

Tagung der Vereinigung der Nordwestdeutschen Psychiater und Neurologen

am 22. und 23. Oktober 1927 in Lübeck (Heilanstalt Strecknitz).

Berichterstatter: **Reid** (Lübeck-Strecknitz).

(*Ein gegangen am 18. Januar 1928.*)

Anwesend: *Abraham* (Schleswig); *Biß* (Lübeck); *Beck* (Baltimore U.S.A.); *Boettiger* (Hamburg); *Cohn* (Hamburg-Barmbeck); *Dabelstein* (Schleswig); *Demme* (Hamburg-Eppendorf); *Dockhorn* (Lübeck-Strecknitz); *Draesecke* (Hamburg); *Emden* (Hamburg); *Enge* (Lübeck-Strecknitz); *Fischer* (Schwerin-Sachsenberg); *Freundlich* (Hamburg-Barmbeck); *Goldbeck* (Neustadt); *v. Grabe* (Hamburg); *Grabow* (Neustadt); *Greuel* (Lübeck); *Hanse* (Kiel); *Hinrichs* (Hamburg-Eppendorf); *Jacob* (Hamburg); *Kafka* (Hamburg); *Krisch* (Greifswald); *Langelüddecke* (Hamburg); *Laehr* (Gremsmühlen); *Lütgerath* (Neustadt); *Lua* (Hamburg-Langenhorn); *Meyer* (Lübeck); *Meyer* (Moisling); *Melchert* (Rostock); *Nonne* (Hamburg); *Oeschey* (Lübeck-Strecknitz); *Pette* (Hamburg-Eppendorf); *Rehm* (Bremen); *Reid* (Lübeck-Strecknitz); *Repkewitz* (Schleswig); *Riedel* (Lübeck); *Rosenfeld* (Rostock-Gehlsheim); *Rust* (Schwerin-Sachsenberg); *Salchow* (Lübeck); *Sierau* (Hamburg-Langenhorn); *Schäfer* (Hamburg-Langenhorn); *Schlodtmann* (Lübeck); *Schmidt, Clara* (Königslutter); *Schmidt* (Schwerin-Sachsenberg); *Schroeder* (Montevideo); *Skalweit* (Rostock); *Stertz* (Kiel); *Struve* (Neustadt); *Steyerthal* (Kleinen); *Thomsen* (Lübeck); *Tieding* (Hamburg); *Timm* (Lübeck); *Tornquist* (Schleswig); *Traumann* (Kiel); *Vranesić* (Zagreb, Jugoslavien); *Walter* (Bremen); *Walcker* (Lübeck); *Weygandt* (Hamburg); *Wilhelmi* (Kiel); *Wodrig* (Lübeck); *Zappe* (Schleswig-Hestenberg); *Zadow* (Greifswald); *Ziehl* (Lübeck); *Zucker* (Greifswald); *Josephi* (Hamburg-Eppendorf).

1. Sitzung: Sonnabend den 22. Oktober 15—18 Uhr. 2. Sitzung: Sonntag 23. Oktober 1927 9—12 Uhr. Anschließend Besichtigung der Heilanstalt Strecknitz.

Herr Senator *Eckholdt* ließ die Versammlung im Namen des Senates der freien und Hansestadt Lübeck in der Heilanstalt Strecknitz willkommen. *Enge* (Lübeck-Strecknitz) eröffnete die Tagung und begrüßte die Anwesenden. Zum Vorsitzenden für den 22. Oktober wird *Nonne* (Hamburg), *Stertz* (Kiel), für den 23. Oktober *Rosenfeld* (Rostock) gewählt. Schriftführer *Reid* (Lübeck-Strecknitz).

Vorträge.

1. *Rosenfeld* (Rostock): Über Stirnhirnpsychosen.

Rosenfeld gibt zunächst eine kurze Zusammenstellung der Symptome, welche wir auf Grund unserer Erfahrungen von Stirnhirntumoren und Stirnhirnverletzten, als Stirnhirnsyndrome zu bezeichnen pflegen und berichtet dann über einen Fall von doppelseitiger Stirnhirnatrophie bei einem erst 38jährigen, früher körperlich und geistig gesunden Zigarrenarbeiter, der während der ersten drei Jahre seiner Erkrankung nur

psychische Störungen zeigte, welche die Diagnose eines schweren katatonen Zustandsbildes im Verlaufe einer Schizophrenie ernsthaft in Erwägung ziehen ließen. Die psychischen Symptome waren: eigenartige Initiativlosigkeit, Mangel an Antrieben, Teilnahmslosigkeit, Schwierigkeiten in der Aufmerksamkeitsfixierung, ablehnendes autistisches Verhalten, Vorbeireaktionen und Affektstumpfheit. Der körperlich-neurologische Befund war in den ersten drei Jahren völlig negativ. Im vierten Jahre der Erkrankung nahmen die psychischen Störungen die Form eines schweren Stupors mit völligem Negativismus an; schließlich bestanden ein allgemeiner Rigor und Kontrakturstellungen aller Extremitäten. Die Sektion ergab: eine sehr schwere Atrophie beider Frontallappen; die Atrophie reichte bis zum Gyrus centralis anterior. Ferner waren von der Atrophie befallen: die Spitzen der Gyri fornicati, soweit sie dem Frontallappen anliegen, die Spitze des Balkens, der Kopf des Nucleus caudatus bds. und schließlich noch die äußerste Spitze des linken Temporallappens. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich nicht um einen paralytischen Rindenprozeß gehandelt hat; es fehlten ferner alle Gefäßveränderungen und ebenso die Zeichen eines encephalitischen Prozesses. Es lag nur ein hochgradiger Schwund der nervösen Gewebelemente vor.

Die partielle Atrophie des Stirnhirns hat in diesem Falle bereits im 38. Lebensjahr begonnen, was bisher noch nicht beobachtet ist. Die psychischen Störungen, welche diese doppelseitige Stirnhirnerkrankung begleiteten, hatten ausgesprochen katatonen Gepräge.

Aussprache.

Draesecke berührt die Frage der Gefäßerkrankung.

Stertz: Die eingehende Analyse ermöglicht die *Picksche Atrophie* des linken Schläfenlappens von der des Stirnhirns zu unterscheiden. Der Stirnhirnkomplex ist, wie dem Vortragenden zuzugeben ist, recht kennzeichnend, jedoch ist daran zu erinnern, daß bei der *Pickschen Atrophie* doch die übrige Hirnrinde, wenn auch in geringem Grade, pathologisch-anatomische Veränderungen zeigt, was die Inbeziehungsetzung der psychischen Ausfälle mit der Stirnhirnatrophie immerhin erschwert.

Walter: Da ich den Fall sehr gut kenne und die histologische Untersuchung, wenn auch leider nicht zu Ende, durchführen konnte, möchte ich zuerst betonen, daß die Annahme einer primären Schädigung des Gefäßsystems, wie es Draesecke vermutet, nicht bestand.

Sodann glaube ich, daß der Fall nicht ohne weiteres der *Pickschen Atrophie* zuzurechnen ist, weil hier Mark und Stammganglien (Kopf des Nucleus caudatus) annähernd ebenso stark betroffen waren, wie die Rinde.

A. Jakob (Hamburg) hebt auf Grund seiner Erfahrungen hervor, daß tatsächlich diese Stirnhirnatrophie eine besondere und bemerkenswerte Symptomatologie zeigt, die wohl nur im Beginn der Erscheinung mit echten katatonen Symptomen verwechselt werden kann. Die bald einsetzende starke Einbuße der psychischen Persönlichkeit wird bald die Diagnose nach einem schweren organischen Prozesse sicherstellen. Fast alle die Kranken verlieren rasch jegliche Ansprechbarkeit, jegliche Spontaneität, besonders auch auf dem Gebiete der Sprache. Die

nosologische Einreihung der Fälle ist noch völlig ungeklärt, selbst ihre eventuelle heredo-degenerative Komponente. Auch die Gesetze der anatomischen Ausbreitung des Prozesses sind noch nicht einwandfrei klargelegt.

