

2300/
H.



Biblioteka Główna WUM

K.9267



000019443



www.dlibra.wum.edu.pl

Neurosen

Von

Professor Dr. L. W. Weber,
Direktor der städtischen Nervenheilanstalt in Chemnitz

Unfallsneurosen

Von

Prof. Dr. O. Naegeli,
Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Tübingen

Leipzig 1917
Verlag von Georg Thieme



www.dlibra.wum.edu.pl

Alle Rechte, gleichfalls das Recht der Übersetzung in die russische Sprache,
vorbehalten.

Copyright 1917 by Georg Thieme, Leipzig, Germany.

Druck von C. Grumbach in Leipzig.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Neurosen. Von Prof. Dr. C. W. Weber, Direktor der städtischen Nerven-	
heilanstalt in Chemnitz	1
Einleitung	1
I. Epilepsie und andere Krampfleiden	1
Diagnostische Irrtümer und deren Verhütung	1
Ursache und Beginn	2
Anfälle	4
Bewußtseinsstörungen, Dämmerzustände	8
Psychische Dauerveränderungen	9
Allgemeines, Verlauf und Bezeichnungen	9
Therapeutische Irrtümer und deren Verhütung	13
II. Lokalisierte Muskelkrämpfe, Tiks und Beschäftigungskrämpfe	17
Diagnostische Irrtümer	17
Therapeutische Irrtümer	20
III. Chronische Bewegungsstörungen	22
Zittern, Chorea, Athetose, Paralysis agitans	22
IV. Vasomotorisch-trophische Neurosen	27
V. Neuralgien und andere Schmerzen	30
VI. Kopfschmerzen und Migräne	35
VII. Einige allgemeine Gesichtspunkte zur Behandlung der Neurosen und zur	
Psychotherapie	38
 Unfallsneurosen. Von Prof. Dr. Naegeli, Direktor der Medizinischen	
Universitäts-Poliklinik in Tübingen	56
A. Diagnostische Irrtümer und deren Verhütung	56
I. Geringfügige Beschwerden sind nicht sogleich als Unfallsneurosen zu	
bezeichnen	58
II. Manche Folgen von Schädelverletzungen sind als organische Affektio-	
nen und nicht als Unfallsneurosen zu bezeichnen	60
III. Trennung früherer, bereits vor dem Unfall bestehender Leiden von	
Unfallsneurosen	62
IV. Schreckneurosen werden irrtümlich als Unfallsneurosen im engern Sinn	
angenommen	64
V. Symptome der Unfallsneurosen	66
B. Therapeutische Irrtümer und deren Verhütung	71
Register	75

Neurosen.

Von Prof. Dr. L. W. Weber,
Direktor der städtischen Nervenheilanstalt in Chemnitz.

Von den Erkrankungen, die man gewöhnlich zu den „Neurosen“ rechnet, sind die wichtigsten: die Neurasthenie und die Hysterie, in dem Heft „Psychiatrie“ von Geheimrat Meyer besprochen, weil ihre wesentliche Grundlage ein abnormer psychischer Zustand, mindestens eine abnorme affektive Bestimmbarkeit ist.

Die übrigbleibenden, hier besprochenen Krankheitsgruppen sind zum Teil, wie die Epilepsie, die Chorea, gar keine Neurosen im strengen Sinne, insofern als sie nicht ausschließlich „funktioneller“ Natur sind, sondern auf organischen Veränderungen des Nervensystems beruhen.

Trotzdem spielt auch bei diesen Nervenerkrankungen der psychische Faktor eine große Rolle, und die meisten Schwierigkeiten und Mißgriffe in ihrer Diagnose und Behandlung beruhen darauf, daß man diesem seelischen Moment nicht genug Rechnung trägt, namentlich nicht der Tatsache, daß diese Erkrankungen häufig entstehen auf dem Boden einer von Haus aus vorhandenen besonderen Verfassung des Nervensystems oder Geisteszustandes, die durch verhältnismäßig geringe Ursachen dann weiter aus dem Gleichgewicht gerät und den Charakter einer wirklichen Erkrankung annimmt.

I. Epilepsie und andere Krampfleiden.

Diagnostische Irrtümer und deren Verhütung.

Bei der Stellung der Diagnose „Epilepsie“, wenigstens dem Publikum gegenüber, sollen wir immer daran denken, daß zwar medizinisch-wissenschaftlich unter dieser Bezeichnung Krankheitsbilder von ganz verschiedener Herkunft, Schwere und Verlauf zusammengefaßt werden, daß aber der Laie mit dem Wort „Epilepsie“ doch eine ganz bestimmte Vorstellung zu verbinden pflegt, nämlich die, daß es sich hier um ein chronisches, fortschreitendes, unheilbares Leiden handelt. Zweifellos gibt es eine große Gruppe epileptischer Erkrankungen, die diese üble Prognose hat und die man wohl auch deshalb als „echte Epilepsie“ bezeichnet. (Ihre Kennzeichen sind also Anfälle, die spontan oder bei Weglassen der Krampfmittel immer wieder auftreten, perio-

disch auftretende Bewußtseinsstörungen, allmählich einsetzende Veränderungen des Geisteszustandes.) Aber um so vorsichtiger sollte man deshalb mit dem Gebrauch der Diagnose Epilepsie dem Kranken und seinen Angehörigen gegenüber sein und lieber von „allgemeinem Krampfleiden“ reden, solange man die Erkrankung noch nicht als echte Epilepsie von dieser übeln Voraussage erkannt hat. Die Abgrenzung dieser echten Epilepsie von den übrigen mit Anfällen einhergehenden Erkrankungen ist deshalb Hauptaufgabe der Diagnostik, wobei ätiologische Momente und Beginn, Art der Anfälle, der begleitenden und folgenden psychischen Veränderungen und der Verlauf Fingerzeige zur Verhütung von Irrtümern geben.

Ursache und Beginn. Erbliche Belastung mit Epilepsie ist niemals ein ausreichendes diagnostisches Kennzeichen; die Tatsache, daß der Vater oder Bruder eines Patienten an Epilepsie litt, berechtigt für sich allein nie zu der Annahme, daß das bei dem Patienten bestehende Krampfleiden auch Epilepsie sei; es kann sie nur wahrscheinlicher machen. Nach meiner Erfahrung bestimmt selbst schwere epileptische Belastung nicht einmal die Prognose eines epileptischen Leidens eindeutig im ungünstigen Sinne.

Auf den familiären Zusammenhang zwischen Linkshändigkeit, Migräne und Epilepsie möchte ich hinweisen; es ist wohl sicher, daß Epileptiker häufig Linkshänder sind oder in ihrer Familie Linkshänder oder Migränekranke haben. Ebenso sieht man Migräne später in Epilepsie schwererer oder leichterer Form übergehen. Man darf aber die Bedeutung dieser Begleiterscheinungen für die Diagnose und Prognose nicht überschätzen, und es ist namentlich gar nichts damit gedient, wenn man die Angehörigen darauf hinweist, weil man dieses belastende Moment doch damit nicht ausschalten kann. Die prophylaktische Aufgabe des Arztes bei den übrigen Familienmitgliedern einer irgendwie neuropathisch belasteten Familie kann auch ohne solche Hinweise erfüllt werden.

Daß das auslösende Moment des einzelnen Anfalls nicht immer identisch ist mit der Ursache der Erkrankung selbst, ist schon oft betont worden. Speziell die Rolle der Traumata, namentlich der Berufsunfälle, wird häufig überschätzt. Bevor man sich hier bestimmt äußert, muß die Art des Unfalls genau festgestellt werden, besonders ob es sich wirklich um eine schwere Schädelverletzung oder um „Hirnerschütterung“ handelte, d. h. ob das Trauma und die darauffolgenden Erscheinungen: Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Pulsverlangsamung usw. wirklich einwandfrei festgestellt oder nur nachträglich erzählt wurden. Die Diagnose „Hirnerschütterung“ wird überhaupt zu häufig gestellt, weil man sich oft auf die Angaben des Kranken verläßt, daß er „bewußtlos“ gewesen sei, während dies gar nicht der Fall war. Man muß weiter daran denken, daß in der Pubertätszeit, vom 12. bis 20. Jahr, sehr viele Epilepsien auch spontan beginnen, so daß die Tatsache eines vorausgegangenen Unfalls noch nicht ohne weiteres

einen ursächlichen Zusammenhang beweist, wenn nicht Begleitsymptome und ein besonderer Verlauf der Epilepsie (siehe unten) diesen Zusammenhang wahrscheinlich machen. Endlich passieren nicht selten Berufsunfälle dadurch, daß im epileptischen Anfall Verletzung oder Sturz erfolgt bei Leuten, deren epileptisches Leiden noch nicht allgemein bekannt ist. Wenn also kürzere oder längere Zeit nach einem Unfall oder einer sonstigen Verletzung „Anfälle“ beobachtet werden, so muß besonders gewissenhaft und oft längere Zeit geprüft werden, was für ein Unfall das war, welcher Art die Anfälle sind, wie oft sie auftreten. Gewöhnlich erst nach längerer Zeit kann man bestimmt sagen, ob hier eine traumatische Hirnschädigung mit symptomatischen epileptischen Anfällen, ob eine echte, traumatisch bedingte Epilepsie, ob eine Unfallhysterie vorliegt oder ob eine früher schon vorhandene Epilepsie durch den Unfall verschlimmert wurde.

Psychische Traumata: Schreck, Ärger können wohl einen Anfall auslösen, sind aber selten als Ursache des epileptischen Leidens selbst anzusehen; namentlich wenn der Anfall häufig durch solche Ereignisse ausgelöst wird, spricht dies mehr für seine hysterische Natur.

Lebensalter: Wenn auch, wie durch die neueren Untersuchungen festgestellt wurde, ein großer Teil der Krampfanfälle des Kindesalters, namentlich der Zahnperiode, nicht der Epilepsie, sondern der „spasmophilen Diathese“ zugehören, so muß es doch immer den Verdacht eines ernsteren, besonders eines epileptischen Leidens erwecken, wenn wir hören, daß ein Patient, der an Krampfanfällen erkrankt ist, solche schon im 1. oder 2. Lebensjahr, z. Zt. des Schulbeginns, in der Pubertätszeit hatte. Andererseits ist man nicht berechtigt, alle Krampfanfälle des kindlichen Alters als epileptische aufzufassen und deshalb eine schlechte Prognose zu stellen. In der Pubertätszeit beginnt häufig die echte (genuine) Epilepsie; wiederholte Krampfanfälle in diesem Lebensabschnitt müssen sehr ernstgenommen werden. Ist der erste Krampfanfall sicher erst nach dem 30. Lebensjahr aufgetreten, so handelt es sich gewöhnlich nicht um echte Epilepsie, sondern häufig um Krampfanfälle bei einer organischen Gehirnerkrankung oder um vereinzelte symptomatische Anfälle im Verlauf irgendeines anderen Leidens (siehe unter Anfälle). Deshalb spricht Beginn der Krampfanfälle nach dem 30. Lebensjahr gegen echte Epilepsie.

Beispiel: Ingenieur, sonst gesund, leistungsfähig, erkrankt zuerst im 35. Lebensjahr mit Krampfanfällen, Bewußtseinsstörungen, Reizbarkeit. Aus seiner Anamnese ist bekannt, daß er im 9. Lebensjahr einmal auf der Straße umgefallen sein soll. Das jetzige Leiden wird deshalb für Epilepsie gehalten, zumal keine Herdsymptome auftreten. Später gibt er eineluetische Infektion etwa 4 Jahre vor Auftreten der Krampfanfälle zu; er hat auch nach der Infektion energische Schmiekuren gemacht und wird später wiederholt, mit Salvarsan behandelt. Der Zustand verläuft mit Schwankungen, aber im ganzen gebessert 7 Jahre lang, wobei niemals organische

Nervensymptome einwandsfrei festgestellt werden. Der Patient gilt immer als Epileptiker mit seltenen Anfällen und gelegentlichen Verwirrungszuständen. Erst im 42. Lebensjahr treten Pupillensymptome auf; die lumbale Wassermannsche Reaktion ist positiv. Die Anfälle nehmen trotz erneuter antiluetischer Behandlung an Zahl und Schwere zu; stark verwaschene Sprache und rapider geistiger Verfall. Tod im Alter von 44½ Jahren. Ausgesprochene Paralyse ohne Herderkrankung auch im anatomisch mikroskopischen Befund.

In je höherem Lebensalter die ersten Anfälle auftreten, um so wahrscheinlicher wird der Verdacht einer organischen Hirnerkrankung als Grundlage. Man muß nur sicher sein, daß früher wirklich keine Anfälle da waren. Sie werden häufig, auch von den nächsten Angehörigen, nicht bemerkt, treten aber in Erscheinung, wenn der Kranke unter gute Beobachtung kommt, wozu auch der Militärdienst gehört; denn namentlich jetzt, im Schützengrabenkrieg, ist der Mann wochenlang Tag und Nacht keine Stunde allein und stets unter Beobachtung.

Die Anfälle. Allgemein macht man die Beobachtung, daß das Laienpublikum unter „Anfällen“ häufig alle möglich kurz dauernden Zustände von Verstimmung, Angst, Erregung usw. versteht, auch wenn diese Zustände nicht mit Muskelkrämpfen einhergehen. Das muß man berücksichtigen, um bei der Verwertung anamnestischer Angaben zur Diagnose keine Irrtümer zu machen.

Eine Schilderung von Laien, oft auch von Krankenschwestern, ist in den wenigsten Fällen so richtig und sachgemäß, daß aus dieser Schilderung die epileptische oder nicht epileptische Natur des Krampfanfalles erschlossen werden kann. Auch das Krankenpflegepersonal muß zur richtigen Beobachtung und Schilderung des epileptischen Anfalles meist erst besonders erzogen werden, damit es achtet auf Initialsymptome (Aura), Gesichtsfarbe, Verhalten der Pupillen, Art und Aufeinanderfolge der tonischen oder klonischen Krämpfe im Gesicht, an den Extremitäten, stärkere Beteiligung einer Körperseite, unfreiwilliger Urinabgang, Zungenbisse (blutiger Schaum), sonstige Verletzungen, Bewußtseinszustand (Reaktion auf Rufe, Berührungen), starkes Röcheln, Übergang in Schlaf, Dauer des Anfalles nach Minuten. Bei der Unsicherheit der Laienbeobachtung muß bei ärztlichen Berichten, Gutachten, ausdrücklich vermerkt werden, ob der Anfall vom Arzt oder von anderen Personen beobachtet wurde.

Am häufigsten finden sich Verwechslungen zwischen epileptischem und hysterischem Anfall. Auch wenn die hysterische Natur eines Anfalles einwandsfrei festgestellt ist, ist damit noch nicht bewiesen, daß alle Anfälle und das ganze Leiden lediglich hysterisch sind. Es treten bei echter Epilepsie zwischen und neben den epileptischen Anfällen auch hysterische auf und es sind manchmal epilep-

tische Anfälle hysterisch „gefärbt“ oder „ausgebaut“; auch kommen hysterische Symptome und hysterische Anfälle symptomatisch bei schweren organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems vor.

Die buntere, theatralische Art der motorischen Erscheinungen, das Auftreten kombinierter, zielbewußterer Bewegungen oder der aus Charcots Schilderungen bekannten Stellungen der „Grande hystérie“ (wenn diese bei uns auch verhältnismäßig selten sind) weisen auf die hysterische Natur eines Krampfanfalles hin, besonders wenn diese motorischen Erscheinungen sich suggestiv (durch energische Anrufe, Behandlungsmanipulationen) beeinflussen, beenden oder verändern lassen. Demgegenüber ist der epileptische Anfall in seinen motorischen Erscheinungen monotoner. Man muß aber daran denken, daß auch bei echt epileptischen Anfällen die motorischen Krämpfe manchmal nicht von völliger Bewußtlosigkeit begleitet sind, so daß der Kranke auf Anrufe reagiert. Andererseits verstehen Hysteriker gelegentlich — bewußt oder unbewußt — den typischen Ablauf des epileptischen Anfalles mit tonischen und klonischen Krämpfen, sogar mit Mehrbeteiligung einer Seite täuschend zu kopieren.

Wenn auch gelegentlich das Auftreten von Pupillenstarre bei hysterischen und katatonen Anfällen beobachtet wird, so sind das doch seltene Vorkommnisse, und ich halte die einwandfreie Feststellung der Tatsache, daß während eines Krampfanfalles die Pupillen sich auf Lichteinfall nicht verengern, für sehr beweisend für die epileptische Natur des Anfalles. Freilich ist der Nachweis dieser Lichtstarre nicht immer leicht wegen der Unruhe des Kranken und weil er durch Aufwärtsdrehen der Augäpfel die Pupillen häufig hinter den Lidern verbirgt.

Auch der Zungenbiß mit blutigem Schaum vor dem Mund spricht gegen hysterischen, für epileptischen Anfall. Der spätere Nachweis einer Zungenbißnarbe ist nicht immer möglich, weil oberflächlichere Verletzungen der Zunge keine Narben hinterlassen; deshalb sprechen sicher vorhandene, namentlich mehrfache Zungennarben immer für die epileptische Natur der Erkrankung, während man bei dem Fehlen deutlicher Narben die Epilepsie nicht ausschließen kann. Ebenso sind bestimmte, namentlich wiederholte Verletzungen und ihre Narben an der behaarten Kopfhaut (Landkartenschädel), am oberen Rand der Augenhöhlen, am Kinn für epileptische Anfälle verdächtig, wenn auch vereinzelt Zungen-, Schädel- und andere Verletzungen beim hysterischen Anfall vorkommen.

Die Gesichtsfarbe wird auch beim schweren hysterischen Anfall höchstens rot, und es tritt Schweißausbruch auf. Beim epileptischen Anfall wird das Gesicht anfangs blaß, dann dunkelrot und dunkelblau während der tonisch-klonischen Krampfperiode. Auch kleine Blutaus-

tritte in der Haut der Wangen und der Bindehaut der Augen sprechen für epileptischen Anfall.

Unfreiwilliger Urinabgang während des Krampfes spricht für epileptischen Anfall.

Die Dauer des Anfalles wird von Laien, auch von Ärzten, häufig überschätzt, wenn sie nicht mit der Uhr in der Hand beobachten; die motorischen Erscheinungen des echt epileptischen Anfalles dauern 1—2 Minuten, im höchsten Falle 5 Minuten; viertel- bis halbstündige Dauer eines Krampfanfalles muß immer den Verdacht einer hysterischen Störung erwecken.

In vielen Fällen geht die motorische Phase des epileptischen Anfalles in ein Röcheln und dann in den terminalen Schlaf über, während beim hysterischen Anfall noch stärkere motorische Erregung oder ein etwas theatralisch gehaltenes Erwachen unter entsprechenden Äußerungen folgt. Sicher sind diese Kennzeichen aber nicht: auch dem echt epileptischen Anfall können nach Aufhören der Bewußtlosigkeit Verwirrtheit, starke, ungeordnete, aber nicht mehr krampfhaft bewegungen oder sogar hysterisch gefärbte, d. h. auffällig vorgetragene, theatralische, durch äußere Einwirkung beeinflussbare Haltungen, Gesten, Bewegungen folgen.

Das Auftreten des Babinskischen Zehenphänomens (Dorsalflexion der großen Zehe bei Bestreichen der Fußsohle statt der normalen Plantarflexion) wird im Koma und in den nächsten Stunden nach dem epileptischen Anfall öfter, niemals nach einem hysterischen Anfall beobachtet.

Nachträgliche Erinnerungslücken bezüglich der Anfälle gestatten keine differential-diagnostischen Schlüsse, weil sie bei Epilepsie und Hysterie vorkommen. Die Bedeutung der Amnesie wird meines Erachtens überhaupt vielfach überschätzt; sie ist — auch den guten Willen des Kranken vorausgesetzt — häufig nicht sicher zu erweisen, weil Mitteilungen der Angehörigen an den Kranken von diesem als eigene Beobachtung aufgefaßt werden können.

Auch wenn durch einwandfreie Beobachtung die hysterische Natur eines Krampfanfalles auszuschließen ist, muß es sich noch nicht um die Äußerung epileptischer Erkrankung handeln. Bei funktionellen und organischen Nervenkrankheiten verschiedener Art können symptomatisch Anfälle von epileptischem Charakter auftreten. Vereinzelt sieht man sie auf dem Boden angeborener Psychopathie unter der Einwirkung äußerer Schädigungen (Infektion, Vergiftung, Affekte), ebenso — gelegentlich — bei den katatonen Erkrankungen der Dementia praecox (siehe „Psychiatrie“). Bei chronischer Alkoholvergiftung können epileptische Anfälle ein Delirium tremens einleiten oder seinen Höhepunkt bezeichnen. Kurz erinnert

sei an die symptomatischen epileptischen Anfälle bei anderen toxischen Hirnerkrankungen (Urämie, diabetisches Koma). Auch die Anfälle der Tetanie, namentlich des kindlichen Alters, können epileptischen ähnlich werden, namentlich wenn sie mit klonischen Zuckungen und Bewußtseinsstörungen verlaufen. Die übrigen charakteristischen Kennzeichen dieser Erkrankung (siehe diese) gestatten in den meisten Fällen ihre sichere Abgrenzung von der Epilepsie, wenn auch Kombination beider Erkrankungen, besonders im Kindesalter, vorkommen. Eine Form der sog. paralytischen Anfälle (bei progressiver Paralyse) kann völlig epileptischen Charakter zeigen, ist aber — im Gegensatz zum einzelnen echt epileptischen Anfall — gewöhnlich von Temperatursteigerung begleitet oder unmittelbar gefolgt. Meningitis, Arteriosklerose, multiple Sklerose, Hirntumoren, traumatische Hirnerkrankungen gehen, besonders bei akuten Schüben, manchmal mit epileptischen Anfällen einher.

