der eben skizzierte Standpunkt der richtige, dann müssen die Bestandteile dieser Symptome schon im normalen Seelenleben — nicht bloss in

*) Psychiatrie, 7. Aufl. 1903/04.

**) Vorlesungen über Psychopathologie. 1900.

jenen Grenzgebieten, aus denen man sich in der Regel, um sich die Aufgabe zu erleichtern, die Analogieen holt — vorgebildet sein, so dass die komplexen Symptome — einfach durch Intensitätsabstufungen und andere Gruppierung der Komponenten — restlos daraus abgeleitet werden können*).

Ich schicke voraus, dass ich die psychologischen Anschauungen Wundt's**), also der Apperzeptionspsychologie, zugrunde lege. In eine Auseinandersetzung zwischen den verschiedenen Richtungen innerhalb der wissenschaftlichen Psychologie, insbesondere zwischen der Apperzeptions- (voluntaristischen) und der Assoziations- (intellektualistischen) Psychologie kann hier natürlich nicht eingetreten werden; sie gehört zu den Aufgaben der normalen Psychologie. Ich persönlich bin darüber nicht im Zweifel, dass die Apperzeptionspsychologie, wie sie der Altmeister der modernen Psychologie ausgebildet hat, namentlich auch für das Arbeitsgebiet der Psychiatrie sich viel fruchtbarer erweist, als jede andere psychologische Richtung. So scheint mir gerade auf die krankhaften psychischen Gebilde und Zusammenhänge, auf die ich nunmehr Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte, vom Standpunkt der Apperzeptionspsychologie aus ein interessantes und einheitliches Licht zu fallen. Eben auf diese Einheitlichkeit der Betrachtungsweise, die einerseits in die Erörterung des pathologischen Problems keine anderen Begriffe einführt als die schon beim Aufbau der normalen Psychologie verwendeten, andererseits sich nicht auf das vorliegende einzelne Problem beschränkt, sondern auch auf benachbarte und entfernte pathologische Probleme übergreift — so dass also der Zusammenhang mit dem gesamten normalen und pathologischen psychischen Geschehen gewahrt bleibt — möchte ich

*) Um Missverständnissen vorzubeugen, bemerke ich hier, dass ich mich nicht der Illusion hingabe, als könnte ich die klinischen Krankheitsbilder aus den Elementen, Gebilden und Gesetzen der normalen Psychologie a priori konstruieren. Derartiges kann auch die somatische Pathologie nicht; es ist noch keinem Pathologen eingefallen, etwa aus der normalen Anatomie und Physiologie der Kreislauforgane das klinische Bild einer Herzklappenentzündung, eines Herzklappenfehlers mit allen Einzelheiten und Komplikationen rein theoretisch im Voraus darstellen zu wollen. Vorausgehen muss immer die Kenntnis der empirischen Krankheitsformen und ihres Verlaufs mit allen Einzelheiten und scheinbaren Zufälligkeiten (d. h. in unserem Fall die klinische Psychiatrie); aber damit wird nicht alteriert das Recht und die Pflicht, den Erfahrungsstoff zu analysieren, d. h. in kleinere und kleinste Teile zu zerlegen, den etwaigen Gesetzen des Verlaufs nachzuspüren und das Gefundene dann mit den Elementen und Gesetzen des normalen Lebens in Beziehung zu bringen. Diese analytische Tätigkeit ist die Aufgabe der allgemeinen Pathologie; lediglich auf diesen Standpunkt, den der „allgemeinen Psychopathologie“, habe ich mich sowohl bei dieser wie bei einigen früheren Arbeiten („endogene Symptomkomplexe bei exogenen Krankheitsformen“, („zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken“) gestellt. (Nachträglicher Zusatz.)

**) Grundzüge der physiologischen Psychologie, 5. Aufl. 1902/3. — Grundriss der Psychologie, 6. Aufl. 1904.

für die Würdigung meiner Arbeit den Nachdruck gelegt wissen; vieles Einzelne ist ja sowohl in allgemein-psychiatrischer wie in klinischer Hinsicht bereits von andern Autoren festgelegt worden*).

Gehen wir nun auf unser spezielles Thema — zunächst mehr beschreibend als erklärend — über, so haben wir es bei den Zwangsvorstellungen um psychische Vorgänge zu tun, die im allgemeinen durch folgendes charakterisiert sind:

1. Es tritt auf assoziativem Wege eine Vorstellung auf, die entweder schon von Haus aus gefühlsstark und zwar dann meist mit einem Unlust —, seltener mit einem Lustgefühl verbunden, oder die von Haus aus gefühlsschwach ist.

Ich bemerke schon hier, dass wir im folgenden, um uns die Aufgabe nicht auf unrechtmässige Weise zu erleichtern, hauptsächlich mit denjenigen Fällen uns beschäftigen wollen, bei denen es sich um von Haus aus möglichst wenig gefühlsbetonte Vorstellungen handelt.

2. In der Folge treten, auch wenn die Vorstellung von Haus aus gefühlsschwach war, mehr oder weniger starke Unlustgefühle auf und zwar besonders Gefühle des Unterliegens und namentlich Gefühle von peinigendem Charakter.

3. Die Vorstellung wird von den im ganzen besonnenen, klar denkenden Kranken als etwas „Fremdes“ aufgefasst, als etwas von ihrem gesunden Selbstbewusstsein Abgesondertes, als eine Art „Fremdkörper im Bewusstsein“; es besteht Krankheitsgefühl und in verschiedenem Masse, je nach der Stärke dieses Fremdgefühls, Krankheitseinsicht.

4. Der ganze Vorgang erregt die Aufmerksamkeit des Kranken in zunehmendem Masse; es treten die dem Aufmerksamkeitsvorgang entsprechenden Gefühle spannenden Charakters auf.

5. Es entsteht ein zusammengesetzter Gemütszustand von einfachem Unbehagen bis hinauf zu ausgesprochener Angst, der sich aus den eben genannten Gefühlen zusammensetzt, also aus dem Gefühl des Unterliegens, aus peinigenden Gefühlen, dem Gefühl des Fremdseins und aus Spannungsgefühlen.

6. Die Vorstellung wird schliesslich abnorm fest und lange von der Aufmerksamkeit erfasst, sie „haftet“ und kehrt abnorm leicht wieder zurück.

Das sind die wesentlichen Momente, resp. Etappen des Vorgangs der Zwangsvorstellungen. — Indem wir uns die weiteren Entwicklungen.

*) In der neuesten Arbeit über diesen Stoff von Warda: „Zur Geschichte und Kritik der sog. psychischen Zwangszustände“ — Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1905 — findet sich auf pag. 578—585 eine umfassende Literaturangabe.

resp. Entwicklungsmöglichkeiten für später aufsparen, wollen wir uns nun mit dem Versuch einer Erklärung des Vorgangs eingehender beschäftigen.

Da ist zunächst hervorzuheben, dass die betreffende Vorstellung immer ausserhalb des gesunden Selbstbewusstseins liegend, immer sinnlos, absurd ist oder wenigstens wird. Man könnte einwenden und hat auch schon eingewendet, dass das für viele Zwangsvorstellungen nicht zutreffe; man kann z. B. sagen, dass, wenn ich unvorsichtig, unrecht gehandelt habe und dann von Sorge, von Gewissensskrupeln gepeinigt werde, so sei das doch nicht absurd. Das ist natürlich in vielen Fällen keineswegs absurd; absurd, sinnlos wird es erst dann, wenn mein gesunder Verstand mir sagt, dass es zweck- und sinnlos ist, mich mit der betreffenden Vorstellung weiter zu befassen, und dieselbe trotzdem entgegen meinem besseren Wollen und Wissen immer und immer wiederkehrt und ich sie nicht los werde, so sehr ich mich dagegen wehre und sie als einen mir angetanen Zwang empfinde: erst dann handelt es sich um eine „Zwangsvorstellung“, dann aber ist auch der Vorstellungsinhalt für mich ein absurder geworden.

Also, es handelt sich bei einer Zwangsvorstellung — entweder schon von Haus aus oder erst im Verlaufe der Entwicklung, schliesslich aber immer — um etwas, was den Bedürfnissen meines gesunden Selbstbewusstseins nicht entspricht und als nicht entsprechend, als absurd, immer wieder erkannt wird, um eine Vorstellung, die der willkürlichen, zweckvoll wählenden Tätigkeit des „Ich“ entbehrt, d. h. um in der Sprache der Apperzeptionspsychologie zu reden, um eine den Assoziationen, nicht den Apperzeptionsverbindungen zugehörnde Vorstellung. Denn der Apperzeption, und zwar der aktiven Form derselben, fällt ja gerade die Aufgabe zu, aus dem sich zur Auffassung drängenden Material, das (der Wahrnehmungsvorgang und) die Assoziationen darbieten, dasjenige auszuwählen, was unserm erworbenen Schatz an Willensrichtungen, unserem „Selbstbewusstsein“ entspricht. Und diese Tätigkeit der aktiven Apperzeption versagt im gegebenen Fall, sie ist unzureichend. So gelangt auf rein assoziativem Wege etwas, das das gesunde Selbstbewusstsein nicht ausgewählt hat, an dem die aktive Apperzeption unbeteiligt ist, zur klaren und scharfen, aber rein passiven Auffassung. Wir können demnach sagen: Voraussetzung bei Bildung einer Zwangsvorstellung ist eine Veränderung der Apperzeptions-tätigkeit in dem Sinn, dass die aktive Form der Apperzeption gegenüber der passiven in den Hintergrund getreten ist.

Wir würden uns nun eines Rückfalls in die Monomanienlehre schuldig machen und damit den ganzen Wert unserer Beweisführung in

Frage stellen, wenn wir diese Insuffizienz der aktiven Apperzeption auf gewisse Vorstellungen einschränken müssten. Aber dem ist eben nicht so; vielmehr finden wir, und dies wird auch von allen Autoren betont, dass es sich bei den ausgesprochenen Fällen von Zwangsvorstellungen immer um konstitutionell Veranlagte handelt*), um „Nervöse“, um konstitutionell Verstimmte, um Menschen, die die Lebensreize einseitig verarbeiten, die ihnen vorherrschend passiv hingegeben sind, die in ihrem ganzen Wesen etwas Unfreies, Peinliches, Pedantisches haben, um Wahrheitsfanatiker u. s. f., kurzum um Menschen, die andauernd ihre inneren Vorgänge, ihre Denkprozesse, ihre Willenshandlungen nur ungenügend dem regulierenden Einfluss ihres höheren Selbstbewusstseins zu unterstellen vermögen, also um Kranke, die an einer andauernden und allgemeinen Insuffizienz der aktiven Apperzeption leiden.

Also wir haben jetzt den Fall, dass rein passiv, auf assoziativem Wege, eine Vorstellung aufgetreten ist, die sich deutlich gegen den Inhalt des gesunden Selbstbewusstseins abhebt, die dem Betroffenen als sinnlos erscheint.

Wie kommen nun die immer heftiger werdenden Unlustgefühle zustande, da die Vorstellung doch, wie wir gesehen haben, ihrem Inhalt nach völlig gleichgiltig sein kann?

Das Gefühl des Unterliegens, des Erleidens ist jedem bloss passiven Apperzeptionsvorgang eigentümlich. Wenn sich meinem Bewusstsein eine Vorstellung aufdrängt, die nicht durch die auswählende Tätigkeit des aktiven Willens (der aktiven Apperzeption) vorbereitet ist, so kann sie zwar klar und deutlich aufgefasst (apperzipiert) werden — denn auch die auf dem Wege der blossen Assoziation dargebotenen Vorstellungen werden nachträglich apperzipiert —, aber es ist mit solchen bei passivem Zustande des Bewusstseins zustande gekommenen Apperzeptionen stets zunächst ein mehr oder weniger deutliches Gefühl des Erleidens verbunden. (Denken Sie z. B., um einen Fall aus dem Wahrnehmungsvorgang zu nehmen, an das Gefühl des Erleidens, das wir zunächst haben, wenn wir unvorbereitet von einem starken Sinnesreiz getroffen werden.)

Etwas schwieriger ist die Erklärung der peinigenden, quälerischen Gefühle bei den Zwangsvorstellungen. Angenommen z. B. es dränge sich,

*) Die einfache Ermüdung schafft wohl nur die einfacheren Fälle und auch diese wohl nur unter Mitwirkung einer gewissen Disposition.

während ich mich mit einem abstrakten Stoff beschäftige, in mein Bewusstsein die Vorstellung „Tisch“ herein: wieso kann diese doch inhaltlich recht harmlose, gefühlsarme Vorstellung mich peinigen? Daraufhin ist zu sagen, dass hier allerdings Gefühle peinigender, quälerischer Natur entstehen, die freilich nicht den Inhalt der einzelnen Vorstellung, wohl aber den sich abwickelnden komplizierten Vorstellungsprozess selbst begleiten.