2. Pette und Hinrichs (Hamburg-Eppendorf): Über experimentelle Poliomyelitis.

Die experimentellen Arbeiten auf dem Gebiet der Herpesforschung haben unsere Kenntnis vom Wesen eines bestimmten Formenkreises entzündlicher Erkrankungen des Zentralnervensystems weitgehend gefördert. Zu nennen sind hier von Erkrankungen beim Menschen vor allem die epidemische Encephalitis, die Poliomyelitis und die Lyssa. Eine ganz besondere Förderung hat die Frage der Viruswanderung und der Virusausbreitung innerhalb des erkrankten Organismus erfahren. Wir wissen, daß das Virus des menschlichen Herpes febrilis bei gewissen Tierarten, speziell bei Kaninchen und bei Meerschweinchen eine hochgradige Affinität zum Zentralnervensystem hat. Gerät das Virus an irgendeiner Stelle des Körpers mit peripheren Nerven in Berührung, so kann es längs der Nervenfibrillen zentralwärts wandern, und es entsteht nach Ablauf weniger Tage an der Stelle des Hirns resp. des Rückenmarks, an welcher der periphere Nerv ein- oder austritt, ein umschriebener Entzündungsprozeß. Dieser Prozeß bleibt im allgemeinen nur kurze Zeit lokal, meist greift er diffus oder herdförmig auf andere Teile des Zentralnervensystems über. Wir wissen, daß sich nach Verimpfung von Herpesvirus auf die Cornea eine Encephalitis im Pons resp. in der Medulla oblongata, und zwar in der Gegend der aufsteigenden Trigeminuswurzel entwickelt; wir wissen ferner, daß nach Verimpfung des gleichen Virus in den Nervus ischiadicus eine Myelitis des Lumbosakralmarkes entsteht. Klinisch sehen wir Reiz- oder Lähmungserscheinungen. Bei myelitischen Prozessen kommt es infolge Schädigung von Vorderhornelementen sehr schnell zu Paresen zunächst nur einzelner Muskelgruppen und alsbald ganzer Extremitäten. Es entsteht somit ein Bild, das eine weitgehende Ähnlichkeit hat mit den Bildern der Heine-Medinschen Krankheit. Die bei der experimentellen Herpesmyelitis erhobenen histologischen Befunde sind, wie uns ausgiebige eigene Erfahrungen zeigen, in ihrer Art identisch mit den Bildern der echten Poliomyelitis (Pm).

Die hochgradige Affinität des Herpesvirus zum Zentralnervensystem (Z.N.S.) kommt aber in noch weiteren Befunden zum Ausdruck. Wir sahen nach der Ischiadicus-Impfung nicht selten cerebrale Symptome in Form von Konvulsionen und fanden dementsprechend bei der histologischen Untersuchung diffuse und multiple Herde durch das ganze Rückenmark und wiederholt auch im Gebiet der Stammganglien, ja selbst in den Hemisphären. Wir haben hier also ein Analogon zur Poliomyelitis, deren diffusen Charakter als erster *Strümpell*, und zwar

vom rein klinischen Standpunkt aus erkannte. Diese Auffassung hat mehrere Jahre später durch die ausgedehnten histologischen Arbeiten vor allem von *Ivar Wickmanns* eine glänzende Bestätigung gefunden.

Systematische Untersuchungen auf dem Gebiet der Herpesmyelitis haben uns gelehrt, daß der Prozeß in seiner Akuität resp. im Grade seiner Entwicklung klinisch wie anatomisch außerordentlich wechseln kann. Neben leichtesten in Heilung übergehenden Formen beobachteten wir allerschwerste, foudroyant verlaufende Prozesse, die teils unter Reizerscheinungen mannigfacher Art, teils unter dem Bilde sehr schnell fortschreitender Lähmungen letal endeten. Alle diese Beobachtungen lassen es berechtigt erscheinen, die Herpesmyelitis des Tieres in Analogie zu setzen zur Poliomyelitis des Menschen.

Wie weitgehend die Analogien sind, lehrten uns vergleichend anatomische Studien bei einem Fall sehr akut tödlich verlaufener Poliomyelitis (13jähriger Knabe) und einem mit Rückenmark dieses Patienten infizierten Affen. Der Affe erkrankte am 14. Tage nach der intracerebralen Impfung mit einer schlaffen Lähmung der Hinterbeine. Die Temperatur stieg in wenigen Tagen während des akuten Stadiums bis 39,5, der Liquorzellgehalt betrug 1150/3. 35 Tage nach Auftreten der ersten Lähmungserscheinungen wurde der Affe getötet.

Vergleichen wir das Ergebnis der histologischen Untersuchung bei dem klinisch beobachteten Fall mit den Befunden der experimentell erzeugten Pm., so ist die Übereinstimmung im Aufbau des histologischen Prozesses unverkennbar. Der Prozeß als solcher ist durch seinen diffusen Charakter gekennzeichnet. Alle Teile des Z.N.S. sind befallen, nur in verschiedenen großer Intensität. Vorwiegend befallen ist das Grau des Rückenmarks und hier sind es wieder bestimmte Segmente in besonderem Ausmaß. Im Falle der menschlichen Pm. war es das Halsmark, beim Affen das Lendenmark. Kein Teil des Gesamtsystems blieb verschont. Beide Male begegnen wir ausgiebigen Herdbildungen im verlängerten Mark und über dieses hinaus nach oben im Gebiet des Kleinhirns und der Stammganglien. Nur selten finden wir Gliaherde in der Rinde, häufiger hingegen in der Markstrahlung, hier besonders an der Grenze zwischen Mark und Rinde. Sehr ausgedehnte Veränderungen wieder zeigen die Spinalganglien einschließlich des Ganglion Gasseri. Verschieden intensiv befallen ist das Gangliensystem des Sympathicus. Der in diesem System unseres Wissens bei der Pm. zum erstenmal festgestellte Prozeß entspricht im Charakter ganz und gar dem des animalen Systems. Die Gefäße innerhalb der Herde und in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft sind erweitert und im Falle der menschlichen Pm. stark infiltriert. An vielen Stellen haben hier die lympho- und leukocytären Elemente die perivaskulären Räume durchbrochen. Wir sehen sie gleichsam wie von der Gefäßwandung ausgestreut ins umgebende Gewebe vordringen, und sich mit Gliaelementen aller Art mischen.

Mittels der Oxydasereaktion konnten wir einwandfrei die Leukocyten als solche indentifizieren. Völlig vermißt wurden Leukocyten im Falle der experimentell erzeugten Pm. Diese Befunde finden ebenso wie gewisse andere Unterschiede im Aufbau des histologischen Prozesses ihre Erklärung der verschieden langen Zeitspanne, die der Prozeß bestand. Im klinisch beobachteten Fall betrug der Zeitraum vom Tage des Auftretens der ersten Krankheitsscheinungen bis zum Tode 5 Tage, im experimentell beobachteten Fall hingegen 35 Tage.

Die von uns erhobenen histologischen Befunde bestätigen von neuem die Lehre, daß die Poliomyelitis keine Krankheit eines einzelnen Systems ist, sie zeigen, daß wir es hier mit einem sehr diffusen Prozeß zu tun haben, der das animale wie das vegetative System in gleicher Weise befällt. Im Vordergrunde alles Geschehens steht die gliogene, d. h. ektodermale Reaktion.

Das Studium des artgleichen Prozesses bei der Herpesmyelitis beantwortet die viel umstrittene Frage, wo der Prozeß primär einsetzt, ob im Parenchym, ob in der Glia. Auf Grund des Ergebnisses ausgiebiger experimenteller Untersuchungen wissen wir heute, daß beides, Parenchym und Glia, in gleicher Weise befallen werden, wobei eben jedes Element in seiner Weise reagiert. Die Einwirkung des Virus auf das ektodermale Gewebe ist eine sehr gleichmäßige, es schädigt Ganglionzellen und Glia zugleich.

Die Feststellung der elektiven Einwirkung bestimmter Virusarten auf das Z.N.S., d. h. auf ektodermales Gewebe gibt uns das Recht, diesen Virusarten eine Sonderstellung in der Gruppe infektiös entzündlicher Agentien einzuräumen. *Levaditi* hat für sie den Begriff der „ectodermoses neurotropes“ geprägt. Ihre hochgradige Affinität zum Z.N.S. ist ausschlaggebend für die Auswirkung im Organismus. In dieser Affinität liegt zweifellos ein prinzipieller Unterschied gegenüber der Wirkungsweise aller bakteriellen und protozoiden Erreger. Ihre Neurotropie erklärt auch die Tatsache, daß niemals bei Prozessen dieser Art Organe mesodermaler Abstammung sich primär am Prozeß beteiligen. So konnten wir bei unserm Fall experimentell erzeugter Pm. an inneren Organen weder makroskopisch noch mikroskopisch irgendwelche krankhaften Veränderungen nachweisen. Daß die bei manchen Fällen menschlicher Pm. in Tonsillen und in Lymphdrüsen gefundenen entzündlichen Prozesse wirklich spezifisch bedingt sind, ist noch keineswegs erwiesen. Vieles spricht dafür, daß solche Veränderungen sekundärer Natur sind, d. h. daß es sich lediglich um Komplikationen handelt, die nicht dem Virus der Pm., sondern Mischinfektionen mit bakteriellen Erregern zur Last zu legen sind.