Je mehr bei den motorischen Erscheinungen des Anfalles die Beteiligung einer Körperseite, einer Extremität oder Muskelgruppe überwiegt, desto stärker ist der Verdacht, daß dem Anfall eine organische, unter Umständen herdförmige Hirnerkrankung zugrunde liegt, besonders wenn dabei kein völliger Bewußtseinsverlust eintritt (kortikale, rindenepileptische, Jacksonsche Anfälle); häufig bleibt nach solchen Anfällen auch eine Parese der hauptsächlich vom Krampf betroffenen Muskelgruppe zurück. Man muß aber wissen, daß auch bei der echten chronischen Epilepsie manchmal Anfälle von solchem lokalisierten Typus auftreten können, besonders wenn sich die Epilepsie entwickelt hat auf dem Boden einer ursprünglich herdförmigen Hirnerkrankung, die erst allmählich zu einer generalisierten „epileptischen“ Veränderung der Hirnrinde führte. Als Fingerzeig für eine etwaige operative Therapie ist auch die Feststellung geringerer Halbseitensymptome des epileptischen Anfalls wichtig.

Im übrigen gestattet aber der einzelne, typisch verlaufende epileptische Anfall keinen sicheren Schluß darüber, ob ihm die oben erwähnte echte Epilepsie von prognostisch ungünstigem Verlauf zugrunde liegt.

Kurz sei noch darauf hingewiesen, daß beim sogen. „Status epilepticus“ ein Krampfanfall dem anderen folgt, ohne daß der Kranke dazwischen wieder zu sich kommt; im Gegensatz zu dem einzelnen epileptischen Anfall verläuft der Status mit Temperatursteigerung.

Die sogen. „kleinen“ epileptischen Anfälle („Petit mal“) können zu Verwechslung mit Ohnmacht, Ohrschwindel, Herzuständen Anlaß geben; denn sie dauern oft nur sekundenlang und bestehen manchmal nur in ganz kurzer Bewußtseinsstörung unter leichtem Aufzucken, Bläßwerden, Schwindel usw. Ihre Erkennung ist aber,

besonders bei Kindern, sehr wichtig, weil sie häufig das einzige und oft prognostisch ungünstige Symptom einer Epilepsie sind.

Außerdem kommen aber besonders im kindlichen und jugendlichen Alter auch ähnliche „gehäufte kleine Anfälle“ (bis zu 20 und mehr an einem Tage) vor, welche nicht epileptischer Natur sind, sondern nervösen Störungen, meist bei Psychopathen, zugehören (sogen. Narcolepsie) und eine bessere Prognose haben. Ihre Unterscheidung von der echten Epilepsie ist aber schwer und eigentlich nur dadurch zu machen, daß nach jahrelangem Bestehen dieses nervösen Leidens nicht die der echten Epilepsie eigene Charakterveränderung oder geistiger Verfall eintritt; auffälligerweise reagieren diese Anfälle gewöhnlich nicht auf die üblichen antiepileptischen Mittel.

Bewußtseinsstörungen, Dämmerzustände. Daß vor oder nach epileptischen Krampfanfällen oder auch an ihrer Stelle (Äquivalente) Veränderungen des Bewußtseins von mehrstündiger bis mehrtägiger Dauer auftreten können, ist bekannt. Hier sei nur noch bemerkt, daß der Kranke in diesen „Dämmerzuständen“ nicht immer verwirrt zu sein braucht, sondern äußerlich klar und geordnet erscheinen kann; manchmal handelt es sich nur um eine Stimmungsveränderung: Depression, Angst, Gereiztheit, heitere Erregung mit erotischer Färbung und dergleichen. Das wichtigste Kennzeichen des Dämmerzustandes ist, daß hier für einen bestimmten kurzen, gewöhnlich scharf abzugrenzenden Zeitabschnitt der geistige Zustand des Kranken irgendwie, aber deutlich anders ist als vorher und nachher; das unterscheidet diese Zustände von psychischen Störungen längerer Dauer.

Weder der veränderte Bewußtseinszustand selbst, noch die in ihm ausgeführten Handlungen, wozu auch die sogen. „Fugues“ (Weglaufen, Schulschwänzen, Fahnenflucht, unsinnige Reisen) gehören, sind so charakteristisch, daß man sie ohne weiteres als Teilerscheinung einer Epilepsie erkennen kann; es gibt hysterische Dämmerzustände und solche auf dem Boden einer psychopathischen Belastung, die genau so verlaufen wie die der echten Epilepsie. Auch der nachträgliche Gedächtnisausfall (Amnesie) ist nicht so typisch, daß er zur Erkennung der Art des Dämmerzustandes herangezogen werden könnte. Man muß den weiteren Verlauf der Erkrankung, namentlich das Auftreten von Anfällen abwarten, ehe man sagen kann, ob die beobachtete Bewußtseinsstörung ein epileptischer oder ein anders verursachter Dämmerzustand oder die akute Attacke einer selbständigen Geistesstörung war.

Auf die Frage, ob durch psycho-physische Untersuchungsmethoden (dreidimensionelle Zitterkurve — Sommer) die epileptische Natur eines Dämmerzustandes erwiesen werden kann, gehe ich hier nicht ein, da diese Untersuchungsmethoden dem Praktiker für gewöhnlich nicht zugänglich sind.

Auch das „Hervorlocken“ eines Anfalles durch größere Alkohol- oder Kochsalzdosen, um daraus die epileptische Natur des Dämmerzustandes zu erkennen, ist

ein sehr zweifelhaftes Mittel, das nur in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Anstalt, Gefängnis) anzuwenden ist. Ich habe bei vielfacher Anwendung damit noch niemals einwandfreie Resultate erzielt.

Nicht immer lassen sich von den eigentlichen Dämmerzuständen der Epileptiker die Zustände zorniger Erregung, „Wutanfälle“, abgrenzen, welche durch ein äußeres Ereignis hervorgerufen werden; sie sind aber wichtig schon deshalb, weil dabei häufig gewalttätige, gegen das Gesetz verstoßende Handlungen vorkommen, die später den Gegenstand einer Begutachtung bilden können.

Die psychischen Dauerveränderungen. Auch hier muß wieder davor gewarnt werden, die auf dem Boden der Epilepsie entstehenden psychischen Veränderungen für absolut spezifisch oder charakteristisch zu halten. Wir sehen ausgesprochene Psychosen vom Charakter der Manie, Melancholie oder Paranoia, die sich wenig von den entsprechenden Krankheitsbildern nicht epileptischen Ursprungs unterscheiden.

Etwas charakteristischer ist der „epileptische Schwachsinn“, den der Kenner wohl in den meisten Fällen von dem einfachen angeborenen wie von dem später erworbenen der Dementia praecox oder schwererer organischer Hirnerkrankungen abtrennen kann. Der Praktiker tut aber auch hier gut, den Schwachsinn erst dann bestimmt als einen „epileptischen“ zu bezeichnen, wenn er die dazu gehörigen Anfälle festgestellt hat.

Dasselbe gilt von den „epileptischen Charakterveränderungen“, sowohl der gesteigerten gemüthlichen Erregbarkeit bis zur zornigen Reizbarkeit, als der „gesteigerten Religiosität der Epileptiker“, — die meist in einem sehr äußerlichen Gebrauch frommer Worte und Zeremonien besteht: diese Züge entstehen zum großen Teil auf dem Boden der der Epilepsie zugrunde liegenden allgemeinen Psychopathie, und sie sind mehr für diese als für die Epilepsie charakteristisch.

Das Krankheitsbild der „psychischen Epilepsie“, d. h. periodisch auftretender Bewußtseinsveränderungen, ohne daß jemals Krampfanfälle nachgewiesen werden, ist noch zu problematisch, als daß seine Diagnose dem Praktiker empfohlen werden könnte.

Allgemeines, Verlauf und Bezeichnungen. Es muß nach diesen Einzelheiten noch einmal zusammengefaßt werden, in welchen Fällen und in welchem Sinne nach dem heutigen Stand unserer Erkenntnis eigentlich die Diagnose „Epilepsie“ berechtigt ist, weil der dem Streit der Meinungen ferner stehende Praktiker hier sich kaum mehr durchfindet.

Nach dem Gesagten gilt, wenn man die Hysterie ausschließen kann, als erste Voraussetzung für die Diagnose Epilepsie der Nachweis, daß eine chronische Erkrankung vorliegt, welche mit immer wie-

derkehrenden Anfällen und Bewußtseinsstörungen einhergeht und häufig auch zu psychischen Dauerveränderungen führt. Von den Fällen, die unter diese Definition passen, können wir noch eine Anzahl ausscheiden, bei denen als Grundlage des erwähnten Symptomenkomplexes andere, wohlbekannte Hirnerkrankungen (Tumor, Paralyse, Hirnlues usw.) vorliegen; die weitere Entwicklung dieser Fälle entspricht dann dem Verlauf ihres Grundleidens; das Stadium, in welchem sie das Bild der Epilepsie boten, ist gewöhnlich nur ein vorübergehendes.

Wenn man eine solche organische Hirnerkrankung ausschließen kann, so muß eine Erkrankung, die mit periodisch wiederkehrenden Anfällen, mit Bewußtseinsverlust, zeitweiligen Bewußtseinsstörungen und fortschreitenden Veränderungen des Geisteszustandes verläuft, als „echte Epilepsie“ bezeichnet werden, gleichgültig, ob man als Ursache eine ererbte Anlage (genuine Epilepsie) oder eine in der Kindheit durchgemachte Hirnerkrankung vermutet. Die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Verlaufes (Unbeeinflussbarkeit der Anfälle, Eintreten eines psychischen Verfalles) wird in beiden Fällen um so größer, in je früherem Lebensalter die Erkrankung begann (wobei namentlich Beginn in der Schulzeit oder Pubertät wichtige Epochen sind), je weniger die Anfälle und der sonstige Nervenbefund Zeichen von herdförmiger operativ beeinflussbarer Hirnveränderung erkennen lassen, je mehr sich außer den Krampfanfällen Bewußtseinsstörungen und psychische Veränderungen einstellen.

Im folgenden Fall konnte die Prognose aus verschiedenen Gründen günstig gestellt werden:

H. H., 18 Jahre, Gymnasiast, hatte im 1. Lebensjahr Stimmritzenkrampf, im 3. Jahr Lungenentzündung, seit dem 10. Jahr Migräneanfälle, seit dem 12. Jahr Krampfanfälle mit klonisch-tonischen Zuckungen aller Extremitäten, Zungenbiß, Urinabgang, Bewußtlosigkeit in etwa monatlichen Intervallen. Die Untersuchung ergab außerdem einen Herzklappenfehler, Stuhlträgheit und Albuminurie, ferner galvanische Übererregbarkeit an Muskeln und Nerven. Seit dem 14. Lebensjahr in meiner Behandlung. Anfangs nur Brom und Herzmittel, später Luminal und kleine Dosen Brom-Jod und Infusum Adonis vernalis. Die Zahl und Schwere der Anfälle, die Herzstörungen besserten sich erheblich. Es kamen Intervalle von $\frac{1}{2}$, 1 und 2 Jahren ohne Krampfanfälle vor; dagegen bestanden als Migränesymptome noch Anfälle von Augenflimmern. Die geistige Entwicklung ist in den 6 Jahren des Bestehens der Krampfanfälle weitergegangen, keine Dämmerzustände, keine Zeichen epileptischer Verblödung oder epileptischen Charakters aufgetreten. Hier liegt also auf dem Boden einer Konstitutionsanomalie (spasmophile Diathese) und Herzstörung ein Krampfleiden vor. Wegen der zugrunde liegenden körperlichen Störungen und weil bei fünfjährigem Bestehen des Krampfleidens keine psychischen Veränderungen eintraten, vielmehr alle Erscheinungen besser wurden, wurde hier echte Epilepsie ausgeschlossen und die Prognose günstig gestellt.

Der Ausdruck: „essentielle oder idiopathische Epilepsie“ bedeutet nur, daß die Erkrankung eines bestimmten Organs als Ursache der hier bestehenden

Epilepsie nicht zu ermitteln ist; über die Prognose des Falles sagt die Bezeichnung nichts aus. Da man aber nie bestimmt weiß, ob nicht die weitere Beobachtung oder wenigstens die Sektion doch eine solche Organerkrankung, z. B. eine alte Hirnarbe, als Rest einer kindlichen Enzephalitis ergibt, da auch die „genuine“ (annehmbar auf einer angeborenen Anlage beruhende) Epilepsie doch wahrscheinlich mit Störungen der inneren Sekretion, also mit organischen Veränderungen der inneren Drüsen, zusammenhängt, so sind die beiden genannten Bezeichnungen nur Verlegenheitsausdrücke und bleiben am besten ganz weg. Vielfach werden auch die Ausdrücke: genuine, idiopathische, essentielle Epilepsie in gleichem Sinne gebraucht und als „echte“ Epilepsie der „symptomatischen“ gegenübergestellt. Auch diese Unsicherheit ihrer Bedeutung läßt den Gebrauch dieser Ausdrücke widerraten.

Als „symptomatische Epilepsie“ bezeichnet man die Fälle, bei denen man eine bestimmte Organerkrankung, namentlich eine herdförmige Hirnerkrankung als Ursache der Epilepsie festgestellt hat. Die symptomatische Epilepsie kann den ungünstigen Verlauf der echten Epilepsie nehmen, verläuft aber gewöhnlich milder und ist medikamentös oder operativ beeinflufbar.

Die Jacksonsche, „kortikale“ oder Rindenepilepsie“ ist in diesem Sinne auch eine symptomatische Epilepsie; denn sie ist bedingt durch eine herdförmige Erkrankung der Hirnrinde, aber noch besonders dadurch ausgezeichnet, daß die Anfälle meist auf eine Muskelgruppe (Arm, Bein, Hand, Facialis) beschränkt sind, ohne Bewußtseinsstörungen einhergehen und daß psychische Störungen oder Charakterveränderungen nicht auftreten. Es gibt aber auch echte Epilepsien, bei denen neben typischen Anfällen auch solche von Jacksonschem Typus vorkommen; dies weist daraufhin, daß hier ursprünglich nur eine herdförmige Hirnerkrankung bestand, daß aber nach und nach allgemeine, zur echten Epilepsie führende Hirnveränderungen eintraten; die operative Beseitigung der so vermuteten „anatomischen Reizquelle“ erzielt vielfach auch in diesem Stadium noch eine Besserung der Epilepsie.

Als „Frühepilepsie“ bezeichnet man die im jugendlichen Alter, etwa bis zum 30. Lebensjahr, entstehenden Fälle, gleichgültig, ob sie „genuin“ (angeboren), „symptomatisch“ (durch eine erkennbare Organerkrankung erworben) oder „idiopathisch“ sind.

Die „Spätepilepsie“ ist im Gegensatz dazu die nach dem 30. Lebensjahr auftretende. Sie ist meist eine symptomatische, und da das erwachsene Gehirn gegen solche erworbene Schädigungen widerstandsfähiger ist, ist die Prognose der Spätepilepsie günstiger als die der Frühepilepsie; was nach dem 30. Lebensjahr entsteht, wird gewöhnlich keine echte Epilepsie.

„Reflexepilepsie“ ist eine ältere Bezeichnung für Fälle, von denen man glaubte, daß die Erkrankung selbst oder ihre einzelnen Krampfanfälle verursacht oder ausgelöst würden durch periphere Reize (Schleimhäute, Narben der Haut mit Nervenstümpfen usw., Erkran-

kungen der Nase, der Genitalien usw.). Wir wissen jetzt, daß viele Fälle der sogen. Reflexepilepsie in Wirklichkeit Hysterien sind, daß es sich in anderen Fällen um echte Epilepsien handelt, bei denen allerdings einzelne Anfälle von der peripheren „epileptogenen Zone“ her ausgelöst werden können. Die Beseitigung dieser Reizquelle mildert die Anfälle oder macht sie seltener, heilt aber gewöhnlich nicht die Epilepsie.

Als „Magendarmepilepsie“ bezeichnet man entweder eine echte Epilepsie, bei der einzelne Anfälle durch Störungen von Seite des Magendarmkanals (meist bei chronischen Erkrankungen) ausgelöst werden, oder symptomatische Epilepsien, welche im Verlauf einer mehr akuten Erkrankung dieses Organs entstehen, wobei also die epileptischen Anfälle nur ein gewöhnlich vorübergehendes Symptom der Grunderkrankung sind. In beiden Fällen ist natürlich die Behebung des Grundleidens für die Besserung oder Heilung der Epilepsie erforderlich.

Ganz ähnlich ist die Bezeichnung „Herzepilepsie“ aufzufassen. Man trifft gelegentlich bei echter Epilepsie organische und funktionelle Herzerkrankungen, deren Störungen einzelne Anfälle der Epilepsie auslösen. Behebung oder Behandlung des Herzleidens, der begleitenden Zirkulationsstörungen bessert wohl die Epilepsie, verringert die Zahl der Anfälle, heilt die Epilepsie aber nicht völlig. Außerdem kommen bei schweren Herz- und Gefäßerkrankungen vereinzelte symptomatische epileptische Anfälle vor, die nach Besserung des Grundleidens verschwinden.

Auch der Ausdruck „kardiovasale Epilepsie“ wird teils in ähnlichem Sinne gebraucht, teils versteht man darunter eine im höheren Lebensalter einsetzende Epilepsie, also eine Spätepilepsie, die durch arteriosklerotische herdförmige Hirnerkrankungen bedingt wird; dafür wird dann auch der Ausdruck „arteriosklerotische Epilepsie“ gebraucht.

Ähnlich ist die Bezeichnung: „traumatische Epilepsie“, entweder echte Epilepsie, welche — gewöhnlich auf dem Boden einer Prädisposition — durch ein schweres Hirntrauma ausgelöst wird (vergl. oben) oder symptomatisch auftretende epileptische Anfälle im Gefolge eines schweren Hirntraumas, wobei die Prognose häufig günstiger ist.

Im gleichen doppelten Sinne wird das Wort „Alkoholepilepsie“ gebraucht: Bei vielen echten Epilepsien werden durch akute Alkoholexzesse die Anfälle hervorgerufen und dadurch der Verlauf dieser Epilepsien verschlimmert; hier ist der Ausdruck Alkoholepilepsie sicher ganz unrichtig, denn die Alkoholabstinenz bessert wohl den Zustand, beseitigt die Epilepsie aber nicht völlig. Andererseits kommen bei chronischem Alkoholmißbrauch auf der Höhe der chronischen Vergiftung wahrscheinlich infolge tiefergreifender Stoffwechselstörungen, gelegentlich symptomatische epileptische Anfälle vor, die völlig wieder aufhören, wenn durch Alkoholabstinenz diese Störungen beseitigt werden.

Als „Affektepilepsie“ bezeichnet man nach dem Vorgang von Bratz die bei einzelnen Fällen von psychopathischer Konstitution bestehende Neigung, bei Affektreizen, Zorn, Angst usw. mit epileptischen Anfällen zu reagieren, während bei Wegfall dieser Reize keinerlei Zeichen von Epilepsie beobachtet werden.

„Hystero-Epilepsie“ ist ein unrichtiger, irreführender Ausdruck. Denn er besagt nur entweder, daß man nicht weiß, ob es sich hier um eine Hysterie oder Epilepsie handelt, oder, daß neben echt epileptischen Anfällen und Erscheinungen auch solche von hysterischem Charakter vorkommen. Im ersteren Fall muß eine längere und gründlichere Beobachtung die mangelhafte Diagnose korrigieren. Im zweiten Fall spricht man besser von „echter“ oder „symptomatischer“ Epilepsie „mit hysterischer Färbung“ oder „hysterischen Beimischungen“. Denn es kommt nicht selten vor, daß eine Epilepsie, wie jede andere organische oder funktionelle Nervenerkrankung, auch hysterische Züge aufweist; Aufgabe der Diagnose ist es aber, die epileptische Natur der Grunderkrankung festzustellen, und „a potiori fit denominatio“. Die Prognose dieser Fälle richtet sich nach dem Grad der hysterischen Beimischungen; die Schaffung einer besonderen Krankheitsgruppe mit eigenem Namen ist aber nicht gerechtfertigt.