Wir haben hier ganz kurz die Gefühle zu besprechen, die die zusammengesetzten Denkprozesse begleiten und die von Wundt mit dem Namen „intellektuelle“ Gefühle belegt worden sind. Es handelt sich bei diesen Denkprozessen um die Tätigkeit des Beziehens und Vergleichens von Bewusstseinsinhalten aufeinander und miteinander, der Synthese und Analyse, und bei den entsprechenden Gefühlen um die logischen, ethischen, religiösen und höheren ästhetischen Gefühle, also in normalen Fällen in logischer Hinsicht um die Gefühle der Uebereinstimmung und der Nichtübereinstimmung, in ethischer um die Gefühle der Billigung und der Missbilligung, in religiöser um die Gefühle der Abhängigkeit von einem letzten Grund und Zweck der Dinge u. s. f. in ästhetischer um Verbindungen dieser und anderer Gefühle.

Nun sagten wir ja oben, dass in unserem Fall eine „Insuffizienz“ — d. h. eine ungenügende Leistung, aber nicht ein völliges Ausgeschaltetsein — der aktiven Apperzeption dem ganzen Vorgang zugrunde liege. Infolgedessen werden die Funktionen des Beziehens und Vergleichens usw. zwar unternommen, können aber nicht zum Abschluss geführt werden. Es findet sozusagen ein beständiges Ringen darum statt, den neuen Bewusstseinsinhalt zu dem alten in ein reinliches Verhältnis, sei es der Uebereinstimmung, sei es der Nichtübereinstimmung etc. zu setzen: diesem Auf- und Abwogen des Kampfes entsprechen die schwankenden und zwiespältigen Gefühle der Zwangsvorstellungskranken, ein „oszillierender“ Gemütszustand: Zweifel, Unentschiedenheit, Unsicherheit, moralische und religiöse Bedenken und Skrupel etc.

Auf diese Weise erklären sich nach meiner Auffassung die allen Zwangsvorstellungen, auch den von Haus aus gefühlsarmen, während der Weiterentwicklung des Prozesses sich anheftenden mannigfachen Gefühle peinigenden Charakters und die daraus entspringenden Antriebe des Grübelns usw.

Es wären jetzt noch die andern Partialgefühle zu erklären, die ich als Komponenten des die Zwangsvorstellung begleitenden Angstaffekts bezeichnet habe.

Zunächst haben wir uns mit dem Gefühl des „Fremdseins“ zu beschäftigen, das dem einfachen Unbehagen wie dem Angstaffekt der Zwangsvorstellungskranken seine besondere Färbung verleiht und das z. B. auch in der Form der Krankheitseinsicht zutage tritt. — In letzterer Beziehung ist zunächst zu sagen, dass die Krankheitseinsicht bei Zwangsvorstellungskranken innerhalb der weitesten Grenzen schwankt, dass es eine absolut klare, auf alle Phasen des Prozesses gleichmässig sich erstreckende Krankheitseinsicht hier wohl überhaupt nicht gibt, dass namentlich die Einsicht in die krankhafte Natur des schliesslich resultierenden Angstaffekts mindestens eine unvollkommene, erst nachträglich in der anfallsfreien Zeit unter Mitwirkung der Reflexion zustande gekommene ist. Aber zum mindesten das Auftreten der ursprünglichen Vorstellung wird als „fremd“ gefühlt, wo es sich überhaupt noch um eine „Zwangs“vorstellung — und nicht um eine Wahnidee oder Sinnestäuschung — handelt.

Woher kommt dies Gefühl des „Fremdseins“, dem wir ja überhaupt bei Nervösen nicht selten begegnen? Kraepelin*) ist geneigt, anzunehmen, dass es sich hierbei um einen eigenartigen Ausdruck der geheimen Angst handle, welche dem Kranken die Sinne vergehen lässt und die klare Auffassung der Aussenwelt beeinträchtigt. Ich kann mich dieser Auffassung für die besondere Gefühlsfärbung, die uns hier beschäftigt nicht anschliessen: denn das eigentümliche Gefühl des Fremdseins, des Fremdartigen, Befremdenden, Unfassbaren, Unbegreiflichen, Sonderbaren, das der Angst des Zwangsvorstellungskranken eigentümlich ist, ist schon vor der Angst da. Es beruht darauf, dass der Versuch, die neu auftauchende Vorstellung mit dem alten Vorstellungsbestand zu vermitteln, zwar aktiv unternommen, aber nicht zu Ende geführt wird, also wiederum auf der vorhandenen, aber ungenügenden Tätigkeit der aktiven Apperzeption. Wäre diese letztere intakt, so würde es ihr gelingen, mit der auftauchenden Vorstellung fertig zu werden, d. h. nach erfolgter Prüfung sie nach Belieben entweder aufzunehmen oder zurückzuweisen; wäre sie gänzlich ausgeschaltet, würde ausschliesslich passiv apperzipiert, so würde die betreffende Vorstellung einfach passiv, kritiklos, ohne Willkür hingenommen, es käme zu einer Wahnidee, resp. bei stärkerer Erregbarkeit der Sinneszentren zu einer Sinnestäuschung. So aber, wo sie nur insuffizient ist, kann der Fremdling weder gänzlich abgewehrt werden, noch gänzlich eindringen, es kommt zu einem schwankenden, zwiespältigen Zustand von „Fremdsein und doch nicht davon Loskommen“, von „Krankheitseinsicht und doch Krankbleiben“: also auch hier wieder zu einem psychischen Gebilde oszillierenden Charakters.

*) Klinische Psychiatrie, p. 770.

Das Gefühl der Spannung endlich, das einen integrierenden Bestandteil des Angstaffektes ausmacht, ist oben bereits im allgemeinen auf seine sinnliche Wurzel zurückgeführt. Es handelt sich hier um (Muskel-) Spannungsempfindungen („innere Tastempfindungen“) und die damit verbundenen Spannungsgefühle, die hier den Apperzeptionsvorgang während aller seiner Schwankungen begleiten, sowohl während des rein passiven Teils, wie während der immer wiederholten ungenügenden Anläufe der aktiven Apperzeption.

Alle diese Gefühle, nach psychologischen Gesetzen sich gegenseitig verstärkend und sich miteinander zu Affekten verbindend, bilden den wesentlichen Inhalt der „Zwangsvorstellung“ und die Etappen des Zwangsvorstellungsprozesses; sie setzen schliesslich das Totalgefühl des Angstaffektes zusammen mit den den Affekten überhaupt zukommenden physischen Rückwirkungen auf die mimischen und pantomimischen Muskeln, die Herz-, Atmungs- und Drüsentätigkeit u. s. f. und mit der Tendenz zur Affektverstärkung, die ja eine wichtige psychologische Eigenschaft der physischen Begleiterscheinungen der Affekte ist.

Der jeweilige Angstaffekt ist also, entsprechend unsern Darlegungen, dem Auftreten der Zwangsvorstellung gegenüber etwas Sekundäres, keinesfalls die Ursache dieses Auftretens; denn er schliesst sich ja im wesentlichen als Gefühl des Unterliegens, als peinigendes intellektuelles Gefühl, ferner als Gefühl des Fremdseins, als Spannungsgefühl erst an das Auftreten der betreffenden absurden Vorstellung an; aber er wird dann seinerseits wieder — nach einem hier nicht weiter zu erörternden psychologischen Gesetz, demzufolge eine bestehende Gefühlslage zu einer einheitlichen Fixierung von Vorstellungen tendiert, welche mit gleichen oder ähnlichen Gefühlszuständen einhergehen —*) zur Ursache davon, dass die absurde Vorstellung abnorm stark von der Aufmerksamkeit erfasst, „fixiert“ wird, dass sie abnorm lange darin verweilt, „haftet“ und, wenn sie einmal glücklich daraus entfernt ist, abnorm leicht und häufig — nach dem Gesetz der Uebung — wieder zurückkehrt. Dass durch diese immerwährenden Wiederholungen die Angst wiederum gesteigert und ein ängstliches Erwartungsgefühl gegenüber dem zu gewärtigenden angstvollen Zustand, eine „Phobo-Phobie“, erzeugt werden kann, liegt auf der Hand.

M. H.! Damit glaube ich in der Hauptsache die Zwangsvorstellungen erklärt, d. h. auf die Bestandteile und Gesetze des normalen seelischen Lebens zurückgeführt zu haben.

*) Störring a. a. O. p. 347.

Von den Zwangsvorstellungen werden klinisch in der Regel die „Phobien“ im engeren Sinne unterschieden. Der Unterschied ist nach meiner Meinung in psychologischer Hinsicht kein zu grosser und wird in der Hauptsache darauf zurückzuführen sein, dass die Phobien im engeren Sinne an bestimmte äussere Vorgänge, an äussere Willenshandlungen gebunden sind; man könnte sagen, bei den Zwangsvorstellungen handle es sich um eine Störung der inneren, bei den Phobien um eine Störung der äusseren Willenshandlungen; ein näheres Eingehen auf diese Dinge muss ich mir für heute versagen.

Auch mancherlei andere klinische Nuancen und Unterformen innerhalb der uns hier beschäftigenden Vorgänge lassen sich psychologisch auf mehr äusserliche und unwesentliche Unterschiede reduzieren; so z. B. auf Unterschiede der grammatikalischen Form (Frageform, hypothetische, imperative Form usw.), auf Unterschiede des assoziativen Bandes, an dem die Zwangsvorstellungen herangezogen werden: so mag z. B. das Auftreten gotteslästerlicher Vorstellungen an geweihter Stätte in Gefühlsassoziationen (Kontrastgefühlen), das Auftreten von Phobien bei bestimmten Anlässen in Erinnerungsvorgängen mit den entsprechenden Gefühlen seine Erklärung finden.

Zum Schluss habe ich noch die weiteren Entwicklungen und Entwicklungsmöglichkeiten der uns hier beschäftigenden Vorgänge kurz zu erwähnen.

Zunächst den Ausgang in Genesung oder in Geisteskrankheit — auch das letztere kommt ja mitunter vor. Ob der eine oder der andere Fall eintritt, wird natürlich im wesentlichen durch klinische Verhältnisse bestimmt. Allgemein-psychiatrisch kann nur gesagt werden, dass Genesung eintritt, wenn die insuffiziente aktive Apperzeption wieder leistungsfähig geworden ist; Uebergang in Geisteskrankheit aber (Wahnidee resp. Sinnestäuschung) dann, wenn die aktive Apperzeption völlig vernichtet, wenn nur noch passiv apperzipiert wird; dann fallen die oben geschilderten Gefühle des Fremdseins, die oszillierenden Gefühle der Ungewissheit, des Zweifels etc. weg, resp. treten nur vereinzelt (bei leisen Regungen der aktiven Apperzeption) wieder auf, eine rein passive Gemütslage stellt sich ein, Trauer, Schmerz u. s. f.: an die Stelle der Ungewissheit und des Zweifels tritt für den Kranken die subjektive Gewissheit auf den genannten Gebieten, die unkorrigierbare Wahnidee, dass „alles verkehrt“, dass er „der schlechteste Mensch von der Welt“, dass er „von Gott verlassen“ sei und ähnliches.

Was die bei Zwangsvorstellungskranken auftretenden „Schutzhandlungen“ betrifft, so sind dieselben formell durchaus normale und

deshalb auch, für sich allein betrachtet, ohne das Gefühl des Zwangs auftretende äussere Willenshandlungen, die nach ihrer Form und ihren Motiven — Beseitigung eines vorhandenen Unlustaffekts — nichts von den äusseren Willenshandlungen Gesunder Abweichendes haben.

„Zwangs“handlungen, d. h. in der Richtung der Zwangsvorstellungen und mit dem Gefühl des Zwangs treten bei vollsinnigen Personen höchstens auf der Höhe eines stärkeren Angstaffekts auf — demnach unter Verhältnissen, die sich vermöge der vorhandenen Bewusstseinstrübung einer eigentlichen Geistesstörung nähern — oder als Handlungen, die sozial verhältnismässig geringfügig sind, von dem Betreffenden auch als geringfügig erkannt und zu dem Zweck ausgeführt werden, um sich dadurch von dem peinigenden Gefühl der Zwangsvorstellung zu befreien — es findet hier also eine Annäherung an Schutzhandlungen statt. Ein schwereres unsoziales Verhalten setzt entweder eine besondere Höhe des Angstaffekts, besonders in der Nähe von Psychosen, oder einen andauernden ethischen oder intellektuellen Defekt voraus. In ausgesprochenen Fällen letzterer Art spricht man von „impulsivem Irresein“ im engeren Sinne, wobei — entsprechend der geringeren Bedeutung der intellektuellen Prozesse bei nichtvollsinnigen Personen — die der jeweiligen Zwangshandlung vorausgehende Phase der Zwangsvorstellung meist merklich abgekürzt ist.