Auf welchem Wege das Virus der Pm. in Zentralnervensystem gelangt, wissen wir heute noch nicht mit Sicherheit. Die experimentell festgestellte Tatsache, daß ein Einwandern auf dem Nervenweg möglich ist,

beweist noch keineswegs, daß bei der natürlichen Infektion auch dieser Weg benutzt wird. Bei allen experimentellen Arbeiten haben wir uns stets zu vergegenwärtigen, daß die von uns angewandte Methodik, den Prozeß in Gang zu bringen, doch viel zu grob und zu massiv ist, als daß wir sie den natürlichen biologischen Vorgängen gleichsetzen könnten. Zu einem Analogieschluß berechtigt uns wohl lediglich das Geschehen innerhalb des Z.N.S., d. h. die Ausbreitung des Virus durch die einzelnen Teile des Systems, wenn es erst einmal an irgendeiner Stelle Boden gefaßt hat. So konnten wir bei unserem auf natürlichem Wege erkrankten Patienten hinsichtlich der Verteilung des Prozesses genau die gleichen Befunde erheben, wie im Falle der experimentell erzeugten Poliomyelitis.

Aussprache.

Demme (Hamburg-Eppendorf): Bei dem an Poliomyelitis verstorbenen Knaben wurden Hirn und Rückenmark mit den üblichen aeroben und anaeroben Kulturmethoden untersucht, beides erwies sich als steril. Bei dem Affen wurden außer den allgemein üblichen aeroben und anaeroben Nährböden auch die von *Flexner* angegebenen Ascites-Organnährböden beimpft und 8 Tage streng anaerob brüütet. In der vom Rückenmark angelegten Kultur fanden sich kleinste kokkenartige Gebilde, die ganz den von *Flexner* als Poliomyelitisreger beschriebenen entsprachen. Nach protrahierter Giemsafärbung nahmen sie einen ganz zart bläulichen Farbton an. Sie lagen teils in kleinen Häufchen, teils in Diplo- und Streptiform (kurze Ketten zu 4—6). Diese Anordnung zeigt, daß es sich um teilungsfähige Mikroorganismen handelt, ohne daß damit über ihre spezifische Erreger-natur etwas gesagt sein soll.

Stertz (Kiel) erwähnt 2 Fälle von subakuter Meningitis, die, abgesehen von fehlendem Bacillenbefund, klinisch ähnlich der tuberkulösen Meningitis sich darstellten, jedoch in Heilung ausgingen. Es handelte sich wahrscheinlich um Sonder-lokalisation der Encephalitis oder der spinalen Kinderlähmung.

Rosenfeld (Rostock) weist darauf hin, daß atypisch lokalisierte Fälle von Encephalitis bei akuten Psychosen zu wenig beachtet werden.

Jakob (Hamburg): Ich mache darauf aufmerksam, daß es bei der *Heine-Medinschen* Krankheit eine cerebrale und pontine Unterform gibt. Erstere kann auch einmal den Zustand einer Porencephalie bedingen, wie es Ref. in einem Falle erlebt hat.

Nonne (Hamburg) erinnert an die grundlegenden Arbeiten von *Ivar Vick-mann*, der an großen schwedischen Epidemien klinisch und anatomicisch als erster unwiderleglich nachgewiesen hat, daß es sich bei dieser epidemischen Erkrankung um einen Prozeß handelt, der sich über das ganze Zentralnervensystem erstreckt bzw. erstrecken kann. Man soll nicht vergessen, daß das typische Bild der sog. essentiellen spinalen Kinderlähmung nur die Prädilektionsstellen des Zentralnervensystems als erkrankt zeigt.

3. W. Skalweit (Gehlsheim): Über Zwangsvorgänge bei Striatumerkrankung.

Bericht über eine Kranke mit postencephalitischem Blick- und Torsionszwang, der zu maximaler Verdrehung des ganzen Körpers nach rechts führt und schließlich eine Rechtsdrehung um die Körperlängs-achse bewirkt. Abhängigkeit der Bulbusdeviation und der Torsion von

optischen Reizen und der Begrenzung des Gesichtsfeldes. Starke Beeinflussung durch psychogene Faktoren (Suggestion und Autosuggestion). Durch leichte Verbalsuggestion kann der vollständige Mechanismus sowohl hervorgerufen wie auch zum Verschwinden gebracht werden. Ähnlichkeit mit psychischen Zwangsercheinungen (Zwangsnurose, monosymptomatische Hysterie) und Beziehungen zu gewissen Tiefenformen und lokalisierten Muskelpasmen.

Aussprache.

Pette: Zwangszustände bei Postencephalitikern sind Erscheinungen, die in ihrem Auftreten, wenigstens was das Formenbild betrifft, zeitlich begrenzt sind. Sie alle, sowohl das Zwangsdanken wie auch das Zwangshandeln, sind organisch bedingt und hinsichtlich ihres Mechanismus zentral lokalisierbar.

4. Reid (Lübeck-Strecknitz): Gerichtsärztliche Bedeutung der Folgezustände nach Encephalitis lethargica.

Bericht über die Verschiedenartigkeit des klinischen Krankheitsbildes und Übersicht über die bisher erschienene Literatur. Da der Verlauf der Fälle kein einheitlicher ist, kann auch die gerichtsärztliche Bedeutung nicht auf eine einheitliche Formel gebracht werden.

Neben den Wesensveränderungen der Jugendlichen, die zu kriminellen Handlungen, Eigentumsvergehen, Sittlichkeitsdelikten führen, stehen die nur vereinzelt beschriebenen Fälle mit Charakterveränderungen bei Erwachsenen, die denen der Jugendlichen ähnlich sind. Als dritte Gruppe sind die Fälle der Erwachsenen mit mehr oder minder ausgesprochenem Parkinsonismus zu betrachten, bei denen Fälle mit Sittlichkeitsvergehen, triebhaft auftretendem Drang zur Vergewaltigung Erwachsener und Minderjähriger, ja sogar von Mord mitgeteilt sind.

Bei der großen Mehrzahl der Erwachsenen kommen die Fragen der Ehescheidung, Entmündigung, Geschäftsfähigkeit, Eides- und Testierfähigkeit zur Entscheidung. Die Kranken bedürfen meist der Pflegeschaft, nicht der Entmündigung; sie sind nicht im technischen Sinne geisteskrank, auch nicht geistesschwach im Sinne des § 6 B.G.B. Bei Erörterung der Frage der Ehescheidung offenbart sich häufig erschütternd noch bei Fällen mit jahrelang fortgeschrittenem Parkinsonismus die ganze Tiefe des vorhandenen sonst so wenig in die Erscheinung tretenden Gemütslebens. Ebenso wird die Frage der Testier- und Eidesfähigkeit bei den Kranken im allgemeinen zu bejahen sein.

Bei den psychischen Störungen der Jugendlichen liegen die Voraussetzungen des § 3 des Jugendgerichtsgesetzes vom 16. 2. 1923 vor.

Bei den psychopathieähnlichen Zuständen Erwachsener (Fälle von *v. Rad, Meyer, Mac Neil usw.*) kommt der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit nicht in Betracht, da das Krankheitsbild in klinischer Hinsicht nur scheinbar eine Zwischenstellung zwischen den

echten Geisteskranken, den Prozessen und den Variationen der Norm, den Psychopathen bietet, wir aber bei der organischen Schädigung bestimmter Hirngebiete nicht von einer verminderten Zurechnungsfähigkeit, sondern nur von einer verminderten Erkennbarkeit der Zurechnungsunfähigkeit sprechen müssen.