Unter „psychischer Epilepsie“ versteht man das periodische, durch äußere Ursachen nicht bedingte Auftreten von Bewußtseinsstörungen, Verwirrungs- oder Verstimmungszuständen, ohne daß dazwischen auch Anfälle beobachtet werden. Man hat auch scheinbar ganz fernstehende, periodisch verlaufende Erkrankungen, wie die Dipsomanie (Quartalsäufersucht), das Heimweh als Epilepsie auffassen wollen. Diese Annahmen sind vorläufig hypothetisch und können für die Diagnose und Therapie in der Praxis nicht verwertet werden.

Therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.

Es wird immer wieder der Fehler gemacht, daß man nach einem Universalmittel für die Epilepsie sucht, ein solches zu finden glaubt, es überall anwendet und enttäuscht ist, wenn es versagt. Noch mehr als bei anderen Krankheiten gilt für die Epilepsie der Satz, daß ihre Ursachen oft dunkel, meist aber vielfach und verschiedenartig sind; auch wenn eine Ursache sicher, z. B. in Gestalt einer herdförmigen Hirnerkrankung, bekannt ist, reicht die Beseitigung dieser Krankheitsursache gewöhnlich nicht zur Heilung der Epilepsie aus; denn wenn wirklich eine solche vorhanden ist, so handelt es sich um eine Erkrankung nicht nur des ganzen Gehirns, sondern meist des gesamten Organismus, wenigstens in Gestalt von Stoffwechselstörungen. Die Therapie muß deshalb eine mannigfaltige, kausale und symptomatische sein.

In kausaler Beziehung sollen alle wichtigen und Gelegenheitsursachen der Krankheit selbst, wie einzelner Anfälle beseitigt werden. Im einzelnen können sie hier nicht aufgezählt werden; es sei aber auf die entsprechenden Bemerkungen auf S. 10ff. verwiesen. Über einige noch streitige Punkte ist folgendes zu erwähnen:

Über den Wert der hirnoperativen Behandlung war man lange zweifelhaft. Gerade die Kriegserfahrungen lassen sie aber in geeigneten Fällen aussichtsvoll erscheinen, zumal die chirurgische Technik üble Neben- und Folgeerscheinungen der Operation, wozu auch nachträgliche Hirnnarbenbildungen gehören, zu vermeiden weiß. „Geeignet“ für die operative Behandlung sind zunächst alle symptomatischen Epilepsien, bei denen die klinische Untersuchung und Beobachtung sicher eine umschriebene Hirnerkrankung, die der Operation zugänglich ist, erkennen läßt; aufmerksame Beobachtung des Anfalltypus, genaue Feststellung neurologischer Herdsymptome in der freien Zwischenzeit, Augenspiegeluntersuchung, Röntgenuntersuchung, Lumbal-, eventuell Hirnpunktion sind die dazu führenden diagnostischen Hilfsmittel; Zeit und Art des operativen Eingriffs muß mit dem Chirurgen vereinbart werden. Treten aber nach völliger Heilung einer Schädelverletzung noch sicher epileptische Anfälle auf, so soll im allgemeinen nicht länger als $\frac{1}{2}$ Jahr mit der Trepanation gewartet werden. Aber auch bei Fällen echter Epilepsie ist der Versuch einer operativen Behandlung indiziert, wenn im Ablauf der Anfälle deutliche und bei jedem Anfall wiederkehrende Halbseitensymptome beobachtet werden, zumal wenn auch in der freien Zwischenzeit auf demselben Gebiete lokalisierte Differenzen in der motorischen Innervation, den Reflexen, der Sensibilität festzustellen sind. Der operativen Behandlung muß jedesmal eine längere Zeit fortgesetzte Allgemeinbehandlung folgen.

Kausale Therapie ist auch die Behandlung anderer Organerkrankungen: Magendarmstörungen (auch Eingeweidewürmer), Herzklappenfehler, Nierenerkrankungen, Nasenerkrankungen, druckempfindliche Hautnarben, sei es, daß hier durch Stoffwechselstörungen oder durch immer wiederkehrende periphere Reize der epileptische Prozeß unterhalten wird.

Die wichtigste symptomatische Therapie ist die auf Milderung und Verringerung der Krampfanfälle gerichtete; denn je seltener die Anfälle auftreten, um so größer ist die Möglichkeit, die „Anfallsbereitschaft“ („Konvulsibilität“) des Gehirns überhaupt zum Schwinden zu bringen. Außer der Wegschaffung krampfauslösender Reize sind hier Medikamente, vor allem die Brompräparate, immer noch die wichtigsten Mittel.

Bei der Bromtherapie wird häufig zu wenig oder zu viel gegeben. Die Menge, welche zur Beeinflussung der Anfälle nötig ist, muß ausprobiert werden, wobei 4 g Bromsalz pro Tag die untere Grenze, 10 g

etwa die obere darstellen. Das Auftreten einer chronischen Bromvergiftung (Benommenheit, Stupor, Bromakne, Mundgeruch, Wegfall des früher vorhandenen Rachenreflexes) ist ein weiteres Signal für Einschränkung oder Einstellung der Bromdarreichung. Größere Bromdosen dürfen nicht plötzlich weggelassen werden, sondern müssen durch andere Narkotika: Chloral, Amylenhydrat, Luminal, Veronal usw. allmählich ersetzt werden; die Morphinpräparate eignen sich nicht für Epilepsiebehandlung. Gegen die Bromakne ist Kalomel in kleinen Dosen (0,05 pro die), Arsen, Bitterwasser, Hefe zu empfehlen.

Über die Beziehungen zwischen Bromdarreichungen und Kochsalzstoffwechsel bestehen noch vielfach falsche Anschauungen. Aus den Arbeiten der letzten Jahre kann man folgende Resultate ziehen: Kochsalz allein ruft bei der Epilepsie nicht die Anfälle hervor; kochsalzarme Diät allein behebt deshalb die Anfälle nicht. Aber eine Verarmung des Körpers an Kochsalz erleichtert die antiepileptische Wirkung der Bromsalze, weil Blut und Gewebe statt dem fehlenden Chlor das ihnen gebotene Brom in größerer Menge aufnehmen und festhalten. Deshalb hat die kochsalzarme Diät nur dann einen Zweck, wenn gleichzeitig Brom gegeben wird, wobei man kleinere Dosen nötig hat und mit einer schnelleren und stärkeren Bromwirkung, natürlich auch mit der größeren Möglichkeit einer Bromvergiftung rechnen kann. Die Wirkung des viel empfohlenen „Sedobrol“ besteht darin, daß es an Stelle von Kochsalz in die Speisen gegeben wird. Denn es enthält Bromnatrium, welches seine antiepileptische Wirkung besser entfaltet, weil aus den Speisen das Chlornatrium weggelassen ist; da das Sedobrol außerdem geringe Mengen Kochsalz und Gewürzstoffe enthält, kann es an Stelle des üblichen Kochsalzes als Würze treten und wird gern genommen, weil es die Nahrung schmackhaft macht. Wird aber das Essen nicht kochsalzarm gekocht, so wirkt jeder Sedobrolwürfel nicht stärker antiepileptisch, als wenn man statt seiner 1 g gewöhnliches Bromnatrium gibt, das natürlich viel billiger ist als ein Sedobrolwürfel.

Auf Luminal als Ersatz für Brom soll noch besonders hingewiesen werden. Es kann in Dosen von 0,15 bis 0,3 täglich gegeben werden und wirkt in manchen Fällen sehr prompt.

Beim Status epilepticus wird in der Praxis zu selten an die rektale Darreichung von Medikamenten gedacht: 3,0 Chloral im Einlauf, auch Veronal 2,0 oder Luminalnatrium 0,3—0,5 im Einlauf können einen Status gelegentlich kupieren. Weiter ist ein hier bewährtes Mittel Amylenhydrat subkutan; es muß eine Emulsion von 1 Amylenhydrat auf 3 Wasser gemacht und in der Spritze tüchtig geschüttelt werden; Amylenhydrat löst sich nicht im Wasser. Davon 2—4 ccm mit der Pravazspritze tief in die Muskulatur, an jeder Stelle

nur 1 ccm, damit man keine Nekrosen setzt. Man muß auch daran denken, daß beim Status epilepticus gründliche Darmreinigung durch Einlauf, ferner Durchspülen des Körpers mit physiologischer Kochsalzlösung sehr gut wirkt; deshalb sind Aderlässe und intravenöse oder subkutane Kochsalzinfusionen am Platze.

Bei den Erregungszuständen der Epileptiker wirkt Morphinum und Paraldehyd garnicht; bei schwererer tobsüchtiger epileptischer Erregung muß man die stärksten Narkotika, über die man verfügt, am besten subkutan geben, also Hyoszin oder Duboisin 0,0005—0,001, gelegentlich kombiniert mit Morphinum 0,1—0,3; in leichteren Fällen wirkt Chloral und Luminal.

Bei epileptischen Dämmer- und Stuporzuständen ohne hochgradige Erregung muß man die Narkotika und andere Krampfmittel weglassen. Oft beendet ein dann einsetzender Krampfanfall rasch den Dämmerzustand.

Von der diätetischen Behandlung der Epilepsie ist die fleischarme Diät so bekannt, daß hier nur vor einer Überspannung dieser lakto-vegetabilen Lebensweise gewarnt zu werden braucht. Gerade jetzt bei dem Milch- und Fettmangel der Kriegszeit trifft man viele Epileptiker, die auf ihre „vegetarische“ Ernährung so eingeschworen sind, daß sie glauben, ein heiliges Recht auf ungefähr 10mal so viel Milch und Butter als ihre Mitmenschen zu haben. Dabei würde ihnen das viertel Pfund Fleisch, das jedem jetzt in der Woche zusteht, sicher keinen Eintrag tun. Von großer Wichtigkeit scheint mir aber eine Darmdesinfektion im allgemeinen: ich beginne jede Epilepsiebehandlung mit einer Kalomeldarreichung, und es muß immer wieder auf Reinigung des Darmes und Umstimmung der Darmflora gehalten werden.

Die Behandlung mit Schlangengift (Crotalin) hat nicht gehalten, was von ihr mit großer Reklame versprochen wurde.

Auch die neuerdings propagierte Theorie von der thyreogenen Entstehung der Epilepsie gilt nur für einzelne Fälle. Daher ist die Behandlung mit rektalen Eingießungen von frischem Schilddrüsenpreßsaft auch kein Allheilmittel, wenn ich auch einzelne Besserungen gesehen habe. Bei kindlicher Epilepsie nützt manchmal die längere Darreichung von Kalziumpräparaten, wenn außerdem Brom oder Luminal gegeben wird.

Zu den wesentlichen Aufgaben der Epilepsiebehandlung rechne ich die Beratung des Kranken und seiner Angehörigen bezüglich Anstaltsunterbringung, Berufswahl, Eheschließung. Ein vorübergehender Anstaltsaufenthalt bei länger bestehender Epilepsie ist vorteilhaft, auch wenn der Kranke nicht dauernd in der Anstalt interniert zu werden braucht. Denn man kann in der Anstalt genauer den Typus seiner Anfälle, die übrige Form seines Leidens feststellen, verschiedene Be-

handlungsmethoden ausprobieren und dem Kranken für später Maßregeln geben.

Bei der Berufsberatung kommt neben Schwere und Zahl der Krampfanfälle vor allem der geistige Zustand in Betracht; Einzelheiten können hier nicht gegeben werden.

Von der Eheschließung muß man Epileptikern entschieden abraten: Immer noch trifft man in Laienkreisen und sogar bei einzelnen Ärzten die Meinung, daß eine in der Pubertät entstandene Epilepsie, namentlich bei Mädchen, heile oder besser würde unter dem Einfluß regelmäßigen Geschlechtsverkehrs, weshalb dann Eheschließung empfohlen wird. Diese Annahme ist absolut falsch und die Eheschließung der Epileptiker eine völlig unsoziale Maßregel, die zur Verhütung kranker Nachkommenschaft ganz verboten werden sollte.

II. Lokalisierte Muskelkrämpfe, Tiks und Beschäftigungskrämpfe.

Diagnostische Irrtümer.

Für die praktischen Zwecke dieser Erörterungen möchte ich unter obiger Bezeichnung eine Anzahl verschiedenartiger Störungen zusammenfassen, die das Gemeinsame haben, daß bei ihnen meist auf funktioneller, nicht organisch bedingter Grundlage Krämpfe, also unwillkürliche Kontraktionen teils klonischer, teils tonischer Art von kürzerer oder längerer Dauer an einzelnen Muskeln oder bestimmten Muskelgruppen des Rumpfes oder der Extremitäten auftreten. Zu „Anfällen“ vom Charakter des epileptischen Krampfanfalles kommt es meist dabei nicht; von einem solchen unterscheiden sich die lokalisierten Muskelkrämpfe dadurch, daß sie nicht die für den epileptischen Krampfanfall fast stets typische Aufeinanderfolge tonischer und klonischer Kontraktionen zeigen, daß die Krämpfe nicht auf die gesamte Muskulatur übergehen, sondern auf bestimmte Abschnitte beschränkt bleiben und daß keine Bewußtseinsstörung dabei auftritt. Dagegen können sie gelegentlich verwechselt werden mit dem Anfall der „Jacksonschen“ (kortikalen) Epilepsie, weil dieser ja auch ohne Beteiligung der gesamten Muskulatur und ohne Bewußtseinsstörung verläuft.

Bei der Differentialdiagnose nach dieser Richtung muß also besonders auf herdförmige Erkrankungen des Hirns, namentlich der Hirnrinde geachtet werden (vergl. unter I.).

Bei allen lokalisierten Muskelkrämpfen muß außerdem auf organische Erkrankungen in der Nachbarschaft der krampfenden Muskelgruppe geachtet werden, welche imstande sind, reflektorisch solche Krämpfe auszulösen.

Unter „Tik“ versteht man eine besondere Form krampfartiger plötzlicher Kontraktion bestimmter Muskelgruppen; sie tragen einen halb-gewollten, also nicht unwillkürlichen Charakter und sind meist „psychogen“ bedingt, finden sich deshalb auch bei den Psychoneurosen (Neurasthenie, Hysterie) — vergl. diesen Abschnitt — oder als Zeichen einer schweren degenerativen Anlage (Psychopathie). Als „psychogen“ bezeichnet man die Entstehung des Tiks dann, wenn er durch ein affektbetontes Erlebnis (Schreck usw.) oder durch bewußte oder unbewußte Vorstellungen eines solchen ausgelöst oder unterhalten wird; in solchen Fällen steht er den Zwangsbewegungen nahe. Der „Tik“ ist oft die unbewußte, gewohnheitsmäßige, übertrieben stark ausgeführte Wiederholung einer an sich zweckmäßigen Bewegung (Abwehrbewegung, Geste, Mienenspiel). Übergänge und Kombinationen von einfachen Muskelkrämpfen und Tiks kommen vor.

Auch Verwechslungen der lokalisierten Muskelkrämpfe mit den Störungen der Myotonie können vorkommen. Bei diesen bleiben nach einer gewollten und richtig ausgeführten Bewegung die dazu gebrauchten Muskeln noch unzweckmäßig lange in Kontraktionszustand; ihre Erschlaffung und Ablösung durch die Antagonisten erfolgt zu langsam. Die Ausdehnung dieser Störung auf verschiedene Muskelgruppen, der hereditär-familiäre Charakter der „Thomsenschen Krankheit“ in den meisten Fällen zeigt die richtige Diagnose.

Von den an allen möglichen Muskeln und Muskelgruppen vorkommenden Krämpfen der genannten Art sind folgende praktisch wichtig und können zu Verwechslungen Anlaß geben:

Der Kaumuskelkrampf, der in seiner tonischen Form als „Trismus“ oder Zähneknirschen auch bei Tetanus, Meningitis, Hirntumoren, Paralyse, katatonen Zuständen der Dementia praecox vorkommt und durch die Symptome dieser schwereren Hirnerkrankungen vom einfachen funktionellen Krampf abzugrenzen ist. Gelegentlich kann ein tonischer Krampf der Kaumuskeln durch eine Affektion des Kiefergelenkes vorgetäuscht werden.

„Der „Fazialiskrampf“ im Bereich der gesamten oder häufiger einzelner Abschnitte der mimischen Gesichtsmuskulatur (Lidkrampf, Blepharospasmus, Blepharoklonus, Nictitatio; Mundkrampf). Hier kommen als Ursache für die reflektorische Erregung des Krampfes ganz besonders entzündliche und andere Prozesse im Bereich der Stirn- oder Kieferhöhlen, der Mundhöhle, der Zähne, ferner auch Trigeminusneuralgien in Betracht. Im Bereich der Gesichtsmuskeln sind die Tiks besonders häufig (vergl. oben), weshalb man auch die gewohnheitsmäßigen Fazialiskontraktionen schlechthin als Tik bezeichnet. Tiks oder echte Fazialiskrämpfe kommen namentlich auch in der Rekonvaleszenz von einer Fazialislähmung vor in Gestalt einer übertriebenen Kontraktion

des früher gelähmten Fazialis infolge der Innervationsanstrengung bei der Übung. Im Fazialisgebiet kommen auch gelegentlich isolierte Jacksonsche Krämpfe vor als Symptome einer herdförmigen Rindenaffektion.

Die an den Augenmuskeln vorkommenden tonischen Krämpfe sind in den allermeisten Fällen auf organische, teils diffuse, teils herdförmige Hirnerkrankungen zurückzuführen und nur selten funktionell bedingt. Sie fordern deshalb immer gründliche Untersuchung nach dieser Richtung. Als klonischer Krampf der Augenmuskeln kann man den Nystagmus bezeichnen, der ebenfalls sehr häufig durch organische Erkrankungen des Gehirns (Kleinhirntumor, multiple Sklerose) oder des vestibulären Gleichgewichtsapparates im Ohr bedingt ist. Familiärer, angeborener Nystagmus kann organisch (Hydrozephalus) bedingt sein oder ist ein Zeichen einer angeborenen psychopathischen Anlage.

Als Torticollis spastica (Caput obstipum spasticum) bezeichnet man einen tonischen Krampfungszustand der Nackenmuskeln, besonders des Sternokleidomastoideus, wodurch der Kopf auf die dem krampfenden Kopfnicker entgegengesetzte Seite gedreht und so gehalten wird. Diese funktionell bei Psychopathie, Neurasthenie, Hysterie entstehende Krampfform darf nicht mit dem rheumatischen oder angeborenen, durch entzündliche oder narbige Verkürzung des Sternokleidomastoideus entstandenen Caput obstipum verwechselt werden. Auch wird gelegentlich der funktionell oder durch muskuläre Prozesse bedingte „Schiefhals“ verwechselt mit einer ähnlichen Haltungsanomalie des Kopfes infolge von Erkrankungen oder Verkrümmung der Halswirbelsäule.

In der Hals- und Schultermuskulatur kommen außerdem unwillkürliche klonische Krämpfe und tikartige, gewohnheitsmäßige Bewegungen nicht selten vor.

Der Stimmritzenkrampf (Laryngospasmus) kommt als rein funktionelle Störung bei Hysterie, Psychopathie, ferner reflektorisch ausgelöst bei Pharyngitis und Laryngitis vor, kann aber auch, namentlich bei Kindern, Symptom einer Rachitis sein oder die Haupterscheinung eines Anfalles von Kindertetanie bilden; im letzteren Fall müssen die übrigen Symptome der Tetanie (siehe diese) die Diagnose eventuell in der anfallsfreien Zeit ermöglichen.

An den Extremitäten werden isolierte, tonische, gelegentlich auch klonische Krämpfe einzelner Muskelgebiete auf funktioneller Grundlage beobachtet, z. B. bei Kriegsteilnehmern rein hysterische Spasmen oder Kontrakturen der Hand, der Finger nach Schußverletzungen des Armes, ohne daß entsprechende Nervenverletzungen vorliegen oder wenn diese bereits geheilt sind. Immer aber fordern derartige isolierte Muskelkrämpfe der oberen oder unteren Extremitäten eine sorgfältige Prüfung,

ob nicht doch traumatische oder entzündliche Erkrankungen eines Nervengebietes, der Muskeln oder Gelenke vorliegen oder ob die isolierten Krämpfe nicht ein Symptom einer herdförmigen Hirnerkrankung sind. Eine Verwechslung der Muskelkrämpfe an den Extremitäten mit Krampfständen der Tetanie ist auch möglich, namentlich bei Kindern, kann aber durch die übrigen Symptome der Tetanie ausgeschlossen werden.

Als Crampi bezeichnet man schmerzhafte tonische Muskelkontraktionen in den Extremitäten, besonders an den Waden; sie kommen ohne schwerere organische oder funktionelle Nervenerkrankung bei sonst gesunden Personen nach plötzlicher Überanstrengung oder Ermüdung manchmal gewohnheitsmäßig vor. Sie haben also mit den bis jetzt erwähnten lokalisierten Muskelkrämpfen nichts zu tun.