M. H.! Gestatten Sie mir noch, das Gesagte in folgenden Schlüssätzen zusammenzufassen:

1. Die psychologische Grundlage der Zwangsvorstellungen (wie der „Nervosität“ überhaupt) liegt im Vorgang der Apperzeption und besteht in einer Verschiebung derselben zugunsten der passiven Form, in einer „Insuffizienz der aktiven Apperzeption“.

2. Durch diese Insuffizienz der aktiven Apperzeption wird die Bildung rein assoziativer, den Bedürfnissen des Selbstbewusstseins nicht entsprechender, absurder Vorstellungen begünstigt.

3. Die bei auch von Haus aus gefühlsarmen Vorstellungen auftretenden Gefühle des Peinigenden, Quälenden stammen aus dem Vorstellungsverlauf selbst und sind in erster Linie „intellektuelle Gefühle“ und zwar, entsprechend dem mühsamen Ringen der geschwächten aktiven Apperzeption hauptsächlich solche „oszillierenden“ Charakters (Zweifel, Unsicherheit, Skrupel, Bedenken etc. auf „intellektuellem“, d. h. logischem, ethischem, religiösem Gebiete); ferner das Gefühl des „Erleidens“, des „Fremdseins“, „Spannungs“gefühle; aus diesen Partialgefühlen setzt sich das Totalgefühl „Zwangsvorstellungsangst“ zusammen.

4. Der Affekt wird wiederum zur Ursache der abnorm starken

Fixierung der absurden Vorstellung, ihres Haftens und — unter Mithilfe der „Uebung“ — ihrer leichten Wiederkehr; das durch letzteres Moment erzeugte ängstliche Erwartungsgefühl erzeugt die „Phobo-Phobie“.

5. Der Unterschied zwischen „Zwangsvorstellungen“ und den sog. „Phobien“ i. e. S. reduziert sich psychologisch in der Hauptsache auf den Unterschied zwischen inneren und äusseren Willenshandlungen; mancherlei andere klinische Nüancen lassen sich auf Unterschiede der grammatikalischen Form, des assoziativen Bandes u. a. zurückführen.

6. Der Ausgang des Vorganges ist entweder Erstarkung der aktiven Apperzeption: Genesung, oder weitere Abnahme derselben bis zum völligen Erlöschen: Uebergang in Wahnidee (oder Sinnestäuschung); ob der eine oder andere Fall eintritt, wird durch klinische Verhältnisse bestimmt.

7. Die bei Zwangsvorstellungen auftretenden „Schutzhandlungen“ sind normal motivierte äussere Willenshandlungen, die nach ihrer Entstehungsweise nichts von den sonstigen Arten von äusseren Willenshandlungen Abweichendes haben.

8. „Zwangs“handlungen in der eigentlichen Bedeutung, d. h. im Sinn der Zwangsvorstellung und mit dem Gefühl des Zwangs, treten bei vollsinnigen Personen höchstens auf der Höhe des Angstaffekts (Annäherung an Psychosen) oder als Handlungen von verhältnismässiger Geringfügigkeit (Annäherung an Schutzhandlungen) auf. Bei ethischem oder intellektuellem Schwachsinn spielen sie eine grössere Rolle; in diesem Fall kann die der Zwangshandlung vorausgehende Phase der Zwangsvorstellung merklich abgekürzt werden („impulsives Irresein“ i. e. S.).

M. H.! Das wäre der Prozess der Zwangsvorstellungen und verwandter Symptome, wie er sich nach meiner Meinung vom Standpunkt der Apperzeptionspsychologie aus darstellt; im ganzen handelt es sich also nach dieser Auffassung bei diesen Vorgängen durchweg um Teilabschnitte aus dem grossen Kapitel der Pathologie des Apperzeptionsvorganges.

Wenn Sie dabei den Eindruck gewonnen haben, dass es sich um eine etwas verwickelte Sache handle, so muss ich Ihnen vollständig Recht geben; aber unser Seelenleben überhaupt, sowohl das normale wie das gestörte, ist zusammengesetzt, einheitlich zwar, aber nicht einfach; und so kann auch eine Erklärung, die allen Einzelvorgängen gerecht werden will, höchstens eine einheitliche, niemals eine einfache sein. Es würde mich freuen, wenn Sie meinem Erklärungsversuch das Zeugnis ausstellen könnten, dass er in der Tat ein einheitlicher und den Einzelvorgängen gerecht werdender ist.

(Aus der Anstalt Herzberge der Stadt Berlin. Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moeli.)

Ueber die psychische und sensible Reaktion der Pupillen.

Von Dr. med. Arth. Herm. Hübner.

Die nachstehend mitgeteilten Untersuchungsergebnisse stellen die Fortsetzung von Studien dar, die ich über das Fehlen der psychischen und sensiblen Reaktion bei Geisteskranken, speziell bei Imbezillen und an Dementia praecox Leidenden, angestellt habe. Sie basieren auf den Arbeiten von Bumke^{1) 2)}, einem Vortrag,³⁾ den ich auf der letzten Jahres-sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie gehalten habe, und einer ausführlicheren Publikation, die demnächst im Archiv für Psychiatrie erscheinen wird.

Indem ich auf diese Arbeiten verweise, hebe ich hier nur als das diagnostisch wichtigste Ergebnis derselben die Tatsache hervor, dass die psychische und sensible Reaktion bei 69 (Bumke) — 75% (Verfasser) aller Fälle von Dementia praecox fehlte, und nur in 8% der Fälle meines Materials vorhanden war.

Bei der verhältnismässig kleinen Zahl von Kranken (33 Bumke und 51 Verfasser), die jener Berechnung zugrunde lag, musste es weiteren Nachprüfungen vorbehalten bleiben, die Richtigkeit unserer bisherigen Beobachtungen zu erweisen. Das ist zunächst der Zweck dieser Zeilen, aber nicht der einzige. Es galt weiterhin auch diagnostisch zweifelhafte Krankheitsbilder in den Bereich der Betrachtungen zu ziehen, um auf diese Weise den differential-diagnostischen Wert unseres Symptoms zu prüfen.

Schliesslich musste auch auf das Verhalten der Reaktionen bei Imbecillen weiterhin geachtet werden, da die bisherigen Angaben hierüber nicht völlig übereinstimmten.

Um zur Mitteilung der Untersuchungsergebnisse überzugehen, so habe ich zunächst zu erwähnen, dass ich bisher bei drei geistesgesunden Frauen, mit normaler Lichtreaktion, welche im Alter von 48, 51, 56 Jahren standen, die Reaktionen nicht gefunden habe. Bei allen übrigen untersuchten Gesunden (81) konnte ich die Erweiterung regelmässig nachweisen. Ich unterlasse jedoch nicht hinzuzufügen, dass nur 12 Personen (9 F., 3 M.) das 45. Lebensjahr überschritten hatten.

I. An Kranken, welche zur Dementia praecox-Gruppe im Sinne Kraepelin's zu rechnen wären, habe ich inzwischen noch 29 untersuchen

¹⁾ Bumke: Centralbl. für Nervenheilkunde 1903. S. 613.

²⁾ Bumke: Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. G. Fischer, Jena, 1904.

³⁾ Hübner: Münch. med. Wochenschrift 1905. S. 1170.

können (23 F., 6 M.). Von diesen wurden 23 als Hebephrenie, 6 als Katatonie bezeichnet. Einen Unterschied zwischen beiden Krankheitsgruppen bezüglich unserer Reaktionen konnte ich jetzt ebensowenig, wie früher nachweisen und habe daher Hebephrenische und Katatoniker in den zahlenmässigen Angaben nicht mehr getrennt aufgeführt.

Hinzugefügt sei noch, dass 5 von unseren Patienten (2 F., 3 M.) frischere Fälle waren. Die Diagnose stand aber auch bei ihnen bereits fest.

Bei diesen 29 Kranken verhielten sich die psychische und sensible Reaktion folgendermassen:

	Zusammen	M.	F.
Beide Reaktionen waren vorhanden bei	4	3	1
„ „ fehlten „	17	2	15
Psychoreakt. +, sensible — „	5	1	4
Beide Reaktionen fraglich „	2	1	1
Psychoreakt. fraglich, sensible + „	1	—	1

Hieraus ergibt sich, dass in 60,7% beide Reaktionen fehlten. Dieser Prozentsatz ist etwas niedriger als der oben angegebene.

Für diagnostische Zwecke scheint mir der Umstand wichtig zu sein, dass bei der Dem. praecox nur in 14,3% aller Fälle beide Reaktionen vorhanden sind, während bei allen anderen funktionellen Psychosen normaliter die Erweiterung sowohl auf psychische, wie auf sensible Reize wenigstens bei jugendlichen Individuen nie ausbleibt.

Auf die wenigen Ausnahmen komme ich jetzt zu sprechen.

II. Hierzu gehören die Imbezillen und Idioten. Von solchen Kranken habe ich in den letzten vier Monaten 22 (5 M. 17 F.) neue Fälle gesehen (darunter eine Idiotin).

	Zusammen	M.	F.
Beide Reaktionen waren vorhanden bei	12	4	8
„ „ fehlten „	4	1	3*)
„ „ „ fraglich „	4	—	4
Die sensible Reaktion allein vorhanden bei	2	—	2

Dieses Ergebnis stimmt genau mit meinen früheren Resultaten überein und beweist somit, dass die Erweiterung der Pupillen auf psychische und sensible Reize bei Imbezillen viel seltener ausbleibt, wie bei jugendlich-Irren.

III. Wie bereits oben angedeutet wurde, ging mein Bestreben dahin, den differential-diagnostischen Wert unseres Symptoms weiter zu studieren.

In zwei Fällen, in denen ich zunächst an Hysterie gedacht hatte, fehlte schon bei der ersten Untersuchung die Erweiterung auf psychische etc.

*) Darunter die Idiotin.

Reize. Der weitere Verlauf zeigte, dass es sich beide Male um Hebephrenie handelte.

Bei zwei anderen Kranken — Frauen im Alter von 28 und 33 Jahren — konnte ich bisher zu keiner sicheren Entscheidung gelangen. Beide Frauen waren im Beginn der Pubertät (mit 15 bzw. 19 Jahren) zuerst erkrankt, wurden nach einigen Monaten angeblich als geheilt entlassen. Sie machten ähnliche Zustände mit anscheinend (?) gleichem Ausgang noch vier- bzw. dreimal durch. Die erste ist jetzt 6 Monate, die zweite 1 Jahr lang in der Anstalt, ohne dass aus dem klinischen Bilde, das manische Züge aufweist, eine sichere Diagnose (period. Manie?) gestellt werden konnte. Jedenfalls fehlt die psychische und sensible Reaktion bei ihnen, obwohl es sich höchst wahrscheinlich nicht um *Dementia praecox* handelt. Derartige Fälle verdienen wohl in Zukunft besonderes Interesse.

IV. Zum Schluss möchte ich bemerken, dass ich bisher bei keinem von den älteren Kranken, deren Pupillen ich z. T. seit fast einem Jahre in regelmässigen Abständen untersuche, ein Wiederauftreten der Reaktionen gefunden habe, obwohl sich bei mehreren das Zustandsbild erheblich geändert hat.

II. Bibliographie.

CLIV) **Richard Cassirer**: Neuritis und Polyneuritis. Sonderabdruck aus „Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts“. 1905.

Vortreffliche Darstellung der Lehre von der Neuritis in Form von Vorlesungen. Wenn auch der Fachmann wohl kaum etwas Neues in der Abhandlung findet (— Cassirer schliesst sich in allem Wesentlichen den Anschauungen seines Lehrers H. Oppenheim an —), so wird er doch gerne die übersichtliche Gruppierung und Schilderung des ganzen Erfahrungsstoffes in Cassirer's Arbeit studieren und dieses dem praktischen Arzte empfehlen. Gaupp.

CLV) **E. Mittelhäuser**: Unfall und Nervenerkrankung. Eine sozialmedizinische Studie. Halle, C. Marhold 1905. 86 S. Preis 1,50 M.

Der Verfasser beginnt mit einer recht guten Schilderung der historischen Entwicklung der Lehre von den Unfallneurosen (S. 1—29), von denen er drei unterscheidet: Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie. Er wendet sich dann der „Prädispositionsfrage“ zu. Hier erwähnt er: die Vererbung, die mangelhafte intellektuelle und moralische Erziehung der Jugend, ihre frühe Genussucht, ihre zu frühe Selbständigkeit nach Verlassen der Schule, den Alkoholismus und die Geschlechtskrankheiten. Simulation wird für selten, Uebertreibung der Symptome für sehr häufig erklärt. Es folgen dann einige kurze kasuistische Mitteilungen, die neurologischen Ansprüchen nicht ganz genügen dürften. Die

Zunahme der Unfallneurosen seit 1884 (Erlass des Unfallversicherungsgesetzes) hat ihre Gründe teils im Arbeiter selbst und seiner Umgebung, teils im Unfallversicherungsgesetz und seiner Auslegung, teils in den Aerzten und in der Art ihrer Untersuchung. Diese Anschauungen werden in eindringlicher Weise weiter ausgeführt und begründet und daraus dann die Prophylaxe und Therapie der Unfallneurosen, vor allem die soziale Hygiene abgeleitet. Gaupp.

