

XXIX.

Bericht über die X. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Halle a. S.



Anwesend sind 90 Herren:

Alt-Uchtspringe, Bennecke-Dresden, Binswanger-Jena, Blitz-Pankow, Böhmig-Dresden, Boldt-Jena, Brassert-Leipzig, Braune-Schwet, Bunnemann-Ballenstedt, Cramer-Göttingen, Düms-Leipzig, Dehio-Dösen, Facklam-Suderode, Flechsig-Leipzig, Förster-Breslau, Forster-Halle, C. Francke, Fries-Nietleben, Grahl-Hedemünden, Ganser-Dresden, Gross-Alt-Scherbitz, Hänel-Dresden, Henneberg-Berlin, Hess-Eisenach, Hitzig-Halle, Höhl-Chemnitz, Höniger-Halle, Hösel-Zschadrass, Hörner-Elsterberg, Hoffmann-Nietleben, F.B. Hofmann-Leipzig, Hoppe-Uchtspringe, Hüfler-Chemnitz, Kleist-Halle, Knapp-Halle, Köster-Leipzig, Kothe-Friedrichsroda, Kühne-Jena, Lachmund-Halle, Lange-Alt-Scherbitz, Lange-Jerichow, Lange-Untergöltzsch, Lippert-Halle, Lehmann-Dösen, Liebers-Dösen, Liepmann-Berlin, Lochner-Thonberg, Löwenthal-Braunschweig, Mauss-Coswig, K. Mendel-Berlin, Möli-Berlin, Moritz-Chemnitz, Mucha-Bucholz, Näther-Leipzig, N. N. Opitz-Chemnitz, Pfeifer-Halle, Pöhlmann-Conradstein W.-Pr., Quadt-Faslem-Göttingen, Quensel-Leipzig, Renniger-Hochscheidtschen, Rehm-Blankenburg, Reichelt-Sonnenstein, Rhemboldt-Kissingen, Rohde-Königsbrunn, Rothamel-Königsberg, Schlegel-Gross-Schweidnitz, Schütz-Leipzig, Schwabe-Plauen i. V., S. G. A. Seeligmüller-Halle, Seyffert-Jena, Siefert-Halle, Schmidt-Rimpler-Halle, Steinert-Leipzig, Stegmann-Dresden, Tschermack-Halle, Thalemann-Hall, Tecklenburg-Tannenfild, Veit-Halle, Wanke-Friedrichsroda, Wardar-Blankenburg, Weber-Göttingen, Wendenburg-Göttingen, Wernicke-Halle, Wichmann-Harzburg, Wiesel-Ilmenau, Wild-Leipzig, Windscheid-Leipzig, Ziehen-Berlin.

I. Sitzung Vormittags 9 Uhr.

in der Psychiatrischen und Nervenkl. in.

Der 1. Geschäftsführer, Herr Geheimrath Wernicke, eröffnet die Versammlung und begrüsst die Anwesenden. Begrüssungstelegramme sind eingelaufen von den Herren Heilbronner-Utrecht, Neisser-Lublinitz, Siemerling-Kiel, Weber-Sonnenstein. Die Versammlung wählt zum Vorsitzenden der Vormittagssitzung, nachdem Herr Geheimrath Hitzig abgelehnt hat, Herrn Hofrath Ganser, zu dem der Nachmittagssitzung Herrn Geheimrath Möli.

Als Schriftführer werden die Herren Knapp-Halle und Pfeiffer-Halle aufgestellt. Es halten sodann Vorträge:

1. Herr Foerster (Breslau) gab einen Ueberblick über die Faserung der Grosshirnhemisphäre des Menschen an der Hand von 74 ausgewählten Gehirnschnitten, die mittelst des Projectionsapparates demonstriert wurden, und die grösstentheils dem Wernicke'schen Gehirn-atlas zu Grunde gelegen haben.

Besprochen werden nacheinander die langen Associationsbündel, das Balkensystem, die Projectionsfasern.

Die Associationsbündel: 1. Die Zwinge stellt das Associationsbündel des Gyrus fornicatus und G. hippocampi dar. Verlauf und Ausdehnung werden an 4 Sagittalschnitten gezeigt, auf zweien der Verlauf durch die ganze Länge des G. fornic., auf einem dritten die Umbiegung in den G. hippocampi und der dem Isthmus anticalcarinus entsprechende Antheil, auf einem vierten der dem Gyr. hippocampi angehörige Antheil, der unterhalb des Diverticul. subiculi entlang bis nach vorne in den Uncus reicht. Die Zwinge enthält zum Theil auch Projectionsfasern. Ihre Associationsfasern sind zum grossen Theil nur kurz.

2. Das Hakenbündel. Verbindet das Stirnhirn mit dem vorderen Theil des Schläfelappens. Es entspringt hauptsächlich vor der Orbitalfläche des Stirnlappens, sammelt sich als compactes Bündel an der hinteren äusseren Ecke der Orbitalfläche und tritt in den untersten Abschnitt der Capsula extrema über, wo es unterhalb des Claustrum als ein dickes Bündel nach hinten läuft. Diese Lage wird an 2 Frontalschnitten gezeigt, ebenso der Verlauf von vorn nach hinten an 2 Horizontalschnitten durch den untersten Theil der äusseren Kapsel. Nachdem das Hakenbündel ziemlich horizontal ein Stück nach hinten verlaufen ist, biegt es nach unten aussen in den Schläfelappen ab, um sich hauptsächlich dem Uncus nach vorne zuzuwenden. Dieser Theil wird auf einem Sagittalschnitt demonstriert.

3. Das obere Längsbündel ist auf durchsichtigen Schnitten schwer zu erkennen. Es kommt aber auf Sagittalschnitten, die die Insel tangiren, heraus als ein Zug feiner langer Fasern, die oberhalb der Insel und äusseren Kapsel entlang von vorn nach hinten in leichtem Bogen verlaufen (2 Sagittalschnitte).

4. Das untere Längsbündel ist zum Theil Projectionsbündel (siehe

später), führt aber auch Associationsfasern, die Occipital- und Temporalappen verbinden. Es hat dementsprechend einen longitudinalen Verlauf an der Aussenseite des Hinter- und Unterhorns entlang (demonstrirt an einem Horizontal- und einem Sagittalschnitt), es umfasst wie eine Rinne mit einem unteren und einem äusseren Schenkel den Ventrikel und die ihn zunächst umgebende Fasermasse (Tapetum, helle Stabkranzschicht), wie Frontalschnitte zeigen. Das Längsbündel sammelt sich aus den verschiedenen Occipitalwindungen, wie besonders Sagittalschnitte sehr gut zeigen, und giebt im Schläfelappen Fasern ab zu den verschiedenen Temporalwindungen, wie besonders Frontal- und Horizontalschnitte lehren.

Dass das untere Längsbündel Associationsfasern enthält, geht aus der Thatsache hervor, dass Herde in der Rinde des Occipitallappens eine secundäre Degeneration im unteren Längsbündel hervorrufen, die sich durch die ganze Länge desselben bis in das Marklager der einzelnen Temporalwindungen hinein verfolgen lässt. Umgekehrt wird bei oberflächlichen Rindenherden des Temporalappens eine Degeneration im unteren Längsbündel bis in die Spitze des Occipitallappens beobachtet.

5. Das Schwanzkernbündel ist kein Associationsbündel im Sinne der bisherigen, sondern nur für den Nucleus caudatus, den es in seiner Ausdehnung begleitet. Es liegt vorne im Stirnhirn vor dem Kopf des N. caudatus im Parietalhirn oberhalb des Schwanzes, begleitet dann den absteigenden Theil des Schwanzes nach unten und vorne ins Temporalhirn, in dem es hier unterhalb des Schwanzes bis nach vorne bis zum Mandelkern verfolgt werden kann. Ueber seine Ausdehnung belehren am besten Sagittalschnitte, den vor dem Schwanzkernkopf gelegenen Theil zeigen auch Horizontalschnitte gut, die oberhalb des Kopfes und Schwanzes lagernde Partie Frontalschnitte. Das Bündel trennt überall die Balkenstrahlung vom N. caudatus, vorne liegt diese letztere also vor dem Bündel, oben über demselben, hinten hinter ihm und unten unter ihm. Es überzieht mit einem feinen Markblatt die Oberfläche des N. caudatus.

Das Bündel bildet einen Theil des sogenannten fronto-occipitalen Associationsbündels von Dejerine. Ein solches Bündel existirt aber nicht, wenigstens nicht im Dejerine'schen Sinne.

Die Balkenstrahlung: Am Balken müssen 2 Theile unterschieden werden, der zwischen beiden Hemisphären freiliegende Balkenkörper und die im Marklager eingeschlossene Balkenstrahlung. Ersterer demonstrirt sich am besten auf einem medianen Sagittalschnitt (Rostrum, Genu, Truncus, Splenium). Die Balkenstrahlung des Stirnhirns gelangt von den vordersten Partien des Balkenkörpers in frontalen Ebenen gerade nach aussen oberhalb des N. caudatus, Schwanzkernbündels und Vorderhorns hinweg, ist daher auf Frontalschnitten am besten zu erkennen. In die einzelnen Windungen (hintere Theile der Stirnwindungen) hinein erfolgt der Abgang durch fast rechtwinklig von dem Haupttheil der Strahlung abgehende feinere Züge. (Frontalschnitte eines Falles, wo die Projectionsfasern degenerirt und nur die Balkenfasern erhalten sind). Da das vordere Ende des Balkenkörpers bei Weitem den Stirnpol

nicht erreicht, muss die für den vorderen Theil des Stirnhirns bestimmte Balkenstrahlung, wie Horizontalschnitte lehren, im Marklager des Frontallappens vom Balkenknie aus nach vorne verlaufen und zwar an der Innenseite des Vorderhorns entlang für die vorderen medialen Partien der Stirnwindungen und sie biegt dann um das vordere Ende des Vorderhorns um, um an der Aussenseite des Ventrikels wieder rückwärts zu ziehen (rückläufige Balkenschicht) und die vorderen äusseren Rindentheile zu versorgen. Der Theil für die Orbitalfläche biegt vom vorderen Theil des Truncus und vom Knie aus nach unten ab unter dem Vorderhorn entlang nach unten aussen (Frontalschnitte), er nimmt auf Sagittalschnitten im Balkenkörper ein sich besonders dunkel färbendes Feld im Uebergangsstück des Knies zum Rostrum ein (vorderes ovales Balkenfeld).