Von den bis jetzt erwähnten lokalisierten Muskelkrämpfen abzutrennen sind die Beschäftigungskrämpfe (ihr bekanntester Typus der Schreibkrampf). Hier treten Spasmen, Zittern oder Schwäche, manchmal auch Schmerzen nur in den bei einer bestimmten Beschäftigung gebrauchten Muskelgruppen und nur bei der Ausübung dieser Beschäftigung auf. Oft besteht eine neurasthenische Grundlage (siehe auch Neurasthenie). Daß Bewegungsstörungen der Paralysis agitans oder anderer organischer Nervenkrankheiten für Beschäftigungskrämpfe gehalten werden, habe ich wiederholt erlebt.

Therapeutische Irrtümer.

Da in den meisten Fällen die lokalisierten Muskelkrämpfe, Tiks, Crampi, Beschäftigungskrämpfe, auf einer nervösen Allgemeinerkrankung (Neurasthenie, Hysterie) beruhen, so ist die Therapie durch dieses Allgemeinleiden vorgeschrieben und muß sich bezüglich des hier in Betracht kommenden Symptoms auf Übung, Willensstärkung, Entfernung körperlicher oder psychischer Schädlichkeiten richten; sie ist also der Hauptsache nach eine suggestive oder Psychotherapie. Vorher muß allerdings alles beseitigt werden, was als peripherische Reizquelle für die lokalen Krämpfe dienen kann, also die oben erwähnten traumatischen, entzündlichen oder sonstigen Vorgänge in der Nachbarschaft der krampfenden Muskelgruppen.

Zum Rüstzeug der mechanischen und Suggestionstherapie gehört auch der elektrische Strom in allen seinen Anwendungsformen. Es sei bei dieser Gelegenheit noch einmal betont, daß solche Reizzustände, wie es die lokalisierten Muskelkrämpfe sind, nur sehr vorsichtig und nur von sehr sachverständiger Hand mit dem elektrischen Strom angefaßt werden dürfen. Unterbrechungen der Nervenleitungen, die neugebahnt werden müssen (wie bei den Lähmungen) liegen hier nicht

vor. Deshalb kann man von einem lange fortgesetzten, alle paar Tage wiederholten „Elektrisieren“ durch galvanischen oder faradischen Strom hier nichts erwarten; man würde höchstens den Reizzustand vermehren. Seine suggestive Wirkung entfaltet der elektrische Strom aber nur, wenn er unter bestimmten Vorsichtsmaßregeln an den Patienten herangebracht wird. Dazu gehört, daß er nicht zu häufig angewandt wird, daß er nicht durch Pflegepersonal (auch nicht durch Schwestern oder Lazarettgehilfen!) appliziert wird, sondern durch den Arzt und zwar durch einen sachverständigen Arzt selbst. Wenn so oft bei der elektrischen Behandlung funktioneller — und auch organischer — Nervenkrankheiten auch nach langer Dauer kein Erfolg erzielt wird, so liegt das m. E. zum großen Teil daran, daß die Anwendung des elektrischen Stromes dem Pflegepersonal überlassen worden ist. Auch wenn die Pflegerin oder Schwester sich genau an die ärztliche Vorschrift hält, verliert das Verfahren doch einen Teil seiner Wirkung, weil von einem individuellen Eingehen auf den augenblicklichen Befund keine Rede sein kann; das kann nur der Arzt, der bei der elektrischen Behandlung gleichzeitig die jeweilige Reaktion feststellt und danach Qualität und Stärke und Angriffspunkt des Stromes verändert und dosiert. Auch kann natürlich von einer Suggestivwirkung nicht die Rede sein, wenn der Patient Tag für Tag an den Apparat gesetzt wird, an dem ein Pfleger die vorgeschriebenen 5 Minuten mit der faradischen Walze auf- und abbügelt oder mit der Kontaktelektrode die Muskeln springen läßt.

Noch weniger sollte man den Patienten raten, sich einen kleinen elektrischen Apparat zu kaufen und sich zu Hause selbst zu elektrisieren; das führt im besten Falle zur Kurpfuscherei, häufig aber auch zu Mißgriffen und diskreditiert den Wert der Elektrotherapie.

Daß die von Kaufmann neu inangurierte Behandlung von Kriegsneurosen durch suggestiv applizierte starke faradische Ströme nur in der Hand eines elektrotherapeutisch geschulten Arztes nützt und nicht zu unliebsamen Überraschungen (plötzliche Todesfälle!) führt, versteht sich von selbst.

Im allgemeinen verfügt ja der mit der elektrotherapeutischen Technik weniger vertraute Praktiker gewöhnlich nicht über einen stationären (an die Leitung angeschlossenen) elektrischen Apparat. Wo dies doch der Fall ist, sei auch hier darauf hingewiesen, daß der sogen. „sinusoidale Strom“ zwar ein Ersatz für den faradischen Strom ist, aber doch intensiver, schmerzhafter und tiefer als der gewöhnliche faradische Strom wirkt. Will man üble Zufälle bei der Suggestivbehandlung mit starken Strömen vermeiden, so setzt man die — möglichst große — indifferente Elektrode an einer Körperstelle auf, wo man tiefe Wirkungen auf lebenswichtige Organe

(Herz, Medulla oblongata) nicht befürchten muß, also nicht am Sternum, nicht am Nacken, sondern z. B. bei der Armbehandlung an der Schulter, bei Beinbehandlung am Gesäß. Muß man doch wichtige Körperstellen wählen, so muß der Strom erst sorgfältig dosiert und darf nur unter Kontrolle des Pulses, der Atmung, der Gesichtsfarbe abnorm gesteigert werden.

Sicherer sind für den Allgemeinpraktiker die transportablen faradischen Apparate, die aus Elementen gespeist werden. Nur braucht man dazu bessere Elektroden, als sie gewöhnlich den kleinen käuflichen Apparaten beigegeben werden: große, lange Handgriffe, die Elektrodenplatten am besten rund, mit Moos gepolstert und mit derbem Nesselstoff überzogen (nicht mit Leder, das durch die Befeuchtung weich und schmierig wird). Die Platten müssen abschraubbar und durch größere oder anders geformte zu ersetzen sein. Der eine Elektrodengriff muß einen gut federnden Unterbrecher haben, der den Strom schließt, wenn man den Daumen hebt. Die Leitungsschnüre müssen zweifarbig sein und eine bestimmte Farbe stets am negativen Pol eingeschraubt werden, damit man (was für den galvanischen Strom wichtig ist), jeden Augenblick weiß, ob man die Kathode oder die Anode in der Hand hat. Seinen Apparat muß man selbst kennen und ihn möglichst allein bedienen, weil andere Leute häufig daran etwas in Unordnung bringen oder hinterlassen, so daß er dann nicht funktioniert, wenn man ihn eilig braucht.

Diese Bemerkungen gelten ganz allgemein für alle Formen der elektrischen Behandlung.

Zu den Behandlungsmethoden vieler hier erwähnter Muskelkrämpfe, namentlich der Tiks und Beschäftigungskrämpfe gehören auch die übrigen Anwendungen der Wachsuggestion, die Hypnose, die Freud'sche Psychoanalyse und die Übungs- und Beschäftigungstherapie (vergl. Abschnitt VII).

III. Chronische Bewegungsstörungen.

Zittern, Chorea, Athetose, Paralysis agitans.

In dieser Gruppe möchte ich einige Erkrankungen zusammenfassen, die man eigentlich zu Unrecht noch zu den Neurosen rechnet, weil sie höchstwahrscheinlich auf organischen Veränderungen des Zentralnervensystems, teils der Rinde, teils subkortikaler Teile (Corpus striatum) beruhen. Die wissenschaftliche Erkenntnis ist hier der Krankheitseinteilung vorausgeeilt, und sie werden meist noch bei den Neurosen besprochen.

Das gemeinsame dieser Erkrankungen ist, daß eines ihrer Hauptsymptome eine „Bewegungsstörung“ darstellt, die nicht

anfallsweise, wie die Krämpfe auftritt, sondern während der ganzen Krankheitsdauer besteht. Will man zu einer richtigen Diagnose und Unterscheidung dieser Krankheitsbilder kommen, so muß man zunächst darüber klar werden, worin die charakteristische Bewegungsstörung jeder Krankheitsform besteht:

Unter „Zittern“ versteht man unwillkürliche rhythmisch-oszillierende Bewegungen um eine bestimmte mittlere Lage in einzelnen Muskelgruppen oder in der gesamten Muskulatur: Stärke (grob- und feinschlägig), Schnelligkeit, Abhängigkeit vom Willen und von seelischen Vorgängen ist bei den Zitterbewegungen verschieden. Bei der Chorea sind die Bewegungen auch unwillkürlich, wenn auch mehr von psychischen Einflüssen abhängig; aber sie sind nicht rhythmisch, also nicht in gleicher Art, Richtung und Stärke sich stets wiederholend, sondern unregelmäßig, meist schnell und ruckförmig, betreffen meist koordinierte Muskeln, haben also an sich den Charakter gewollter, sinn-gemäßer Bewegungen (Greifen, Mienenspiel, Gehen), sind jedoch zwecklos, weil sie der augenblicklichen Situation nicht entsprechen und weil sie immer wiederholt werden. Bei der Athetose treten (am häufigsten an Händen und Fingern) langsame, oft rhythmische Bewegungen einzelner Muskelgruppen (Strecker oder Beuger der Hand und Finger) auf, die gegenüber zweckvollen Bewegungen etwas exzessives (z. B. Überstreckung) haben; sie können durch den Willen etwas gehemmt werden. Bei der Paralysis agitans handelt es sich um eine Kombination von langsamen Zitterbewegungen der Extremitäten, des Kopfes und Unterkiefers mit komplizierten Bewegungen der Hand und Finger (Pillendreher, Geldzähler); diese Bewegungen lassen bei Willensanstrengung häufig nach.

Im einzelnen ist zur Vermeidung diagnostischer und therapeutischer Fehler dieser Erkrankungen noch folgendes zu sagen:

1. Bei allen **Zitterzuständen** müssen erst organische Leiden als Grundlage ausgeschieden werden; am wichtigsten ist hier die multiple Sklerose, bei der ein bestimmter Zittertypus (Intentionstremor, besonders bei gewollten Bewegungen) auftritt (vergl. das einschlägige Kapitel in dem Heft: Rückenmarkskrankheiten). Bei diffusen und herdförmigen Hirnerkrankungen (progressive Paralyse, senile Hirnatrophie, Hemiplegie) findet sich ebenfalls Zittern. Man darf nicht vergessen, daß bei chronischen Vergiftungen (Alkohol, Blei), ferner bei Basedowscher Krankheit Zittern ein häufiges Symptom ist. Nach Ausscheidung dieser Fälle finden wir Zittern in verschiedenen, namentlich grobschlägigen Formen häufig bei funktionellen Neurosen (Neurasthenie, Hysterie), namentlich wenn es sich um Unfallneurosen handelt; eine Form der Kriegsneurose, die besonders nach Verschüttungen, Granatexplosionen entsteht, zeigt als sehr

auffälliges Symptom grobes Zittern oder Schütteln des Kopfes und der Extremitäten, das gewöhnlich durch darauf gerichtete Aufmerksamkeit verstärkt wird (vergl. unter Neurasthenie und Hysterie). Endlich findet sich gelegentlich Zittern ohne weitere organische oder funktionelle Erkrankung als sog. „essentieller Tremor“; oft tritt es in dieser Form familiär auf; ich habe es bei 5 Geschwistern gesehen. Man muß wissen, daß auch bei Gesunden in psychischer Erregung oder nach stärkerer Abkühlung Zittern auftritt und daß das nervöse oder hysterische Zittern unter diesen Bedingungen stärker wird. Viele Zitterformen äußern sich deutlich an der Schrift.

Simulieren von Zittern wird häufig versucht. Wenn es ungeschickt gemacht wird, ist der Simulant leicht zu entlarven, weil seine Zitterbewegungen grob, ungleichmäßig, von einer deutlichen willkürlichen Anspannung der Muskulatur begleitet sind, die sich auch durch unregelmäßige Atmung und beschleunigte Herztätigkeit kundgibt; auch kann dieses Zittern nicht lange durchgehalten werden und läßt bei abgelenkter Aufmerksamkeit nach. Geschickte Simulation des Zitterns ist bei einmaliger Untersuchung schwer zu entlarven. Das Fehlen aller anderen Symptome einer nervösen Störung muß aber diesen Verdacht erwecken und läßt längere Beobachtung angezeigt erscheinen.

Exakte, später nachprüfende und vergleichbare Untersuchungen aller Zitterbewegungen sind durch den dreidimensionalen Untersuchungsapparat von Sommer möglich, mit dem man Kurven von einer zitternden Extremität in den drei Raumdimensionen aufnehmen kann und diagnostisch wertvolle Aufschlüsse erhält; die Untersuchung kann nur im psychologischen Laboratorium ausgeführt werden.

2. Von den **Choreaformen** ist die chronische (degenerative, hereditäre, Huntingtonsche) Chorea als eine chronische organische Erkrankung des Nervensystems, die oft bei mehreren Generationen hintereinander meist im mittleren Lebensalter auftritt, bis zum Lebensende anhält und mit einem psychischen Verfall einhergeht, leicht zu erkennen. Ebenso bedarf die hemiplegische Chorea keine besondere Besprechung.

Am wichtigsten ist die Chorea minor (Sydenhamsche Chorea). Es wird manchmal noch übersehen, daß die Chorea minor eine Krankheit von echt infektiösem Ursprung ist, wie die bakteriologische und pathologisch-anatomische Untersuchung beweist. Dies ist aber wichtig für ihre Diagnose und Therapie. Bei guter Anamnese kann man gewöhnlich den Infektionsweg ermitteln, der nicht selten von einer Angina lacunaris über Gelenkrheumatismus, Endokarditis zur Chorea führt. Es ist weiter wichtig, daß sowohl eine neuropathische Disposition als früher durchgemachter Gelenkrheumatismus und Endokarditis dazu disponiert, daß, wenigstens in gewissen Lebensaltern (Kindheit, Pubertät), neue akute Infektionen von neuem eine Chorea hervorrufen können. Echte Chorea im 6., 14., 21. Lebensjahr bei demselben Individuum habe

ich wiederholt gesehen; in einem solchen Fall hatte auch der Vater und die Schwester Chorea gehabt. Bei solcher Disposition genügt auch eine psychische Erregung, um eine echte, nicht hysterische Chorea hervorzurufen. Da die echte Chorea auch in ihren Symptomen und sogar ihrem Verlauf psychisch beeinflussbar ist, so ist die Verwechslung von echter und hysterischer Chorea bisweilen leicht. Für echte Chorea spricht aber der Nachweis infektiöser Entstehung (Beginn mit Fieber), ein objektiver Herzbefund (Geräusch) und die Gleichmäßigkeit und Schwere des Krankheitsbildes. Die hysterische Chorea ist schwankender, mehr psychisch zu beeinflussen, häufig einseitig. Das, was in der Literatur als „Chorea magna hysterica“ geht, sind grobe hysterische Nachahmungen der echten Chorea, wobei die Bewegungen durch ihren komplizierten, gewollten zweckvollen Charakter sehr auffallen; bei den choreatischen Epidemien in Schulen und Pensionen handelt es sich meist um diese Form, wie leicht erkannt wird.

Man darf nicht vergessen, daß in Begleitung der Chorea namentlich des jugendlichen Alters leichtere psychische Störungen oder ausgesprochene Psychosen auftreten, gewöhnlich von gutartigem Charakter, aber mit der Neigung zu häufigen Rezidiven.

Lehrreich war z. B. folgender Fall:

12 jähriger Junge, bis dahin ordentlich, veruntreut Geld, bummelt viel auf der Straße, begeht einen Ladendiebstahl. Bei der Sprechstundenuntersuchung finden sich choreatische Bewegungsstörungen und ein Herzgeräusch; die Nachfrage ergibt, daß er vor 4—6 Wochen fieberhafte Angina hatte. In der Anstalt heilen die choreatischen Störungen rasch; es besteht aber noch längere Zeit ein psychisches Krankheitsbild von hauptsächlich manischem Charakter, das aber auch einige Tage einen melancholischen Nachschlag zeigt und dann heilt; also manisch-depressive Erkrankung bei Chorea.

Es gibt auch eine rein „psychische Chorea“: Reizbarkeit, allgemeine Bewegungsunruhe, Zerstreutheit, Ablenkbarkeit, Zerfahrenheit, ohne daß die motorischen Störungen der Chorea sehr typisch ausgesprochen sind. Es ist gewissermaßen das psychische Äquivalent der echten Chorea; auch diese Erkrankung findet man häufig bei Kindern.

Therapeutisch muß jede echte Chorea wie eine Infektionskrankheit aufgefaßt werden: am Anfang Bettruhe, Behandlung des Fiebers und der zugrunde liegenden Infektion, also in vielen Fällen hohe Salizylgaben oder Aspirin. Herzbehandlung; Eisbeutel. Sehr bewährt haben sich mir feuchte Ganzpackungen des Körpers von 1 bis 2 Stunden, zweimal täglich; es muß aber dafür gesorgt werden, daß der Patient beim Ein- und Auspacken sich nicht erkältet. In einigen Fällen, namentlich bei starkem Fieber und schweren endokarditischen Symptomen habe ich mit Erfolg Opsonogen oder ein anderes polyvalentes Serum gebraucht. Wenn Fieber und akute Erscheinungen

abgeklungen sind, macht man eine Arsenbehandlung (innerlich oder subkutan) und schließt noch eines der modernen Kalziumpräparate an. Man muß auch daran denken, daß wiederholt bei kindlicher Chorea die Wassermannsche Reaktion positiv gefunden wurde (hereditäre Lues?). In solchen Fällen habe ich eine Salvarsankur gemacht.

Bei jeder Choreabehandlung muß dem psychogenen und psychischen Anteil der Erkrankung insofern Rechnung getragen werden, als eine mögliche Isolierung des Kranken durchzuführen ist: Behandlung im Zimmer allein, Trennung von Geschwistern, Schulfreunden und Bekannten; in der Rekonvaleszenz ist wegen der Einwirkung auf andere Kinder Schulbesuch noch hinauszuschieben. Weil dies alles schwierig zu Hause zu erreichen ist, ist Krankenhausbehandlung in den meisten Fällen besser.

3. Die **Paralysis agitans** mit ihrer Symptomentrias: Haltungsanomalien des Rumpfes und der Hände, Starrheit und Steifigkeit aller Bewegungen, Zittern ist in typischen Fällen so charakteristisch, daß die Diagnose kaum verfehlt werden kann. Man muß nur daran denken, daß das eine oder andere Hauptsymptom einmal fehlen kann und dann die Möglichkeit von Verwechslungen vorliegt, teils mit der multiplen Sklerose, teils mit senilen oder postapoplektischen Zuständen. Zur Verwechslung mit der multiplen Sklerose kann die Steifigkeit der Muskeln Anlaß geben: aber bei der Paralysis agitans liegt eine Erschwerung der Innervation und der Muskelkontraktion und zwar meist der Agonisten und Antagonisten gleichmäßig vor, so daß alle Bewegungen langsam, wie eingerostet, vor sich gehen. (Ähnlich ist die Bewegungsstörung bei einigen seltenen organischen Erkrankungen, die auf Linsenkernveränderungen zurückgeführt werden — Wilsonsche Erkrankung, Pseudosklerose.) Bei der multiplen Sklerose handelt es sich um eine „Hypertonie“, einen verstärkten Tonus der Muskeln, am häufigsten der Unterextremitäten durch herdförmige Erkrankung der Pyramidenbahn; daher finden wir die dafür typischen Symptome, die bei der Paralysis agitans fehlen: Reflexsteigerung, Babinskischer Zehenreflex, spastische Kontrakturen (vergl. das einschlägige Kapitel).

Das Zittern bei der Paralysis agitans besteht beständig und läßt bei gewollten Bewegungen sogar etwas nach. Bei der multiplen Sklerose braucht es in der Ruhe nicht vorhanden zu sein, beginnt erst bei gewollten Bewegungen und nimmt im Laufe der Bewegung rasch an Stärke zu. Das senile Zittern ist schon in der Ruhe vorhanden und nimmt bei Bewegungen zu.

Im übrigen sei noch darauf hingewiesen, daß bei der Paralysis agitans einige Nebensymptome: eine eigenartig klanglose, flüsternde Sprache, gedrückte mürrische Stimmung von besonderer praktischer Bedeutung sind, weil sie die Behandlung der Patienten in der Familie

so erschweren; die Angehörigen sind auf die Dauer nicht geneigt diese Erscheinungen für Krankheit zu halten und werden oft ungeduldig gegen den Kranken. Auch treten diese Symptome häufig in den Vordergrund, wenn die eigentlichen motorischen Symptome geringer entwickelt sind.