Es erscheint die Erkenntnis von Bedeutung, daß eine „disziplinäre Zurechnungsfähigkeit“, wie *Kraepelin* diesen Rest normaler Bestimmbarkeit einmal genannt hat, bei den jugendlicher Kranken in der Phase der triebhaften Unruhe eben nicht anzunehmen ist, wie auch die Beobachtungen von *Bonhöfer* und *Thiele* insbesondere gezeigt haben. Der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit, wie er in § 17 des Entwurfes formuliert ist und in § 67 der Strafbemessung näher erörtert wird, erfährt gerade im Hinblick auf die Störungen der Postencephalitiker eine Erläuterung dadurch, daß es sich hier scheinbar um die verschiedensten Grade des Verlustes der Fähigkeit handelt, zwar nicht das Unerlaubte der Tat einzusehen, aber eben dieser Einsicht gemäß zu handeln. Die nachträgliche Kritik der Kranken gegenüber der Tat, die Unterhaltung mit ihnen zeigen, daß vom Standpunkt der kriminalpsychologischen Beurteilung, wie er für die krankhaften Variationen der Norm nach *Willmanns* zu fordern ist, die Tat in psychologisch verständlichem Zusammenhang mit den „krankhaften“ Eigenschaften des Täters steht (*Fall Lange*). Es ist also auch bei dieser Be trachtung und nicht nur bei den kriminalpsychiatrischen Erwägungen, wie sie den echten Geistesstörungen, den Prozessen gegenüber anzu wenden sind, eine Exkulpierung bei den eigenartigen Krankheitsbildern der hier in Betracht kommenden Patienten zu fordern.

In bezug auf die Beurteilung des § 51 ergibt sich, wenn man den Krankheitsbegriff des § 51 als einen bipolaren im Sinne *Mezgers* auf faßt, nämlich einmal vom Gesichtspunkt der Persönlichkeitsfremdheit der Tat und ein andermal vom Standpunkt der fremdartigen Persönlichkeit aus, daß der erstere Gesichtspunkt mit verhältnismäßiger Klarheit bei den Encephalitisfolgen der Beherrschende zu sein scheint, und zwar ist auch nach juristischer Ansicht dieser unbedingter exkulpativ als wie der zweite. Es ergibt sich somit eine eindeutige Beurteilung der in der Literatur beschriebenen Fälle (von *Kant*, *Leyser*, *Langen*, *Dyrenfurth* u. a.) der erwachsenen Encephalitiker mit Parkinsonsymptomen. Es wird daran erinnert, daß der neue Strafgesetzentwurf nicht die Formulierung, wie im Jugendgerichtsgesetz „seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen“ beibehalten, sondern durch die Worte ersetzt hat „dieser Einsicht gemäß zu handeln“, und daß im Hinblick auf die sogenannten „Willensstörungen“ der Encephalitiker die abschließenden Betrachtungen der letzten Jahre gezeigt haben, daß im Sinne der eingangs gemachten Ausführungen die „Handlungsfähigkeit“ der Kranken verändert ist. Die Erkenntnis, die nach *Economio*

die Psychiatrie aus den physiologischen Ergebnissen der Encephalitis-epidemie in bezug auf die Willensvorgänge erworben hat, daß es sich nämlich beim Willen um eine komplexe Funktion handelt, deren einer Teil nicht nur außerhalb der Bewußtseinsvorgänge, sondern auch außerhalb unserer Seelenvorgänge, das heißt extra psychisch überhaupt verläuft, und daß dieser Teil Störungen und Beeinflussungen zugänglich ist, die an einer lokalisierten Stelle subkortikal gesetzt werden, zeigt, daß die gemischt-biologische Betrachtungsweise, wie sie auch der neue Strafgesetzentwurf beibehalten hat, der gerichtsärztlichen Beurteilung der Folgezustände nach Encephalitis lethargica am besten gerecht wird und neue Anregung aus der Betrachtung dieser Fälle zu schöpfen vermag.

Es erscheint zweifellos gerade die Kenntnis der seelischen Veränderungen der chronisch Encephalitiskranken sowohl der Formen der Jugendlichen, wie der Fälle mit Parkinsonsymptomen bestimmt zu sein, in wesentlicher Weise die Erwägungen bei der Tendenz der Abwendung von der Betrachtung der Einzelat und der Hinwendung und Abstimmung aller Maßnahmen nach der Täterpersönlichkeit zu vertiefen, einer Betrachtungsweise, der die neuere Strafgesetzgebung bekanntlich entscheidende Bedeutung für die Strafbemessung einräumt.

(Eigenbericht.)

5. Klotz (Lübeck):

Vorweisung zweier Fälle: 1. einjähriges Kind mit *Littleschem Syndrom* und *periodischer Pathothermie*. Während fünf Monaten traten Fieberzacken von 38,5 bis 40,5 auf, die ein bis zwei Tage dauerten und von großen Gewichtsstürzen — bis 700 Gramm — begleitet waren, die streng auf die Fiebertage beschränkt blieben und ebenso rapide wieder ausgeglichen wurden. Das Befinden des Kindes während dieser dysthermischen Perioden war klinisch ganz unverändert. Infekte kamen nicht in Frage. Aller Wahrscheinlichkeit nach dürfte das anatomische Korrelat in einer Funktionsstörung der räumlich eng benachbarten Hypophyse und des Wärmezentrums (Tuber cinereum) zu suchen sein.

2. Fall von äußerst schwerer *Epilepsie* bei 2 $\frac{1}{4}$ -jährigem Kinde, der in 6 Monaten zu völliger Verblödung führte. Während eines wochenlang anhaltenden Status epilepticus trat auf einem Auge eine *Iris-depigmentation* auf, die auch jetzt noch besteht. Weiterhin ist bemerkenswert der Versuch, die zahllosen täglichen Anfälle, die das Kind völlig unernährbar machten und gegen jegliche Therapie refraktär waren, durch *Inoculation von Masern* zu lindern. Das glückte auch insofern nach Absolvierung der Masern eine eklatante Verminderung der Anfälle eintrat und noch besteht. Das Kind kommt jetzt ohne Medikamente aus.

Auf Anfrage wird betont, daß Serumreaktion negativ war, desgleichen Liquor und ebenfalls das Encephalogramm.

6. Nonne (Hamburg)

bespricht das klinische Bild dreier Fälle von syphilitischer Myelitis transversa dorsalis, die akut eingesetzt hatten. Er geht auf die Frage der akuten Rückenmarkserkrankung auf syphilitischer Basis ein, er zeigt an Dispositiven den anatomischen Befund der Fälle und zeigt an einem Fall ausgedehnte Thrombosierung im Verzweigungsgebiet der Art. spinalis anterior.

Aussprache.

A. Jakob (Hamburg): Ähnliche Fälle, wie von dem Vortragenden sind 1927 auch von amerikanischen Autoren, *Buzzard, Greenfield, S/Chung*, mitgeteilt worden, wobei auch sichere Thrombosen in der Rückenmarkseptose festgestellt worden sind. Bei allen solchen Fällen ist natürlich der Nachweis thrombosierter Gefäße sicherzustellen. Rückenmarksfälle solcher Art kenne ich nicht, jedoch verfüge ich über mehrere Fälle syphilitischer Ätiologie, bei denen apoplektiforme Ausschaltungen von Gehirnpartien auf arterielle und venöse Thrombosen von Gehirngefäßen zurückzuführen sind, bei Fehlen jeglicher spezifischer Veränderungen im Zentralnervensystem. Für solche Fälle scheint die Mesaortitis lutea nicht ohne Bedeutung. Ob die Nonneschen Fälle vielleicht auch etwas zu tun haben mit der in den letzten Jahren ganz allgemein festgestellten Häufung von Thrombosen, wage ich nicht zu entscheiden.

Emden weist hin auf die Häufung von Thrombosen in bisher unbekannten Gebieten im Anschluß an banale Erkrankungen.

Kafka fragt an, ob in den drei geschilderten Fällen von Liquor lumbal oder zisternal oder beiderartig entnommen worden ist. Es kann auch in solchen Fällen eine Übereinstimmung des zisternalen und lumbalen Liquorbefundes sich zeigen oder häufiger der zisternale Liquor unsicher oder negativ sein. Es kann aber auch vorkommen, daß bei einer nicht syphilitischen Querschnittunterbrechung ein Syphilitiker mit positiver Wassermannreaktion im Blute im Lumballiquor neben dem Kompressionssyndrom eine positive Wassermannreaktion aufweist. Die Analyse des Liquorbildes kann darüber belehren, ob vorübergehende syphilitisch-meningitische oder parenchymatöse Veränderungen vorliegen. (Eigenbericht.)