CLVI) **Ernst Siefert** (Halle a. S.): Ueber die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher und die Mittel der Fürsorge zu ihrer Bekämpfung. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zwanglose Abhandlungen. III. Bd., Heft 5. Halle a. S. Carl Marhold.

Man kann wohl allem, was der Verfasser in diesem (vor einer sächsischen Gefängnisgesellschaft, also vor einem in der Hauptsache nicht-ärztlichen Publikum gehaltenen) Vortrage ausführt, beistimmen. Der Gewohnheitsverbrecher sei infolge einer seelischen, als krankhaft anzusprechenden Minderwertigkeit durch äussere Mittel im allgemeinen nicht beeinflussbar. Diese Minderwertigkeit sei selten eine erworbene, der Regel nach vielmehr eine angeborene und als eine besondere Form der Entartung aufzufassen. Der jugendliche Rechtsbrecher stellt in einem grossen Prozentsatz das erste Entwicklungsstadium des Gewohnheitsverbrechers dar; er folgt daher auch dem gleichen Gesetz wie dieser. Das soziale Milieu hat eine doppelte Bedeutung; es erzeugt die verbrecherischen Entartungsformen und es schafft die Reize, durch die die Anlage in die anti-soziale Handlung umgesetzt wird. Die heute bestehenden Einrichtungen — Irrenanstalten und Siechenhäuser, Gefängnisse, Strafanstalten und Arbeitshäuser, Fürsorge- und Zwangserziehung — versagen dieser Menschenklasse gegenüber und werden ihrer Eigenart nicht gerecht. Deshalb muss die Schaffung einer mit den nötigen Sicherungs- und auch Zwangsmassregeln versehene Zentralanstalt gefordert werden, „in der die Zügel einer sachverständigen Aufsicht beliebig lockerer oder fester gespannt werden können, und durch ein sich hieran anschliessendes System ländlicher, besonders zu organisierender Kolonien, aus denen im Bedarfsfalle der einzelne jederzeit nach der Zentralanstalt mit ihrer strengeren Zucht und Kontrolle zurückgezogen werden kann.“ Bumke.

CLVII) **Ernst Lohsing**: Das Geständnis in Strafsachen. Jurist-psychiatr. Grenzfragen. Zwanglose Abhandlungen. III. Bd. Heft 1/3. 1905.

Der erste Teil dieser Abhandlung wird vornehmlich den Juristen interessieren; aus dem zweiten Abschnitte jedoch, der die Ursachen des Geständnisses behandelt, wird gerade der Psychiater viel neues erfahren; die zahlreichen Beispiele für falsche Geständnisse, die hier angeführt sind, erscheinen ganz besonders geeignet, die Psychologie des „normalen Menschen vor Gericht“ zu illustrieren. Bumke (Freiburg i. B.).

CLVIII) **F. Karsch-Haak**: Beruht gleichgeschlechtliche Liebe auf Soziabilität? Eine begründete Zurückweisung. Seitz und Schauer. München 1905.

Die begründete Zurückweisung gilt der Hypothese von Benedikt Friedländer (Renaissance des Eros Uranios), nach der eine physiologisch-sinnliche Liebe auch zwischen Geschlechtsgleichen (=Soziabilität) immer vorhanden sein soll, und enthält eine Reihe von recht scharfen Angriffen gegen diesen Autor. Bumke.

III. Uebersichtsreferat.

Neurologisches Centralblatt 1903.

No. 22. **A. Westphal**: Beitrag zur diagnostischen Bedeutung der „Lidschlussreaktion“ der Pupillen. Bei einem 58jährigen Potator, der durch ein Kopftrauma eine vollständige linksseitige Okulomotoriuslähmung (neben aphasischen Störungen und leichter Verwirrtheit) erlitten hatte, zeigte die erweiterte linke lichtstarre Pupille bei intendiertem Lidschluss eine deutliche Verengung, worauf sie sehr langsam wieder zur Norm zurückkehrte. Auch als die Okulomotoriuslähmung sich allmählich zur Norm zurückgebildet hatte, blieb als letzter Rest die Erscheinung noch längere Zeit bestehen. Während nach W. bei doppelseitigem Vorkommen des Phänomens dieses nicht ohne weiteres auf Innervationsstörungen der Iris schliessen lässt, sondern auch in manchen Fällen bei guter Lichtreaktion der Pupillen beobachtet wird, ist bei einseitigem Vorkommen die Deutung auf einseitige Verminderung der Lichtreaktion gestattet und kann in Fällen zweifelhafter einseitiger Pupillenträgheit diagnostischen Wert haben. — 2. **C. Chenzinski**: Zur Frage über den Bau der Nervenzellen (Was sind die Nissl'schen Körperchen?). Wie C. bei Längsschnitten durch das Ochsenrückenmark gefunden hat, sind die Nissl'schen Körner weiter nichts als optische Querschnitte von Längs-, Quer- und Schrägstreifen, die auf Längsschnitten gefunden werden, wellenförmig in der Längsrichtung der Zelle verlaufen und, um den Kern umbiegend, sich in grosser Zahl um beide Kernpole anhäufen („Kappen“). In den Protoplasmafortsätzen verlaufen die Streifen sowohl beim Ochsen als beim Menschen sehr gewellt. Diese Streifung oder Faserung, welche vielleicht mit der von Dogiel beschriebenen Faserung der Retinanervenzellen bei Vögeln in einiger Beziehung steht, scheint ein unbedingter Bestandteil der Nervenzellen zu sein. — **L. Merzbacher** und **W. Spielmeier** (Freiburg i. Br.): Beiträge zur Kenntnis des Fledermausgehirns, besonders der kortikomotorischen Bahnen. Eignet sich nicht für ein kurzes Referat. — **W. Erbslöh**: Ueber einen Fall von isolierter Agraphie und amnestischer Erinnerungsunfähigkeit. Bei einer 63jährigen Frau mit Arteriosklerose, die in der letzten Zeit etwas hinfällig war, dann aber zeitweise erregt wurde, zeigte sich einige Tage später ein plötzlicher Verlust der Schreibfähigkeit, während Sprache und Lesefähigkeit ungestört waren, neben völliger Unfähigkeit, sich an Ereignisse aus früherer Zeit zu erinnern; doch konnte sie Dinge aus ihrem früheren Vorstellungskreis reproduzieren. Im Laufe von acht Tagen stellte sich die frühere Schreibfähigkeit allmählich wieder her, und auch die zeitweise motorische Unruhe mit Jammern und Klagen legte sich. Die Amnesie blieb noch einige Wochen bestehen, um dann auch allmählich zu schwinden. Nach Annahme des Verf. handelt es sich um einen wahrscheinlich durch einen kleinen apoplektischen Insult hervorgerufenen Verlust der optischen Schrifterinnerungsbilder, da das Nachschreiben geläufig vonstatten ging. Mit dem Gedächtnisausfall war übrigens eine entsprechende Urteilsschwäche und Abnahme der Merkfähigkeit verbunden.

No. 23. **L. Bach** (Marburg): Ueber die reflektorische Pupillenstarre und den Hirnrindenreflex der Pupille. B. betont, dass, was nicht immer beachtet werde, bei der reflektorischen Pupillenstarre sowohl die

direkte als die indirekte Lichtreaktion der Pupille fehle. B. ist, nach Experimenten an Katzen, Kaninchen und Affen, geneigt, den Sitz der Störung an das spinale Ende der Rautengrube, eventuell in Bahnen, welche zu dieser Stelle hinziehen oder von da abgehen, zu verlegen. Nach B. handelt es sich dabei um einen Reizzustand von Hemmungszentren am spinalen Ende der Rautengrube oder um einen Ausfall von Bahnen, welche die Tätigkeit dieser Hemmungszentren regulieren. Indem so alle Reize in Wegfall kommen, die auf die Pupille verengend oder erweiternd wirken, tritt eine Ruhestellung der auf die Pupille einwirkenden Kräfte ein und bei der Muskelruhe überwiegt der kräftigere Sphincter über den schwächeren Dilator; so ist die Miosis zu erklären. Den Haab'schen Pupillenreflex hat B. nur bei einem Patienten in deutlicher und einwandfreier Weise beobachtet, doch kommt ihm bei dem heutigen Stand der Wissenschaft eine praktische und diagnostische Bedeutung noch nicht zu. —

2. **Georg Köster** (Leipzig): Ueber die verschiedene biologische Wertigkeit der hinteren Wurzeln und des sensiblen peripheren Nerven. (Vorläufige Mitteilung.) Dieser Vortrag auf der IX. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen ist bereits in diesem Zentralblatt 1903, Seite 726 referiert. —

F. Quensel (Leipzig): Zur Pathologie der amnestischen Aphasie. Quensel sucht die Bezeichnung der verbalen Amnesie daraus zu rechtfertigen, dass es zahlreiche unreine und unbestimmte Fälle gibt, deren Haupterscheinung nicht eine eigentliche Sprachlosigkeit, sondern eine mit andern wechselnden Störungen verbundene Unfähigkeit bildet, das jedesmal erfordernte Wort willkürlich herauszubringen, obschon es ihnen oft ungesucht einfällt und sie es erkennen und verstehen, wenn sie es hören. Qu. bespricht die Beziehungen dieser Störung zur Worttaubheit und Wortblindheit auf Grund eigener Beobachtungen und kommt zu dem Resultat, dass, wenn auch den einzelnen aphasischen Störungen eine relative Selbständigkeit zukommt, sie sich doch vielseitig miteinander verbinden, so dass der gemeinschaftliche Name der Amnesia verbalis gerechtfertigt ist. Als das zentrale Gebiet dieser Störungen ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft der Gyrus angularis, der hintere Teil des Gyrus supramarginalis und das hintere Ende der 2. und 3. Temporalwindung links anzusehen. —

S. Goldflam (Warschau): Zur Lehre von den Hautreflexen an den Unterextremitäten, insbesondere des Babinski'schen Reflexes. (Schluss No. 24). G. hat den Babinski'schen Reflex unter 68 Fällen vaskulärer Hemiplegie, Hemi- und Monoparesen (Thrombose, Embolie, Hämorrhagie) auf arteriosklerotischer, luetischer, infektiöser, toxischer und anderer Basis, teils älteren, teils frischen Datums in 43 Fällen gefunden, und zwar meist auf der gelähmten Seite allein. In der grossen Mehrzahl der Fälle geht der Reflex mit Steigerung der Sehnenreflexe einher; der Fussklonus aber, der nicht nur bei organischen Läsionen, sondern auch bei funktionellen Störungen beobachtet wird (Pseudo- und Fussklonus), kam nur in 28 Fällen vor, fehlte also in vielen Fällen. Der Zustand der Muskeln (schlafte Lähmung oder Kontrakturen) ist für das Auftreten des Reflexes nicht ausschlaggebend, gewöhnlich aber bestehen spastische Erscheinungen an den Unterextremitäten. Auch das Verhalten der Sensibilität ist belanglos. In Fällen von encephalitischen Monoparesen hat G. den Babinski'schen Reflex wie den Fussklonus vermisst. Es scheint für das Zustandekommen des Reflexes aber nicht wesentlich zu sein, ob die Läsion in der Rinde, im Hemisphärenmark oder im Mittelhirn sitzt.