Bei der Therapie der Paralysis agitans möchte hier nur vor dem zwecklosen, gewohnheitsmäßigen Elektrisieren, Massieren, Luft- und Wasserbaden gewarnt werden. Es handelt sich doch um Reizzustände eines leicht erschöpfbaren Nervensystems; die kann man durch häufige Anwendung neuer peripherer Reize nicht beseitigen. Dagegen kann man das alte Mittel Skopolamin (oder Duboisin) immer noch empfehlen; es lindert die Muskelunruhe. Man gibt 2—5 Zehntelmilligramm (0,0002—0,0005) 1—2mal pro Tag in Tropfen, Pillen oder subkutan zeitweise (etwa 4 Wochen lang) oder in schwereren Fällen kleine Dosen dauernd. Man kann auch mit einer Arsenbehandlung abwechseln.

Bedeutsamer scheint mir hier noch die psychische Therapie: Eingehen auf die innere Unruhe der Kranken, ihr häufiges Abwechslungsbedürfnis durch häufigen Aufenthaltswechsel, wo dies die Verhältnisse gestatten; in knappen Verhältnissen ist auch aus diesem Grund Anstaltsbehandlung besser. Durch verständiges Zureden lassen sich aber manche Kranke sehr lange in ihrem Beruf halten, der ihnen häufig die beste Ablenkung ist; während sie tätig sind, treten auch ihre Krankheitsercheinungen zurück, wie eben auch hier psychische Momente und psychogene Einflüsse eine Rolle spielen.

IV. Vasomotorisch-trophische Neurosen.

Unter dieser Bezeichnung kann man eine Anzahl nervöser Störungen zusammenfassen, bei denen im Vordergrund Symptome von Seite des Gefäßsystems stehen, ohne daß dieses organisch erkrankt ist; es handelt sich offenbar um abnorme Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit des Gefäßnervensystems, also des Sympathicus, gewöhnlich infolge einer angeborenen Anlage; deshalb findet man viele dieser Störungen bei den Psychopathien. Wie weit dabei die Drüsen mit innerer Sekretion mitwirken (siehe das betreffende Heft), ist noch nicht klar.

Die Diagnose bei diesen vielgestaltigen und fließenden Krankheitsbildern muß in erster Linie feststellen, wie weit es sich wirklich um reine vasomotorische Neurosen handelt, d. h. ob den Erscheinungen nicht andere, organische oder funktionelle Erkrankungen zugrunde liegen.

Unter diesem Gesichtspunkt kommt für die wichtigsten Störungen folgendes in Betracht: Häufig handelt es sich um anfallsweise auftretende krampfartige Kontraktionen bestimmter Abschnitte des peripheren Ar-

teriensystems. Die dadurch bedingten Erscheinungen: Blässe, Zyanose, Taubheit, Kribbeln oder Schmerzen in den entsprechenden Versorgungsgebieten, besonders in den Händen oder Füßen (Akroparästhesie, Akrozyanose) können mit ähnlichen Erscheinungen bei Tabes, multipler Sklerose, Ergotismus, auch mit dem rein funktionellen Beschäftigungskrampf verwechselt werden, wogegen aber die Begleitsymptome der organischen Erkrankung schützen. Auch die wirkliche arteriosklerotische Erkrankung einzelner Abschnitte des peripheren Gefäßsystems kann zu anfallsweise auftretenden Schmerzen führen, die den bei funktionellen Gefäßspasmen auftretenden ähnlich sind. Sehr nahe stehen sich in dieser Beziehung die beiden Formen der Dysbasie, die angiospastische und die angiosklerotische. In beiden Fällen Schmerzen und Funktionsstörungen der Beine oft nach kurzem Gehen oder nach Kälteeinwirkung; dabei geringer oder fehlender Fußpuls, blasses Aussehen oder Zyanose der Zehen; häufig entstehen beide Erkrankungsformen auf dem Boden schwerer neuropathischer Prädisposition. Hier kann nur der Allgemeinbefund von Seite des Gefäßsystems (dauernde Härte, Schlängelung, Rigidität, dauernde Blutdruckssteigerung, Herzveränderungen) für organische, arteriosklerotisch bedingte Gefäßveränderungen sprechen.

In schwereren Fällen können auch auf rein angiospastischer Grundlage länger anhaltende Blässe, Asphyxie und schließlich trophische Störungen bis zur Gangrän der betreffenden Glieder entstehen. Dieses Bild der „symmetrischen Gangrän“ (Raynaudsche Erkrankung) muß nach den gleichen oben angeführten Gesichtspunkten von trophischen Störungen bei Arteriosklerose, bei organischen Hirnrückenmarkserkrankungen abgegrenzt werden; unter den letzteren ist namentlich die Gliose des Rückenmarks und Syringomyelie durch ähnliche trophische Störungen an den Händen und Fingern ausgezeichnet.

Wahrscheinlich auf einer abnormen Erschlaffung der peripheren Gefäßbezirke beruht die „Erythromelalgie“, die zu Rötung, Schwellung, Hitze, Schmerzen in einzelnen, meist bestimmten Gliedabschnitten führt. An die nahen Beziehungen dieser Störungen zur inneren Sekretion werden wir dadurch erinnert, daß wir ähnliche Symptome auch bei ausgebildetem oder rudimentärem Morbus Basedowii finden; an diesen muß man also bei solchen Symptomen immer denken. Außerdem gibt es eine psychische Störung, die häufig von solchen eigenartigen teigigen Schwellungen, Rötungen, Zyanose der Extremitäten begleitet ist, die katatone Form oder das katatone Stadium der Dementia praecox. Allerdings sind hier gewöhnlich die Extremitäten kalt und feucht. Endlich können natürlich schwere dekompensierte Herzkrankungen ähnliche Störungen hervorrufen.

Abgesehen von diesen hervorstechenden Einzelsymptomen, die in voller Ausprägung nicht so sehr häufig sind, scheint mir aber für die Praxis besonders wichtig, daß es eine ausgesprochene „vasomotorische Neurose“ im engeren Sinne gibt, eine Erkrankung, bei der einzelne oder mehrere der eben angeführten Symptome in abgeschwächter Form, daneben andere Zeichen gestörter Gefäßinnervation und auch Symptome psychischer, namentlich affektiver Labilität zu finden sind. Die Erkrankung entwickelt sich gewöhnlich auf dem Boden der degenerativen Anlage, wobei oft in mehreren Generationen der Aszendenz ähnliche angioneurotische Symptome vorkommen; sie ist häufig durch ein periodisches Auftreten charakterisiert. Von solchen Symptomen, die für die Diagnose wichtig sind, erwähne ich noch die Neigung zu fliegender Hitze im Gesicht, Ohren, Händen, zu raschem Blaß- und Blauwerden der gleichen Körperteile bei geringer Abkühlung, zu umschriebenen Ödemen, Quaddelbildungen, Erythemen nach lokalen Hautreizen oder nach bestimmten Speisen (Krebse, Erdbeeren), zu lokalen Schweißausbrüchen; gelegentlich finden sich auch bei dem Patienten selbst oder Familienangehörigen Blutkrankheiten: Erythema exsudativum, Morbus maculosus und ähnliches. Auf psychischem Gebiet besteht hier häufig große Affektlabilität, namentlich nach der depressiven Seite, Auftreten von Verstimmungs- und Angstzuständen, Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen, impulsive Suizidneigung. In einigen Fällen treten deutliche Perioden auf, bei denen besonders unter dem Einfluß von Kältereizen die erwähnten angiospastischen Symptome mit gemüthlicher Depression verbunden sind und durch entsprechende Wärmebeeinflussung (Bäder) gebessert oder beseitigt werden können.

Man kann das hier angedeutete Krankheitsbild natürlich zu den Psychopathien im allgemeinen rechnen; ich glaube aber, daß die Geschlossenheit seiner Symptome, die alle auf Gefäßinnervationsstörungen hinweisen, und die praktische Wichtigkeit die Aufstellung eines eigenen Krankheitsbildes rechtfertigen.

Auch aus therapeutischen Gründen ist eine solche Sonderstellung erwünscht, weil man auch außer dem Rahmen der üblichen Neurastheniebehandlung mancherlei machen kann. Durch eine direkt auf das Gefäßsystem gerichtete Behandlung kann man die Neigung zu spastischen Gefäßkontraktionen bekämpfen (blutdruckherabsetzende Mittel, wie Nitroglyzerin, lauwarmer Bäder, vorsichtige Luftbäder, Solbäder, Fango bei lokalen Störungen); durch kleine Dosen von Herzmitteln, wobei ich namentlich eine Kombination von Tinct. Opii und Tinct. Strophanth. (aa 3 x tgl. 10 Tr.) empfehle, kann eine Regulierung der Herztätigkeit und bessere Durchblutung peripherer Gefäßbezirke erreicht werden. Dabei müssen starke Gefäßgifte (Alkohol,

Tabak, Kaffee) vermieden werden. Diese spezielle Gefäßtherapie in der Anwendung auf diese psychoneurotischen Störungen scheint mir nicht genügend bekannt.

V. Neuralgien und andere Schmerzen.

„Schmerzen“ an bestimmten Körperstellen sind ein häufiges Symptom bei organischen und funktionellen Nervenkrankheiten. Als „Nervenschmerzen“ (eigentlich wird ja jeder Schmerz durch die „Nerven“ oder wenigstens durch das zentrale Nervensystem vermittelt) pflegt auch der Laie die Schmerzen zu bezeichnen, für die sich als Ursache keine organische Erkrankung, keine Gewebsveränderung findet, weder an der Stelle, wo die Schmerzen empfunden werden, noch an irgend einem entfernter liegenden Organ, von dem sie reflektorisch ausgelöst werden könnten. Dann kann man von Nervenschmerzen sprechen; unter ihnen werden diejenigen als Neuralgien bezeichnet, welche anfallsweise auftreten und sich auf das Verbreitungsgebiet eines peripheren Nerven beschränken.

Da man zur Diagnose von Schmerzen sehr weitgehend auf die subjektiven Angaben der Kranken angewiesen ist, so muß in vielen Fällen in erster Linie die Möglichkeit der Simulation oder groben Übertreibung ausgeschlossen werden. Daß nicht jeder Schmerz simuliert ist, bei dem sich trotz genauer Untersuchung keine Organerkrankung ermitteln läßt, wurde schon erwähnt, wird aber häufig auch von tüchtigen Praktikern (besonders von Chirurgen!) zu wenig beachtet. Wenn jemand, z. B. bei der Unfallbegutachtung; immer wieder über starke, dauernd vorhandene oder anfallsweise auftretende Schmerzen an bestimmten Körperstellen klagt, ohne daß man irgendeine Organerkrankung nachweisen kann, so gibt es noch folgende Mittel, um das wirkliche Vorhandensein dieser Schmerzen zu erkennen oder wenigstens die Angaben des Untersuchten als glaubhaft erscheinen zu lassen: Bestimmte Anomalien in der Haltung und Bewegung des Rumpfes oder der Extremitäten werden angenommen und gewohnheitsmäßig eingehalten, um die Schmerzen zu verringern; dahin gehört z. B. die Senkung der gleichseitigen Beckenhälfte bei Ischias, um den Nerv zu entspannen, die Inaktivitätsatrophie bei lange währenden Neuralgien einer Extremität. An halbwegs brauchbaren objektiven Kennzeichen für Schmerz kommt nur das „Mannkopffsche Phänomen“ in Betracht: Pulsveränderung (Verlangsamung, Beschleunigung oder Irregularität), wenn durch Druck, Stoß oder Zerren der betreffenden Stelle der geklagte Schmerz ausgelöst wird; auch dieses Erkennungsmittel wird oft illusorisch, wenn der Untersuchte durch willkürliche starke Gegenbewegungen, forcierte Atmung oder Schreien seinen Pulsrhythmus verändert, ohne daß er dabei Schmerzen hat. Ebenso wenig zuverlässig ist die Pupillenerweiterung bei Schmerz, weil schon die Erwartungsspannung oder die

Vorstellung eines Schmerzes die gleiche Pupillenerweiterung hervorrufen kann. Im ganzen ist man aber, namentlich in der Unfallbegutachtung, bezüglich der Glaubhaftigkeit und Stärke der geklagten Schmerzen auf den Allgemeineindruck angewiesen, der natürlich auch der subjektiven Beurteilung des Beobachters sehr unterliegt. Wenn aber, namentlich bei längerer Beobachtung oder wiederholten Untersuchungen, Ernährungs- und Kräftezustand andauernd gut sind, Gesichtsfarbe, Auftreten, Sprache und die Bewegungen des Untersuchten dauernd frisch und energisch sind, so muß man das Vorhandensein starker, nachhaltiger Schmerzen mindestens für sehr unwahrscheinlich halten.

Daß die an einer bestimmten Stelle geklagten Schmerzen wirklich vorhanden sind, auch wenn an der Stelle selbst keine Veränderung an Gelenken, Knochen oder Weichteilen nachzuweisen ist, wird wahrscheinlicher, wenn es gelingt, eine Organerkrankung zu finden, die reflektorisch diese Schmerzen hervorrufen kann, oder eine Allgemeinerkrankung, bei der erfahrungsgemäß solche Schmerzen ein häufiges Symptom sind. Als Beispiel solcher „symptomatischer Neuralgien“ der ersten Gruppe seien die neuralgischen Schmerzen bei Tabes, die Schulterschmerzen bei Herzerkrankungen erwähnt. Von Allgemeinerkrankungen können Stoffwechselstörungen (Diabetes, Nephritis, Verdauungsstörungen), konstitutionelle Erkrankungen (Tuberkulose, Syphilis, Arteriosklerose) lokale neuralgische Schmerzen auslösen; solche können auch als Vorboten akuter Infektionskrankheiten auftreten. Die „vasomotorischen“ Neurosen als Ursache lokalisierter Schmerzen sind im Abschnitt IV dieser Darstellung erwähnt. Bei allen diesen symptomatischen Neuralgien sind die Grundkrankheiten aus ihren Symptomen zu erschließen; Stadium und Grad der Grunderkrankung geben einen Anhaltspunkt für die Beurteilung der Intensität der geklagten Schmerzen.

Lokalisierte Schmerzen ohne lokale oder entferntere organische Erkrankung findet man bei Neurasthenie und Hysterie mit oder ohne ausgesprochen psychopathische Grundlage. Hier müssen die allgemeinen Symptome das Vorhandensein der erwähnten funktionellen Neurosen erweisen; aber auch wenn eine solche Neurose besteht, ist eine besondere Prüfung der Frage nötig, ob die geklagten Schmerzen wirklich so hochgradig sind, wie der Kranke behauptet; die Mittel für diese Prüfung sind dieselben, wie oben.

Wiederholt habe ich bei jungen Männern in und nach dem Pubertätsalter heftige Klagen über Rücken- und Kreuzschmerzen gehört; es war das einzige Symptom, das die Patienten lange Zeit (in 2 Fällen über 1 Jahr) boten, aber die Schmerzen waren so hochgradig, daß die Betroffenen, denen es an gutem Willen nicht fehlte, von ihrem Beruf abgehalten wurden. Erst die Anstaltsbeobachtung deckte hier eine nach einiger Zeit hervortretende *Dementia praecox* leichteren Grades auf. In anderen ähnlichen Fällen handelt es sich um die überempfindliche Reaktion von Psychopathen auf unbedeutende Schädlichkeiten, wie Ermüdung durch langes

Stehen oder Gehen. Es kann auch ohne schwere Psychopathie eine von Haus aus vorhandene oder durch Erlebnisse hervorgerufene abnorme gemüthliche Erregbarkeit vorhanden sein; dann finden besondere Affekte, wie Erwartung, Angst, Ärger, ihren äußeren Ausdruck in Schmerzen, die an der Stelle lokalisiert werden, wo früher einmal eine an sich unbedeutende Schädigung einwirkte. Gelegentlich gibt die durch die Populärmedizin geweckte hypochondrische Angst vor den Folgen der Onanie oder anderer geschlechtlicher Betätigung Anlaß zu Rückenschmerzen. Der Laie ist überhaupt geneigt, irgendwelche unbehagliche Gefühle in der Rücken-, Kreuz- und Lendengegend mit Sexualvorgängen zu verknüpfen und hypochondrisch auszubauen. Gewöhnlich leitet ihn dabei der Gedankengang: Geschlechtstätigkeit — Rückenmark — „Rückenmarksleiden“ — Kreuzschmerzen. Ich halte es für eine wesentliche ärztliche Aufgabe, diese übertriebenen Laienbefürchtungen vor den Folgen der Onanie durch vernünftige Aufklärung zu bekämpfen. Man braucht dabei nicht zu befürchten, daß man die Neigung zur Onanie verstärkt; denn trotz aller hypochondrischen Angst lassen sich die Leute durch diese Angst erfahrungsgemäß nicht von der masturbatorischen Betätigung abhalten, ebensowenig wie die Kinder durch die Drohung, daß ihnen der Penis abgeschnitten werde.

Hat man das Vorhandensein der angedeuteten Organerkrankungen oder funktionellen Neurosen und Psychoneurosen als Ursache von lokalen Schmerzen ausgeschlossen und liegt keine Simulation vor, so bleibt noch eine Gruppe solcher Schmerzen übrig, die man als idiopathische Neuralgien bezeichnen kann, insofern sie auf das Verbreitungsgebiet eines bestimmten Nerven (oder einer Rückenmarkswurzel) beschränkt sind, obwohl annehmbar keine materielle Erkrankung, vor allem keine Entzündung dieses Nerven (Neuritis) besteht; gewöhnlich treten die Neuralgien periodisch auf.

Die einzelnen Formen der Neuralgien, die nach den beteiligten Nervengebieten benannt werden, sind in allen Handbüchern genau beschrieben. Von allgemeinen Gesichtspunkten für die Praxis möchte ich noch folgende anführen:

Zweifellos gibt es echte Neuralgien, bei denen sich keine typischen „Druckpunkte“ im Verlauf der betreffenden Nerven nachweisen lassen. Aber das sind immerhin seltene Fälle, die von vornherein den Verdacht erwecken, daß hier Simulation oder starke Übertreibung vorliegt oder daß es sich um eine Schmerzempfindlichkeit bei Neurasthenie, Hysterie oder um „psychogene“ Schmerzen der oben erwähnten Art handelt. Namentlich trifft das für Rücken-, Kreuz-, Hüft- und Beinschmerzen zu. Der Patient ist — nicht selten unter dem Einfluß einer voreiligen ärztlichen Diagnose — in solchen Fällen sehr geneigt, das ihm interessant und bedeutsam klingende Wort „Ischias“ zu gebrauchen, springt mit diesem Ausdruck jedem nachfolgenden Untersucher ins Gesicht und verschlechtert sich dadurch selbst seine Heilaussichten, besonders wenn es sich um Unfallfolgen handelt. Die Ischias ist doch in den meisten Fällen durch charakteristische Druckpunkte, den Dehnungsschmerz, bei längerem Bestehen auch durch die Anomalien der

Becken- und Wirbelsäulenstellung, durch Inaktivitätsatrophie, manchmal auch durch Veränderungen der Reflexe und der Sensibilität des befallenen Beines ziemlich gut nachweisbar und von anderen funktionellen Beschwerden abzugrenzen. Deshalb sollte man mit der Diagnose „Ischias“ mindestens dem Patienten gegenüber recht vorsichtig sein. Plattfußbeschwerden werden immer noch sehr häufig für Ischias gehalten.

„Psychogen“ bedingt (bei Neurasthenie, Hysterie, Psychopathie und bei anderen affektiv leicht erregbaren Menschen) sind besonders häufig Kreuz- und Schulterschmerzen, und man kann diese psychogene Entstehung oft auch dann annehmen, wenn noch äußere Schädigungen wie Überanstrengung, Erkältung als auslösende Momente des einzelnen Schmerzanfalls in Frage zu kommen scheinen.

Bei Rücken- und Kreuzschmerzen kommt differential-diagnostisch neben den typischen Neuralgien der Interkostal- und Lumbalnerven vor allem Lumbago, d. h. eine Erkrankung der Lendenwirbelgelenke, und die „Rachialgie“ (Spinalirritation) der Neurastheniker in Betracht. Die Lumbago verursacht Schmerzen in der unteren Lendenwirbelsäule und seitlich derselben; die rachialgischen Schmerzen der Neurastheniker beginnen im Kreuzbein, strahlen aber aufwärts die Wirbelsäule entlang; außerdem ist der Beginn der Lumbago ein plötzlicher, oft im Anschluß an eine Arbeitsanstrengung, und das Leiden verschwindet gewöhnlich nach einigen Wochen wieder; die neurasthenische Rachialgie beginnt allmählich, dauert länger, wechselt in Intensität und Auftreten und ist von anderen neurasthenischen Symptomen begleitet.