Stertz (Kiel): Die Auffassung des Prozesses als Folge einer primären Thrombose erscheint deshalb in dem einen demonstrierten Falle zweifelhaft, weil, soweit erkennbar, der Thrombus noch unorganisiert ist. Die Thrombose könnte später, im Verlauf der wahrscheinlich toxischen Myelitis, entstanden sein.

7. Timm (Lübeck): Erscheinungsformen psychoneurotischer Erkrankungen.

Vortragender geht aus von dem Aufsatz von *Riese* (Mediz. Welt 32/27) „Wandlungen in den Erscheinungsformen der Hysterie“, der mit folgender Umfrage schließt: „Ist der große hysterische Anfall, wie es den Anschein hat, wirklich seltener geworden, und sind andere weniger „geräuschvolle“ Ausdrucksformen der Hysterie in den Vordergrund getreten?“

Vortragender hat 500 Fälle aus der Sprechstunde zusammengestellt und erläutert das Ergebnis an Hand folgender Tabelle:

Organische Leiden	28	5,6%
Organische Nervenleiden	54	10,8%
Epilepsie	9	1,8%
Endokrine Störungen	21	4,2%
Neuralgien, Neuritiden	18	3,6%
Periphere Lähmungen	7	1,4%
Psychosen	19	3,8%
Süchtige	8	1,6%
Psychopathen (Astheniker)	150	30,0%
Organneurosen	127	24,4%
Psychoneurosen	50	10,0%
Große hysterische Anfälle	9	1,8%

Auffallend gering scheinen dem Vortragenden in dieser Zusammenstellung die großen hysterischen Anfälle zu sein. Meines Erachtens (es fehlt leider entsprechendes Vergleichsmaterial) scheint diese zahlenmäßige Zusammenstellung den Eindruck *Rieses* zu bestätigen. Die Erklärung *Rieses* für diese „Wandlung“ möchte Vortragender mit Skepsis aufgenommen wissen. (Autoreferat.)

Aussprache.

Stertz weist auf das Auftreten besonders schwerer hysterischer Äußerungen in aufgeregten Zeiten hin.

2. Sitzung, Sonntag, den 23. Oktober. Vorsitzender: *Stertz-Kiel; Rosenfeld-Rostock*.

8. *Hanse* (Kiel): Über einen eigenartigen Fall von Milzbrandmyelitis mit ungewöhnlichem Verlauf.

Es wird berichtet über einen 40jährigen Landmann, welcher 8 Tage nach einer Milzbrandinfektion an einem Karbunkel im Bereiche des linken Unterarmes erkrankt. 3 Tage später hohes Fieber mit positivem Milzbrandbefund im Blut, Erscheinungen einer schweren Meningitis mit charakteristischen Zeichen, gleichzeitig hochgradige Somnolenz und ausgesprochene delirante Unruhe. Im ganzen bestand ein schweres Krankheitsbild, welches 3—4 Wochen anhielt. Die mehrfach vorgenommenen Punctionen ergaben einen unter hohem Druck stehenden, trüben Liquor mit starker Pleocytose. Kulturell erwies sich der Liquor als steril. Ungefähr ein Vierteljahr lang blieb eine Schwerbesinnlichkeit, leichte Desorientierung und Erinnerungsschwäche mit Neigung zu Konfabulationen bestehen, dann wurde er allmählich klarer.

Jetzt besteht noch: leichter Nystagmus, Intentionstremor der Hände bei normalem Tonus und normalen Reflexen. Die Bauchdeckenreflexe sind bis auf links oben erloschen, die Cremasterreflexe fehlen. Die Beine zeigen ein deutliches innervatorisches rhythmisches Zittern, welches bei Zielbewegungen in ausgesprochenes Wackeln übergeht. Es bestehen

Spasmen mit Neigung zur Spitzfußstellung, stark gesteigerte Reflexe mit positivem Oppenheim, Babinski und Fußklonus. Grobe Kraft in den Beinen deutlich herabgesetzt, jedoch keine eigentliche Lähmung, keine Atrophie. Gang sehr unsicher, deutlich spastisch-ataktisch, Romberg wegen hochgradiger Ataxie überhaupt nicht zu prüfen. Im Bereiche vom IV.—V. L. bestehen Sensibilitätsstörungen für alle Qualitäten, besonders aber für Tiefenempfindungen. Psychisch bietet er das Bild einer leichten Euphorie mit gestörter Merkfähigkeit und erschwertem Erinnerungsvermögen.

Es handelt sich also um eine diffuse Systemerkrankung, welche zweifellos als Milzbrandfolge gebucht werden muß. Befallen sind die Pyramidenbahnen, die *Gollschen Stränge*, der Tractus spinothalamicus, die spino-cerebellaren Bahnen, wahrscheinlich mit Einschluß des Kleinhirns, ferner aber sicher auch die Großhirnrinde. Die Erkrankung wird aufgefaßt als eine jener äußerst seltenen Formen von Meningomyeloencephalitis infolge Milzbrandinfektion. Besonders eigenartig ist dieser Fall durch die ausgesprochene symptomatologische Ähnlichkeit mit der multiplen Sklerose, sowie durch den Ausgang in Besserung trotz des anfänglich schweren Krankheitsbildes.

Unter Hinweis auf die verhältnismäßig spärliche Literatur wird die Möglichkeit einer toxischen Schädigung oder einer lymphogenen Infektion erörtert, doch neigt der Vortragende dazu, die Erkrankung aufzufassen als eine echte entzündliche Myeloencephalitis infolge hämatogener Infektion, welche besonders durch Gefäßrupturen (Meningealapoplexien), begünstigt wird. Vieles spricht dafür, daß die Infektion des Gehirns und Rückenmarkes auf dem Umweg über die kleinen Gefäße der Meningen erfolgt.

Weshalb es trotz verhältnismäßig häufiger Bakteriämie seltener zu einer Myeloencephalitis kommt, ist schwer zu sagen. In diesem Zusammenhang war es aber interessant, daß gleichzeitig mit unserem Kranken ein 29jähriger Schlachter mehrere Milzbrandkarbunkel bekam, welche jedoch ohne weitere Komplikationen ausheilten. Es muß deshalb angenommen werden, daß in den Fällen mit Gehirn- oder Rückenmarks-komplikationen doch noch eine besondere Disposition vorliegen muß.

Aussprache.

Emden (Hamburg) erörtert die Frage der Mischinfektion.

Kafka (Hamburg) fragt, ob die kulturelle Untersuchung des Liquors negativ war, weil dann eine Mischinfektion auszuschließen ist. Eine reine toxische Wirkung dürfte nach dem Liquorbild nicht anzunehmen sein. (Eigenbericht.)

Stertz (Kiel) pflichtete dem Vortragenden bei, daß hier angesichts des Umstandes, daß die Myelitis in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Milzbrandsepsis entstanden ist, auch diese selbst als Milzbrandmyelitis und nicht, wie *Emden* annimmt, als Folge einer Mischinfektion anzusehen sei.

A. Jakob (Hamburg) fragt den Vortragenden, ob bei Beginn der Erkrankung ein blutiger Liquor nachgewiesen wurde. Für die Milzbrandmeningitis ist der blutige Liquor mit massenhaften Milzbrandbacillen charakteristisch. Wenngleich der Fall als Milzbrandfolge angesehen werden muß, so erscheint es sehr fraglich, ob die Milzbrandinfektion nicht indirekt eine andere Krankheit ausgelöst hat.

Pette (Hamburg) möchte glauben, daß es sich hier um eine akute disseminierte Encephalomyelitis gehandelt hat. Für eine Milzbrandmeningitis resp. Encephalitis ist ein sanguinolenter Liquor pathognomonisch. Die Prognose solcher Fälle ist stets infaust. *Pette* denkt an die Möglichkeit einer Aktivierung des Prozesses durch die Milzbrandinfektion. Er verweist auf seine experimentellen Untersuchungsergebnisse (s. Neurol. Zentralbl.).

Schlußwort *Hanse-Kiel*: Die Einwendung, daß es sich um eine andersartige oder Mischinfektion gehandelt hat, wird dadurch hinfällig, daß im Blut wiederholt Milzbrandbacillen gefunden werden konnten, während sich der Liquor als vollständig steril erwies. Aus demselben Grunde erscheint auch die Einwendung, daß es sich um eine Aktivierung von harnlosen Saprophyten gehandelt haben könnte, hinfällig. Daß aber eine schwere Infektion, vor allem der Meningen, vorgelegen haben muß, dafür spricht die starke Pleocytose im Liquor, welche unmittelbar an die Milzbrandsepsis sich anschloß.