Der Oppenheim'sche Unterschenkelreflex, den Oppenheim dem Babinski gleichstellt, hat G. zwar in manchen Fällen von Hemiplegie gefunden (nicht nur bei Streichen der inneren Fläche, sondern auch der äusseren), in den meisten Fällen fehlte aber der Reflex auch dort, wo deutlicher Babinski oder Fussklonus vorhanden war, und in den positiven Fällen war die Extension der Zehen weniger ausgiebig als bei Reizung der Fusssohle. In Fällen von Paralysis agitans, von Tumor cerebri, von Syringomyelie wurde Babinski meist vermisst, unter 3 Fällen von multipler Sklerose war das Symptom zweimal vorhanden. Unter 21 Fällen von dorsaler und cervikaler (transversaler) Myelitis war dieser Reflex 13 Mal und Fussklonus 17 Mal zu konstatieren; unter 9 Fällen, die auf den Unterschenkelreflex untersucht wurden, war dieser dreimal vorhanden. Ausser den Fällen, bei denen eine Läsion der Pyramidenbahn bestand, konnte G. den Babinski'schen Reflex noch bei einem 42jährigen Neurastheniker neben leichtem Fussklonus hervorrufen, bei dem in mehrjähriger Beobachtung keine auf organische Erkrankung des Nervensystems hinweisende Erscheinungen auftraten, dann in zwei Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus (neben Fussklonus), ferner bei (gesunden) Kindern im 1. Lebensjahre, sowie bei älteren Kindern (zwischen 7 und 14) in tiefem Schläfe ungefähr in 50% der Fälle. In den meisten Fällen (30 von 40) waren hier auch die Patellarreflexe in tiefem Schläfe auszulösen. Ein Verhältnis zwischen dem Fehlen der Sehnenreflexe und An- oder Abwesenheit des Babinski'schen Zeichens war nicht zu finden. Die Untersuchung der Reflexe an den Unterextremitäten von Erwachsenen in der Narkose ergab, dass in der Aethernarkose die Hautreflexe (meist sehr schnell) schwinden und erst einige Stunden nach Ende derselben wieder auftreten, während die Sehnenreflexe meist eine Steigerung erfahren (Fussklonus, der die Narkose oft stundenlang überdauert); in der Chloroformnarkose waren die Resultate beim grösseren Teil der Untersuchten die gleichen, in nicht wenigen Fällen schwanden aber nicht nur die Haut-, sondern auch sämtliche Sehnenreflexe; nach Beendigung der Narkose kehrten zuerst die Sehnen- dann die Plantarreflexe wieder (das Babinski'sche Zeichen trat in der Narkose nie auf). Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass beide Arten von Reflexen einen verschiedenen Sitz haben, und zwar scheint, wie die Experimente in der Narkose schliessen lassen, der gewöhnlich zutage tretende Patellarreflex in der Rinde seinen Sitz zu haben. Ausserdem aber ist, wie G. näher ausführt, anzunehmen, dass es auch ein Zentrum im Rückenmark gibt. Der Plantarrindenreflex kommt gewöhnlich zum Vorschein und äussert sich vornehmlich in Flexierung der Zehen. Der aufsteigende Schenkel der Bahn nimmt vermutlich folgenden Weg: peripherer Nerv, hintere Wurzel, Hinterstränge, Hinterstrangkern, Schleifenkreuzung, mittlere Schleife, Parietallappen bezw. Zentralwindungen der gegenüberliegenden Hemisphäre; zentrifugale Bahn: die Pyramiden, Ganglienzellgruppe des Vorderhorns in der Höhe des zweiten Sakralsegments, Vorderwurzel, entsprechende Muskel. Ist diese Bahn auf dem Wege vom Eintritt der hinteren Wurzel ins Rückenmark bis zum Austritt der vorderen geschädigt, oder wird das Rindenzentrum durch natürlichen Schlaf oder Narkose ausgeschaltet, dann kann der Plantarrindenreflex nicht zum Vorschein kommen und der Reiz, der die Planta trifft und zur hinteren Wurzel aufsteigt, muss sich vermittels Reflexkollaterale quer durch das Rückenmark den Weg bahnen zu der Ganglienzellengruppe des spinalen Zentrums, vornehmlich des Ext. hall. log. in der Höhe des 5. Lumbalsegments — das

ist der spinale Plantarreflex. Ist die Läsion, welche die Bahn des Plantarrindenreflexes trifft, eine schwere und dauert sie lange, dann steigert sich die Reflexerregbarkeit des lumbosakralen Teils des Rückenmarks derart, dass der spinale Reflex auch von andern Hautterritorien der Unterextremität ausgelöst wird, oder gekreuzte Reflexe sich einstellen. Aber es kann auch, da der spinale Reflex wenig oder gar nicht gebahnt ist, vorkommen, dass er nicht eintritt, auch dann, wenn der Plantarrindenreflex infolge einer Läsion seiner Bahn schwindet. Der Plantarspinalreflex erscheint vorzugsweise bei Affektionen des motorischen Teils der Bahn des Plantarrindenreflexes von den Zentralwindungen bis tief in den dorsolumbalen Abschnitt des Rückenmarks. Hoppe.

IV. Referate und Kritiken.

524) H. Vogt: Ueber Balkenmangel im menschlichen Grosshirn.
(Journal f. Psychol. u. Neurol. 1905, Bd. V.)

Die in der Literatur bekannten Fälle von Balkendefekt im menschlichen Grosshirn zeigen einerseits so weitgehende morphologische Differenzen, sie zeigen andererseits wieder so mannigfache, offenbar gesetzmässig auftretende gleichartige Merkmale, dass es gerechtfertigt erscheint, die bisherigen Beobachtungen über diese Missbildung nach ihrer Zusammengehörigkeit zu ordnen. Massgebend bei einer solchen rein anatomischen Gruppierung sind in erster Linie das Verhalten der Randwindung, das Balkenlängsbündel und der innere Zustand der Hemisphären.

H. Vogt hat in der vorliegenden Arbeit eine solche Gruppierung in — soweit wir beurteilen können — gelungener und jedenfalls sehr interessanter Weise durchgeführt. In dieser Besprechung seien nur folgende Sätze aus der „Zusammenfassung“ zitiert:

I. Fälle von Balkenmangel, die hochgradige anderweitige Aufbaustörungen zeigen: der Balkendefekt ist ein Symptom in einer Reihe und koordiniert mit den übrigen. Totaler Defekt des Systems (echte Agenesie). Randwindung meist kreisförmig, gleichmässig ausgebildet (foetaler Zustand, Zustand des Marsupialiergehirns).

II. Die Balkenfasern sind angelegt, können aber nicht austreten und sammeln sich zum Balkenlängsbündel. Radiärer Windungstypus an der Medialseite; Fehlen der Randwindung. Die Störung des Balkendefektes hat den Charakter einer umschriebenen Störung.

III. Der bereits angelegte Balken geht durch einen foetalen Hydrocephalus druckatrophisch wieder zugrunde. Meist nur partieller Balkendefekt.

IV. Partieller Balkendefekt kann im allgemeinen ebenso durch partiellen Mangel der Anlage, wie durch lokale Momente entstehen.

V. Primär missbildete Gehirne bieten oft Zustände sekundärer entzündlicher Erkrankung. Die Grenzen der Gruppen können daher in mannigfacher Weise ineinander übergehen. Der Charakter des Balkendefektes als Symptom wird sich aber meist nach den begleitenden Umständen entscheiden lassen. (Verhalten des Septum pellucidum, Zustand der Randwindung, Fehlen oder Vorhandensein des Balkenlängsbündels.) Spielmeier.

525) **Kosaka** und **Jagita** (Okayama-Japan): Experimentelle Untersuchungen über die Ursprünge des nerv. hypoglossus und seines absteigenden Astes.

(Jahrb. f. Psychiatr. und Neurol. Bd. 24.)

Der Hypoglossuskern bei den Vögeln besteht aus den Ursprungszellen des r. laryngeus, welcher dem r. descendens der Säuger entspricht. Die Ursprungszellen des eigentlichen Hypoglossusstammes, welcher bei den Vögeln durch den r. laryngolingualis gebildet wird, beschränken sich auf das obere Gebiet des Kernes, welches höher liegt als der Isthmus. Bei den Säugetieren treten die Ursprungszellen des r. descendens vom Hypoglossuskern mehr oder weniger zurück und verschieben sich auf das Vorderhorn. Bei den Affen steht der r. descendens in keinerlei Beziehung zum Hypoglossuskern und entspringt nur aus dem Vorderhorn resp. dessen oberer Fortsetzung im Gebiete der Pyramidenkreuzung. Der musc. geniohyoideus besitzt ein besonderes Zentrum im Hypoglossuskern und wird nicht durch die Fasern des r. descendens versorgt.

Behr.

526) **Guido Ferrarini** e **Claudio Ventura**: Sul modo di comportarsi delle terminazioni nervose nei muscoli degli arti sottoposti all'immobilizzazione. (Archivo di ortopedia 1905, p. 32 ff.)

Verfasser haben das Verhalten der Nervenendigungen in den Muskeln immobilisierter Gelenke experimentell untersucht. Zur Darstellung der Nervenendigungen wurde die Goldchlorürmethode von Cohnheim, modifiziert von Ruffini, angewandt. Das Resultat war ein negatives. Auch nach 2—3 monatlicher Ruhigstellung von Gelenken liessen sich Veränderungen an den motorischen Nervenendigungen nicht nachweisen.

G. Liebermeister.

527) **Kosaka** und **Hiraiwa** (Okayama-Japan): Ueber die Facialiskerne beim Huhn.

(Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 25.)

Durchschneidungsversuche des nervus facialis unterhalb und oberhalb der Abgangsstelle des nervus digastricus, die Exstirpation des musc. mylohyoideus post. und des musculus digastricus an Hühnern ergaben als Ursprungsgebiet des nervus facialis drei Zellengruppen, welchen die Autoren als Hauptkern, Nebenkern und Digastricus kern bezeichnen. Der Hauptkern liegt in der ventrolateralen Partie der medulla oblongata und besteht aus multipolaren 10—38 μ grossen Ganglienzellen und versorgt den Hautmuskel des Halses. Der Nebenkern liegt dorsomedial vom ersten Kern, ist kleiner als dieser, und steht mit dem musc. mylohyoideus posterior in Beziehung. Der Digastricus kern liegt noch weiter in dorsomedialer Richtung und enthält dichter gefügte Zellengruppen als der Hauptkern von 10—34 μ im Längsdurchmesser.

Behr.

528) **H. Preisig**: Le noyau rouge et le pédoncule cérébelleux supérieur. Mit 3 Tafeln.

(Journal f. Psych. u. Neurol. Bd. III. 1904. p. 215—230.)

Der Gedanke, den mit anderen Methoden schon so vielfach untersuchten Zusammenhang des roten Kernes mit dem Kleinhirn vermittle der Nissl'schen Chromatolysenmethode nachzuprüfen, war sehr zeitgemäss und führte zu Resultaten, die an Klarheit wenig zu wünschen übrig lassen. Es wurden an Kaninchen folgende Operationen ausgeführt: Halbseitige Durchschneidung auf der Höhe der hinteren Vierfüßel, Durchtrennung eines vorderen Kleinhirnschenkels an

der Austrittsstelle aus dem Kleinhirn, Halbschnitt auf derselben Höhe mit Schonung des Kleinhirnschenkels, halbseitige Läsion zwischen rotem Kern und Thalamus. Die Chromatolysenbilder führten zu folgenden Schlüssen.

1. Aus dem Stillingschen Kern steigen keine Fasern durch den Kleinhirnschenkel zum Cerebellum auf.

2. Der vordere Teil des roten Kernes (ein Drittel oder ein Viertel desselben) schickt seine Axone grosshirnwärts.

3. Der hintere Teil des Kernes sendet seine Fasern in der Richtung nach der Oblongata, vermutlich in das Monakowsche Bündel.

4. Der vordere Kleinhirnschenkel entspringt aus dem Nucleus dentatus cerebelli und dem äusseren Teil des Dachkernes der gleichen, sowie aus dem inneren Teil des Dachkernes der anderen Seite.

Bei den früheren Untersuchungen mit der Guddenschen Atrophiemethode wurde wahrscheinlich das Monakowsche Bündel mitverletzt und so ein Zusammenhang von rotem Kern und Kleinhirn vorgetäuscht. Bei Grosshirnherden wurde von mehreren Forschern Atrophie des roten Kernes getroffen. Sie beschränkte sich auf den vorderen Teil des Kernes. Die Schrumpfung des roten Kernes bei Kleinhirnherden ist durch die Degeneration der dort endenden oder vom Kleinhirn durchziehenden Fasern zu erklären.

Die Arbeit mag zu weiteren Studien der intracentralen Zusammenhänge mit der Nisslschen Methode anregen.

v. Muralt

529) P. Warneke: Ueber Beziehungen zwischen Extremitätenentwicklung und anatomischen Formverhältnissen im Rückenmark. Mit 6 Tafeln.

(Journ. f. Psycholog. und Neurol. Bd. III. 1904. p. 257—281.)

Zur Untersuchung kamen das Rückenmark von Katze, Affe (lebus capucinus), Kaninchen, Känguru, fliegendem Hund und Frosch. Es wurden Schnitte aus den dicksten Partien der Cervikal- und Lendenanschwellung und aus dem unteren Brustmark mit Toluidinblau gefärbt und verglichen. Photographie in bestimmter Vergrößerung diente als Grundlage für die Vergleichen.