Für die Centralwindungen und den Parietallappen erfolgt der Abgang der Balkenstrahlung vom Corpus callosum ebenso wie in den hinteren Theilen des Stirnhirns in frontalen Ebenen gerade nach aussen über Schwanzkernbündel und Ventrikel hinweg (Frontalschnitte). Der Abgang von dieser Hauptstrahlung zu den einzelnen Windungen erfolgt nicht so rechtwinklig wie im Stirnhirn, sondern mehr in geschwungenem, flacherem Bogen (Frontalschnitte mit degenerierten Projectionfasern).

Da der Balkenkörper hinten ebensowenig wie vorne bis an das hintere Ende der Hemisphäre reicht, sondern da das Splenium weit vor dem Occipitalpole bleibt, so muss die Balkenstrahlung für den Hinterhauptslappen vom Splenium aus zunächst horizontal nach hinten verlaufen, die Hauptstrahlung geht oberhalb des Hinterhorns entlang, dieser Theil führt den Namen Forceps major, der geringere Theil unterhalb des Hinterhorns Forceps minor. Auf Horizontal- und Sagittalschnitten ist die Verlaufsrichtung des Forceps besonders gut zu sehen. Aus der Forcepsstrahlung gehen während ihres ganzen Verlaufes rechtwinklig Fasern ab, die in frontalen Ebenen an der Aussenseite des Hinterhorns abwärts ziehen und von hier aus die an der Aussenseite des Hinterhauptslappens befindlichen Windungen versorgen. Diese also auf Frontalschnitten längs getroffene Fasermasse bildet das Tapetum des Hinterhorns. Ein dünner Faserzug geht ebenfalls in rechtem Winkel aus dem Forceps hervor, lagert, in frontalen Ebenen verlaufend, der Innenseite des Hinterhorns an und von ihm gehen fortwährend feine Fasern zur Innenseite des Occipitalappens.

Die Balkenstrahlung des Schläfelappens nimmt ihren Ursprung auch aus dem Splenium, die Fasern winden sich über das Dach der Cella media horizontal nach aussen und winden sich alsdann an der Aussenseite des Unterhorns entlang nach abwärts und dann nach vorne bis in die Spitze des Schläfelappens. Sie bilden das Tapetum sphenoidale. Aus ihm entspringen fortwährend Fasern, die in alle Windungen des Schläfelappens ausstrahlen.

Das Projectionssystem besteht aus Fasern, die die Rinde mit subcorticalen Ganglien in Verbindung setzen. Sie sammeln sich von der Rinde aus in jedem einzelnen Hirnlappen zu einem compacten Bündel, das sogen.

Stabkranzbündel, dieses tritt in den Spalt zwischen Linsenkern und Schwanzkern ein, die innere Kapsel bildend, und gelangt durch sie hindurch zu den verschiedensten subcorticalen Centren. Das Stabkranzbündel des Stirnhirns bildet eine vertical gestellte concave Platte, deren Höhlung nach innen sieht, welche nach aussen vor der Balkenstrahlung gelegen ist. Die Richtung der Fasern geht hauptsächlich von vorn nach hinten, wie Sagittal- und Horizontalschnitte lehren, auf Frontalschnitten werden die Fasern quer getroffen. Wohl aber zeigen letztere besonders deutlich die Ausstrahlung der Fasern aus dem Hauptbündel in die einzelnen Windungen. So gehen in der ganzen Ausdehnung der Hauptplatte fortwährend Fasern ab, die in frontalen Ebenen nach medial über der Balkenstrahlung hinweg verlaufen, und den Gyrus fornicatus versorgen; ebenso sind die Fasern für die erste Stirnwindung besonders gut auf Frontalschnitten zu erkennen, wo sie längs getroffen sind und ihr Abgang aus dem Hauptbündel gut zu erkennen ist. Die Projectionsfasern des Stirnhirns treten in den vorderen Schenkel der inneren Kapsel ein (zwischen Kopf des N. caudatus und dem Linsenkern). Auch hier ist die Faserrichtung durchweg longitudinal von vorne nach hinten. Die Fasern strahlen alle in das vordere Thalamusende ein, den vorderen Schühgelstiel bildend.

Ein Theil der Projectionsfasern des Stirnhirns nimmt einen etwas anderen Weg. Die Fasern treten nicht vorne in den Spalt zwischen Linsenkern und Schwanzkern ein wie das vordere Segment der inneren Kapsel, sondern sie verlaufen am oberen Rande des Schwanzkerns entlang eine Strecke weit nach hinten, um erst in hinteren Ebenen in die innere Kapsel einzubiegen, sie bilden die reticulirte Stabkranzschicht (auf Frontalschnitten quer getroffen, auf Horizontal- und Sagittalschnitten längs getroffen).

Die Projectionsfasern der Centralwindungen und anstossenden Theile der Stirn- und Scheitelwindungen, das sogenannte mittlere Segment des Stabkranzes bildet eine vertical gestellte Platte, die Fasern verlaufen vorwiegend von oben nach unten, wie Frontal- und Sagittalschnitte lehren. Besonders scharf hebt sich das Bündel zu den Centralwindungen ab auf Sagittalschnitten. Das mittlere Stabkranzsegment tritt in den oberen Theil des Spaltes zwischen N.c. und N.l. das mittlere Segment der inneren Kapsel bildend. Die Fasern gehen alle in den Thalamus opticus, den rothen Kern und den Hirnschenkelfuss. Je höher oben die Fasern in den Centralwindungen entspringen, um so weiter hinten liegen sie in der inneren Kapsel und um so weiter aussen im Hirnschenkelfuss (Dejerine).

Der Stabkranz des Occipitallappens wird von 2 Schichten gebildet, einer hellen inneren aus feinen Fasern bestehend und einer dunklen äusseren, aus groben Fasern bestehend, dem unteren Längsbündel. Die Fasern verlaufen von hinten nach vorne, an der Aussenseite des Hinterhorns entlang. Sie treten ein in denjenigen Theil der inneren Kapsel, welcher zwischen dem hinteren Rande des Linsenkerns und dem absteigenden Theil des N.c. gelegen ist und als retrolenticulärer Abschnitt der inneren Kapsel bezeichnet wird. Die Fasern gewinnen Beziehung zum Pulvinar des Thalamus, dessen

Markfeld (Wernicke) bildend zum Corpus geniculat. externum, und ferner mittels des Arms des vorderen Vierhügels zu letzterem selbst.

Der Stabkranz des Schläfelappens besteht ebenfalls aus zwei Schichten: einer hellen, inneren feinfaserigen und einer dunklen äusseren grobfaserigen. Sie bilden die Fortsetzung des Stabkranzes des Hinterhauptsappens, die sich nach vorne zu an der Aussenseite des Unterhorns erstreckte. Sie biegen aus ihrer sagittalen Richtung fast rechtwinklig ab, wenden sich über dem Unterhorn hinweg nach innen und treten in den Abschnitt der inneren Kapsel, der zwischen dem unteren Rande des Linsenkerns und dem vorderen unteren Ende des Schwanzkernschwanzes. Sie bilden den sublentikulären Abschnitt der inneren Kapsel. Sie gewinnen Beziehungen zum inneren Kniehöcker und durch den Arm des hinteren Vierhügels zu diesem letzteren. Ein Theil geht in den Hirnschenkelfuss, das sogenannte Türk'sche Bündel, welches den äussersten Theil des Hirnschenkelfusses einnimmt.

Discussion.

Herr Flechsig-Leipzig betont, dass die secundären Degenerationen der Sehstrahlung nicht regelmässig das vom Vortragenden hervorgehobene Verhalten zeigen. Das Stratum sagittale externum (primäre Sehstrahlung, Flechsig) degenerirt in der Regel nur corticopetal, nur ausnahmsweise, aus nicht näher anzugebenden Gründen degenerirt es corticofugal. Bei Zerstörung der Sehsphäre degenerirt regelmässig das Strat. sagitt. int. (secundäre Sehstrahlung, Flechsig) corticofugaler Richtung. Bei Durchtrennung der Sehstrahlung in der Mitte degenerirt das Stratum sagittale externum nach rückwärts, das internum nach vorwärts. Die primäre Sehstrahlung stellt also die eigentliche Sehleitung dar, die secundäre leitet offenbar cortifugal, womit auch die Befunde Henschen's in einem Fall von fast isolirter Zerstörung des äusseren Kniehöckers übereinstimmen, insofern als die Präparate hier deutlich nur eine secundäre Degeneration der primären Sehstrahlung zeigen. Der sog. Fasciculus longitudinalis inferior ist nicht Associationssystem, sondern eben die Sehleitung. Dejerine's abweichende Befunde beruhen auf einem ungenügenden Material, welches auch nicht recht verarbeitet ist. Es könnten nur ganz vereinzelte Associations-, bezw. Balkenfasern in dem Stratum sagittale externum enthalten sein. Dicht nach aussen davon findet man lange Associationsfasern. Die primäre Sehstrahlung setzt sich weit nach vorn in den Schläfenlappen fort und biegt dann nach oben hinten um. Der Vortragende hat diesen vorderen Abschnitt irrthümlich als Türk'sches Bündel demonstriert. Das letztere geht in der That theilweise aus der Sehstrahlung hervor, zum Theil kommt es weit von oben herab, von der Gegend des inneren Ursprungs der temporalen Querwindungen, also weit entfernt von der 2. und 3. Temporalwindung, in welche Dejerine den Ursprung des Türk'schen Bündels verlegt. Die Dejerine'schen Fälle halten einer schärferen Prüfung nicht stand; es handelt sich um ausgedehnte Herde, welche bis tief in die Sehstrahlung hineinreichen. Im

Uebrigen stimmt die vom Vortragenden demonstrierte Ausdehnung des Stabkranzes in weitem Maasse mit Flechsig's Theorie der Vertheilung überein.