9. *Boettiger* (Hamburg)

bespricht den von ihm mehrfach publizierten „oberen Tibiastrichreflex“ unter Demonstration entsprechender Röntgenbilder und Photographien des Reflexes selbst bei einem Fall von Suicidversuch durch Kopfschuß. Der Reflex besteht in einer Dorsalflexion der Großzehe bei Bestreichen oder Druck auf das oberste Drittel der Tibiakante, während gleichzeitig der Babinski und Oppenheim fehlen. Der Reflex gehört nicht zu den sogenannten Pyramidenzeichen, beansprucht vielmehr eine gesonderte Bewertung. Er ist ein Symptom der Erkrankungen der Meningen der Konvexität. Bei basalen Meningitiden fehlt er. Er hat nur verwandte Beziehungen zum Gordonschen Reflex. Seine reflexogene Zone greift gelegentlich auf den Oberschenkel, unterste Quadricepspartie, über. Er findet sich z. B. bei der epidemischen Meningitis, bei extracerebralen Hämatomen, bei serösen Meningitiden, auch beim Sonnenstich. Bezuglich weiterer Einzelheiten verweist *Boettiger* auf seine Mitteilungen in der Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 8, S. 19 ff.

10. *Freundlich* (Hamburg): Über posttraumatische Hirnblutungen.

Aussprache.

Walter (Bremen): Bezuglich der Folgen der Punktionsglaube ich, daß man die Erfahrungen des Vortragenden nicht ohne weiteres verallgemeinern darf.

Ich kenne jedenfalls Fälle, wo die außerordentlich starken Beschwerden ganz auffallend gebessert wurden, so daß die Patienten direkt eine Wiederholung der Punktionsverlangten. Von Wichtigkeit ist wohl der Zeitpunkt der Punktions und die Lokalisation.

Im übrigen muß man auch bei den geschilderten Fällen an die schon erwähnte auffallende Tatsache denken, daß das Gefäßsystem zur Zeit auf Grund unbekannter Faktoren leichter affizierbar ist als früher.

Kafka (Hamburg) hebt hervor, daß man in solchen Fällen aus dem Liquorbefund nur entnehmen kann, ob eine akzidentelle oder krankhafte Blutung vorliegt und wie alt diese ist. Eine Lokalisation der Blutung ist nicht möglich. Die Folgeerscheinungen der Liquorentnahmen sind im Zwischenstadium veränderlich, auffällig jedoch nach der Zisternenpunktion. Sie mahnen dazu im Frühstadium, wenn überhaupt, nur sehr vorsichtig zu punktieren, die Lumbalpunktion nur mit einer sehr feinen Nadel vorzunehmen. (Eigenbericht.)

Emden weist auf die Tatsache hin, daß nach relativ kleinen Anfangsblutungen zum Teil schwere Blutungen erst spät auftreten können und daß all Ursache des gehäuften Auftretens von Anfällen bei denselben Personen einmal die Tatsache der „Raumdummheit“ oder auch die Annahme der Folgeerscheinungen des ersten Anfalles zur Erklärung heranzuziehen sind.

Pette: Blutungen in die hintere Schädelgrube nach Trauma sind auch ohne Lumbalpunktion diagnostizierbar. Charakteristisch für sie ist folgende Trias der Symptome: Meningismus, langsamer Puls, Temperaturerhöhung. Findet man nach einer Commotio cerebri diese Symptome bei Fehlen jeglicher Halbseitenerscheinungen, so soll man den Kranken unangestastet lassen. Eine Punktionsrichtung ist, solange die eben genannten Symptome bestehen, auf jeden Fall kontraindiziert.

11. Weygandt (Hamburg): Zur Pathologie des Mongolismus.

Das seit 60 Jahren bekannte Bild wurde in den letzten 20 Jahren vielfach modifiziert. Ältere Fälle und abortive Fälle wurden beobachtet. Auch mongoloide Neger, Mulatten, Chinesen und Juden wurden beschrieben. Eine große Menge von Mißbildungen wurden festgestellt, öfter Katarakte, einmal Mongolenflecke.

Zweifellos spielen endokrine Störungen eine große Rolle, so Abbau von Hirnrinde und auch Hypophyse, Verminderung der roten, Vermehrung der weißen Blutzellen, besonders der Neutro- und auch der Eosinophilen. Die Senkungsgeschwindigkeit ist beschleunigt, die Plasmalabilität erhöht (Prof. *Kafka*). Anatomisch findet sich oft Windungsarmut des Großhirns. *Gans*, *Jakob* und *Davidoff* beschrieben Zellenausfall der 3. Schicht, sowie Heterotopie im Cerebellum.

Die Angaben der Häufigkeit schwanken von 1 oder 2% bis zu 10% ja zu 50% der Schwachsinnigen.

Öfter wurde Lues als Ursache herangezogen. Die Wassermannsche Reaktion ist fast immer negativ, die öfter positive Goldsolarkurve beweist nichts. Auch Lues in der 3. Generation wurde angenommen. Die Augen und Zahnsymptome sind nur mit großer Kritik zu verwerten.

Eine Rundfrage bei den größten deutschen Schwachsinnigenanstalten ergab keine deutliche Vermehrung seit dem Kriege und auch keine sicheren syphilitischen Grundlagen. In deutschen Anstalten ist die Zahl geringer als in englischen oder holländischen.

Man wollte Atavismus annehmen. Sicher stellt die Erscheinung eine Entwicklungshemmung, eine anscheinend auf Erschöpfung von mütterlicher Seite beruhende Degeneration oder Keimstörung dar.

Die geistvolle Annahme von *van der Scheer*, daß ein zu enger Amnion-sack in der 6. bis 7. Fetalwoche einwirke, wobei das Ei schlecht in der abnormen Gebärmutterhaut implantiert sei, scheint noch keineswegs hinreichend bewiesen. Daß die Zentren der Hirnbasis unterentwickelt seien, steht nicht fest. Die Theorie ist ebenso unsicher wie die von *Mark Jansen*, der die ganz andersartige Degeneration der Achondroplasie auf Amnionenge zurückführen möchte.

12. Zucker (Greifswald): Über eine Unterform der vegetativen Neurose.

Der Begriff der vegetativen Neurose wurde bisher klinisch zu weit gefaßt. Es läßt sich eine einheitliche charakteristische Unterform heraus-schälen, und zwar an Hand der subjektiven Beschwerden der Patienten, ferner auf Grund etlicher Besonderheiten am Habitus und einiger klinisch nachweisbaren konstanten Besonderheiten. In mancher Beziehung weist diese Unterform gewisse Gegensätzlichkeiten auf gegenüber den Befunden, die *Rosenfeld* generell für den Begriff der vegetativen Neurose geltend gemacht hat.

Subjektive Beschwerden: Kopfschmerzen in Richtung zu migränösen Kopfschmerzen, häufig auch echte Hemikranien, Hyperaciditätsbeschwerden, Klagen über Stuhlverhaltungen, Klagen über allerlei Sensationen besonders in den Extremitäten und in der Gürtelgegend, ausgesprochenes Wärmebedürfnis und in psychischer Beziehung ängstlich depressive Züge, Überbewertung der krankhaften Erscheinungen.

Besonderheiten am Habitus: Unter den Patienten sind niemals Adipöse oder Pastöse. Besonders im Gesicht sehr geringes Fettpolster, stärkeres Hervortreten der Nasolabialfalte, niemals kleine dicke Nasen. Nasen meist langgestreckt. Mäßiger oder gar geringer Hautturgor. Seborrhoea oleosa des Gesichts. Weitporigkeit der Haut. Die Patienten zeigen fast alle eine etwas dunklere Hautpigmentierung „dunkler Blässe“ häufig ist vorzeitiges Ergrauen, überhaupt sehen die Patienten vielfach älter aus als ihrem Alter entspricht. Sonstige klinisch nachweisbare Erscheinungen: Auffallend geringe reflektorische dermatographische Reaktionen, vor allem aber tritt dieselbe wesentlich verspätet ein. Sehr frühzeitig auftretende Rigidität der Arterien, ohne daß es damit generell zu einer Hypertonie kommt. Hyperacidität, spastischer Stuhlgang. In fünf Fällen fand sich ein mehr oder weniger ausgesprochener Pulsus paradoxus. In psychischer Beziehung finden sich fast ausnahmslos mehr oder weniger deutliche hypochondrische Reaktionen, die zum Teil depressive Züge tragen. Andere psychopathische Besonderheiten kommen häufig vor, sind aber im wesentlichen als akzidentell zu betrachten.