Zwischen den verschiedenen Säugern bestehen deutliche morphologische und histologische Unterschiede, die sich hauptsächlich in den Intumeszenzen zeigen. So überwiegt z. B. beim fliegenden Hund die graue Substanz über die weisse, während ein umgekehrtes Verhältnis sonst die Regel ist. Die verschieden starke Ausbildung des Seitenstrangwinkels, der im Hals- wie Lendenmark von Kaninchen und Känguru sehr stark ausgeprägt ist, bedingt Unterschiede in der Form der grauen Substanz. Das Hinterstrangareal hat verschiedene Mächtigkeit und tritt beim Lebus gegenüber den anderen Tieren stark hervor. Es bestehen deutliche Beziehungen zwischen Grösse und Funktion der Extremitäten einerseits und Formentwicklung des Rückenmarkes andererseits. Beim Känguru ist die Gesamtentwicklung der grauen Substanz und die Reichhaltigkeit der Gruppengliederung am stärksten im Lendenmark, beim Pteropus im Halsmark. Die Ganglienzellen sind im allgemeinen im Lendenmark grösser als im Halsmark, ohne Rücksicht auf die stärkere oder schwächere Entwicklung dieser Partie. Die Beziehungen zwischen der Entwicklung der Extremitäten und der des Hinterhornes in den verschiedenen Höhen des Rückenmarkes sind bei den untersuchten Tieren regelmässiger als beim Menschen und bei den höheren Affen nach Angaben anderer Autoren. Durch die zu den höheren

Hirnteilen ziehenden langen Bahnen erhält das Halsmark unabhängig von der Extremitätenentwicklung bei der Mehrzahl der Säuger einen grösseren Umfang als das Lendenmark. Durch weiteren Ausbau kann die vergleichend-anatomische Methode gute Ergänzungen zur Degenerationsmethode bei Abgrenzung von Muskelkernen des Markes liefern. v. Muralt.

530) **Harris:** Binocular and stereoscopic vision in man and other vertebrates, with its relation to the decussation of the optic nerves, the ocular movements and the pupil light reflex.

(Brain, Spring 1904.)

Aus der umfassenden und interessanten Arbeit des Verfassers seien hier nur die wichtigsten Schlussfolgerungen mitgeteilt:

Die Sehnervenkreuzung in Chiasma ist eine vollständige bei allen Fischen, Amphibien, Reptilien und Vögeln, ganz gleich, ob sie binokulares Sehen besitzen oder nicht.

Binokulares Sehen assoziiert sich gewöhnlich mit der Gewohnheit des Fleischfressens; es findet sich in geringem Grade bei einigen fleischfressenden Fischen und Amphibien, sowie bei manchen fleischfressenden Vögeln. Bei den Säugern ist das binokulare Sehen besonders entwickelt bei den Carnivoren und den Primaten; seine höchste Ausbildung geht parallel mit der Ausbildung der Hand als Greiforgan.

Obwohl manche von diesen Tieren ein gutes binokulares Sehvermögen besitzen, findet sich doch bei allen unter den Säugern stehenden Vertebraten eine totale Sehnervenkreuzung, und ihr Sehen ist deswegen nicht in dem Maasse stereoskopisch wie bei den höheren Säugern, auch ihr makuläres Sehen ist weniger entwickelt wie bei den letzteren, insbesondere den Feliden und Primaten.

Bei Tieren mit seitlich gelegenen Augen und periskopischem Sehen sind die Augenbewegungen voneinander unabhängig, wie es typisch beim Chamaeleon zu sehen ist; konjugierte Augenbewegungen gehen Hand in Hand mit der Erwerbung stereoskopischen Sehens. Konvergenz der Augen beim Fressakt sieht man bei manchen Tieren mit totaler Sehnervenkreuzung und sonst voneinander unabhängigen Augenbewegungen.

Die konsensuelle Pupillenreaktion ist abhängig nicht allein vom binokularen Sehen, sondern von der Semidecussation der Sehnerven im Chiasma.

Bei Tieren mit divergenten Sehachsen, periskopischem Sehen und totaler Kreuzung der Sehnerven muss eine totale Kreuzung der Pupillarreflexfasern erfolgen, die die vorderen Vierhügel mit den Okulomotoriuskernen verbinden; bei Säugern mit gutem binokularem Sehen und halber Kreuzung der Sehnerven muss dagegen nur eine halbe Kreuzung der hintern Pupillarreflexfasern vorhanden sein. Die konsensuelle Lichtreaktion der Pupillen erfolgt auf dem Wege dieser hintern Semidecussation zwischen Vierhügeln und Okulomotoriuskernen und nicht durch irgend welche kommissurale Fasern zwischen dem Zentren für Pupillenverengerung in den Okulomotoriuskernen.

Die Läsion beim typischen Argyll-Robertson'schen Phänomen besteht wahrscheinlich in einer Sklerose dieser Fasern und einiger Fasern der Meynert'schen Kreuzung; einfache reflektorische Irislähmung braucht nicht auf einer Kernaffektion zu bestehen, obwohl letztere bei dem weiten Typ der Argyll-Robertson'schen Pupille nebst dem Verlust der Konvergenz- und Akkommodationsreaktion noch ausserdem bestehen kann.

Kölpin (Bonn).

531) **P. Stolper:** Ueber zwitterhafte Menschen. Eine Bitte um Mitteilung einschlägiger Erfahrungen.

(Aerztl. Sachverständigen-Zeitung. 1905. I. S. 7.)

Mit Rücksicht auf die Reform des Strafgesetzbuches (Aufhebung des § 175!) und auf die Sachverständigentätigkeit vor Gericht überhaupt wäre es wichtig, über das Vorkommen von Zwitterbildungen mehr zu wissen, als es bisher der Fall ist. Verf. bittet deshalb, ihm etwaige Beobachtungen mitzuteilen, die als Material für die Beantwortung der folgenden Fragen dienen könnten: 1. Wieviel Aerzte haben überhaupt Individuen gesehen, über deren Geschlecht Zweifel bestehen konnten? 2. Wie oft verbindet sich habitus femininus mit männlichen, wie oft habitus maskulinus mit weiblichen Genitalien? 3. Wie oft kommt bei habitus femininus des Mannes Atrophie der Hoden vor? 4. Wie oft sind bei anatomisch zwitterhaften Menschen homosexuelle Neigungen festgestellt worden?

Bumke.

532) **St. Bernheimer:** Ueber Ursprung und Verlauf des Nervus okulomotorius im Mittelhirn.

(Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XV. 1904. S. 151.)

Polemik gegen Majano (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XIII. S. 1.), der „auf Grund unrichtig, falsch und mangelhaft zitierter Literatur-Befunde exakt ausgeführte Experimente und beglaubigte Beobachtungen am überlebenden Tiere mit daher scheinbarer Berechtigung einfach aus dem Weg zu schaffen“ gesucht habe.

Bumke.

533) **E. Ernst:** Die aus den Sehhügeln und den vorderen Zweihügeln absteigenden Bahnen.

(Arbeiten aus der Petersburger psychiatrischen und Nervenklinik [von Bechterew.] (1903. Bd. I, 141 S.)

Verf. untersuchte nach der Osmiumsäurefärbungsmethode von Busch 16 Gehirne von Hunden, denen er von der Gehirnbasis aus circumscribte Läsionen der Sehhügel und der vorderen Zweihügel setzte, und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Absteigende Degeneration bis in das Mittelhirn und den Gehirnstamm findet nur nach Läsionen der kaudalen Abschnitte der medialen Sehhügelkerne statt.

2. Läsionen, die sich in den übrigen Sehhügelkernen lokalisieren, haben keine absteigenden Degenerationen zur Folge.

3. Die nach obenerwähnten Läsionen stattfindenden Degenerationen können nur bis ins verlängerte Mark (Gegend des unteren Zentralkerns) verfolgt werden.

4. Nach Läsionen, die in die kaudalen Abschnitte der medialen Sehhügelkerne, im Niveau des Ganglion Habenulae, fallen, findet absteigende Degeneration in folgenden Faserzügen statt: in einem Faserzuge, der sich im oberflächlichen Grau des vorderen Zweihügels verliert; ferner in Fasern, die zum gleichnamigen und gegenüberliegenden roten Kern ziehen. Ausserdem degenerieren noch zwei Faserzüge, von denen der eine lateral am hinteren Längsbündel verläuft und im nucl. reticularis tegmenti endet, während der andere, den fascicul. retroflexus Meynerti begleitend, sich in die ventralen Partien der Haube begibt und im Gehirnstamm dicht an der Raphe zu liegen kommt, wo er bis zum Niveau des unteren Zentralkerns verfolgt werden kann.

5. Läsionen des Ganglion Habenulae haben absteigende Degeneration des Fasc. retroflexus bis zum gleichnamigen Gangl. interpedunculare zur Folge.

6. Nach Läsionen im tiefen Grau oder vorderen Zweihügel degenerieren absteigend zwei Faserzüge:

a) ein kurzer, der sich im verlängerten Mark, in der Gegend des Trapezkernes absplittert. (Tract. tecto-bulbaris superficialis non cruciatus Münzer);

b) ein langes Fasersystem, welches sich zentral vom Aquäduktus im Mittelhirn kreuzt (fontaineartige Haubenkreuzung) und durch den ganzen Hirnstamm bis in die Vorderstränge des Rückenmarks verfolgt werden kann; ein Teil dieses Fasersystems endet in der *Formatio reticularis* des verlängerten Markes, in der Gegend der Hypoglossuswurzeln. In seinem Verlauf gibt dieses System Kollateralen zu den roten Kernen, den hinteren Längsbündeln, an die Zellen der *Formatio reticularis*, der Brücke und der *Medulla oblongata*, ebenso wie an die Vorderhornzellen des Rückenmarks ab.

7. Das sog. aberrierende Seitenstrangbündel Monakow's degeneriert absteigend nach Läsionen der roten Kerne. Das in Rede stehende Bündel sendet Kollateralen zum Facialiskern und an die Vorderhornzellen des Rückenmarks.

8. Das hintere Längsbündel enthält unzweifelhaft Fasern, die absteigend degenerieren. Letztere sind in den medialen Abschnitten des erwähnten Bündels enthalten.

9. Unter den absteigend degenerierenden Fasern enthält das hintere Längsbündel sowohl kurze Fasern, welche nach Läsionen der ventralen Partie der hinteren Kommissur degenerieren und bis in die Gegend der Brücke verfolgt werden können, als auch längere Fasern, welche bis in die Vorderstränge des Rückenmarks absteigen und nach Läsionen im hinteren Kommissurenkern degenerieren. In seinem Verlaufe entsendet das hintere Längsbündel Kollateralen zu den Augennervenkernen und an den *V. descend.*

M. Urstein (Heidelberg).

534) **R. Finkelnburg:** Experimentelle Untersuchung über den Einfluss des Alkohols auf den Hirn-Rückenmarksdruck. Aus dem Laboratorium der medizinischen Klinik zu Bonn.

(D. Arch. f. klin. Med. Bd. 80, S. 130 ff. 1904.)

Kurze Zeit (15—20 Minuten) nach Darreichung von verschiedenen Arten von Alkohol stieg bei Hunden der Druck im Rückenmarkskanal langsam an. Das Druckmaximum wurde nach 1—3½ Stunden erreicht. Der höchste Druck wurde ½—1 Stunde festgehalten, darauf ging der Druck wieder langsam zurück (in 1—1½ Stunden). Die absolute Grösse der Drucksteigerung schwankte zwischen 20 und 90 mm Wasser. Verf. nimmt an, dass der Alkohol eine vermehrte Liquorabsonderung verursacht, die zu einer Steigerung des Subarachnoidealdrucks führt.

G. Liebermeister (Freiburg i. B.).

535) **Kroner:** Ueber Gesichtsfeldermüdung.

(Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 54, S. 265 ff. 1904.)

Die Gesichtsfeldermüdung beruht nicht auf einer Ermüdung der Netzhaut, sondern sie ist eine cerebrale Ermüdung. Wie durch andauernde Gesichtsfeldprüfungen ohne Erholungspausen, so lässt sich auch durch körperliche und geistige Anstrengungen eine Einengung des Gesichtsfeldes erzielen. In Fällen, wo das Gesichtsfeld bei der gewöhnlichen Untersuchungsmethode nicht ermüdbar war, gelang es auch durch körperliche Anstrengung nicht oder nur in geringem Masse, Gesichtsfeldeinschränkung herbeizuführen. Nach ¼—½ Stunde zeigte sich eine Erholungsausdehnung des Gesichtsfeldes. Der Uebergang von physio-

logischer zur pathologischen Ermüdbarkeit ist ein fließender. Die Perimetrie stellt ein Mittel dar, um die allgemeine Ermüdbarkeit zu messen. Bei Hysterie findet sich keine Gesichtsfeldeinschränkung, eine sehr deutliche Ermüdungseinschränkung dagegen bei Neurasthenie. G. Liebermeister.

536) **Wilhelm Neutra:** Ueber Ermüdungsphänomene, einschliesslich der auf dem Gebiete der Vibrationsempfindung.

(Jahrb. f. Psychiatr. und Neurolog. Bd. 25.)