Herr Förster-Breslau: Dass Herde in der Rinde des Hinterhauptlappens secundäre Degenerationen im Stratum sagittale externum und internum hervorrufen, ist zweifellos nach Dejerine's Präparaten. Aber dieselbe Degeneration findet sich auch bei Herden, die ganz vorne liegen. Gleichwohl ist die Berechtigung der Schlussfolgerung, dass centrifugale und centripetale Fasern darin enthalten sind, zweifelhaft.

Bezüglich des Türk'schen Bündels bemerkt er, dass dasselbe sicher nicht zur Sehstrahlung zieht, sondern dass es deutlich zum Hirnschenkelfuss geht. Das beweisen secundäre Degenerationen, welche in Dejerine's Präparaten, wenn auch nicht immer total, so doch mindestens partiell vorhanden sind.

Das untere Längsbündel muss doch theilweise Associationsbahnen enthalten. Herde, die dasselbe zerstören, rufen secundäre Degenerationen auch im Marklager einzelner Theile des Temporalhirns hervor. Auch Herde in den Temporalwindungen haben Degenerationen im Bereich des unteren Längsbündels zur Folge bis in die Spitze des Occipitalhirns.

Herr Flechsig: Die Ansicht des Vortragenden werde nur durch 2 Fälle Dejerine's gestützt, die zudem nicht sorgfältig untersucht seien. Die degenerirten Partien seien daneben liegende Associationsbündel. Das untere Längsbündel sei deshalb so schwer zu verfolgen, weil es umbiege. Bei falscher Schnittführung könne man die Umbiegung nicht sehen.

Die Dejerine'schen Resultate bedürfen der Modificirung.

Herr Hösel-Zschadrass betont, dass jedenfalls nicht viel Associationsfasern im unteren Längsbündel enthalten seien. Durch die entwicklungs-geschichtliche Methode seien sie sehr schwer nachzuweisen.

Herr Hitzig beantragt Schluss der Discussion, da die Streitfrage bezüglich des unteren Längsbündels sich noch nicht entscheiden lasse. Wird angenommen.

2. Herr Ziehen-Berlin wählt wegen der vorgerückten Zeit seines ursprünglichen Themas: „Untersuchungen von Wahlreactionen bei Geisteskranken“ ein einfacheres und spricht über rückläufige Associationen. Er verwerthet Zahlen- oder Buchstabenreihen oder auch die Reihe der Monate oder der Wochentage. Kinder von 6 Jahren sind bereits zu rückläufigen Productionen fähig, ohne erst die ganze Reihe reproduciren zu müssen. Weiterhin bespricht der Vortragende den Antheil der Merkfähigkeit, der Aufmerksamkeit und des Interesses bei dem Ausfall der Versuche, hierauf das Verhalten normaler erwachsener Personen und schliesslich die Störungen der rückläufigen Reproductionen bei Hemmungszuständen, bei functioneller Incoherenz, in Dämmerzuständen und namentlich bei den verschiedenen Defectpsychosen.

3. Herr Cramer-Göttingen: „Ueber isolirte Abschnürung des Unterhorns und seine klinischen Folgen, mit Obductionsbefund“.

Ein ca. 25 jähriger erblich nicht belasteter Beamter, der in der Jugend an Pleuritis gelitten hatte, erkrankte zuerst ca. $\frac{1}{4}$ Jahr vor seinem Tode im

Anschluss an eine Bandwurmcure an Kopfschmerzen und allgemeiner Mattigkeit. Mitte März 1904 traten deutliche cerebrale Erscheinungen auf, insbesondere Erbrechen, Schwindel, Pulsverlangsamung. Die Kopfschmerzen wurden vorzugsweise rechts localisirt, dabei bestand eine lähmungsartige Schwäche und Ataxie im rechten Arm und Bein. Beginnende Stauungspapille.

Später folgten leichte Paresen im linken Facialis und in den linken Extremitäten, während die rechten Extremitäten Spasmen und beim Beklopfen der rechten Hinterhauptsschuppe Zuckungen zeigten. Die Allgemeinerscheinungen, insbesondere auch die Stauungspapille, nahmen zu. Eine Lumbal-punction brachte nur wenig Flüssigkeit zu Tage, die keine diagnostische Anhaltspunkte gewährte und nur vorübergehend Erleichterung schaffte. Da ein Theil der Symptome auf eine Affection des Kleinhirns hinwies, wurde wegen der Zunahme der Benommenheit und der Allgemeinerscheinungen ein operativer Eingriff versucht, der aber weder einen Tumor noch bei der Punction des Seitenventrikels Flüssigkeit zu Tage förderte und nur vorübergehend Erleichterung brachte. Nach der Operation trat plötzlich der Tod ein.

Die Section ergab Intaktheit der übrigen Hirnsubstanz, dagegen war der rechte Schläfenlappen in eine grosse, schwappende, dünnwandige Blase verwandelt, aus welcher sich beim Einschneiden helle Flüssigkeit entleerte. Bei der Untersuchung des Ventrikelsystems erwies sich der Zugang vom Seitenventrikel zum Unterhorn völlig verlöthet, auch für Sonden nicht durchgängig, so dass durch diese offenbar entzündliche Verwachsung die isolirte hydrocephalische Erweiterung des Unterhorns, welches noch die gewöhnlichen Plexusantheile enthielt, erklärt wurde.

Betreffs der histologischen Befunde und der muthmaasslichen Ursache dieser Verwachsung wird auf den folgenden Vortrag (Weber-Göttingen) verwiesen.

Der Befund ist geeignet, die klinischen Symptome zu erklären. Was die Reizerscheinungen, insbesondere die Zuckungen des rechten Armes bei Beklopfen der gleichseitigen Hinterhauptregion betrifft, so weist Votr. darauf hin, dass für diese Erscheinung zwei Erklärungen möglich sind: Es kann direct auf mechanischem Wege durch Contrecoup beim Beklopfen der rechten Kleinhirngegend eine mechanische Reizung der linken motorischen Region zu Stande kommen oder es kann der das rechte Kleinhirn treffende Reiz auf dem Wege einer Bahn nach der linken motorischen Region gelangen. In beiden Fällen würden von dem auf indirectem Wege gereizten Frontalhirn aus die Zuckungen der rechten, also zuerst betroffenen, der Kleinhirnseite entsprechenden Extremitäten ausgelöst. Auch die gleichseitige Ataxie musste auf eine Betheiligung des Kleinhirns (durch Druck) zurückgeführt werden.

Im Anschluss berichtet Votr. noch kurz über einen anderen Fall von solirter hydrocephalischer Erweiterung des linken Vorderhorns mit entsprechenden klinischen Symptomen.

Discussion.

Herr Flechsig fragt, ob nicht eine Fernwirkung auf den Hirnschenkel vorliegen könne. Er habe Fälle beobachtet, in welchen ein Herd in den Cen-

tralwindungen Oculomotorius Symptome ausgelöst habe, ohne dass die dazwischen liegenden Gehirnthteile erhebliche Druckerscheinungen aufgewiesen hätten.

Herr Cramer entgegnet, auch er führe die Erscheinungen an den Extremitäten theilweise auf Druckwirkungen zurück, die den Hirnschenkel und die Gebilde in der hinteren Schädelgrube betroffen haben. In seinem Fall sei der Oculomotorius intact und nur eine Reizung des Trigemini nachzuweisen gewesen.

Herr Ziehen bestätigt, dass es Fälle giebt, in welchen durch Kleinhirnerkrankungen Jackson'sche Anfälle ausgelöst werden. Er hat in einem Fall einer linksseitigen Kleinhirnerkrankung linksseitige Krämpfe gefunden, während die rechte Grosshirnhälfte vollständig intact gewesen sei.

Herr Binswanger-Jena theilt mit, dass die Fälle von isolirter Abschnürung eines Ventrikeltheiles bei recidivirenden hydrocephalischen Erkrankungen nicht so selten seien.

4. Herr Weber-Göttingen: „Zur Pathogenese des erworbenen Hydrocephalus internus.“

Vortragender berichtet zunächst über den histologischen Befund in dem von Cramer (siehe oben) mitgetheilten Fall. Es fand sich als Ursache der hydrocephalischen Erweiterung des Unterhorns eine Verlegung der Eingangsporte desselben durch entzündliche Adhäsionen. Auf Serienschnitten trifft man in der Substanz des Ammonshorns nach seiner Umbiegung in das Unterhorn eine stecknadelkopfgrosse, verkalkte Cyste, in deren Umgegend zahlreich miliare, perivascular gelegene, mit Riesenzellen versehene Knötchen sich befinden. Auch weiter in der Fimbria und Fascia dentata finden sich ähnlich, stets perivascular gelagerte Knötchen, ebenso unter dem Ependym der lateralen und oberen Wandung des Unterhorns. Da, wo hinter dem Thalam. opt. Fimbria u. Plexus chorioid. in das Unterhorn eintreten, sind alle diese Gebilde durchsetzt und verklebt durch ein Granulationsgewebe, an dem sich auch der wuchernde Plexus beteiligt und das den Eingang zum Unterhorn verschliesst. Der histologischen Structur nach handelt es sich wahrscheinlich um eine localisirte Tuberculose, deren ältesten Herd die verkalkte Cyste darstellt, von der aus später aus irgendwelcher Ursache eine neue Dissemination in die Nachbarschaft stattgefunden hat. Die offenbar schon länger bestehende, durch den ersten Herd hervorgerufene Verklebung mag durch diesen neuen entzündlichen Vorgang noch befestigt worden sein, während gleichzeitig der entzündlich veränderte Plexus eine grössere Liquormenge absonderte.

Vortragender bespricht noch 5 Fälle von erworbenen Hydrocephali, hauptsächlich einseitiger Natur.

I. Fall: 20 jähriger Mensch, der im 7. Lebensjahre zuerst an Epilepsie erkrankte. Die Krampfanfälle begannen auf der rechten Körperseite; später ausgesprochen rechtsseitige spastische Parese. Schwere Verblödung. Tod im Anfall.

Befund: Pachymeningitis und Leptomeningitis chronica und Verwachsung beider Häute. Die Leptomeningitis ist besonders stark und schwielig

über dem linken Stirnhirn. Dies ist in eine schwappende Blase verwandelt. Erweiterung sämtlicher Ventrikel, besonders aber des linken Seitenventrikels und des linken Unterhorns. Foramina durchgängig. Plexus intact.