Das auf konstitutionell bedingte Faktoren zurückzuführende Leiden beginnt meist im mittleren Lebensalter zwischen den 35. und 45. Lebensjahren. Die Magendarmbeschwerden sind nicht zu jeder Zeit im Krankheitsverlaufe vorhanden, fehlen aber niemals ganz. In den häufigen Fällen, wo bezüglich der Ascendens Sicheres eruiert werden konnte, war es ausnahmslos die Mutter, die ähnliche und sogar die gleichen Erscheinungen bzw. Klagen geboten hatte.

Die Inhalte der Begriffe einer Parasympathicopathie und des hier beschriebenen Krankheitsbildes decken sich nicht. Die Tatsache, daß das Papaverin auf die meisten der subjektiven Beschwerden (Kopfschmerzen, Hyperacidität, spastische Darmerscheinungen, Sensationen an den Extremitäten) einen günstigen Einfluß hat, bringt diese so verschiedenen Symptome innerhalb dieses Krankheitsbildes begrifflich einander näher. Ein spastischer Zustand der glatten Muskulatur bzw. eine Neigung dazu wäre es also, was diese Erscheinungen einigt, und zwar vermutlich unabhängig davon, ob diese sympathischen oder parasympathischen Innervationseinflüssen unterliegen.

Behandlung: Von allem hat sich immerhin noch am besten als Symptomatikum Papaverin bewährt, in einigen Fällen Atropin mit langsam steigenden und fallenden Dosen. Einzig und allein nur die Kopfschmerzen konnten ausnahmslos durch eine Eiweißbehandlung beseitigt werden (Novoprotin mit kleinsten Dosen beginnend 0,1 und alle 5—6 Tage um jeweils 0,1 steigend). Diese Eiweißbehandlung hat sich auch in allen andern Fällen von echter Hemikranie als das zweckmäßigste bewiesen. Bei dieser Behandlungsmethode bei der Hemikranie wurde bislang kein Refraktär und kein Rezidiv beobachtet.

13. Repkewitz (Schleswig): Über offene Fürsorge für Geisteskranke und Psychopathen.

Die systematische Außenfürsorge unter fachärztlicher Leitung oder Mitwirkung ist als wichtiger Fortschritt auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge und wertvolle Erweiterung der Anstaltsbehandlung anzusehen.

Von den beteiligten höheren Verwaltungsstellen im allgemeinen begünstigt, gewinnt sie Anhänger und ist seit einem Jahr auch in Schleswig-Holstein eingeführt. In den genannten Verwaltungen interessiert sie vor allem deshalb, weil man von ihr eine Entlastung der Anstalten erwartet. Eine solche wäre gerade für den Landesfürsorgeverband Schleswig-Holstein erwünscht, wo die Zahl der Anstaltskranken schneller gestiegen ist, als in anderen Provinzen und wo man den kostspieligen Neubau einer Anstalt noch hinausschieben möchte.

Kann nun die offene Fürsorge die Anstalt entlasten? Es liegen darüber günstige Mitteilungen von anderer Seite vor, unsere Erfahrungen sind noch zu kurz, um ein endgültiges Urteil in dieser Richtung zuzulassen.

Statistisch läßt sich diese Frage überhaupt schwer erfassen, weil man die Gegenprobe, wie es mit einem Kranken ohne offene Fürsorge in der Außenwelt geht, wegen des oft unberechenbaren Verlaufes vieler Geistesstörungen nur schätzungsweise verwerten kann.

In einer kleineren Anzahl von Fällen hat aber nach unserer Erfahrung die Außenfürsorge Anstaltsbehandlung ersetzen können, so daß sie bei weiterer Durchführung in gewissem Umfange die Anstalten wird wahrscheinlich entlasten können. In Gegenrechnung hierzu ist allerdings der Umstand zu stellen, daß durch die offene Fürsorge den Anstalten vereinzelt auch Fälle zugeführt werden, bei denen die Notwendigkeit einer rechtzeitigen Anstaltsbehandlung gerade durch die Außenfürsorge bekannt wird.

Am meisten ist die erwünschte Entlastung durch Frühentlassungen zu erwarten; die Mitteilungen *Bleulers* in „Die ärztlichen Anzeigen für Frühentlassungen“, welche sich hauptsächlich auf die Schizophrenen beziehen wird, jeder Fürsorgearzt bestätigen. Auch mit den Kranken, die trotz ärztlicher Bedenken gegen Revers von uns entlassen wurden, geht es im allgemeinen besser zu Hause, als sich erwarten ließ. Die Außenfürsorge erleichtert die frühen Entlassungen sowohl für die Anstalsärzte sowie für die Angehörigen der Kranken. Erschwert wird sie heute durch die wirtschaftlichen Schwierigkeiten (Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Armut). Diese Nöte machen aber andererseits wieder eine Betreuung der entlassenen und im wirtschaftlichen Leben schwächeren Kranken wünschenswert. Vielfach wird man ohne Unterstützung der Angehörigen nicht auskommen, bei deren Festsetzung der Fürsorgearzt nicht zu entbehren ist. Die Höhe der gewährten Unterstützung muß natürlich unter dem Satz für die Anstalsverpflegung bleiben, wenn anders die Wohlfahrtsämter ein Interesse an der Entlassung solcher Kranken haben sollen. Gesucht wird der Rat des Fürsorgearztes auch in psychiatrischen Grenzfragen, z. B. hinsichtlich des Psychopathen, der entlassenen Hilfsschüler und der debilen, sittlich recht gefährdeten jungen Mädchen, deren Versorgung und Bewachung oft unbefriedigend bleibt.

Für diese Aufgaben gibt es in den Großstädten ja längst Beratungsämter, auch in Flensburg bewährt sich bisher die vom Wohlfahrtsamt unter Mitwirkung der Schleswiger Anstalt eingerichtete Beratungsstelle, wo monatlich einmal ein Anstalsarzt Sprechstunden abhält. Ob solche periodische Beratungen auch in kleineren Orten genügend Zuspruch finden werden, muß erst die Erfahrung lehren. In einem Einführungskursus sind eine Anzahl Fürsorgerinnen für Mitarbeit in der offenen Fürsorge vorbereitet.

Unbestritten ist die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit der offenen Fürsorge noch nicht.

Es kommen dabei zum Ausdruck Sorgen wegen der Haftpflicht für die früh entlassenen Kranken. Manche Ärzte und Wohlfahrtsbeamte halten den etwaigen Nutzen gegenüber der aufgewendeten Arbeit und den Kosten für unerheblich. Zum Teil sind sie gerade für eine möglichst weitgehende Hospitalisierung der Geisteskranken, schon um einem minderwertigen Nachwuchs vorzubeugen. Dieser Punkt ist besonders beachtenswert und drängt zur Stellungnahme hinsichtlich der Sterilisierungsfrage. Auch wenn man die anderen Bedenken genügend würdigt, überwiegen doch bei richtiger Handhabung die Vorteile der offenen Fürsorge.

Aussprache.

Walter: Die Gefahr, daß sich die Anstalt mit der Einführung der offenen Fürsorge schädigt, halte ich für nicht vorliegend. Arbeitsfähigkeit und Entlassungsfähigkeit gehen weitgehend auseinander.

Rosenfeld macht gegen die Entlassung von Geisteskranken in Familienpflege geltend, daß der ärztliche Leiter, wenn er von sich aus die Entlassung anregt, auch wohl die Haftpflicht übernimmt, wenn der Kranke draußen irgendwelchen Schaden anrichtet, und daß es ferner nicht im Interesse des wirtschaftlichen Betriebes einer Anstalt sein dürfte, wenn gerade immer die besten Arbeitskräfte unter den Kranken aus der Anstalt herausgenommen werden und in Familienpflege übergehen. Auch dürfte die Frage zu stellen sein, ob die Kosten der Familienpflege nicht höher sind als die der Anstaltpflege. *Rosenfeld* ist aus diesem Grunde nicht geneigt, auf den Ausbau der Familienpflege zu drängen.

Repkewitz (Schleswig), Schlußwort: Wirklich gefährliche Kranke gehören in die Anstalt. Gegen den bestimmten Willen der Angehörigen kann man nicht gut Kranke in Außenfürsorge geben; es empfiehlt sich zu versuchen, allmählich bei jedem Neigung zu erwecken.