Bei der Therapie aller Neuralgien ist daran zu erinnern, daß die Voraussetzung für eine Verhütung von Mißerfolgen genaue Feststellung der Ursachen ist. Auch wenn noch so bestimmt über nur lokale Schmerzen geklagt wird, soll man sich nicht mit einer Lokaluntersuchung begnügen, sondern nach Allgemeinerkrankungen oder Störungen entfernter liegender Organe forschen. Erst bei negativem Ergebnis dieser Untersuchungen kommt die symptomatische Therapie des Leidens in Betracht. Neben der bekannten medikamentösen, operativen, mechanischen Wärme- und Bäderbehandlung möchte ich daran erinnern, daß in einzelnen Fällen habituell auftretende Nervenschmerzen mit Verdauungsstörungen zusammenhängen und durch eine energische Regelung der Darmtätigkeit behoben werden.

Mit Recht wird davor gewarnt, Neuralgien nur symptomatisch mit den bekannten antineuralgischen Medikamenten: Aspirin, Pyramidon, zu behandeln oder gar dem Patienten den wahllosen und unbeschränkten Gebrauch dieses Mittels frei zu stellen (es gibt leider sehr viele Leute, namentlich der „besseren Stände“, die bei jeder Gelegenheit Aspirin oder das neuerdings Mode gewordene Pyramidon schlucken). Aber anderseits kann namentlich der Praktiker, der Hausarzt, oft die

Antineuralgica nicht völlig entbehren; er muß seinen Patienten etwas verschreiben, was wenigstens einigermaßen die unangenehmen Empfindungen behebt. Nach meiner Erfahrung bewähren sich hier recht gut die Kombination verschiedener Mittel, weil sie nicht in so großen Dosen gegeben werden müssen, wie ein einzelnes und den Magen nicht so stark alterieren. Solche Kombinationen sind z. B.: Phenazetin (0,4), Melubrin (0,4), Pyramidon (0,1), Koffein (0,1) oder statt Koffein auch Luminal (0,1), wenn man gleichzeitig den etwa durch die Schmerzen gestörten Schlaf bessern will. Mit solchen Kombinationen kann man auch einigermaßen verhindern, daß der Patient auf eigene Faust mediziert, weil er, z. B. die Luminalverordnung, immer nur nach neuer Rezeptierung erneuern lassen kann.

Ein altbewährtes und leicht zu applizierendes Mittel bei Neuralgien der Schulter, der Arme, ist die trockene Wärme in der Form, daß die schmerzende Schulter eine besondere Umhüllung bekommt: Man läßt den Kranken ein Stück Flanell, Wolle oder Seide in Form einer Schulterkappe oder eines halblangen Ärmels tragen; die bekannten Katzenfelle sind manchen Menschen unsympathisch. Man muß aber den Kranken erklären, worauf es ankommt: Nur die schmerzende Stelle muß wärmer gehalten werden, als die übrigen Körperteile; es hat keinen Zweck, wenn er immer noch eine ganze Unterjacke mehr anzieht.

Von moderneren, auch in der Sprechstundenpraxis anwendbaren Behandlungsmethoden, die in den gewöhnlichen Handbüchern weniger erwähnt sind, sei hingewiesen auf die „epidurale Injektion“ bei Kreuz-, Steiß-, Hüft- und ischiadischen Schmerzen und auf die Injektionsbehandlung mit „Vakzineurin“ (Döllken) bei Neuralgien verschiedener Art. Die epidurale Injektion gibt die Möglichkeit, Kochsalz- oder Kochsalz-Novokainlösung direkt auf die Wurzeln des Plexus sacralis und pudendus einwirken zu lassen, indem man in Knieellenbogenlage durch das Lig. sacrococcygeum an der unteren Öffnung des Sakralkanals am oberen Ende der Glutaealfalte einsticht, die ca. 8 cm lange Injektionsnadel dann senkt und horizontal nach oben in den Sacralkanal einführt; man braucht nicht zu fürchten, daß man den Duralsack verletzt. Man injiziert dann 10—20 ccm einer physiologischen Kochsalzlösung oder einer 1% igen Novokainlösung. Die Schmerzen lassen häufig prompt nach; die Wirkung hält ca. 14 Tage an. Bei der Injektion ist nichts zu befürchten, wenn man die üblichen Desinfektionsmaßnahmen befolgt.

Vakzineurin ist eine nach Angabe Döllkens hergestellte Mischung verschiedener Bakterienautolysate und wird von den Sächsischen Serumwerken (Dresden) hergestellt und versandt; ihre Anwendung gründet sich auf den Gedanken, daß viele Neuritiden und Neuralgien infektiös-toxischen Ursprungs sind. Die Injektionen erfolgen in einem bestimmten

Turnus, der durch die Stärke des Präparates bestimmt wird, in die Muskulatur des Armes oder in die Glutaeen oder auch intravenös. Schmerzlinderung tritt manchmal schon bald nach der ersten Injektion, manchmal erst nach mehreren Injektionen ein.

Hartnäckige Neuralgien ohne allgemeine oder lokale organische Grundlage, die der üblichen Therapie trotzen, legen den Gedanken einer psychogenen Entstehung nahe, auch wenn der Kranke kein ausgesprochener Neurastheniker, Hysteriker oder Psychopath ist. In solchen Fällen ist eine psychische Behandlungsmethode am Platz, indem man durch längere taktvolle Aussprache (im Sinne der Freudschen Psychoanalyse) oder in Hypnose das verursachende Erlebnis (das „psychische Trauma“) feststellt und dem damals aufgetretenen Affekt, dessen Äquivalent jetzt die Neuralgie ist, Gelegenheit zum Abreagieren gibt. Diese Behandlungsweise erfordert einen Arzt, der Psychotherapeut und Menschenkenner ist, Takt und Geduld und viel Zeit für seine Patienten hat, ist aber manchmal von gutem Erfolg. (Näheres in Abschnitt VII.)

VI. Kopfschmerzen und Migräne.

Für diese Störungen gelten fast durchweg die Erörterungen, die wir schon bei Besprechung der Neuralgien anstellten: Wir sollen uns nie mit der Bezeichnung „Kopfschmerzen“ als Diagnose begnügen. In den meisten Fällen liegt den Kopfschmerzen vielmehr eine bestimmte Erkrankung zugrunde, die durch die Begleitsymptome erschlossen werden kann. Alle die Erkrankungen hier aufzuzählen, die Kopfschmerzen verursachen können, ist fast unmöglich und ist auch nicht Aufgabe dieser Erörterungen. Es sei hier nur noch einmal darauf hingewiesen, daß wir Kopfschmerzen mitunter als fast einzige subjektive Beschwerde finden können bei Hirnsyphilis und Paralyse, bei Arteriosklerose und bei Hirntumor. Die Untersuchung darf also bei entsprechenden Klagen niemals diese Möglichkeit außer acht lassen; wenn der Kranke auch sonst keine Klagen äußert, so sind doch die diesen Erkrankungen entsprechenden objektiven Symptome in den meisten Fällen zu finden.

35 jährige Frau klagt seit 1—2 Monaten über starke Kopfschmerzen, jammert Nachts, bleibt nicht im Bett. Ehemann hat sie bisher mit kalten Umschlägen, Fußbädern, Aspirin behandelt. Endlich bringt er sie in die Sprechstunde. Hier wird sofort aus Pupillenbefunden, Sprachstörung und geistigem Verfall eine ziemlich fortgeschrittene Paralyse erkannt; trotzdem hat die Frau noch bis zuletzt ihren Haushalt besorgt. Die Kopfschmerzen sind in der Anstalt nach Lumbalpunktion besser geworden; die Paralyse schritt fort.

C. 40 jährige Frau klagt über Kopfschmerzen. An der Stirne eine eigenartige, umschriebene, teigige Verdickung unter der Haut, mit dem Knochen verwachsen. Sonst keine Klagen, keine organischen Symptome. Nachfrage ergibt, daß der — im Felde befindliche — Ehemann wahrscheinlich eine Ansteckung gehabt hat. Wassermannreaktion positiv bei der Frau. Schmierkur und Salvarsanbehandlung behebt die Kopfschmerzen; die Schwellung an der Stirn verschwindet.

Auch Kopfschmerzen gehören zu den häufigsten Klagen der Neurasthenie und Hysterie, und falls keine Zeichen einer organischen Erkrankung gerundet werden, muß auf eine solche Neurose gefahndet werden. Man muß auch daran denken, daß sehr viele Menschen fast gewohnheitsmäßig über Kopfschmerzen klagen, z. B. blutarme Frauen namentlich während der Periode, überarbeitete Menschen beiderlei Geschlechtes, empfindliche Menschen nach leichtem Alkoholexzess u. a. Meines Erachtens kommt hier auch der Einfluß der Umgebung und Erziehung bis zu einem gewissen Grade in Betracht: Kinder, namentlich in der Pubertät, haben ja häufig Kopfschmerzen; wird diesen zu viel Beachtung geschenkt, so entwickelt sich daraus eine liebe Gewohnheit: Bei jeder Unbehaglichkeit, jeder Schwierigkeit des Lebens oder Berufes bekommt der Betreffende „seine“ Kopfschmerzen, ohne daß er sonst ein ausgesprochener Neurastheniker oder Hysteriker zu sein braucht; wie sich überhaupt ein derartiges Kokettieren mit einem Leiden sehr wohl mit tüchtigen, sogar außergewöhnlichen Lebens- und Berufsleistungen verträgt.

Erst wenn alle diese Möglichkeiten ausgeschlossen sind, kann man bei Klagen über Kopfschmerzen denken an Supraorbitalneuralgie oder an Migräne. Die Supraorbitalneuralgie ist durch die typischen Druckpunkte wohl in den meisten Fällen festzustellen.

Eine wirkliche echte Migräne soll man aber nur diagnostizieren, wenn ihre charakteristischen Merkmale vorliegen. Dazu gehört weniger die durch den Namen (Hemicranie) angezeigte Halbseitigkeit der Kopfschmerzen; denn es kann auch der ganze Kopf weh tun. Viel wichtiger ist es, daß die Migräne in typischen, meist in derselben Form sich wiederholenden Anfällen auftritt, von denen der Kopfschmerz nur ein Symptom ist, während andere Begleiterscheinungen auf eine Allgemeinstörung des körperlichen und psychischen Befindens hinweisen: also plötzliches Einsetzen nach Vorboten (z. B. Augensymptome), Störungen von Seite des Verdauungstrakts (Übelkeit, Erbrechen), Veränderungen des affektiven und intellektuellen Verhaltens (gesteigerte Reizbarkeit, Verstimmung, Arbeitsunfähigkeit, Benommenheit) und ziemlich plötzlicher Übergang in Wohlbefinden. Daß die echte Migräne gewöhnlich in der Pubertät oder bald darnach beginnt, daß sie häufig auf dem Boden einer gleichartigen erblichen Belastung entsteht, erleichtert ebenfalls ihre Diagnose. Weniger allgemein bekannt sind die Beziehungen der Migräne zur Epilepsie: In derselben Familie

kommen Mitglieder vor mit Epilepsie, andere mit Migräne, oder eine seit der Pubertät bestehende Migräne geht nach Abschluß der Pubertät in Epilepsie über in der Weise, daß neben den Migräneanfällen auch epileptische Anfälle auftreten. Bekanntlich gibt es auch Migräneformen, bei denen jeder Anfall von einigen epileptischen Symptomen, z. B. motorischen Reizerscheinungen, begleitet ist.

14.j. Knabe, hat seit dem 12. Lebensjahr Migräne, die mit optischer Aura beginnt und auf dem Höhepunkt der Kopfschmerzen zu Erbrechen führt. Die Mutter des Knaben neigt zu Kopfschmerzen während der Periode; die Schwester der Mutter hatte im Alter von 36 und 39 Jahren je einen epileptischen Anfall, ohne daß sich daraus eine Epilepsie entwickelte; in der Familie besteht außerdem Linkshändigkeit. Hier ist eine familiäre Disposition zu beiden Erkrankungen offenbar vorhanden, ohne daß eine echte Epilepsie zustande kam. Man berücksichtigt diese Disposition prophylaktisch bei der Behandlung und Erziehung des Knaben und bemüht sich namentlich, den sonst geistig lebhaften, intelligenten Jungen ungeschädigt durch die Stürme der Pubertät hindurchzuführen.

Noch komplizierter liegen die Verhältnisse hier:

26.j. Kaufmann, hat seit seinem 19. Lebensjahr Anfälle von „Flimmern“; es verschwimmt ihm alles vor den Augen; er sieht einige Sekunden lang farbige Flecke und Kreise; dabei wird es ihm „innerlich warm“ und ängstlich; dann fährt er mit seiner Arbeit fort. Seit dem 20. Lebensjahr kommen dazu Krampfanfälle von typisch epileptischem Charakter mit Bewußtlosigkeit, Zungenbiß, Urinabgang. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts besonderes. Auf Luminal verschwanden die Krampfanfälle; das Flimmern blieb später nach Brom auch weg.

Bei der Therapie der Migräne muß man mehr, als dies in der Praxis geschieht, dem Umstand Rechnung tragen, daß es sich um eine Allgemeinerkrankung (Störungen des Stoffwechsels oder der inneren Drüsen) handelt; auf letztere weisen manchmal begleitende Symptome von Seite des Gefäßsystems hin. Mit einer lediglich auf die Linderung der einzelnen Anfälle gerichteten und symptomatischen Therapie, etwa mit Aspirin oder Pyramidon ist daher bei der Migräne nicht viel ausgerichtet. Man muß versuchen den Stoffwechsel zu beeinflussen, wobei man wegen der Beziehungen der Migräne zur Epilepsie am besten eine Diät wählt, welche, wie bei der Epilepsiebehandlung, fleisch- und kochsalzarm ist. Je mehr epileptiforme Symptome an den Migräneanfällen beteiligt sind, um so mehr kann man eine Epileptikertherapie anwenden und erreicht mit mäßigen Brom- oder Luminaldosen manchmal gute Erfolge. Treten angioneurotische Symptome in Begleitung der Migräneattacken oder in den freien Zwischenzeiten auf: Rötung des Gesichtes, Schweißausbrüche oder anderseits Blässe, kleiner gespannter Puls, so sind Gefäßmittel am Platz: Im 1. Fall Adrenalin, im 2. Fall Nitroglyzerin. Ferner muß eine allgemeine roborierende Behandlung mit Arsen angewandt werden; bei Jugendlichen versuche ich die Kalkpräparate, welche nicht ohne Erfolg zu sein scheinen.

VII. Einige allgemeine Gesichtspunkte zur Behandlung der Neurosen und zur Psychotherapie.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Erörterungen, die gesamte Therapie der Neurosen systematisch darzustellen. Aber es können gerade bei den Neurosen, die seit alter Zeit die Crux des Praktikers sind, doch einige Fingerzeige gegeben werden, die nach meiner Erfahrung gelegentlich übersehen werden. Sie gelten für alle Formen von Neurosen und lassen sich deshalb bei den einzelnen Abschnitten nicht gut besprechen. Mehr als bei vielen anderen Erkrankungen besteht bei Nervenkranken ein Unterschied zwischen der Behandlung im Haus und im Sanatorium oder der Anstalt. Bei der häuslichen Behandlung muß man dem Kranken manche Konzession machen und manche Inkonsequenz in Kauf nehmen. Meine Bemerkungen beziehen sich in der Hauptsache auf die häusliche Behandlung.

Man muß immer wieder daran erinnern, daß sowohl bei der Neurasthenie und Hysterie, die man deshalb auch als „Psychoneurosen“ bezeichnet, aber auch bei den meisten in diesem Abschnitt besprochenen Neurosen der psychische Faktor bei der Entstehung wie bei den einzelnen Erscheinungen des Leidens von wesentlicher Bedeutung ist. Und zwar handelt es sich meist nicht darum, daß aus voller körperlicher und geistiger Normalität heraus durch eine plötzliche Umänderung der psychischen Persönlichkeit das „nervöse“ Leiden entsteht, sondern die Neurose ist in den meisten Fällen die krankhaft gesteigerte Reaktion eines von Haus aus entweder im ganzen psychisch abnorm veranlagten Menschen oder eines Menschen, bei dem wenigstens einzelne Seiten der Psyche, namentlich die affektive Seite empfindlicher, reizbarer, labiler ist; es handelt sich häufig um eine abnorme (aber deshalb weder direkt krankhafte noch schlechtere) Charakteranlage. Dieser Tatsache trägt man aber nicht dadurch Rechnung, daß man die Beschwerden des Kranken nun einfach als „nervös“ oder gar als „hysterisch“ bezeichnet (den letzteren Ausdruck soll man dem Patienten und seinen Angehörigen gegenüber am besten ganz vermeiden), daß man andeutet, seine Leiden seien nur „eingebildet“, er müsse sie „überwinden“, sich „beherrschen“, und gar keine aktive Therapie anwendet. Dadurch scheucht sich der Hausarzt die Patienten weg und treibt sie dazu, zum Nervenspezialisten zu laufen oder schließlich Homöopathie, Naturheilkunde und andere kurfuscherische Methoden und Heilkundige aufzusuchen.

Welches sind aber unter solchen Umständen die Prinzipien einer methodischen Therapie? Wenn wirklich in einem abnormen Charakter eine wesentliche Grundlage der Neurosen liegt, so kann man ihn ja nicht

radikal beseitigen oder umändern; man kann ihn aber allmählich beeinflussen, d. h. erziehen, indem man die günstigen Eigenschaften zu stärken, die ungünstigen zu unterdrücken sucht; diese Erziehung geht auch noch bei Erwachsenen. Man kann weiter dem Kranken zeigen, daß er infolge seiner abnormen, sensibeln, weniger widerstandsfähigen psychischen Anlage auf Schädigungen aller Art schwerer und nachhaltiger, eben mit neurotischen Symptomen reagiert als ein ganz gesunder derber Mensch, und man kann ihm diese Schädigungen zum Teil beseitigen — das geht besonders bei körperlichen Erkrankungen — oder ihn belehren, wie er solchen Schädigungen — in seiner Lebensführung, im Verkehr mit der Umwelt — aus dem Weg geht oder von vornherein Vorsichtsmaßregeln dagegen gebraucht. Zu diesen Maßnahmen dienen auch die meisten Methoden der sog. Psychotherapie.

Ehe man sie aber anwendet, wird man das einfachere tun: Man beseitigt die bei einem Neurotiker durch sorgfältige Untersuchung entdeckten körperlichen Erkrankungen. Nur darf man sich nicht der Hoffnung hingeben, daß man dadurch den der Neurose zugrunde liegenden abnormen Charakter gebessert hat; man behebt nur eine Schädlichkeit, auf die der Prädisponierte abnorm reagiert und dadurch seine momentanen nervösen Beschwerden bekommt. Also, man kann nicht die Hysterie einer Frau durch Behandlung einer Retroflexio oder einer Metritis heilen, aber hysterische Beschwerden bessern; man kann nicht die nervöse Disposition, die sich in beschleunigtem, unregelmäßigem Puls, Herzklopfen, Angst als „Herzneurose“ kundgibt, durch Herzmittel heilen, aber diese Herzbeschwerden einigermaßen beheben. Damit sind auch die Grenzen dieser rein körperlichen Therapie gegen eine medikamentöse oder diätetische Polypragmasie, gegen einen Furor operativus gegeben; die Wege für eine sachgemäße Behandlung in dieser Richtung werden durch die Natur der aufgefundenen Organerkrankung gewiesen.

Wenn wir also in einer Beseitigung etwaiger körperlicher Erkrankungen, welche die Psychoneurosen nicht verursachen, aber begünstigen und verstärken, die wesentlichste Aufgabe einer somatischen Behandlung erblicken, so soll damit nicht gesagt sein, daß alles übrige nun der Psychotherapie überlassen bleiben muß. Nur müssen wir uns auch weiter darüber klar sein, daß wir durch Medikamente, Diät, Bäder usw. nicht die psychische Grundlage der Neurose beseitigen können. Was speziell die arzneiliche Behandlung anbelangt, so trifft man immer noch in Laienkreisen, aber auch bei manchen Ärzten die Anschauung, daß es „Nervenkräftigungsmittel“ gebe, weshalb dann — teils ohne, teils mit ärztlicher Zustimmung — Unsummen für Sanatogen, Biocitin, Hämoglobinpräparate usw. ausgegeben werden, und zwar nicht nur in der reinen Privatpraxis, sondern auch in der Kassenpraxis (wie man manchmal bei der Durchsicht von Unfallakten feststellen kann, daß irgend-

ein Unfallneurotiker viele Jahre lang Hunderte von Mark für solche Präparate — auf Kosten seiner Mitversicherten! — schluckt). Wo ein mangelhafter Ernährungszustand infolge von Störungen der Verdauungsorgane vorliegt, ist die Anwendung der leicht verdaulichen Nährpräparate schon eher indiziert, von dem Gesichtspunkt aus, daß bei Unterernährung eine leichtere Erregbarkeit und Reizbarkeit des Nervensystems im allgemeinen besteht. Funktionieren aber die Verdauungsorgane ordentlich, so verwenden wenigstens die weniger wohlhabenden Kranken ihr Geld doch besser, wenn sie sich die gewöhnlichen Nahrungsmittel in gutem Zustande kaufen, als daß sie sich das Geld für teure sogen. Kräftigungsmittel am Munde absparen.