Mikroskopisch findet sich die Hirnsubstanz des linken Stirnhirns fest verwachsen mit der schwieligen Pia, hochgradig atrophisch und cystös degeneriert, einzelne Piagefäße obliteriert.

II. Fall; 58 jähriger Ingenieur, hat Lues durchgemacht. Im 45. Lebensjahr Schlaganfall mit rechtsseitiger Lähmung; später Krampfanfälle. Ausgesprochene linksseitige spastische Parese. Tod an Pneumonie.

Befund: Chronische Leptomeningitis. Starke Atheromatose der Basilararterien. Die Hauptäste der rechten Art. fossae Sylv. fast völlig obliteriert. Der rechte Stirnlappen in eine hydrocephalische Blase verwandelt. Foramina intact. Plexus stark entwickelt. Ependym verdickt.

III. Fall: 48 jährige Frau, erkrankt an allmählig zunehmenden Störungen aller cerebralen Functionen, insbesondere ausgesprochener Seelenblindheit, Seelentaubheit und Tastblindheit, daneben noch Lähmungserscheinungen theils centraler, theils peripherer Art. Dabei besteht Stauungspapille, die nach Spinalpunction mehrmals verschwindet. Tod an Erschöpfung.

Befund: Atheromatose der Basilararterien. Hydrocephalus internus, besonders links und zahlreiche kleine Erweichungsherde im Hemisphärenmark. Das Ependym stark granuliert, die Plexus verdickt. Ein erweiterter und stark geschlängelter atheromatös veränderter Ast der Arteria cerebelli posterior liegt auf dem Boden der Rautengrube in der Gegend des Corpus restiforme und ist mit dem Ependym des Ventrikels und dem Dach der Rautengrube verwachsen.

Mikroskopisch zeigen alle kleinsten Hirngefäße stark atheromatöse Veränderungen.

IV. Fall: 21 jähriges Mädchen, wahrscheinlich hereditär syphilitisch. Seit dem 18. Lebensjahr Anfälle, die zuerst als hysterische gedeutet wurden. Später ausgesprochene Lähmungserscheinungen; besonders spastische Parese rechts. Rasch einsetzender Stupor; reactionslos auf alle Reize. Tod an Coma.

Befund: Diffuse Leptomeningitis. Mittelstarke Erweiterung aller Ventrikel. Besonders stark erweitert der linke Seitenventrikel und das linke Hinterhorn. Foramina und Ependym nichts Besonderes.

Mikroskopisch starke Encephalitis in Gestalt von Kernmänteln um die mittleren und kleinen Gefäße. Starke Endarteriitis zahlreicher kleiner Gefäße bis zur völligen Obliteration. Im Hemisphärenmantel links zahlreiche sklerotische, kernarme Herdchen und einige Erweichungsherdchen.

V. Fall: 48 jährige Ehefrau hat im 43. Lebensjahre zuerst epileptische Krämpfe, seit dem 45. Jahre Erregungszustände. In den folgenden Jahren rasche Verblödung, Spasmen und Lähmungen zunächst links, die, wie das Verhalten der Pupillen und der Reflexe, während der dreijährigen Beobachtung häufig an Intensität wechselten. Tod im Coma.

Befund: Chronische Leptomeningitis. Atheromatose. Hydrocephalische Erweiterung besonders stark links, dabei starke Atrophie und sklerotische Ver-

härtung der Basalwindungen des linken Stirn- und Schläfenlappens. Foramina intact, Ependym gewuchert.

Mikroskopisch: Ausgedehnte perivaskuläre Kernmäntel an den Gefäßen der Rinde und des Markes und zahlreiche herdförmige Gliosen im Bereich der hydrocephalischen Hemisphäre.

Auf die Symptomatologie der geschilderten Fälle geht Vortragender nicht näher ein und hebt nur die Einseitigkeit aller klinischen Erscheinungen, den häufigen Wechsel einzelner objectiver Symptome, z. B. der Pupillenbefunde, hervor sowie die Beobachtung, dass in einem Fall die Stauungspapille nach Lumbalpunktion verschwand.

In pathologisch-anatomischer Beziehung haben die geschilderten Fälle etwas Gemeinsames: eine ausgedehnte chronische Erkrankung der Hemisphärenwand jeweils im Bereich der hydrocephalischen Erweiterung. Diese Erkrankung wird dargestellt im Falle I durch die chronische schwierige Leptomeningitis und cystöse Schrumpfung der Stirnrinde, im Falle II durch die Obliteration der Art. fossae Sylv. und dadurch gesetzte Ernährungsstörung der Hirnrinde, im Falle III durch arteriosklerotische Ernährungsstörung und Erweichungsherdchen, im Falle IV durch eine vielleicht syphilitisch bedingte diffuse Gefässerkrankung mit sklerotischen Herdchen, im Falle V durch eine diffuse Encephalitis vom Charakter der Paralyse und herdförmige Gliose. Dies legt die Erwägung nahe, ob beim Zustandekommen derartiger einseitiger Hydrocephalien neben dem Moment der vermehrten Bildung des Liquor cerebrospinalis und des gestörten Abflusses als drittes mechanisches Moment eine verringerte Widerstandsfähigkeit der Hemisphärenwand in Folge derartiger Erkrankungen in Betracht kommt.

Was die anderen beiden Momente betrifft, so weist wenigstens in einigen der geschilderten Fälle die bestehende chronische Meningitis und Meningoencephalitis auf eine entzündliche Ursache der Vermehrung des Liquor hin. Ausserdem aber kommt in den Fällen I, II und III eine Hydropsbildung ex vacuo in Betracht, da die Schrumpfung der Hemisphärenwand infolge der cystösen (Fall I) bzw. arteriosklerotischen (II und III) Hirndegeneration als der primäre Process aufgefasst werden muss. Für die Behinderung des Abflusses des Liquor aus den Ventrikeln hat sich nur im Fall III eine localisirte Ursache finden lassen in Gestalt der aneurysmatischen Erweiterung und Verlagerung eines Arterienastes auf dem Boden des 4. Ventrikels, wodurch namentlich bei starker Hyperämie ein ganzer oder theilweiser Verschluss des Foramen Magendie wohl möglich war. In den anderen Fällen aber bestand eine chronische, diffuse, im Fall I sogar sehr schwierige Leptomeningitis, welche durch Verlegung zahlreicher Subarachnoidealräume den Hauptabflussweg des Liquor aus den Ventrikeln durch die Subarachnoidenräume und die Pacchionischen Zotten in die Sinus verhindert haben kann. Dem entspricht auch die Thatsache, dass in keinem der Fälle ein äusserer Hydrocephalus, ein erhebliches Piaödem gefunden wurde. Endlich mag die Thatsache nicht ohne Bedeutung sein, dass die in Fall IV und V bestehende starke perivaskuläre Kernanhäufung durch Verlegung zahlreicher, sonst mit den Arachnoidealräumen communi-

cirender adventitieller Gefäßsscheiden ein Ausweichen der Flüssigkeit nach dieser Seite hin unmöglich machte.

Vortragender resümiert wie folgt:

1. Bei erworbenem, namentlich einseitigem Hydrocephalus internus kommen als Ursache der vermehrten Liquorbildung neben entzündlichen Veränderungen der Pia und Hirnsubstanz auch chronisch degenerative Prozesse in Betracht, welche einen Hydrops ex vacuo zu erzeugen im Stande sind.

2. Der Abfluss des Liquor aus den Ventrikeln kann ausser durch localisirte Verlegung der Foramina auch durch eine chronische diffuse Leptomeningitis und Undurchgängigkeit der Subarachnoidealräume erschwert werden.

3. Als drittes mechanisches Moment bei der Bildung des einseitigen Hydrocephalus internus kommt eine verringerte Widerstandsfähigkeit der Hemisphärenwand infolge von verschiedenartigen Erkrankungen der Hirnsubstanz in Betracht.

Discussion.

Herr Binswanger macht darauf aufmerksam, dass er ähnliche Fälle schon früher differentialdiagnostisch von der Paralyse abgegrenzt habe. Er hat dieselben als *Encephalitis subcorticalis chronica progressiva* bezeichnet und nachgewiesen, dass dieselben immer arteriosklerotischen Ursprungs seien.

5. Herr Binswanger-Jena theilt 3 Krankengeschichten mit, in welchen er einen unvermittelten Wechsel von Perioden stürmischer Agitation mit Tagen der Ruhe beobachtet hat, und in welchen er die incohärente Erregung als charakteristisches Symptom ansieht. Die riesige Incohärenz sei dem Grad der Erregung nicht proportional, sondern auch in Zeiten der Beruhigung vorhanden. Es bestehen enge Beziehungen zu Ziehen's dissociativer Paranoia. In Form von wahnhaften Einbildungen treten Wahnvorstellungen auf. Die Fälle lassen noch keinen sicheren Schluss zu, dass es sich um die Entwicklung periodischer Erregungszustände handle; doch sei es auf Grund ähnlicher Beobachtungen als wahrscheinlich anzunehmen. Die Zustände seien einerseits gegen die acute Hallucinoze differentialdiagnostisch abzugrenzen, andererseits möchte sie Binswanger auch nicht in der Amentia im engeren Sinne aufgehen lassen, auch nicht zur Manie rechnen, sondern rein symptomatisch-descriptiv-klinisch von einer incohärenten Erregung sprechen. (Der Vortrag soll demnächst ausführlich in der Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie erscheinen.)

Discussion.

Herr Wernicke glaubt, dass derartige Krankheitsbilder viel häufiger, als man annimmt, selbstständig auftreten und nicht bloss als Phasen eines complicirten Krankheitsprocesses. Er betont die ausgesprochene Tendenz zur Periodicität. Die sensorischen Symptome beim Ausbruch der Krankheit beanspruchen keine selbstständige Bedeutung, sondern seien ähnlich wie die Allgemeinerscheinungen eines Insultes als Cumulation beim Hereinbrechen der

Krankheit zu deuten. In wie weit die Mobilitätserscheinungen in den Fällen des Vortragenden dominieren, sei auf Grund einer kurzen Beschreibung schwer zu beurtheilen. Die Wahnbildungen knüpfen häufig direct an die motorischen Erscheinungen an als Erklärungswahnideen für unerklärliche Bewegungen. Der Haupttypus solcher Fälle seien die hyperkinetischen Menstrualpsychosen. Später habe er beobachtet, dass auch bei Männern eine Periodicität mit gleichmässigen und zwar ebenfalls auffallend häufig vierwöchentlichen Intervallen vorkomme.