Die in der Anstalt arbeitsfähigen und ruhigen Kranken eignen sich deshalb nicht immer für eine Entlassung; manche von ihnen werden in der Außenwelt bald wieder rückfällig. Man braucht Kranke, die durch ihre Arbeitskraft für die Anstalt besonders nützlich sind und an sich wohl für Außenfürsorge in Frage kämen, nicht des Prinzips wegen zu entlassen.

14. Enge (Lübeck-Strecknitz): Die psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen Lübecks.

Vortragender gibt einen Überblick über Lübecks geschlossene und offene Fürsorge für die Geisteskranken bzw. geistig Unzulänglichen überhaupt. Lübecks öffentliche Heilanstalt, die zur Behandlung von Geisteskranken aller Art und aller Bevölkerungsschichten dient, ist die 1912 errichtete Heilanstalt Strecknitz (drei Verpflegungsklassen). Angaben über Anlage, Bauweise und innere Einrichtung behält sich Vortragender für die Besichtigung vor. Lübeck erfreut sich eines völlig freien Aufnahmeverfahrens. Zur Aufnahme genügt das Zeugnis eines einheimischen

oder auswärtigen Arztes, das die Aufnahme wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche für notwendig erklärt, wobei Nachuntersuchung durch den Physikus gefordert wird. Entmündigte Trinker können ohne ärztliches Zeugnis nur auf schriftlichen Antrag des Vormundes aufgenommen werden. Physikatsattest ist nachzuholen. Nervöse und Nervenkranken können unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die Zweckmäßigkeit der Aufnahme diese selbst beantragen. Das Entlassungsverfahren enthält nur eine einschränkende Bestimmung, daß gefährliche Geisteskranken nur mit Zustimmung des Polizeiamtes entlassen werden dürfen. Über die Entlassung ungeheilter Geisteskranker ist dem Gesundheitsamt schriftlich Mitteilung zu machen. Vortragender berichtet weiter über die Handhabung der *Beschäftigungsbehandlung* in Strecknitz. Die Ausnahmslosigkeit, mit der Simon ihre Durchführung verlangt, wird abgelehnt. Ganz akute Zustände werden ihr nicht unterworfen. Abgelehnt wird auch Zwang in jeder Form. Auf die Privatkranken läßt sich die Simonsche Arbeitsbehandlung nicht ohne weiteres übertragen.

Außer der Heilanstalt Strecknitz hat Lübeck noch eine *Anstalt für Geistesschwäche*, das Erziehungsheim Vorwerk. Eigentümer ist ein Verein zur Fürsorge für Geistesschwäche. Die Anstalt ist 1906 gegründet. Die Leitung liegt in pädagogischen Händen, eine psychiatrische Betreuung in irgendeiner Form findet nicht statt. Alle Bemühungen um eine Angliederung an die psychiatrische Anstalt sind fehlgeschlagen.

Zur *offenen Fürsorge* wird folgendes vorgetragen. Familienpflege wurde 1892 eingeführt. In örtlichen Verhältnissen liegende Hindernisse ließen sie 1922 eingehen

1921 wurde eine *Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranke* eingerichtet. Sie ist dem Wohlfahrtsamt angegliedert, ihre soziale Leitung liegt in den Händen einer Sozialbeamten, die ärztliche bei der Heilanstalt. Eine Hauptaufgabe ist die regelmäßige Abhaltung einer Sprechstunde zur Auskunftserteilung in allen Fragen betr. Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker, Psychopathen, Nervenkranker. Am häufigsten erfolgt ihre Inanspruchnahme wegen Arbeitsbeschaffung, Anstaltsunterbringung, in Rechtsangelegenheiten, wegen wirtschaftlicher Unterstützung. Die Fürsorgestelle ist weiter eine *psychiatrische Überwachungsstelle*, die über alle außerhalb der Anstalt befindlichen Geisteskranken im weitesten Sinne eine *Schutzaufsicht* ausübt. Zur Ausübung dieser werden die Bezirksfürsorgerinnen herangezogen. In schwierigen Fällen übernimmt die Fürsorgestelle selbst Pflegschaften und Vormundschaften.

Außer dieser Fürsorgestelle ist noch eine öffentliche Trinkerfürsorgestelle vorhanden, die in Arbeitsgemeinschaft stehen.

Die psychiatrische Jugendfürsorge ist zentralisiert in der im April 1921 beim Landesjugendamt errichteten Beratungsstelle für psychopathische, nervöse und schwer erziehbare Kinder. Ihr Aufgabenkreis umfaßt eine für jedermann zugängliche und unentgeltliche Sprechstundenberatung in Erziehungsfragen, ferner die Erstattung von Erziehungsgutachten vor der Überweisung in Fürsorgeerziehung, Untersuchung straffällig gewordener Jugendlicher auf Antrag der Staatsanwaltschaft, Feststellung der Schul- und Bildungsfähigkeit auf Antrag der Schulen, Untersuchung der jeweils Ostern zur Entlassung kommenden Hilfsschüler zwecks Ergreifung fürsorgerischer Maßnahmen. Sämtliche Überwiesene werden psychiatrisch untersucht; Aufstellung von Erziehungs- und Behandlungsplänen geschieht in engster Fühlungnahme mit den Pädagogen. Für die in Fürsorgeerziehung genommenen Jugendlichen bleibt die Beratungsstelle Kontrollstelle auch in bezug auf psychiatrische Aufsicht (fortlaufende psychiatrische Überwachung der Erziehungsheime).

Aussprache.

Repkewitz (Schleswig) möchte gerne wissen, wie sich die Inanspruchnahme der offenen Abteilung in Strecknitz entwickelt hat. Nach meiner Erfahrung gehen Leichtkranke oft ungern in die offenen Abteilungen der Heilanstanlagen, wenn dieselben nicht von den anderen Gebäuden räumlich so getrennt sind, daß die Insassen der offenen Abteilungen mit den übrigen Kranken wenig oder gar nicht in Beührung kommen. Sind besondere Aufnahmebedingungen für die offenen Häuser vorgesehen?

Weygandt berichtet über günstige Erfahrungen mit den offenen Abteilungen in der Nervenheilanstalt Friedrichsberg.

Enge (Lübeck-Strecknitz), Schlußwort: Die Zahl der Aufnahmen von Nervösen und Nervenkranken, die ihre Aufnahme selbst beantragen, ist in Lübeck groß und in stetem Wachsen begriffen. Daß die für diese Kranken bestimmten Krankenhäuser auf dem Gelände der geschlossenen Anstalt liegen, wirkt nicht beeinträchtigend auf ihre Inanspruchnahme.
(Eigenbericht.)

15. Jakob (Hamburg): Über myeloarchitektonische Bauunterschiede in der Kleinhirnrinde.

Vortragender betont, daß sich bisher im Bau der Kleinhirnrinde an den verschiedensten Stellen auch bei sorgfältigsten Untersuchungen keine prinzipiellen histologischen Unterschiede nachweisen ließen. Dies ist um so bemerkenswerter, als die verschiedenen zuführenden Fasersysteme zum Teil eine recht detaillierte und auf einzelne Abschnitte beschränkte Endausbreitung im Kleinhirn finden. Die Tatsache, daß in der Kleinhirnrinde an allen Stellen Moos- und Kletterfasern in gleicher Menge angetroffen werden, spricht für die Annahme, daß alle zuführenden Systeme als Moos- und Kletterfasern gleichzeitig endigen. Nur im myeloarchitektonischen Bilde läßt sich ein deutlicher Unterschied

298 Tagung der Vereinigung der Nordwestdeutschen Psychiater und Neurologen.

feststellen in der Rinde des Flocculus, jener des Unterwurmes, des Oberwurmes und der Hemisphäre. Der charakteristische und unterschiedliche Bau der Flocculusrinde ist bereits von *Winkler* erkannt worden. Aber auch in den übrigen oben genannten Gebieten konnte Vortragender charakteristische Bauunterschiede feststellen. Diese anatomische Tatsache erscheint in physiologischer Hinsicht bedeutsam. (Die Ausführungen wurden durch Diapositive ergänzt.) (Eigenbericht.)

Nach längerer Debatte wird beschlossen, die nächste Tagung, einer Einladung von *Walter* (Bremen) folgend, in Bremen abzuhalten. Als ständiger Schriftführer wird *Schäfer* (Langenhorn), als Stellvertreter *Enge* (Lübeck) gewählt.