Setzt man eine schwingende Stimmgabel auf irgend einen Punkt der Körperoberfläche, z. B. auf die Tibia, so fühlt die Versuchsperson die Vibration anfangs sehr deutlich. Mit der Abnahme der Amplitudengrösse nimmt jedoch die Empfindungsintensität ab, um in einem bestimmten Moment zu verschwinden. Entfernt man die Stimmgabel von dem Untersuchungspunkte und stellt dieselbe, ohne von neuem anzuschlagen, auf einen symmetrisch gelegenen Körperteil, so erweist sich bei normalen Individuen die Vibrationsempfindung von neuem wahrnehmbar bis sie endlich völlig verschwindet. Zählt man die Sekunden zwischen dem Ende der Vibrationsempfindung an dem ersten Untersuchungspunkte und dem Augenblick, in welchem an dem symmetrischen Punkte die Empfindung verschwand, so erhält man unter sonst gleichen Versuchsbedingungen eine konstante Ziffer, und man bezeichnet die Sekundenzahl der Empfindungsdauer an dem symmetrischen Untersuchungspunkte als Ermüdungsziffer des ersten Untersuchungspunktes. Die Ermüdungsziffern zwischen zwei symmetrischen Punkten sind um so grösser, je besser die Vibrationsempfindlichkeit der betreffenden Stelle ist, während bei einem geringen Grade von Empfindung kleine oder gar keine Ermüdungsziffern beobachtet werden. Die Ermüdungsziffern sind bis zu einem gewissen Grade der Vibrationsempfindlichkeit direkt proportional. Die Verkleinerung oder das Verschwinden der Ermüdungsziffern an solchen Körperstellen, welche de norma hohe Ermüdungsziffern aufweisen, sind als Vibrationshyperästhesie aufzufassen und haben eine pathologische Bedeutung. Unter den Faktoren, welche die Ermüdungsphänomene beeinflussen, kommt ausser der Ermüdbarkeit und dem Grade der Aufmerksamkeit hauptsächlich die Uebung und die Art des ermüdenden Vorganges in Betracht. Ferner hängt die Ermüdbarkeit davon ab, ob die auszuführende Leistung mit Lust oder Unlustgefühlen einhergeht. Da das Vibrationsgefühl die Empfindung der Druckschwankungen darstellt, welche an der Stelle der Stimmgabelaufstellung auf die entsprechenden Nervenendigungen in rascher Folge Reizwirkungen ausüben, so ist der Vorgang als eine Art Summation von Reizen aufzufassen und die Ermüdung aus peripheren Ursachen zu erklären, und den zentralen Momenten wie der Apperzeption nur eine geringe Bedeutung zuzusprechen. Behr.

537) **Lomer:** Zur Kenntnis des Farbensehens.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., LXII, 2/3.)

Verf. stellt die aus der Literatur bisher bekannt gewordenen Beobachtungen über Farbensehen bei Intoxikationen, Kopftraumen, Elektrisation und Glaukom einerseits mit bekannter Ursache, andererseits bei Infektionskrankheiten, Neurosen und Psychosen mit unbekannter Schädlichkeit zusammen und fügt ihnen eine eigene Beobachtung hinzu über Grünsehen bei einer Jugendpsychose, das vor und nach häufig auftretenden Stuporanfällen sich zeigte. Verf. möchte das Symptom mit Gefässverengerungen in Zusammenhang bringen, die unter Kün-

wirkung von grünem Licht in der Netzhaut beobachtet wurden und ihrerseits vielleicht diese Farbenempfindung erwecken können. Chotzen.

538) **L. Edinger**: Neue Darstellung der Segmentinnervation des menschlichen Körpers.

(Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 53, S. 52 ff. 1904.)

Es stellt auf Grund entwicklungsgeschichtlicher Anschauung in sehr übersichtlicher Weise eine Tabelle der Segmentinnervation der Muskulatur und zwei schematische Abbildungen der Segmentinnervation der Haut auf. Der Vorteil der neuen Schemata liegt darin, dass die Innervation vieler Muskeln und Hautbezirke von mehreren Nervenwurzeln aus, wie sie aus der Entwicklungsgeschichte leicht verständlich ist, durch die Art der Registrierung einfach und übersichtlich zum Ausdruck gebracht ist. G. Liebermeister.

539) **C. Rieger**: Ueber Muskelzustände. Zweites Kapitel: Die zeitlichen Verhältnisse der elastischen Zugkräfte.

(Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., Bd. 32. p. 377—415.)

Die vorliegende Publikation bildet das zweite Kapitel einer grösseren Arbeit. In einem ersten Abschnitt (Z. f. Psych. u. Physiol. etc., Bd. 31, p. 1—46) hatte R. „die elastische Zugkraft der Muskeln als Funktion ihrer Länge“ betrachtet.

Mit Berücksichtigung des elastischen Rückstosses unterscheidet Rieger zwei Arten von Bewegungen:

1. solche Bewegungen, welche von selbst und ohne weiteres endigen in dem vorigen Zustand der elastischen Kräfte, und dies mittels des elastischen Rückstosses;

2. solche Bewegungen, welche durch eine dauernde Aenderung in der Verteilung der elastischen Kräfte sofort einen neuen Zustand und eine neue Haltung herbeiführen, ohne elastischen Rückstoss.

Bei den zweiten, den langsamen Bewegungen, kann man jederzeit ändernd eingreifen und es besteht kein Unterschied im Mechanismus, ob man eine einfache Hin- oder eine Hinundherbewegung macht, sie sind sicher. Die ersten, die raschen Bewegungen dagegen haben unsicheren Charakter, sie fahren oft daneben und es besteht ein grosser Unterschied, ob der Rückstoss zur Rückkehr in die alte Lage benützt werden soll oder ob in der neuen Lage angehalten wird. Durch fortwährende Benützung des Rückstosses kommt es zu raschen Hin- und Herbewegungen, deren man 6 in der Sekunde machen kann, während man es bei jedesmaligem Anhalten nach einem Hin und Her nur auf zwei, nach jeder Teilbewegung nur auf 2 oder 3 Teilbewegungen bringt. Durch die jedesmalige neue Verteilung der elastischen Kräfte wird viel Zeit verloren.

Die Unterbrechung einer raschen Bewegung kann auf verschiedene Arten geschehen, erstens durch Stillstand an einem äusseren Objekt nach dem Prinzip des Prellbocks, durch Aufschlagen, vermehrte Reibung, Druck; zweitens durch Stillstand an der Grenze der Gelenke, und drittens durch Benutzung des Drehungsmomentes, das von der Schwerkraft abhängt, wenn dieses bei der Bewegung so erheblich wächst, wie es z. B. der Fall ist, wenn man den gestreckten Arm aus der vertikalen in die horizontale Lage schlägt.

Sucht man eine rasche Bewegung mit Muskelanstrengung zu unterbrechen, so tritt immer elastischer Rückstoss ein. An den Bewegungen im Handgelenk z. B. kann man den elastischen Rückstoss vermeiden, wenn man rasch ganz

durchschlägt bis zur Grenze des Gelenkes, wenn man gegen eine Unterlage schlägt, oder wenn man einen kurzen Weg langsam durchläuft. Sucht man aber einen kleinen Weg mit maximaler Geschwindigkeit zu durchschlagen und dann die Bewegung mit den Antagonisten zu unterbrechen, so tritt stets Rückstoss ein. Im letzten Falle findet ein mit starker Anstrengung verbundener Ausgleich zweier elastischer Kräfte statt. Die Muskelmaschine vermeidet diese Anstrengung meistens, indem sie auf raffinierte Weise die raschen Bewegungen an Prellböcken oder Gelenkenden aufhören lässt.

Die Bewegungen mit elastischem Rückstoss können keinen grossen mechanischen Effekt erzielen, sie dienen in der Hauptsache zum Zeichengeben. Der elastische Rückstoss ist beim Schreiben von höchster Bedeutung. Die Weglänge des Buchstaben „a“ verhält sich z. B. zu derjenigen des „r“ wie 15 : 11. Dennoch kann man in einer Sekunde mit Leichtigkeit zwei a schreiben, weil a aus zwei gleich hohen Doppelschlägen besteht und das zweite a die direkte Fortsetzung des ersten bildet, während man in der gleichen Zeit nur ein „r“ fertigbringt, weil für das Böglein der elastische Rückstoss unterbrochen werden muss und weil nachher der Stift den Weg zur Basis des zweiten Buchstaben zu machen hat. Sogar m mit der Weglänge 22 geht doppelt so rasch, wie r, und e als Endung nach r braucht wegen der günstigen Rückstossverhältnisse fast gar keine Zeit. Der Kalligraph macht nur langsame Bewegungen, während der kurrent Schreibende die Buchstaben entstellt, um den elastischen Rückstoss ausnützen zu können. Die Arbeit enthält noch weitere Ausblicke auf die Graphologie.

Rieger hat die Muskelfunktionen von ganz neuen Gesichtspunkten aus und mit ebenso einfachen, wie originellen Methoden studiert und seine Resultate verblüffen durch ihre Selbstverständlichkeit, die bisher nicht erkannt wurde. Eine gewisse Schwerfälligkeit der Darstellung und Sonderbarkeiten des Stiles erleichtern das Studium der Arbeit nicht. v. Muralt.

540) **Vaschide et Draghicesco**: La pédagogie expérimentale française. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles, Tome III., p. 241—294, 438—490, 566—590.)

Die Verfasser geben in ihrer sehr umfangreichen und ins einzelne gehenden Arbeit eine Darstellung der hauptsächlich von Binet und seinen Schülern in den letzten Jahren angestellten Untersuchungen, welche in extenso in der Zeitschrift „Année psychologique“ veröffentlicht worden sind.

Das erste Kapitel: „L'anthropo-pédagogie“ beschäftigt sich ausführlich mit der Technik und den Ergebnissen der Kopfmessung am Lebenden. Das interessanteste Resultat, das sich aus der Unmasse von Einzeluntersuchungen herauschälen lässt, scheint dem Referenten dies zu sein, dass sich bei den geistig schwach entwickelten Kindern und jungen Leuten relativ häufiger von den Durchschnittswerten nach oben oder unten abweichende Schädelmasse finden, als bei den gut begabten. Ferner zeigt sich, dass abnorme Länge oder Kürze eines Schädeldurchmessers fast niemals durch eine vikariierende Verkürzung oder Verlängerung eines anderen Durchmessers ausgeglichen wird, sondern immer an und für sich eine abnorme Grösse bezw. Kleinheit des Kopfes anzeigt. Eine Fülle von Einzelheiten findet in diesem Kapitel ihre Besprechung. Das nächste: „Les fonctions du langage“ ist kurz gehalten und enthält nichts Neues.

Das dritte Kapitel: „Phénomènes physiologiques“ enthält Untersuchungen über Muskelkraft und Reaktionsgeschwindigkeit in bezug auf das Alter, die anatomische Muskelentwicklung etc., über Ermüdung, über Atmung (Zahl, Grösse, Thoraxumfänge) und Zirkulation (Pulsfrequenz) unter verschiedenartigen Bedingungen.

Das vierte Kapitel: „La psychologie individuelle“ bringt einen Ueberblick über die Untersuchungen, deren Ziel es ist, ein Individuum hinsichtlich seiner geistigen Verfassung zu analysieren und möglichst exakt zu beschreiben. Dementsprechend erstrecken sich die experimentellen Forschungen auf eine grosse Zahl von einzelnen Fähigkeiten bezw. Leistungen: das Gedächtnis für optische und akustische Eindrücke, die Natur der Erinnerungsbilder, Phantasie, Aufmerksamkeit, Auffassungsfähigkeit, Suggestibilität, ästhetische und ethische Gefühle, Willenskraft (bei der Leistung von Muskelarbeit) und Geschicklichkeit. Diese Gegenstände werden in den folgenden Kapiteln V bis XI ausführlich besprochen, mit besonderer Berücksichtigung der schwach begabten Kinder (enfants arriérés), von deren Erziehung das letzte Kapitel eingehender handelt.

Thiemich (Breslau).

541) **K. Wehrlin**: Diagnostische Assoziationsstudien. II. Beitrag. Ueber die Assoziationen von Imbezillen und Idioten.

(Journal f. Psychol. und Neurol. Bd. IV, 1904. p. 109—123 und 129—143.)