Herr Flechsig fragt, ob Temperaturmessungen gemacht worden seien. Man finde in solchen Fällen häufig Temperaturerhöhungen und Darmstörungen. Besonders in der englischen Litteratur sei auf die ätiologische Bedeutung der letzteren hingewiesen.

Herr Binswanger hat in seinen Fällen immer eine körperliche Ursache für die Temperatursteigerungen nachweisen und dieselben beseitigen können, wenn er die Bronchitis, die Koprostaten u. s. w. behandelte. Er habe ausdrücklich für seinen Vortrag Fälle gewählt, bei denen keinerlei endogene Ursachen nachgewiesen werden konnten.

Herr Cramer betont, dass Perioden voller Klarheit und schwerer Dissoziation, resp. Incohärenz auch in Intervallen von wenigen Tagen jahrelang abwechseln können, merkwürdiger Weise ohne dass irgend eine Demenz zu Tage tritt.

Herr Flechsig bestätigt, dass das Ausbleiben der Verblödung auch in seinen Fällen aufgefallen sei.

6. Herr Boldt-Jena: Ueber Merkdefecte.

Vortragender berichtet über Versuche zur Prüfung der Merkfähigkeit. Nach einer kurzen Kritik der bisher bekannten Methoden von Ranschburg, Bernstein und Diehl schildert er das von ihm angewandte Verfahren, welches sich im Wesentlichen mit der älteren Ranschburg'schen Methode deckt, wie sie in Band 9 der Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie mitgetheilt ist. Geprüft wurde in 7 Gruppen die Merkfähigkeit für sinnvolle und sinnlose Worte, für Zahlen mit und ohne Verbindung bestimmter Begriffe, für Personen- und Namengedächtniss, Farbengedächtniss und Orientirung im Raume. Die Versuche wurden an 50 Personen vorgenommen und zwar 13 normalen, gebildeten und ungebildeten Individuen und 37 Patienten der Jenenser Klinik. Unter diesen fanden sich 12 Paralytiker, 4 Taboparalytiker, 4 Fälle von Lues cerebri, 5 von epileptischer Demenz, 4 von seniler Demenz, 1 post-diabetischer Demenz, 2 alkoholischer Demenz, 2 Korsakoff'scher Psychose, 2 hysterischer Psychose, 1 imbeciller Knabe, 1 Dementia paranoides. Das Prüfungsmaterial war für Gesunde und Patienten das gleiche, ein Unterschied wurde nur in der Anwendung der Methode gemacht.

Von den Resultaten sei nur kurz erwähnt, dass sich als allgemein gültig feststellen liess, dass beim normalen Individuum die Leistungsfähigkeit steigt, indem erst bei der 3. Reproduction nach 24 Stunden der Höhepunkt erreicht wird, während es sich bei den Patienten umgekehrt verhält. Dass der Lebensberuf einen gewissen conservirenden Einfluss auf das betreffende Special-

gedächtniss ausübt, trifft in vielen Fällen zu, lässt sich aber nicht als allgemein gültiger Schluss hinstellen, wofür Vortragender Belege bringt.

Im Weiteren werden sodann eine Reihe von Ergebnissen mitgeteilt, welche sich auf das Verhalten der Merkfähigkeit bei sonst gut erhaltenem, geistigem Besitzstand beziehen; die diesbezüglichen Versuche waren an einigen Fällen von Lues cerebri, sowie an Intoxikationspsychosen vorgenommen (zwei Korsakoff, 1 postdiabetische Demenz, 1 postdysenterische Psychose); bei allen diesen Fällen wird der schwere Merkdefect hervorgehoben. Im Gegensatz zu diesen Fällen stehen einige Fälle, in welchen bei zum Theil erheblichem, intellectuellem Defect eine ausgezeichnete Merkfähigkeit vorhanden war; gleichzeitig wurde an diesen Patienten, durchweg Kindern von 12—14 Jahren, die schon früher gemachte Erfahrung bestätigt, dass in diesem Alter die rein elementare Merkfähigkeit am leistungsfähigsten ist.

Vortragender kommt schliesslich noch zu dem Schlusse, dass am ersten und stärksten das Zahlengedächtniss leidet, dann die Merkfähigkeit für sinnlose Worte und Namen, dass diese um so schwerer sich merken lassen, je weniger Vorstellungen wir associativ damit verknüpfen können.

Bemerkt sei noch, dass die Versuche in eingehenderer Weise und unter Beifügung der Uebersichtstabellen demnächst im Rahmen einer Studie veröffentlicht werden.

Discussion.

Herr Wernicke macht auf seine früheren Mittheilungen aufmerksam, wonach er bei dementen Epileptikern noch eine vorzügliche Merkfähigkeit gefunden hat.

II. Sitzung, Nachmittags 1 Uhr.

Vor Eintritt in die Tagesordnung wird mitgeteilt, dass die Prüfung der Rechnung durch die Herren Opitz und Hüfler-Chemnitz erfolgt und die Rechnung richtig befunden worden sei.

Als Versammlungsort für das nächste Jahr wird Jena in Vorschlag gebracht. Herr Binswanger wird zum Geschäftsführer gewählt, Herr Böhmig-Dresden als Kassenführer wiedergewählt.

Man schreitet zur Besprechung der Satzungen für die Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen, welche durch eine im letzten Jahr gewählte Commission in Vorschlag gebracht und von Herrn Ganser verlesen und vertreten werden. Der Entwurf wird mit geringen Zusätzen und Modificationen angenommen, die Zusendung gedruckter Exemplare an die Mitglieder in Aussicht gestellt. Die Formulirung lautet:

Satzungen der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.

§ 1. Die Vereinigung der mitteldeutschen Psychiater und Neurologen bezweckt die Pflege der psychiatrischen und neurologischen Wissenschaft und der besonderen Standesangelegenheiten.

§ 2. Ihr Ziel sucht die Vereinigung zu erreichen durch wissenschaftliche Vorträge und persönlichen Verkehr ihrer Mitglieder auf regelmässigen Versammlungen.

§ 3. Mitglied kann jede ärztlich approbirte deutsche Person werden, die ihren Namen in die Mitgliederliste eintragen lässt.

§ 4. Die Versammlungen finden jedes Jahr einmal statt — und zwar in der zweiten Hälfte des October, in der Regel abwechselnd in Halle, Jena, Dresden und Leipzig.

Auch Aerzte, die nicht Mitglieder sind, können als Gäste an den Versammlungen theilnehmen.

§ 5. Die Jahresversammlungen werden vom jeweiligen Geschäftsführer eröffnet und wählen durch die anwesenden Mitglieder, die allein stimmberechtigt sind, zunächst einen Vorsitzenden für jede Sitzung, 2 Schriftführer und 2 Rechnungsprüfer, sodann den Ort der nächstjährigen Versammlung und den Geschäftsführer, sowie Kassenführer des folgenden Jahres.

§ 6. Der Geschäftsführer hat die nächste Jahresversammlung vorzubereiten; er hat zweimal jedem Mitgliede eine Einladung zu derselben zuzuschicken, und zwar: die erste vorläufige im Mai, die zweite mit Angabe der Tagesordnung anfangs October. Er hat für einen Sitzungssaal zu sorgen, die nöthigen Vorbereitungen für den geselligen Verkehr der Mitglieder zu treffen und kann zu seiner Unterstützung einen zweiten Geschäftsführer wählen.

Mit Hülfe der Schriftführer hat er möglichst bald den Bericht über die Versammlung und die gehaltenen Vorträge für den Druck fertig zu stellen, an die Redaction des „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ zu befördern und die Correcturen zu besorgen und die Uebersendung eines Abzuges an die Mitglieder zu veranlassen.

Er hat die Mitgliederliste zu führen und gesondert davon die Acten der Vereinigung: den letzteren ist die jeweilige Tagesordnung, ein Bericht über die Theilnehmer und den Verlauf der Versammlung beizufügen.

Bis Ende Januar sollen Mitgliederliste und Acten in die Hände des neuen Geschäftsführers gelangt sein.

§ 7. Der Kassenführer vereinnahmt gelegentlich der Jahresversammlung von den anwesenden Mitgliedern die Jahresbeiträge, deren Höhe durch Beschluss der anwesenden Mitglieder auf Vorschlag des Kassenführers festgesetzt wird; er bestreitet die Ausgaben der Vereinigung, legt den Ueberschuss verzinslich an, führt über Einnahmen und Ausgaben Buch, erstattet der nächstjährigen Versammlung Bericht über den Stand der Kasse und legt sein Buch mit Belegen den Rechnungsprüfern vor.

Bis Ende Januar hat er seinem Nachfolger die Acten, den baren Kassenbestand und etwa vorhandenes Vermögen der Vereinigung zu übergeben.

§ 8. Die Jahresversammlungen beschliessen durch die anwesenden Mitglieder der Vereinigung mittelst einfacher Stimmenmehrheit.

Nach einer kurzen Debatte wird der Vorschlag des Herrn Ganzer, zum nächsten Jahr eine möglichst vollständige und zuverlässige Mitgliederliste aufzustellen, angenommen.

7. Herr Liepmann-Pankow demonstrierte nebeneinander die Frontalschnitte durch das Gehirn des einseitig Apraktischen (30 Schnitte) und Frontalschnitte durch das Gehirn eines Seelenblinden. Die beiden Gehirne verhalten sich in manchen Punkten zu einander wie Positiv und Negativ einer Photographie. Bei dem Apraktischen ist zerstört das Mark der 3. Stirnwindung, das Mark des unteren Scheitellappens und der Balken mit Ausnahme seiner hintersten Partie. Erhalten ist die motorische, akustische und vor Allem die Sehsphäre. Bei dem Seelenblinden ist gerade die Sehsphäre und der hinterste Theil der Balkenfaserung zerstört, der ganze übrige Balken, Scheitel- und Stirnlappen und die Convexität des Hinterlappens sind intact. Der rechte Hinterlappen zeigt keinen Herd.