Es soll deshalb aber die medikamentöse Beeinflussung des Stoffwechsels der Nervenkranken und die Anwendung von roborierenden und reizumstimmenden Mitteln bei Neurosen nicht vernachlässigt werden. Neben den Arsenik- und Eisenpräparaten haben sich neuerdings die Kalziumpräparate, besonders in der Therapie der kindlichen Nervenkrankheiten, bewährt (vergl. Chorea und Kopfschmerzen), ausgehend von der Annahme, daß manche nervöse Symptome auf einer Störung des Kalkstoffwechsels beruhen. In denselben Richtlinien bewegen sich die Versuche mit der Organotherapie, um die bei vielen Neurosen zweifellos vorhandenen Störungen der inneren Drüsen zu bekämpfen. Ich möchte speziell die Anwendung von Pankreaspräparaten (Pankreon 3mal 1 bis 3mal täglich 3 Tabletten) empfehlen, wenn trotz guter Nahrungsaufnahme der Stoffwechsel und die Ernährung der Neurastheniker darniederliegen. Daß man auch sonst in der Praxis der medikamentösen Behandlung mancher nervöser Symptome nicht entraten kann, wenn man auch von ihrer psychischen Entstehung überzeugt ist, habe ich bei Gelegenheit der Neuralgien schon angedeutet.

Außer nervösen Schmerzen sind namentlich leichtere und schwerere Zustände von Angst, Herzdruck, Beklommenheit oder Erregung und die Schlaflosigkeit in ihren verschiedenen Formen häufige Klagen der Neurotiker. Auch hier muß man gelegentlich Medikamente geben; die arzneilose Behandlung kann meist nur durchgeführt werden im Sanatorium oder in der Anstalt, wo man den Patienten ganz in der Hand hat und seine Lebensweise von Grund auf ändern und regeln kann. Mir hat bei den Zuständen ängstlicher Erregung oft eine Kombination von Herzmitteln mit Opium- und Valerianapräparaten gute Dienste geleistet: also z. B. Strophantustinktur oder Digalen mit Opium oder Pantopon (2% Lösung) und Tinct. Valerian. aa; bei stärkeren Gefäßspannungen füge ich N. Sol. Nitroglyzerin. 1% hinzu (3mal tgl. 5—10 Tropfen der gesamten Lösung). Es sei bei der Empfehlung der Herzmittel noch einmal an die engen Beziehungen zwischen Gefäßinnervation, Gefäßtonus und Gemütsvorgängen erinnert. Auch die Baldrianpräpa-

rate muß man wechseln; sehr zu empfehlen ist ein kalter Auszug der Baldrianwurzel, den der Kranke morgens ansetzt und abends trinkt.

Diese unter Tag zu gebenden Beruhigungsmittel ermöglichen oft, daß man keine oder nur geringe Schlafmittel braucht. Muß man Veronal oder ein anderes differentes Mittel doch geben, so empfehlen sich auch hier Kombinationen mit Phenazetin und Koffein (eine solche ist das Veronazetin); hat man Bedenken, daß der Patient eventuell einen Vergiftungsversuch durch Veronal plant, so verordnet man: Veronal 0,3 bis 0,5, Phenazetin 0,4, Coffein 0,1, Pulv. Ipecac. 0,1—0,2. Wenn er die 10 Dosen auf einmal nehmen will, muß er wegen der Ipecacuana-beimischung brechen. Morphium ist weder als schmerzstillendes Mittel, noch als Schlafmittel bei Neurosen zu empfehlen; es hat für diese Zwecke zu viel Nachteile.

Bei der Diätfrage muß immer wieder darauf hingewiesen werden, daß es eine besondere für alle Nervöse nötige oder geeignete Ernährungsform nicht gibt. Daß im ganzen viel häufiger zu viel als zu wenig gegessen wird und daß namentlich der Fleischkonsum ein viel zu starker war, hat ja jetzt allen, die es noch nicht wußten, der Krieg gezeigt, und diese Erkenntnis wird man hoffentlich in die Friedenszeit mit hinübernehmen; es gab bei uns genug Leute, die auf ihre Mäßigkeit oder Enthaltsamkeit in Alkoholizis besonders stolz waren und dabei maßlos im Essen exzedierten und das noch für ein besonderes Verdienst oder ein Zeichen von gesunder Urwüchsigkeit hielten. Andererseits glaube ich nicht, daß jeder Nervöse ängstlich sich an eine lakto-vegetabile Diät halten muß. Die Milch und die Eier sind überhaupt kein Allheilmittel gegen nervöse Beschwerden, wie manche, namentlich hypochondrische Neurastheniker glaubten, die schließlich ohne die Milchflasche in ihrem Bureau nicht mehr leben konnten. Solange es Milch genug gab, konnte man diesen ziemlich harmlosen Sport mit ansehen; aber jetzt in der Kriegszeit war der stille Kampf dieser wohlgenährten Neurastheniker um das Milchzeugnis doch recht erbittert. Über alle speziellen Diätikuren bei Nervösen muß also der Zustand der Körperorgane und der allgemeine Ernährungs- und Kräftezustand entscheiden.

Es ist üblich und auch im ganzen richtig, die Nervösen vor den gewöhnlichen Genußmitteln (Alkohol, Nikotin, Kaffee) stark zu warnen oder sie ihnen ganz zu verbieten. Ein Prinzip sollte man auch daraus nicht machen. Bei gesunden Körperorganen, bei abwechselnder, nicht ganz ohne körperliche Betätigung und ohne Aufenthalt im Freien verlaufender Tageseinteilung, bei älteren Leuten, kann unter Umständen eine Zigarre nach der Mahlzeit, ein Glas Bier abends sehr beruhigend wirken, zumal diese Genüsse doch auch die Teilnahme an mancher Geselligkeit ermöglichen. Wichtig scheint mir aber, namentlich bei der Erziehung nervöser Kinder, darauf hinzuweisen, daß man überhaupt

nicht immer etwas trinken muß zu den Mahlzeiten. Man braucht nicht immer nach Ersatzgetränken suchen, wenn man den Leuten zeigt, daß der Körper auch ohne Trinken von irgend etwas keinen Mangel an Flüssigkeit leidet. Dann ist auch die Gefahr, daß später in alkoholischen Getränken exzediert wird, nicht so groß, und die beruhigende und herzerfreuende Wirkung von einem guten Glas Wein wird gewürdigt.

Bei der Wasser- und Luftbehandlung muß man daran denken, daß mindestens das kalte Wasser in allen seinen Formen, dann sehr heiße und Wechselbäder, Kohlensäure- und Sauerstoffbäder, ferner Sonnen- und Luftvollbäder in zu lange fortgesetzter und zu häufiger Anwendung sehr differente Mittel bei einer abnorm reizbaren und leicht erschöpfbaren nervösen psychischen Konstitution sind. Die Haut und das kardiovasale System empfangen durch diese Maßnahmen so starke, massenhaft und plötzlich einwirkende Reize für ihre zahlreichen und empfindlichen Nerven, daß die reflektorische Wirkung auf das Zentralorgan sicher nicht gleichgültig ist. Sie müssen also nach der körperlichen Konstitution, der Lebensweise, der sonstigen Gemütsreaktion des Nervösen verordnet und dosiert werden und dürfen nicht völlig seiner freien Wahl überlassen werden. Man trifft namentlich in den geistig arbeitenden Berufen viele Nervöse, die alle übrigen Schädlichkeiten ihrer Lebensführung zu paralysieren glauben, wenn sie morgens oder abends eiskalte Abwaschungen oder Bäder nehmen, bis sie vor Frost klappern, und daran womöglich noch Zimmergymnastik oder „Müllern“ anschließen. Noch bedenklicher ist es, wenn nervöse Eltern ihre Kinder auf diese Weise abhärten und vor der gleichen Nervosität bewahren wollen. Viel weniger schaden, viel mehr nützen diese Wasser- und Luftanwendungen auch in der Erziehung, wenn sie nicht in der Form einer Therapie, sondern eines Sportes, natürlich mit Maß, gebraucht werden, weil dann viel mehr der psychische Faktor, der ihnen innewohnt, zur Geltung kommt; davon unten. Für weniger different halte ich kühle Abwaschungen oder laue Bäder, gelegentlich unter Zusatz von Mitteln, wie Fichtennadelextrakt, Salzen usw.

Damit betritt man schon das Gebiet der Psychotherapie. Es liegt wohl im Rahmen dieser Erörterungen, darüber etwas zusammenhängendes zu sagen, weil gerade der Praktiker häufig darunter entweder eine wissenschaftlich nicht ganz voll zu nehmende scharlatananhafte Betätigung versteht oder die Psychotherapie für eine ganz besondere, seinem Wirkungskreis völlig entrückte Methode und Technik hält. Und doch ist beides nicht richtig, und diese falsche Auffassung rührt meist davon her, daß auf der Hochschule dem angehenden Kliniker über diese eigentliche ärztliche „Kunst“ nicht viel gesagt wird, daß auch die dem Praktiker für gewöhnlich zugängigen Handbücher nicht viel davon enthalten; zum Studium einschläglicher Spezialwerke kommt er aus begreiflichen Gründen nicht.

Gerade bei den Neurosen aber, die, wie öfter erwähnt, so starke psychische Elemente enthalten, sollte neben anderen Methoden die Psychotherapie nicht unterbleiben. Dem Plan dieses Werkes gemäß beschränke ich mich auch hier wieder darauf, nur anzudeuten, was nach meiner Erfahrung dem Praktiker manchmal fehlt oder von ihm falsch verstanden wird.

Man versteht unter Psychotherapie das Verfahren, körperliche und seelische Krankheitszustände günstig zu beeinflussen, indem man direkt auf das Bewußtsein des Kranken, auf seine Psyche, einwirkt. Daß hier eine Brücke und ein Weg besteht, erhellt ja aus bekannten Tatsachen, z. B. der, daß die Darmfunktion durch Vorstellungen oder Gemütsbewegungen, also durch rein psychische Vorgänge, beeinflußt werden kann. Aber eine gute Psychotherapie kann und muß mehr tun als etwa die Beseitigung einiger körperlicher Beschwerden auf hypnotischem oder suggestivem Weg. Wenn wir (siehe oben) davon ausgingen, daß der seelische Gesamtzustand des Neurotikers ein abnormer ist, so ist die vornehmste Aufgabe einer Psychotherapie, diese Grundzustände günstig zu beeinflussen, vorhandene Übereizbarkeit zu bekämpfen, fehlende Hemmungen einzupflanzen, einem haltlosen Charakter Stützen für seine Lebensauffassung, für sein Handeln zu geben.

Daß in diesem Sinne bewußt oder unbewußt jeder gute Arzt etwas Psychotherapie treibt, ist ja längst bekannt; denn außer den von ihm verordneten Maßnahmen wirkt er durch sein Auftreten, durch das ihm entgegengebrachte Vertrauen und viele andere psychische Faktoren. Man bezeichnet die Gesamtheit dieser Einflüsse wohl auch als indirekte oder larvierte Psychotherapie, während man unter der „direkten“ Psychotherapie bestimmte Methoden der Wachsuggestion, Persuasion, Psychoanalyse, Hypnose zusammenfaßt.

Ich möchte erst noch einiges sagen, was m. E. auch zu der indirekten Psychotherapie gehört und für den Praktiker und Hausarzt bei der Behandlung der Neurosen von einigem Wert ist. Mehr als bei körperlichen Erkrankungen muß der Arzt bei den Neurosen ein Ratgeber für den ganzen Menschen sein. Man muß die Lebensführung, die Berufs- und Familienverhältnisse des Neurotikers kennen, weil nicht selten in diesen die Wurzel für nervöse Symptome (auch körperlicher Art) zu finden ist. Das ist natürlich kaum möglich in der Kassensprechstunde, wohl aber in der hausärztlichen und Familienpraxis.

Hierzu gehören Ratschläge bei der Erziehung, Berufswahl und Berufswechsel. Nervöse Eltern stacheln oft den Ehrgeiz ihrer Kinder zu sehr an, verlangen fortgesetzt glänzende Schulzensuren, wollen die Kinder in eine Laufbahn bringen, der ihre geistigen Kräfte nicht gewachsen sind. Dadurch und durch das bald erwachende Bewußtsein, daß zu viel von ihnen verlangt wird, kann die schlummernde nervöse Disposition der

Kinder geweckt werden. Bei aller Wertschätzung einer „guten Kinderstube“ soll man nicht jede individuelle Willensbetätigung unterdrücken. Die Bewahrung vor Schädlichkeiten, Krankheitsanlässen und Unglücksfällen darf nicht dazu ausarten, die Kinder mit einem Stacheldraht von Verboten zu umgeben, der jede freie Bewegung, jeden Wagemut verhindert. Die heranwachsenden Mädchen sollen nicht die Menstruationstage als eine Zeit wirklicher Krankheit zu betrachten lernen. Eine der wichtigsten Erziehungsmaßregeln, die man aber besonders nervösen, reizbaren Eltern einprägen muß, ist die, daß die Kinder niemals Zeugen von Szenen, Streitereien zwischen den Eltern sein dürfen.

Fast wichtiger als die körperliche Ernährungsform ist für den Neurotiker die „psychische Diät“, die Dosierung und die richtige Auswahl von Arbeit, Erholung, Geselligkeit, Kunstgenüssen, Lektüre. Der hier Rat erteilende Hausarzt braucht auch bei den besser situierten Klienten durchaus nicht mit allen letzten Erzeugnissen von Kunst und Literatur persönlich vertraut zu sein und soll auch nicht für seine persönliche ästhetische Geschmacksrichtung oder für seine Weltanschauung Propaganda machen; der nicht zu lehrende ärztliche Takt und die Kenntnis der persönlichen Eigenschaften seiner Klienten ist ihm hier der sichere Wegweiser. Daß die übertriebene gesellschaftliche Betätigung, durch die namentlich die Angehörigen der wohlhabenden Stände im Winter oft fast jeden Abend ihrem Haus, ihren Kindern, ihrem Schlaf entzogen werden, dem Nervensystem sogar des Gesunden, geschweige des Nervösen schädlich ist, wußte man längst. Der Krieg hat uns jetzt gezeigt, daß die amtliche, berufliche und gesellschaftliche Stellung nicht von dieser Form der „Repräsentation“ abhängig ist, daß es auch mit eingeschränkter Geselligkeit geht, zumal diese Form von Unterhaltung, wie sie in den letzten Jahrzehnten gehandhabt wurde, sicher keine Ausspannung und nicht den leisesten Gewinn für Gemüt oder Geist bedeutete.

In taktvoller Weise muß vom Arzt unter Umständen auch die religiöse oder kirchliche Betätigung berücksichtigt werden, die selten schädlich ist, häufig dem neurotischen Charakter den Halt gibt, den er in sich selbst nicht findet. Wenn man berücksichtigt, daß besonders vielen weiblichen Neurosen der gut situierten Stände eine stark egozentrische Richtung des Fühlens und Denkens zugrunde liegt, dann ist jede Hinführung auf altruistische Gedankengänge, auf die Erweckung des Interesses und der Betätigung für andere ein Heilmittel; hier kann die Teilnahme an charitativen Organisationen, selbst wenn sie mit einer gewissen Vereinsmeierei oder Befriedigung persönlicher Eitelkeit verbunden ist, heilsam sein. Zahlreiche praktische „Psychotherapeuten“, wie Dubois, Kohnstamm, Marcinowski, Steckel, Bunnemann, verdanken ihre Erfolge bei der Behandlung „Nervöser“ nicht zum wenigsten ihrer Bemühung, diese sittlichen Kräfte im Patienten aufzurichten und ihm da-

durch einen Halt zu geben; einige haben versucht, diese Gesichtspunkte in eine dem Laien faßbare Form zu kleiden, und man kann diese Bücher in geeigneten Fällen mit einigem Erfolg dem Patienten in die Hand geben¹⁾).

Bei der Regelung der Tageseinteilung darf die Frage nach der Schlafzeit nicht vergessen werden. Es ist vielfach nur eine üble Gewohnheit, geistige Arbeit erst spät abends zu beginnen, bis tief in die Nacht auszudehnen und in den Morgen hineinzuschlafen; wenn ein Bismarck das tat, braucht es nicht jeder nervöse Professor nachzumachen und damit seine Empfindlichkeit gegen die Tagesreize noch zu erhöhen. Eine Umschaltung, gelegentlich mit Hilfe eines Sommeraufenthaltes im Hochgebirge ist hier auch in älteren Fällen noch möglich und heilsam.

Wenn man auch nicht die Sexualität — mit Freud — als die Quelle jeder psychischen Betätigung betrachtet, so spielen doch zweifellos bei vielen Nervösen und bei vielen nervösen Symptomen das Sexualleben, die Art und Intensität der geschlechtlichen Betätigung, die geheimen Wünsche, Enttäuschungen und Entbehrungen auf diesem Gebiet eine große Rolle, auch wo die manifesten Klagen und Symptome der Patienten oft weit davon entfernt zu liegen scheinen. Eine Aussprache über dieses delikate Gebiet ist daher in vielen Fällen unerläßlich und kann mit Takt und Ehrlichkeit oft ohne besondere Kunstgriffe stattfinden. Ob man die hieraus, wie aus unglücklichen Familienverhältnissen, beruflichen Enttäuschungen fließenden Quellen der Nervosität immer verstopfen oder ableiten kann, ist freilich eine andere Frage; die Verhältnisse sind hier oft stärker als die ärztliche Kunst. Aber oft nützt dem Patienten schon die freundliche und sachgemäße Aussprache über Verhältnisse, die er jahrelang zu seiner eigenen Qual in sich verschlossen hielt.

Zur ärztlichen Beratung vieler Nervösen gehört m. E. auch, daß man ihre Befürchtungen vor erblicher Belastung auf ein richtiges Maß zurückführt; gerade wie bei der Onanie hat hier die populäre Lektüre manches Unheil angerichtet. Nicht alle, nein! die wenigsten von geistes- oder nervenkranken Vorfahren abstammenden Menschen sind unweigerlich demselben Schicksal verfallen, und der Arzt muß die Wege zeigen, auf denen dieses unheilvolle Erbe umgangen oder abgeschwächt werden kann.

¹⁾ Vergl. u. a.: W. Bergmann, Selbstbefreiung aus nervösen Leiden.
 W. Neutra, Briefe an nervöse Frauen.
 L. Scholz, Nervös.
 J. Marcinowski, Der Mut zu sich selbst.
 „ Nervosität und Weltanschauung.
 W. Stekel, Das liebe Ich.
 „ Der Wille zum Schlaf.

Im allgemeinen wird ein gesunder Mensch durch die Arbeit, die er mit seinen körperlichen und geistigen Kräften bewältigen kann, nicht nervenkrank. Bei dem Prädisponierten können aber nervöse Erschöpfungszustände und ausgesprochene Neurosen durch „Überarbeitung“ hervorgerufen werden, weil dem Nervösen das richtige Gefühl für Verteilung und Maßhalten mit seinen Kräften fehlt; oft bricht er auch nicht unter der Last der Arbeit, sondern der Verantwortung, die er auf sich genommen hat, zusammen; auch hier ist es wieder die affektive Seite der Psyche, die gesteigerten Ansprüchen nicht gewachsen ist. Es gehört deshalb zu den wichtigsten Aufgaben bei der Beratung Nervöser, ihnen die rechte Form der Ausspannung und Erholung von der Berufsarbeit zu empfehlen. Hier wird nach meiner Erfahrung vielfach übersehen, daß man auch bei der ärztlichen Empfehlung einer Erholungs- oder Urlaubszeit die individuellen, persönlichen, beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten berücksichtigen muß. Es genügt nicht, dem Kranken zu sagen: „Sie müssen jetzt sofort 2—3 Monate weg; sonst brechen Sie zusammen oder werden krank.“ Denn wenn es selbst gelingt, auf diese brüske Weise einen Geschäftsmann, einen verantwortlichen Beamten, eine in Anspruch genommene Hausfrau und Mutter herauszureißen, wird der Erfolg der Ausspannung unter Umständen dadurch problematisch, daß der Patient mit Sorgen für seine Existenz, seine Laufbahn, seine Kinder beladen in die Sommerfrische, ins Sanatorium geht und so erst recht nicht zur Ruhe kommt. Man muß auch darauf Rücksicht nehmen, ob er zurzeit weg kann, ob die Gründe, die ihn augenblicklich festhalten, nicht für seinen Gemüts- und damit für seinen nervösen Zustand wichtiger sind als die Erholung. Und dann muß man versuchen, ihm mit kleinen Mitteln noch durchzuhelfen, bis die äußeren Verhältnisse eine wirkliche Erholung gestatten; vor dieser Sachlage steht man gerade in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Krieges sehr häufig. Zu solchen kleinen Mitteln gehört z. B. der Rat, die Abendarbeit, Spezialarbeiten, die nicht zum Beruf gehören, zu lassen, Sonnabends und Sonntags wegzugehen, um nur eine Nacht und einen Morgen fern von Beruf und Wirkungskreis zu sein, leichtere Schlafmittel. Auch bei Schülern soll man diese Momente berücksichtigen, wenn es sich darum handelt, ob man sie in einem wichtigen Stadium ihrer Schullaufbahn auf längere Zeit, mindestens mit Verlust eines Schuljahres, zu einer Erholung herausnehmen soll oder ob man sie unter mancherlei Erleichterungen noch bis zu den nächsten Ferien bringen kann.