Die Untersuchung beschränkt sich auf erwachsene Schwachsinnige vom torpiden Typus, 11 Männer und 2 Frauen. Der Schwachsinn bedingt es, dass zahlreiche ungeschickte und linkische Reaktionen gebildet werden, die einerseits ein mangelndes Verständnis für das Reizwort, andererseits eine erschwerte sprachliche Fassung der Reaktion verraten. Auch die Entartungssymptome Imbezillier auf seiten des Gefühlslebens, namentlich das leichte Auftreten emotiver Assoziationshemmung und Verlegenheit beeinflussen das Experiment ungünstig. Die Imbezillen fassen noch mehr als die normalen Ungebildeten das Reizwort als Frage auf, reagieren mit grosser Aufmerksamkeitsanstrengung und brauchen bei der Reaktion meist mehrere Worte oder machen ganze Sätze. Der Versuch, die Reaktion in ein Wort fassen zu lassen, scheidet bald an der einseitigen Auffassung und der sprachlichen Armut der Versuchsperson. Die logisch-sprachliche Einteilung solcher Assoziationen ist nur ausnahmsweise möglich. Das hauptsächlichste Merkmal der imbezillen Reaktion ist die Definitionstendenz. Sie kommt in folgenden Formen zum Ausdruck: 1. als tautologische Verdeutlichung durch Wiederholung mit oder ohne Artikel, durch Uebersetzung in den Dialekt, Umschreibung in einem „wenn“-Satz etc. 2. Durch förmliche Definition in einem Satze. 3. Durch Ueberordnung, die oft viel zu weit ist, z. B. Baum: Sache; Sohn: ein Mensch. 4. Durch Bestimmung von Zeit, Ort, Mittel, Zweck. 5. Durch Angabe der Haupteigenschaft oder -Tätigkeit. 6. Durch die Angabe des Subjektes der Tätigkeit oder Eigenschaft. 7. Durch Beispiel. Bei leichteren Formen der Imbezillität finden sich Sätze, die keinen ausgesprochenen Erklärungscharakter an sich haben, sondern bloss Schulsätze sind, die etwas vom Reizwort aussagen.

Von allen 13 Fällen wird eine mehr oder weniger grosse Anzahl von Reaktionen mitgeteilt und sorgfältig analysiert. Ein Beispiel mag genügen. Bei Versuchsperson 1: „Am schönsten tritt die idiotische, rein optische und

äusserliche Auffassung der Dinge zutage in der Reaktion: Singen besteht aus Noten und Gesangbüchern“.

„Man sieht hier besonders deutlich, wie die äussere Erscheinung des Aktes, die eigentlich ganz nebensächlich ist, das Wesentliche überwiegt. Derartige Reaktionen sind einzigartig und können für die Begründung der Diagnose: Imbezillität resp. Idiotie hinreichen, besonders gegenüber den sogenannten sekundären Schwachsinnzuständen“.

v. Muralt.

542) **W. v. Bechterew**: Was ist Suggestion?

(Journ. f. Psycholog. u. Neurologie. Bd. III. 1904. p. 100—111.)

B. bespricht eine grössere Zahl der bisher aufgestellten Definitionen der Suggestion und findet sie alle entweder zu eng oder zu weit. An der Definition von B. Syddis, die er einer näheren Kritik unterzieht, beanstandet er den Satz, dass den Suggestionen Widerstand entgegengesetzt werde. Ebenso wenig sei die Kritiklosigkeit, mit der sie aufgenommen werde, ein unbedingtes Attribut der Suggestion und ihre Verwirklichung geschehe nicht absolut automatisch. Das Wesen der Suggestion beruhe überhaupt nicht auf irgendwelchen äusseren Besonderheiten, sondern auf der Art des Verhaltens zu dem Ich des Subjektes zur Zeit der Aufnahme und Verwirklichung der Suggestion. Sie gehört zu jener Art von Einwirkung auf die Psyche, die im Gegensatz zu den aktiven Perzeptionen des persönlichen Bewusstseins, unabhängig vom Ich als passive Perzeptionen in das Allgemeinbewusstsein eindringen. Alles, was direkt in das Gebiet des persönlichen Bewusstseins gelangt, unterliegt einer entsprechenden Kritik und Verarbeitung, die zur Ueberzeugung führt. Ins Allgemeinbewusstsein dagegen können durch Suggestion seelische Zustände direkt überimpft werden, ohne an eine Beteiligung des persönlichen Bewusstseins und der Logik geknüpft zu sein.

Befehl, Beispiel, Forderung, Ratschlag, Hoffnung, Wunsch und andere Formen der seelischen Beeinflussung wirken in dem einen Falle durch Ueberzeugung, in dem andern Falle durch Suggestion; am alleröftesten aber ist ihre Wirkung Ueberzeugung und Suggestion zugleich. Darum können sie nicht als selbständige Mittel der gegenseitigen Beeinflussung, wie Ueberzeugung und Suggestion betrachtet werden. In der Hypnose tritt das Allgemeinbewusstsein auf Kosten des persönlichen Bewusstseins hervor und damit ist die Wirksamkeit von Suggestionen erleichtert.

v. Muralt.

543) **Robert Müller**: Ueber die Grundlagen der Richtigkeit der Sinnesaussage.

(Journ. f. Psycholog. u. Neurologie. Bd. III. 1904. p. 112—126.)

Zur auszugsweisen Wiedergabe ungeeignete physiologisch-philosophische Studie über die Grenzen der Richtigkeit der Sinnesaussagen und der Methoden zur Bestimmung der Sinnesindrücke.

v. Muralt.

544) **R. Stintzing**: Hysterischer Mutismus in Verbindung mit hysterischem Asthma nach Unfall.

(Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Bd. 28, Heft 4—6.)

Ausführliche Mitteilung und Besprechung eines Falles von hysterischer Stummheit. Die Arbeit hat nur kasuistisches Interesse.

Kalberlah.

Bemerkungen zu dem Referate Lewandowsky's „Ueber Sprachverwirrtheit“ (No. 201 d. Bl., S. 879).

Zu den Ausführungen des Ref. gestatte ich mir einige kurze Bemerkungen. Der Ref. bezweifelt zunächst die Entspannung der Aufmerksamkeit bei den normalen Versuchspersonen und meint, es könnte vielmehr vielleicht diese geradezu dem Ziele, „Unsinn zu reden, Vernünftiges zu vermeiden“, zugewandt gewesen sein. Diesen im ersten Augenblick ungemein naheliegenden Einwand habe ich mir zu Beginn der Versuche natürlich selber auch gemacht. Nach dem, was in meiner in Rede stehenden Arbeit (z. B. S. 16—18, S. 59, ferner bei Gelegenheit der Einzelanalysen) ausgeführt ist, sollte man es doch nicht für möglich halten, dass er wieder auftaucht. Es sei z. B. nur an das „Stocken“ der Versuchspersonen, an die Schwierigkeiten, die ihnen zu Beginn das zwanglose Darauflosreden bereitete, erinnert; einfachen „Unsinn“ zu reden, ist aber bekanntlich keineswegs schwer, wenn man es sich vornimmt. Angenommen aber selbst, bei einzelnen der Reagenten wäre ein derartiger Fehler vorübergehend unterlaufen (und schliesslich ist ja bei allen psychologischen Experimenten der gute Wille und das Verständnis der Versuchspersonen ein kaum auszumerzender Faktor von subjektiver Bedeutung): woher sollten alle die gebildeten wie die ungebildeten Versuchspersonen, denen doch nicht der Auftrag zu teil ward, Unsinn zu sprechen, sondern „daraufloszureden, was und wie es ihnen gerade einfiel“, ohne dem Gesprochenen Aufmerksamkeit zuzuwenden, gerade auf das Ziel, das ihnen der Ref. imputiert, verfallen sein? (Tatsächlich ergeben doch auch die beigebrachten Sprachproben nichts weniger als einfachen „Unsinn“ und nichts anderes.) Wie erklärte sich die trotz aller subjektiven Verschiedenheiten zwischen den Versuchspersonen kaum zu verkennende Uebereinstimmung in den wesentlichen formalen Eigenschaften dieses „Unsinn“, wenn alle oder einige der Reagenten jeder auf seine Art Unsinn zu sprechen intendiert hätten? Das sind doch Momente, die nicht so ohne weiteres abgetan zu werden verdienten.

Was die Einwände des Ref. bezüglich der Ausführungen über Entbehrlichkeit des Willens- und Apperzeptionsbegriffes anbetrifft, so möchte ich hier auf eine Replik verzichten. Meines Erachtens handelt es sich da denn doch um ein wenig mehr als um Definitionen und Benennungen, sondern es steht hier Anschauung gegen (nicht etwa bloss meine) Anschauung. Ohne weiteres räume ich aber dem Ref. ein, dass meine Ausführungen, soweit sie diesen Fragenkomplex streifen, äusserst knapp gehalten sind und daher (bei entsprechender Disposition) leicht missdeutet werden können. Freilich lag es nicht im Plane meiner kleinen Arbeit „über Sprachverwirrtheit“ auf diese Dinge des Breiteren einzugehen: der Schwerpunkt meiner Ausführungen liegt in der formalen Einzelanalyse des bei Aufmerksamkeitsentspannung produzierten verbalen Ductus (es will mir nicht einleuchten, warum diese hysterischen Vociferationen besonders nahe stehen sollen), in der formalen Einzelanalyse der ebenfalls bisher nach dieser Richtung wenig erforschten katatonischen Vociferationen und in der formalen Vergleichung beider. Das dürfte recht deutlich aus meinen Ausführungen hervorgehen und sollte doch nicht „mit solcher Leichtigkeit“ übersehen werden; wenngleich es ganz selbstverständlich derzeit noch dahinsteht, ob und inwieweit dieser Vergleich und diese Analysen

von selbst nur heuristischem Werte sein oder sich als gänzlich unfruchtbar erweisen werden.

Wien, 25. November 1905.

F. Stransky.

Erwiderung.

Ad. 1. Dass die Versuchspersonen des Verf. den besten Willen hatten, ihre Aufmerksamkeit zu entspannen, wird nicht bezweifelt. Die Frage ist, inwieweit das bei der gewählten Versuchsanordnung möglich ist. Woher kommt es zunächst, dass die ungebildeten Versuchspersonen stärker zum Konfabulieren „neigen“ als die gebildeten? (S. 72). Die Selbstbeobachtung des Ref. wenigstens spricht ferner nicht dafür, dass bei möglichst entspannter Aufmerksamkeit sich sprachliche Vorstellungen in solcher „Fülle in den Vordergrund drängen“, wie es die Versuchspersonen des Verf. angeben (bis 210 Worte in der Minute). Der Ref. glaubt allerdings, dass Kunstprodukte in sehr viel höherem Masse als der Verf. annimmt, dadurch geschaffen werden, dass die Versuchsperson ihre Aufmerksamkeit auf den Akt des Sprechens, wenn auch vielleicht weniger auf das Gesprochene, lenken muss, und er glaubt ferner, dass durch die „zerstreuende Macht, die das Wort als solches in der Rede auf das Denken ausübt“ (Kusssmaul), in den Versuchen des Verf. so komplizierte Bedingungen geschaffen werden, dass ihm eine Analogisierung mit pathologischen Zuständen sehr bedenklich erscheint.

Ad. II. Der Ref. ist allerdings der Ansicht, dass die Ausführungen des Verf. über den Willen nur ein Streit um Definitionen sind. Dabei ist zunächst noch die Frage, ob die alten Termini in den neuen restlos aufgehen. Werden wirklich jene Dinge „gewollt“, die die „stärkste thymopsychische Potenz besitzen“? Ist der Wille nur die „Macht der gefühlsbetonten Obervorstellung“? Die zweite Frage wäre, ob es vorteilhafter ist, die alte Terminologie durch eine neue, anscheinend sehr viel unbequemere zu ersetzen. Dass aber an der Sache irgend etwas geändert wird, wenn man eine „Macht der Obervorstellung“ annimmt, und dass diese Macht bisher unbekannt gewesen sei, kann der Ref. allerdings nicht einsehen. Er möchte wieder einige Kusssmaul'sche Sätze zitieren: „Das Denken muss auf eine Idee gerichtet sein und darf nicht auf Vorstellungen abschweifen, die nicht zur Sache gehören. Menschen, die sich durch äussere Eindrücke leicht vom leitenden Gedanken abbringen lassen . . ., nennen wir zerstreut.“ Und Kusssmaul, dessen so geistvolle Ausführungen über die Sprachverwirrtheit der Verf. übrigens nicht zitiert, hat diese Binsenwahrheiten gewiss nicht erfunden. Möglich aber, dass der Verf. in der Beurteilung seiner Versuche recht hat. Dann aber wäre eine breitere Ausführung über die Ueberflüssigkeit des Willens und der Apperzeption von um so grosserer Bedeutung.

Lewandowsky.

In der Abhandlung des Herrn Dr. Sadger „Die Hydriatik der Psychosen“ haben sich einige störende Druckfehler eingeschlichen, die der Berichtigung bedürfen.

Seite 859, Zeile 9 von unten lies „Halbbad von 20—18°“.

„ 865 „ 4 „ oben lies „Halbbad mit kräftigster Friktion (20—18°)“.

„ 867 „ 17 „ „ lies „mechanischen Reizes“.

18
20
22
24
26
28
30
32
34
36
38
40
42
44
46
48
50
52
54
56
58
60
62
64
66
68
70
72
74
76
78
80
82
84
86
88
90
92
94
96
98
100



UNIVERSITY OF MICHIGAN

3 9015 07024 6221

UNIVERSITY
OCT 7 1911
OF MICHIGAN