Herr Liepmann würdigt des Weiteren das Krankheitsbild der Apraxie und weist darauf hin, dass die gefundene Localisation zunächst nur für die hier vorliegende Form und Ausdehnung der Apraxie verwerthet werden kann. Ausführliche Publication erfolgt darüber in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.

Discussion.

Herr Flechsig: Der klinische Befund sei schwer deutbar wegen der Multiplicität der Herde. Er habe Fälle untersucht, in welchen nur ein Herd vorhanden war, entweder im Parietalmark liegend oder die Balkenfaserung unterbrechend. Beide Male fehlte der beschriebene klinische Symptomencomplex. Zu überlegen sei, ob nicht der Herd in den Stirnwindungen doch von Bedeutung sei. Es handle sich nicht um den Verlust der Erinnerung für die Bewegungsimpulse, sondern für die Bewegungseffecte. Im Stirnhirn müssen aber Erinnerungsbilder für die Bewegungseffecte vorhanden sein. Deshalb glaube er, dass der Herd im Stirnhirn nicht bedeutungslos sei. Bei Zerstörung des Gyrus supramarginalis combinirt mit einer Unterbrechung der Balkenfaserung habe er keinen derartigen klinischen Symptomencomplex gefunden.

Herr Ziehen wiederholt seine schon in Berlin gestellte Frage, was aus den Balkenfasern werde, die im Splenium corporis callosi noch enthalten seien. War der Kranke fähig, mit der rechten Hand auf Gegenstände in der linken Gesichtsfeldhälfte zu reagiren? Und wenn dies der Fall war, ist es gelungen, die im caudalen Balkenabschnitt erhaltenen, aus der rechten Sehsphäre kommenden Fasern bis zur linken motorischen Region zu verfolgen?

Herr Liepmann: Auf die Frage des Herrn Ziehen bemerke ich, dass ich die erhaltenen Fasern des Spleniums noch nicht bis in die linke motorische Zone verfolgen konnte, jedoch weitere Bemühungen in der Richtung machen werde. Mit Bestimmtheit kann man das Erhaltensein solcher Fasern nicht postuliren, weil die Fähigkeit des Kranken, mit der rechten Hand in Theile des linken Gesichtsfeldes zu zeigen, zwar früher, aber nicht mehr nach den letzten Attacken festgestellt wurde.

Dass auch der Stirnhirnherd für die Bewegungsstörung in Betracht kommt, ist mir mit Herrn Flechsig wahrscheinlich. Dieser Herd vollendet ja

nach vorn die von mir postulierte Isolirung des linkshirnigen Sensomotoriums. Wenn ich weniger auf den Stirnhirnherd als auf den Scheitellappenherd eingegangen bin, so liegt das daran, dass wir bei unseren derzeitigen Kenntnissen über die Verrichtungen des Stirnhirnes uns noch keine recht bestimmten Vorstellungen über den Effect, welchen eine Absperrung der motorischen Zone von dem Stirnhirn für die Motilität haben müsste, machen können, während wir über die Folgen einer Absperrung derselben Zone vom Hör- und Sehcentrum wohl etwas aussagen können. Apraktische Symptome geringerer Ausprägung als im vorliegenden Falle treten auch bei erhaltenem Balken, vielleicht dann nur bei doppelseitigen Herden auf. Der stereognostische Sinn bei dem Kranken erschien rechts aufgehoben.

(Nachträgliche Bemerkung: Jedoch liess sich bei der Unmöglichkeit für den Kranken, zu bekunden, dass er durch Tasten erkannte, der sonst für Tastlähmung sprechende Befund bei der ungewöhnlichen, hier vorliegenden Dissociation nicht für eine Tastlähmung im gewöhnlichen Sinne, insbesondere nicht für die gewöhnliche Localisation, verwerthen. Siehe die diesbezüglichen Ausführungen in meiner Publication 1900, S. 54f.)

8. Herr Alt-Uchtsprunge: Ueber Sauerstoffbehandlung in der psychiatrischen Praxis.

Nachdem es der Technik gelungen ist, den Sauerstoff fabrikmässig billig herzustellen und in handlicher Form in den Versand zu bringen, sind die schon bei der Entdeckung des Elements angestellten Versuche, den Sauerstoff zu Heilzwecken zu verwenden, in grossem Umfang und mit hochgespannter Erwartung wieder aufgenommen. Von der gesteigerten Sauerstoffzufuhr erwartete man bei den verschiedenartigsten Krankheiten einen grossen Erfolg besonders bei Blut- und Stoffwechselanomalien, bei Vergiftungen exogener und endogener Art, ferner aber auch bei den allgemeinen Betriebsstockungen, welche sich leicht in Folge eines fehlerhaften Herzmechanismus oder einer krankhaften Behinderung des Gaswechsels in der Lunge einstellen: Von anderer Seite wurde jedoch der Sauerstoffbehandlung jede praktische Bedeutung abgesprochen oder eine etwaige günstige Einwirkung der Suggestion und anderen Factoren zugeschrieben.

Weitaus am bequemsten und am beliebtesten ist heutzutage allgemein die Sauerstoffbehandlung mittels Inhalation einer sauerstoffreichen Luft. Da nach Rosenthal der Sauerstoffgehalt der Athemluft einer der Umstände ist, von dem die Sauerstoffaufnahme in der Lunge abhängt, und daher wenigstens zeitweise die Sauerstoffaufnahme der Thiere durch Aenderungen im O_2 -Gehalt der Athemluft in hohem Maasse vermehrt oder vermindert werden kann, so giebt thatsächlich diese Anwendungsform die einfachste und wirksamste Möglichkeit einer zeitweiligen Sauerstoffbereicherung des Organismus. Von manchen inneren Klinikern wurde bekanntlich bis vor kurzer Zeit der Sauerstoffbehandlung jede praktische Bedeutung abgestritten. Als jedoch in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 1. Mai 1901 Aron unter Berufung auf die Physiologie die Sauerstoffbehandlung endgültig abgethan zu

haben glaubte, wies demgegenüber Zuntz ausdrücklich darauf hin, dass bei Einathmung reinen Sauerstoffs das Blutplasma etwa 2 pCt. Sauerstoff aufzunehmen vermöge. Eine solche Sauerstoffsättigung des Serums könne aber bei starker Abnahme des Hämoglobins, z. B. nach grossen Blutverlusten oder wenn ein Theil des Hämoglobins (wie z. B. bei der CO-Vergiftung) durch anderweitige Bindung als Sauerstoffträger ausgeschaltet ist, sehr wohl lebensrettend wirken. Auch wenn bei gestörter Athemmechanik die Alveolenluft sehr sauerstoffarm ist — das könne auch bei Morphinumvergiftung vorkommen — sei es durch Zuführung sauerstoffreicher Luft wohl möglich, die „alveoläre Sauerstoffspannung“ wieder auf die normale Höhe zu bringen. Auch Loewy wies im Anschluss an den Aron'schen Vortrag darauf hin, wie bei abnorm flacher Athmung durch Zuführung von reinem O_2 eine günstige Wirkung erzielt werde, die allerdings auch durch künstliche Athmung erreicht werden könne. Bei Verengung der luftzuführenden Wege aber vermöge die künstliche Athmung die Sauerstoffinhalation nicht zu ersetzen. In gleichem Sinne äusserten sich die meisten der anwesenden Internisten wie Baginsky, Senator, M. Michaelis, welche die günstige Einwirkung des Sauerstoffs nicht nur bei CO- und ähnlichen Vergiftungen, sondern auch bei Zuständen schwerer respiratorischer Dyspnoe und bei vielen Herzkranken häufig erprobt hatten. Dass die Chirurgen die combinirte Sauerstoff-Chloroformnarkose schon längere Zeit mit recht gutem Erfolg anwenden, ist allgemein bekannt. Da in der psychiatrischen Literatur die Sauerstoffbehandlung noch keine Beachtung gefunden hat, dürfte die Mittheilung der in Uchtsprünge seit längerer Zeit mit der Sauerstoffbehandlung gemachten Erfahrungen nicht ohne Interesse sein¹⁾.

Beiden in einer grossen Anstalt nicht ganz seltenen kleineren und grösseren Operationen hat man auch in Uchtsprünge die Vorzüge der combinirten Chloroform-Sauerstoffnarkose würdigen gelernt. Aber auch bei nicht chirurgischen Fällen ist seit Jahren Sauerstoffbehandlung versucht worden und in manchen Fällen mit gutem Erfolg. Das gilt in erster Linie für schwere Vergiftungen. Einem etwa 30jährigen Kunsthistoriker, der an schweren Depressionszuständen litt, gelang es, wie nachträglich bekannt wurde, sich unbemerkt eine Arzneiflasche mit 33 g Chloral zu verschaffen und diese heimlich auszutrinken. Er fiel bald darauf plötzlich vom Stuhl. Der sofort herbeigeholte Arzt fand ihn vollständig collabirt im tiefsten Coma. Pupillen sehr eng und reactionslos. Athmung äusserst oberflächlich. Puls flatternd, nicht zu zählen. Campherätherinjectionen besserten vorübergehend den Puls etwas, die Athmung blieb jedoch sehr oberflächlich und setzte zuweilen ganz aus. Auch das Hervorziehen der Zunge, künstliche Athmung u. s. w. besserten den Zustand nicht. Es machte sich bereits bei beträchtlicher Cyanose und Dyspnoe eine starke Steifigkeit der Gliedmaassen bemerkbar. Da die Athmung immer länger aussetzte, wurde alsbald mit Sauerstoffinhalationen begonnen, worauf nach einiger Zeit sichtliche

1) Der Sauerstoff ist von der Berliner Sauerstofffabrik bezogen; zum Inhaliren wurde früher die bekannte Michaelis'sche Maske, neuerdings meist eine Nickelmaste benutzt.

Besserung eintrat. Die Cyanose nahm ab, der Puls wurde kräftiger und regelmässiger, es machten sich deutliche Abwehrbewegungen bemerkbar. Durch mehrere Stunden fortgesetzte O₂-Inhalationen gelang es allmählig die Athmung weiter zu bessern, bis ein tagelanger, ruhiger Schlaf eintrat. Alle bei den Wiederbelebungsversuchen beteiligten Aerzte waren der Ansicht, dass der jetzt schon seit Jahren als vollständig genesen entlassene und in seinem Beruf tüchtige Herr ohne Anwendung der Sauerstoffathmung unbedingt der Intoxication erlegen wäre.

Ähnlich war die Wirkung der Sauerstoffinhalation bei einem Kranken, welcher sich heimlich Tabak und Cigarrenreste gesammelt hatte und durch Einnehmen dieser Substanzen einen Selbstmordversuch machte. Excitantien, Magenausspülungen besserten seinen Zustand in keiner Weise. Erst durch etwa 6 Stunden lang fortgesetzte Sauerstoffathmung gelang es die Respiration bei diesem Nicotinvergifteten einigermaassen regelmässig zu gestalten. Sowie die Inhalationen auch nur kurze Zeit ausgesetzt wurden, trat sofort starke Dyspnoe ein und der Zustand wurde ein sehr bedrohlicher.

Unter der wieder aufgenommenen Sauerstoffinhalation gingen allmählig die Vergiftungserscheinungen ganz zurück.

Eine gleiche günstige Wirkung wie bei diesen schwer Vergifteten hatten die Sauerstoffinhalationen bei zwei Damen, welche in äusserst collabirtem Zustand in die Anstalt aufgenommen wurden. Die Kranken waren sehr benommen, das Gesicht und die Gliedmaassen stark cyanotisch, die Athmung sehr oberflächlich, unregelmässig und aussetzend, der Puls klein und frequent, häufig gar nicht zu fühlen. Die sofort angewandten Mittel, Kochsalzinfusionen, Excitantien brachten keinen sichtlichen Nutzen. Der Zustand der vollkommen moribund aussehenden Kranken war äusserst bedenklich als mit den Sauerstoffinhalationen begonnen wurde. Nachdem diese einige Zeit fortgesetzt wurden, besserte sich das Befinden zusehends. Die Cyanose ging zurück, die vorher lividen Lippen bekamen eine röthliche Färbung, die Athmung wurde tiefer und regelmässiger, der Puls deutlich fühlbar, langsamer und wesentlich kräftiger. Es gelang auch diese beiden Damen, die — nebenbei bemerkt — beide von ihrer Psychose geheilt sind, dem Leben zu erhalten.

Äusserst bedrohliche Zustände stellen sich bekanntlich bisweilen auch nach schweren epileptischen Anfällen ein, besonders wenn diese nicht gleich bemerkt und irgend ein Athmungshinderniss vorhanden ist. Eine kräftig gebaute Frau, welche in einem Einzelzimmer wohnte, und sich — wie sie dies gewöhnlich that — ein Tuch um den Kopf geschlungen hatte, wurde von einem Anfall überrascht. Als der Arzt hinzukam, lag sie mit ausgestreckten Armen und Beinen vollkommen unbeweglich und wie leblos auf der Erde, Puls und Athmung waren nicht festzustellen, die Reflexe waren erloschen, Gesicht und Hände stark cyanotisch. Es wurde sofort künstliche Athmung eingeleitet, die ohne Erfolg blieb, bis Sauerstoff herbeigeschafft wurde. Nach ca. 3 Minuten lang ausgeführter Sauerstoffinhalation, die mit künstlicher Athmung combinirt war, wurde ein leichtes Spannen der Armmuskeln während der künstlichen Athmung gefühlt; es zeigte sich ein Hellerwerden der Gesichtsfarbe, dann ein

Wiedereinsetzen des Pulses. Nach 30 Minuten durchgeführter Inhalation fing langsam die spontane Athmung wieder an. Sobald die Bemühungen ausgesetzt wurden, kehrten die bedrohlichen Erscheinungen wieder, so dass mit der Sauerstoffathmung noch eine Stunde lang fortgefahren werden musste.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass in diesem Fall ohne die Sauerstoffinhalation ein Wiedererwecken zum Leben nicht erfolgt wäre.

Die Gefahren, welche ein einzelner epileptischer Anfall mit sich bringt, sind beim Status epilept. meist noch in erhöhtem Grade vorhanden. Hier handelt es sich nicht nur darum, nach den Anfällen die bedrohlichen Erscheinungen einer erschweren, oft nur ganz oberflächlichen Respiration und einer mangelhaften Herzthätigkeit, sondern auch die den Organismus meist sehr schädigen den Krampfanfälle in möglichst kurzer Zeit zu beseitigen. Die combinirte Chloroform-Sauerstoffnarkose hat bei der Bekämpfung dieser gefährlichen Zustände sehr werthvolle Dienste geleistet, auch da, wo nach früheren Erfahrungen die Status recht bedrohlich werden können. Die Narkose wird in der Weise gehandhabt, dass zuerst ein Gemisch von Chloroform und Sauerstoff eingeathmet und nochher reiner Sauerstoff inhalirt wurde, bis der Kranke in einen ruhigen Schlaf ohne erkennbare Athembeschwerden versank. Auch bei chronischen Krankheitszuständen, z. B. Epilepsie mit häufig auftretender Herzangst, bei depressiven Psychosen mit Pulsbeschleunigung, flacher Athmung und Angst hat Alt häufig einen recht wohlthätigen Einfluss von wiederholter Sauerstoffinhalationen beobachten können. Es macht den Eindruck, als ob auch hier in Folge der oberflächlichen Athmung die Alveolenluft sehr sauerstoffarm war und es durch Zuführung von sauerstoffreicher Luft gelang die alveoläre Sauerstoffspannung wieder in die Höhe zu bringen. In der Regel ist nach Einathmung von etwa 200 Liter Sauerstoff eine Kräftigung und Verlangsamung des Pulses festzustellen. Die Kranken, welche zu Anfang bisweilen vor dem Apparat etwas Furcht haben, fühlen bald selbst eine Erleichterung und bitten recht häufig um Wiederholung der ihnen wohlthätigen Inhalationen.

Auf Grund dieser geschilderten Beobachtungen scheint es für Alt festzustehen, dass

die Sauerstoffbehandlung bei manchen schweren Vergiftungen, wie sie in Anstalten für Kranksinnige vorkommen können, geradezu lebensrettend wirken kann;

die Sauerstoffbehandlung auch zuweilen bei Zuständen hochgradiger Erschöpfung einen ersichtlichen Nutzen stiftet;

die Sauerstoffeinathmung in wirksamster Weise die während und nach gehäuften epileptischen Anfällen bestehende Cyanose und Herzschwäche beeinflussen kann;

die Chloroform-Sauerstoffnarkose bei Bekämpfung der Status epilepticus recht gute Dienste leistet.

Auch hat Alt den Eindruck, dass Manche mit Angst, Pulsbeschleunigung und flacher Athmung einhergehenden depressiven Psychosen durch Sauerstoffeinathmungen in körperlicher und seelischer Hinsicht Besserung erfahren.

Alt glaubt daher, warm dafür eintreten zu müssen, dass die Sauer-

stoffbehandlung in dem therapeutischen Rüstzeug einer heutigen Anstalt für psychisch Kranke und Nervenkranken nicht unberücksichtigt bleiben soll.

Discussion.

Herr Ganser hat die Sauerstoffbehandlung in anderer Weise berücksichtigt. Er hat die Kranken viel an die Luft gebracht. Nicht so, dass er sie im Garten sich ergehen liess, sondern auch durch Lagerung im Freien. Den Dauerbädern gegenüber möchte er dem Dauerlagern in der frischen Luft das Wort reden.

Herr Düms-Leipzig hat Sauerstoffinhalationen in militärischen Anstalten und auf Rettungswachen benutzt. Besonders bei Chloroformirten und Tiefbetrunkenen habe er eklatante Erfolge gesehen. Er glaube deshalb an den guten Einfluss der Sauerstoffinhalationen trotz der Erwägungen der medicinischen Gesellschaft. Verunglückte, die chloroformirt werden müssen, können sofort entlassen werden, wenn man sie Sauerstoff einathmen lässt. Dasselbe sei bei Schwerbetrunkenen der Fall. Auf seine Veranlassung seien Versuche auch bei Pneumonikern im Militärspital gemacht worden, auch hier mit gutem Erfolg. Bei dyspnoischen Zuständen sei es gelungen Euthanasie zu erzielen. In Leipzig wurde ein Inhalationsapparat von den Rettungswachen an praktische Aerzte ausgeliehen.

9. Herr Hoppe-Uchtsprunge: Die Bedeutung der Ionenlehre für die Behandlung der Epileptiker. Durch die Arbeiten von van t'Hoff, Arrhenius u. A. ist unsere Einsicht in das Wirken der Salzlösungen im thierischen Organismus wesentlich gefördert worden. Da beispielsweise der Zusatz eines neuen Gases auf die Dissociation des ursprünglich im Raum vorhandenen ohne jeden Einfluss ist, wenn das neue Gas keines der Dissociationsproducte des alten enthält, dasselbe Gesetz aber auch für die Lösungen gilt, ist der Zusatz eines neuen Salzes auf die Dissociation einer Salzlösung ohne Einfluss, wenn die beiden Salze keine gemeinsamen Ionen haben. Diese Thatsache ist für das Wirken der Desinficientien und vieler arzneilicher Salzlösungen von grosser Bedeutung. Der Zusatz von Kochsalz zu Sublimat (wie z. B. in Angerer's Sublimatpastillen) lässt nach den Arbeiten von Krönig und Paul die desinficirende Kraft bedeutend zurückgehen; ebenso wird die Wirkung eines Salzes durch Zusatz eines neuen mit denselben Ionen wesentlich abgeschwächt. So ist z. B. das Combiniren von Bromkalium mit Jodkalium, von salzigen Arzneimitteln mit anderen verwandten brausenden Salzen irrationell, weil die Zahl der activen Moleküle eines jeden dadurch eine geringere wird. Fügt man zu einer Na-Br.-Lösung (im Essen oder sonstwie) NaCl, wird sofort die Dissociation, die Br.-Wirkung eine geringere. Je weniger also bei einer Na-Br-Verordnung NaCl im Essen verabfolgt wird, desto stärker ist die Br-Wirkung, desto weniger Br. braucht man, um dieselbe Wirkung hervorzurufen. Diese Thatsache erklärt ungezwungen die Erfolge der Toulouse-Richet'schen Behandlung, wenn auch diese Autoren zunächst von anderen Theorien ausgingen. Von den 3 gebräuchlichsten Br-Präparaten (KBr, NaBr

und Bromalin) erhöht NaBr zunächst den osmotischen Druck des Blutes (für den der Gefrierpunkt einen Anhalt giebt) am meisten, wenn auch nicht wesentlich stärker als die beiden anderen Br-Präparate. Um festzustellen, wie die Nieren, welche hauptsächlich die Ausscheidung der Salze zu erwirken und die normale molekuläre Concentration des Blutes in kürzester Zeit wieder herzustellen haben, sich den verschiedenen Salzen gegenüber verhalten, erhielten 2 junge Epileptiker (mit vollständig functionsfähiger Niere!) 6 Wochen gleichmässige Kost (Milch und Dauerzwieback, NaCl-Gehalt = 4g); 6 weitere Wochen genau dieselbe Kost mit Zusatz von 2 g KBr; 2 andere Epileptiker erhielten unter denselben Bedingungen 2 g NaBr, endlich 2 Controlpersonen entsprechenden NaCl- bzw. KCl-Zusatz. Während dieser Zeit wurden N, der Salzgehalt, die molekuläre Concentration (M) des Urins täglich festgestellt. Es stellte sich heraus, dass bei diesen Epileptikern (mit vollständig functionsfähigen Nieren!) die K-Salze an die Arbeitsleistung der Ausscheidungsorgane grössere Anforderungen stellten als die entsprechenden Na-Mengen. Die chemische Untersuchung ergab, dass sie schneller und stärker ausgeschieden wurden, als die Na-Salze, dass sie sogar dem Körper etwas von seinem Salzgehalt entzogen und daher bei einer Behandlung mit salzarmer Kost durchaus nicht am Platze sind.

Da sie nun schneller ausgeschieden werden und deshalb auch nur kürzere Zeit im Organismus verweilen, wirken sie auch bei Kranken (mit leistungsfähigen Nieren!) zunächst weniger toxisch und pharmakodynamisch, bzw. langsamer. Ganz anders ist jedoch die Ausscheidung bei den vielen Epileptikern, deren Nieren durch zu vieles Mediciniren, durch vorangegangene Infektionskrankheiten, durch Herzstörungen u. s. w. zwar nicht direct erkrankt, aber doch in ihrer Leistungsfähigkeit schon etwas geschädigt sind. Da die K-Salze grössere Ansprüche an die Arbeitsleistung der Nieren stellen, bleiben sie hier im Gegensatz zu vorhin stärker zurück, wirken deshalb auch wesentlich toxischer als die gleichen NaBr-Mengen. Die grösste Menge der eingeführten Br.-Salze findet sich im Blutserum, Wird es in Folge mangelnder Arbeitsfähigkeit der Nieren nicht genügend ausgeschieden, so wird es hauptsächlich in Gehirn und Nieren abgelagert, solche Kranke zeigen dementsprechend auch sehr leicht Zeichen schwerer Br.-Intoxication. Ueber das Wirken des Br im thierischen Organismus sind von Fessel, Nencki u. A. sehr werthvolle Arbeiten geliefert. Die Resultate dieser Untersuchungen, die zudem noch an hungernden, bzw. mit chlorarmer Kost ernährten Thieren gemacht sind, dürfen jedoch nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden; auch die Resultate von Untersuchungen an einzelnen Menschen gelten durchaus noch nicht für die Allgemeinheit, da die schon individuell sehr verschiedene Ausscheidung des Br in der Hauptsache durch die Arbeitsleistung der Nieren bedingt wird, dann aber auch sehr von dem NaCl-Gehalt der Nahrung abhängt und schliesslich noch durch die Wahl des Br-Präparates beeinflusst wird¹⁾. Da wir die Br-Salze oft Jahre lang in Anwendung bringen

1) Die Untersuchungen von Laudenheimer über das Verhalten der

müssen, werden wir uns auch mit dem Anordnen Zeit lassen können. Erst wenn wir den Kranken nach allen Richtungen genau kennen, wenn wir insbesondere uns auch die geringe Mühe gegeben haben, die Ausscheidungsfähigkeit der Nieren etwa eine Woche lang zu beobachten, werden wir im Stande sein, das richtige Mittel in geeigneter Form zu verordnen. Wir werden aber auch erst dann von den Br-Präparaten den wahren Nutzen und über Intoxicationsercheinungen nie zu klagen haben.

10. Herr Stegmann (Dresden): Casuistischer Beitrag zur Behandlung von Neurosen mittelst der kathartischen Methode (nach Freud).

Votr. hat in den letzten Jahren, theils im Dresdener Stadt-Irrenhause, theils in der Privatpraxis, mehrere Kranke mit verschiedenen Neurosen nach der kathartischen Methode behandelt; 3 dieser Fälle erwähnt er nur kurz und bespricht einen ausführlicher. Hier handelte es sich um eine an Angst, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit und gelegentlich auftretenden Sinnestäuschungen leidende Patientin, die zunächst längere Zeit in der Anstalt behandelt wurde, wo jedoch, trotzdem man ihr besondere Sorgfalt widmete, ein durchgreifender Erfolg nicht erzielt wurde. Man erreichte zwar, dass sie sich in der Anstalt regelmässig beschäftigte, auch liess sich durch Suggestion im hypnotischen Schlaf vorübergehend ruhigere Stimmung erzielen, doch blieben die störendsten Symptome bestehen und auch das Körpergewicht blieb niedrig. Die Behandlung mit Hypnose wurde, da sie keinen dauernden Erfolg erkennen liess, nur 3 Monate lang fortgesetzt und Pat. wurde nach weiteren 6 Monaten ungeheilt von ihren Angehörigen aus der Anstalt abgeholt, nachdem sie kurz zuvor einen durch Sinnestäuschungen veranlassten Selbstmordversuch gemacht hatte. Sie stellte sich bald darauf wegen weiterer Verschlechterung ihres Befindens in der Anstaltssprechstunde wieder vor und wurde von da ab durch Votr. ambulant weiter behandelt. Durch spontane Mittheilungen der Pat. kam Votr. auf den Gedanken, sie nach der Freud'schen Methode auszufragen und da dies im Wachen nicht vollständig gelang, wurde es in tiefer Hypnose fortgesetzt, mit dem Erfolg, dass Pat. um so freier wurde, je weiter die Analyse fortschritt. Die reproducirten Erinnerungen stellten zum Theil psychische Traumata aus dem sexuellen Gebiet dar, zum Theil aber auch — und zwar anscheinend unabhängig von diesen — solche, die aus unglücklichen Verhältnissen im Elternhause entsprangen. Letztere stammten zumeist aus frühester Jugend und wurden bei der Analyse als letzte reproducirt. Votr. nimmt an, dass hier die

Br-Präparate beim Menschen, nach denen ungeheure Br-Mengen (bis 52 g) zurückgehalten werden können, sind im Grossen und Ganzen zutreffend. Sie sind aber anscheinend auch an Epileptikern gemacht, deren Nieren bereits etwas geschwächt waren. Eine Functionsprüfung scheint bei diesen Untersuchungen vorher leider nicht erfolgt sein; auch fehlen, soweit ersichtlich, nähere Angaben über den Salzgehalt der Nahrung. Da ferner der Br-Gehalt der Präparate nicht ganz richtig eingeschätzt ist, sind auch die zurückgehaltenen Br-Mengen etwas zu hoch berechnet.

auf sexuelle Dinge bezüglichen Gedankenreihen eine Neurose zur Entwicklung brachte, für welche die früheren Kindheitserinnerungen nicht-sexuellen Inhalts den Boden bereitet hatten. Pat. ist seit Herbst 1901 halb, seit Frühjahr 1904 ganz erwerbsfähig und hat bisher keine Neubildung krankmachender Reminiscenzen erkennen lassen; das Körpergewicht ist beträchtlich gestiegen. — Vortr. erwähnt dann eine Kranke, deren, mit Zwangsvorstellungen und motorischen Störungen einhergehende Neurose durch Anwendung der Freud'schen Methode wesentlich gebessert wurde, und weiter einen Fall von migräneartigem Kopfschmerz, der gleichfalls günstig beeinflusst wurde; in beiden Fällen wurde Arbeitsfähigkeit in sehr anstrengendem Beruf erzielt. Endlich bespricht Vortr. einen Kranken, bei dem sich seit 1903 eigenthümliche Krampferscheinungen im rechten Arm eingestellt hatten im Anschluss an einen seit 1885 bestehenden Schreibkrampf. Hier hat die Behandlung in kurzer Zeit überraschende Ergebnisse zu Tage gefördert und schon jetzt eine Besserung der zuletzt aufgetretenen Krampferscheinungen gebracht.

Vortr. weist auf die Schwierigkeiten des Verfahrens hin und meint, dass grosse Vorsicht und Zurückhaltung in der Fragestellung unerlässlich sei. Für einzelne Fälle scheint ihm aber die kathartische Methode unentbehrlich und jeder anderen Behandlungsweise überlegen zu sein. (Eigenbericht.)

Discussion.

Herr Binswanger hat sich auch mit der kathartischen Methode beschäftigt. In seinem Buch über Hysterie habe er über verblüffende Erfolge in vereinzeltten Fällen berichtet. Diese seien aber immer rasch eingetreten. Geschehe das nicht, so sei auf einen Dauerfolg nicht zu rechnen. Setzte man die Behandlung lange fort, knies man den Kranken sozusagen auf dem Gewissen, so komme es bei denselben leicht zu einer Sucht nach Geständnissen. Oft fügen die Leute aus ihrer Phantasie etwas hinzu, nur um dem Arzt Genüge zu thun. Er fürchte, dass man in vielen Fällen die Geister, die man gerufen, nicht mehr los werde.

Herr Stegmann weist darauf hin, dass die drei erstgenannten Patientinnen durch die geschilderte Behandlung seit längerer Zeit wieder arbeitsfähig geworden sind; er betont nochmals, dass er grundsätzlich die Kranken nie mit Fragen quält, vielmehr nur sie dazu anleitet, dem vorhandenen Mittheilungsbedürfniss nachzugeben, wobei er sie dann durch seine Fragen zu unterstützen strebt. So wird auch am sichersten die von Herrn Binswanger befürchtete Erweckung des Sensationsbedürfnisses vermieden.