Bei der Beratung über die Art der Ausspannung steht zur Frage: Luftkurort, Sommerfrische, eventuell mit sportlicher Betätigung oder Badeort oder Sanatorium oder Anstalt. Hier ist natürlich die klinische Lage des einzelnen Falles in erster Linie maßgebend, und es soll hier nicht erörtert werden, ob und wann Höhenklima oder See, welche Art von

Bädern angezeigt erscheint. Das kann man aber ziemlich allgemein sagen, daß für die rein nervösen Störungen, Beschwerden und Symptome mit wenigen Ausnahmen jedes Klima, jede Höhenlage, Gebirge und See geeignet und wohltätig ist; die spezielle Indikation muß nach den begleitenden Erkrankungen oder Störungen der Organe getroffen werden; wo solche nicht vorliegen, mag individuelle Neigung und Temperament des Patienten bei der Entscheidung mit berücksichtigt werden. Für alle Klimato- und Bädertherapie der nur erholungsbedürftigen Nervösen gilt außerdem, daß jede Erholung mit auf Reizvariation beruht: es müssen andere Eindrücke als die gewohnten geboten werden. Deshalb schickt man den abgehetzten, geistig arbeitenden Großstädter in ruhigere Sommerfrischen im Hochgebirge oder an der See, in kleinere Badeorte, den Geschäftsmann oder Fabrikant, der in einem kleinen Nest unter der Monotonie seines Berufes und der Geselligkeit leidet, lieber an größere Plätze, wo er nebenbei etwas von der „Welt“ sieht, natürlich immer unter Berücksichtigung individueller Neigungen. Zu diesem Wechsel der gewohnten Umgebung gehört auch, daß der Patient einmal einen anderen Dialekt, andere Volkssitten hört und sieht; deshalb geht wohl auch der Norddeutsche gern nach Bayern usw.

Beim Sport sind für den Nervösen fast noch wichtiger als die körperliche Ausarbeitung die psychischen Faktoren: die Freude über die Lösung einer Aufgabe, die Erreichung eines Zieles aus eigenen Kräften und die dadurch bedingte Hebung des Selbstvertrauens und ferner die mit gutem Sport verbundene unmittelbare Berührung mit der Natur. Deshalb braucht der Nervöse auch Sporte, die weniger auf der Bahn, in der Sporthalle sich abspielen, als solche, die ihn hinausführen, sei es zu Fuß oder zu Rad, im Ruderboot oder auf dem Ski; natürlich muß dabei auf seine Kräfte Rücksicht genommen werden. Beim Turnen scheint mir die „Zimmergymnastik“, das „Müllern“, für den Neurotiker weniger empfehlenswert als die Teilnahme an einem Riegenturnen, wobei der Hauptwert auf Freiübungen (höchstens mit Stab oder Hanteln) zu legen ist. Denn beim gemeinschaftlichen Turnen kommt die Wirkung der Befehle des Vorturners und die suggestive Macht des Beispiels sehr in Betracht. Der Kranke lernt bestimmte komplizierte Bewegungen in bestimmten Zeiten exakt ausführen und gewinnt dadurch wieder die Herrschaft zuerst über seine körperlichen Innervationen, später über seinen Willen überhaupt. Das Riegenturnen schützt ihn auch vor einseitiger Überanstrengung, welcher der einsame Zimmergymnastiker zu leicht verfällt.

Neben den oben erwähnten Indikationen kommt für die Wahl zwischen Sommerfrische, Badeort, Sanatorium oder Anstalt bei den Nervösen m. E. noch folgender Gesichtspunkt in Betracht: Wo es sich um leichtere Fälle, um nur Erholungsbedürftige handelt, kann man den Patienten

ohne weitere „Kur“ in eine Sommerfrische schicken, wenn es im übrigen ein tatkräftiger, aktiver Mensch ist, der auch wirklich den Willen und die Energie hat, etwas für seine Erholung zu tun, d. h. sich von Geschäften fernzuhalten, die Ruhe und die neuen Eindrücke auf sich wirken zu lassen, sich durch Naturbetrachtung oder Sport abzulenken, oder wenn ihn verständige Angehörige begleiten, die ihn in diesem Sinne beeinflussen. Ist dies nicht der Fall, bedarf es einiger Aufsicht und Einwirkung auf den Patienten, so kann man das gelegentlich erreichen, wenn man ihn in ein Bad schickt und ihn unter Aufsicht eines Badearztes stellt, der ihm einen Kurplan vorschreibt und die Ausführung einigermaßen kontrolliert. Hält man eine noch weitergehende Anregung und Aufsicht für erforderlich, dann ist Sanatoriumsaufnahme angezeigt. Auch hier muß wieder unterschieden werden: Es gibt Sanatorien, in denen die Kranken bei ihrer Aufnahme einmal untersucht werden und ihren „Kurplan“ bekommen mit der Vorschrift, wenn etwas besonderes sei, den Arzt in seiner Sprechstunde aufzusuchen. In anderen — und nur diese kommen für die eigentlichen Psychoneurosen in Betracht, bei denen wirklich eine psychotherapeutische Beeinflussung versucht werden soll — macht der Arzt täglich bei jedem Patienten seine Visite, sucht ihn kennen zu lernen und sein Vertrauen zu gewinnen und kann dann auch einen therapeutischen Einfluß ausüben; er kann namentlich auch die besonderen Eigenheiten des oft sehr komplizierten nervösen Charakters kennen lernen und zur rechten Zeit eingreifen, wenn weitere Maßnahmen erforderlich sind. Solche Sanatorien, die mit anderen Worten mehr psychiatrischen Betrieb haben, sind besonders auch angezeigt, wo der Nervöse an Verstimmungs-, Angstzuständen leidet und eine Selbstmordgefahr nicht ganz ausgeschlossen ist.

Wenn auch nach meiner Erfahrung die echten Neurosen und Psychoneurosen nie in eine Geistesstörung „übergehen“ — was man den Nervösen zur Beruhigung sagen kann, die fürchten, „irrsinnig“ zu werden —, so muß man doch bedenken, daß es schwere Neurasthenien, Hysterien und Psychopathien gibt, die von wesentlich psychotischen Symptomen, namentlich Angst, Neigung zu Selbstmord oder anderen impulsiven Handlungen begleitet sind, daß außerdem die Entscheidung, ob es sich um eine Neurose oder um eine echte Geistesstörung — Melancholie, Dementia praecox, Paralyse im Beginn — handelt, nicht immer leicht ist. Für solche schweren und kompliziert gelagerten Fälle ist unter Umständen die Unterbringung in einer wirklichen „Irrenanstalt“ besser als in einem offenen Sanatorium. Das Publikum, auch der gebildeten Kreise, hat ja bekanntlich dagegen noch immer ein Vorurteil, und über dieses Vorurteil wurde man auch nicht durch die Unwahrheit Herr, daß man die Geistesgestörten als „Nervenranke“ und die für sie bestimmten Anstalten als „Nervenheilanstalten“ bezeichnete. Jetzt haben

wir glücklich die Unlogik, daß die wirklichen Nervenkranken, die an Tabes, Hemiplegie, Neuritis Leidenden, aber auch die Psychoneurosen, wie Hysterie, Neurasthenie, mit Entrüstung die Zumutung von sich weisen, „nervenkrank“ zu sein; „man wird mich doch nicht mit Nervenkranken zusammenbringen“, sagte eine schwere Hysterika, die jeden Tag hysterische Anfälle und hysterische Erregungszustände hatte. Und doch sind weder bei den eigentlichen Neurosen, noch bei den Geistesstörungen die „Nerven“ krank, sondern bei beiden die Psyche, wenn auch in verschiedener Art und Grad. Deshalb sind für die Neurosen, wenigstens ihre schwereren Formen die öffentlichen Irrenanstalten ein guter, passender und heilsamer Unterbringungsort. Wenn man bedenkt, mit welchen Kosten in den letzten 20 Jahren überall neue Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke erbaut wurden, mit welcher Sorgfalt, Hygiene und Behaglichkeit sie eingerichtet, mit welcher Liebe sie betrieben werden, fragt man sich immer wieder verwundert, weshalb dann die „Nervenkranken“ lieber in alten, unkomfortablen, ungenügend ärztlich versorgten kleinen Krankenhäusern, „Heimen“, „Zufluchtsstätten“ liegen als in einer solchen Anstalt. Und da sollte der Arzt an der Bekämpfung dieses Vorurteils mitarbeiten, zumal in Wirklichkeit die nervösen Patienten das Zusammensein mit wirklichen ruhigen Geisteskranken — und nur solche kommen hier in Betracht — sicher angenehmer empfinden, als das mit lauter Patienten ihresgleichen, wo jeder dem anderen vorklagt und ihn unzufrieden erhält; man denke nur an die Stimmung in manchen Unfallnervenheilstätten („Rentenquetsche“). Und gerade die Irrenanstalten, Heil- und Pflegeanstalten verfügen in vorbildlicher Weise über das, was mir neben der Wasser-, Luft-, Licht- und Mechanothérapie der Sanatorien am wichtigsten erscheint: über eine mannigfaltige, zweckmäßige Arbeitstherapie in Gärten, Feld und Wald, Küchen und Werkstätten; hier werden die Patienten je nach Neigung und Begabung zu einer Tätigkeit angeregt, die für Neurosen deshalb besser ist als Kerbschnitzen, Laubsägen, Häkel- und Knüpfarbeit, schwedische Gymnastik, weil der Kranke Nutzen und Erfolg seiner Arbeit sieht, weil er dabei mit der Natur und dem praktischen Leben in Berührung bleibt. Es ist das alte Goethesche Rezept aus der Hexenküche!

Natürlich kann man eine ähnliche Arbeitstherapie gelegentlich auch zu Hause durchführen, indem man darauf hält, daß der Neurotiker sich nicht nur „ausruht“, sondern irgend etwas Nützliches tut: Garten- oder Hausarbeit. Es kommt dabei weniger auf die körperliche Ausarbeitung und Ermüdung als darauf an, daß eine bestimmte Zeit an jedem Tage eingehalten wird und daß der Kranke das Gefühl hat, für die Erledigung dieser Arbeit nötig und verantwortlich zu sein. Die eigentliche Übungstherapie an improvisierten oder fertigen Apparaten kommt weniger für

allgemeine Neurosen als für lokale Störungen bestimmter Muskelgruppen (hysterische Lähmungen, Tiks, Beschäftigungskrämpfe) in Betracht; ihre Wirkung beruht auf Neuerlernung oder Übung einer verloren gegangenen oder gestörten Muskelinnervation. Manchmal erweisen sich dabei von Vorteil Freiübungen (ohne Apparate) vor einem Spiegel, so daß der Kranke seine Haltungen und Bewegungen dabei beobachten kann.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen möchte ich noch kurz auf einige Methoden der direkten Psychotherapie eingehen, wozu die Hypnose, die Wachsuggestion, die Psychoanalyse gehören. Diese Verfahren, wenigstens in ihrer regelmäßigen und methodischen Anwendung liegen den Praktiker ferner, wenn er nicht gerade durch Vorbildung oder spezielles Interesse sich zu der einen oder anderen hingezogen fühlt; ihre Anwendung setzt auch außer der Kenntnis sehr viel Zeit voraus. Doch sollte der Praktiker wenigstens einiges über sie wissen, vor allem, was man von ihnen erwarten und wann man sie empfehlen kann. Die systematische Anwendung dieser Methoden bleibt in der Hauptsache der Sprechstunde des Nervenspezialisten und den Nerven-sanatorien vorbehalten.

Bei der Hypnose wird ein veränderter psychischer Zustand hervorgerufen, der in tiefer Hypnose manche Ähnlichkeit mit dem natürlichen Schlaf hat; in diesem Zustand kann man dem eingeeengten Bewußtsein bestimmte Vorstellungen fester einprägen, so daß sie auch noch nach dem Aufhören des Zustandes einen starken Einfluß auf den Ablauf der Bewußtseinsvorgänge und dadurch sogar auf körperliche Erscheinungen ausüben.

Die Methoden zur Herbeiführung dieses Zustandes beruhen auf einer weitgehenden Ausschaltung der Eindrücke der Außenwelt, indem man in dem Patienten möglichst intensiv die Vorstellung des Einschlafens erweckt; der Schlaf ist ja ein Zustand, in dem viele Eindrücke der Außenwelt nicht mehr wirksam sind. Die Hypnose wird also lediglich auf psychischem Wege hervorgerufen; ob man dabei dem Kranken über den Körper streicht, ob man ihn einen glänzenden Gegenstand fixieren läßt, ob man ihn bloß durch Worte oder die Aufforderung zu schlafen hypnotisiert, ist nebensächlich. Alle diese Methoden erreichen bei der Anwendung durch einen damit vertrauten Therapeuten den gewünschten Erfolg bei den meisten Kranken, wenn diese genügend darauf vorbereitet werden, Vertrauen zu dem Arzt haben, mit dem Verfahren einverstanden sind und sich in einem geistigen Zustand befinden, daß überhaupt eine psychische Verständigung mit ihnen möglich ist; aus diesem letzteren Grunde versagt die Hypnose bei wirklich Geisteskranken. Ist die vom Arzt für seine Zwecke gewünschte Tiefe der Hypnose erreicht, so kann der nun veränderte und für die Aufnahme suggestiv wirkender Vorstellungen geeignete Bewußtseinszustand benutzt

werden, um auf bestimmte Symptome einzuwirken; d. h. man kann durch beruhigende Erklärungen die Wiederkehr eines Angstzustandes verhindern, das rechtzeitige Eintreten des Nachschlafes herbeiführen, eine hysterische Lähmung beseitigen; auch sogen. suggestive Behandlungsmethoden, wie Elektrizität, Massage, wirken im hypnotischen Zustand oft nachhaltiger als im wachen. Alle diese Wirkungen geschehen aber immer lediglich auf psychischem Weg, und es sind damit nur solche Krankheitserscheinungen zu beheben, die „psychogen“, d. h. durch Gemütsregungen oder durch Vorstellungen ausgelöst waren. Andere Symptome, z. B. durch körperliche Erkrankungen bedingte Schmerzen, können nur gemildert werden, soweit an diesen Symptomen ein psychischer Faktor beteiligt ist. Wenn auch Vorgänge, die scheinbar rein somatisch sind, gelegentlich durch Hypnose beeinflusst werden können, wie menstruelle Blutungen, so liegt das daran, daß auch an diesen Vorgängen gelegentlich psychogene Faktoren mitwirken (z. B. Ausbleiben der Menses bei der Furcht, schwanger zu sein). Am engsten mit psychischen, nämlich affektiven Ursachen verknüpft sind viele Vorgänge des kardiovasalen Apparates; deshalb sind diese auch hypnotischer Einwirkung zugänglich. Endlich können in der Hypnose gelegentlich Vorstellungsrgruppen wieder ins Bewußtsein gerufen werden, an die man sich im Wachzustand nicht erinnert, z. B. unangenehme Erlebnisse, die der Kranke mit Absicht aus seinem Bewußtsein verdrängt hat; ihre Wiedererinnerung in der Hypnose erleichtert manchmal das Beseitigen der durch sie bedingten Symptome.

Demgemäß eignen sich für die hypnotische Behandlung die „psychogen“ bedingten Krankheitserscheinungen. Dazu gehören viele Symptome der Hysterie, z. B. hysterische Lähmungs-, Zitterzustände, hysterische Sprachlosigkeit, hysterische Schmerzen, ferner die gleichfalls oft psychogen bedingten Tiks, Beschäftigungskrämpfe, ferner die Angst- und Zwangszustände der Neurastheniker und Psychopathen, die Schlaflosigkeit, die Verdauungsstörungen solcher Neurotiker. Da Kinder im allgemeinen leichter suggestiv beeinflussbar sind als Erwachsene, können auch manche nervöse Störungen der Kinder in der Hypnose gut beeinflusst werden, z. B. die Pavores nocturni, das Bettnässen und andere „pathologische Gewohnheiten“. Die meisten organisch bedingten Nervensymptome, auch die Zustände der Epilepsie sind gewöhnlich durch Hypnose nicht beeinflussbar. Ein Arzt, der die hypnotischen Methoden beherrscht — und nur ein solcher soll sie anwenden —, muß nach einiger Kenntnis des Patienten selbst die genauere Indikation stellen. In der Hand des Erfahrenen können schädliche Folgen nicht entstehen. Gegen seinen Willen kann kein Mensch hypnotisiert werden; ebenso kann man ihn in der Hypnose nicht zu Handlungen zwingen, die er bei klarem Bewußtsein nicht begehen würde. In eine willenlose Abhängigkeit

vom Hypnotiseur gerät der Hypnotisierte nicht, wenn er nicht auch im Wachzustand in einem ähnlichen Verhältnis zu diesem steht.

So viel sollte der Praktiker von der Hypnose wissen, um seine Klienten gegebenenfalls beraten zu können.

Die Wachsuggestion arbeitet auf dem gleichen psychischen Weg wie die Hypnose; nur verzichtet sie darauf, ihre therapeutische Suggestion in einem ad hoc besonders veränderten Bewußtseinszustande auszuüben. Die Suggestion sucht auf psychischem Weg die Heilung eines Krankheitssymptoms dadurch herbeizuführen, daß die Vorstellung von dem Eintritt der Heilung durch Anwendung eines bestimmten Mittels möglichst intensiv geweckt wird. Ein suggestives Element findet sich bekanntlich in jedem therapeutischen Verfahren, wenn der Kranke glaubt, daß das gerade bei ihm angewandte Verfahren geeignet ist, seine Krankheit zu heilen. Ausschließlich durch Suggestion können aber wieder nur die rein psychogen bedingten Erscheinungen geheilt werden, z. B. die hysterische Lähmung durch Elektrisieren des gelähmten Gliedes, wenn diese Manipulation bei einem bestimmten Kranken genügend suggestive Kraft hat. Besondere Methoden der Wachsuggestion werden jetzt vielfach ausgearbeitet und angewandt bei den durch Kriegsereignisse bedingten hysterischen Störungen. Sehr brauchbar erweist sich in dieser Richtung z. B. die sog. Starkstrombehandlung nach Kaufmann; sie ist aber keine „Stark“strombehandlung, sondern eine suggestive Bearbeitung mit etwas starken und deshalb schmerzhaften faradischen Strömen; das Wesentliche dabei ist aber die suggestive Vorbereitung und die unter dem starken sensibeln Eindruck begonnene und dann sachgemäß fortgesetzte Übungstherapie. Was ich (Seite 20) über die Anwendung des elektrischen Stromes überhaupt gesagt habe, daß sie nur wirksam in der Hand des Arztes ist, gilt ganz besonders im Hinblick auf ihre suggestive Wirkung.

In erster Linie wirken Hypnose und Wachsuggestion nur auf die nervösen Symptome. In der Hand des wirklichen Therapeuten sollen sie aber auch auf den ihnen in den meisten Fällen zugrunde liegenden abnormen psychischen Zustand, die affektive Labilität, die Haltlosigkeit, egozentrische Richtung des Charakters wirken, indem an sie weiter angeknüpft wird die erzieherische Beeinflussung durch Belehrung, Aufklären über das Wesen der Krankheit, Überredung. Dazu ist der Psychotherapeut leichter imstande, wenn er erst durch hypnotische oder suggestive Erfolge das Vertrauen seiner Patienten gewonnen hat. Dubois stellt mit seiner Methode der Persuasion diese erzieherische Beeinflussung noch mehr in den Vordergrund und verzichtet auf suggestive Methoden, wirkt aber zweifellos unbewußt suggestiv durch seine Persönlichkeit, seine Hingabe an den Kranken, Überzeugungstreue und ehrliche Gesinnung, die aus seinen Darlegungen an den Kranken spricht. Gute

Psychotherapeuten erzielen durch solche belehrende und aufklärende Aussprachen, die sich an das Ethos ihrer Patienten wenden, bei Nervösen Dauererfolge.

Ohne auf die verschiedenen Wandlungen einzugehen, welche die Psychoanalyse als diagnostisches und therapeutisches Verfahren durchgemacht hat, sei darüber für den Praktiker nur folgendes bemerkt:

Freud und seine Schüler nehmen an, daß den meisten Neurosen, vor allem der Hysterie, ein sexuelles Erlebnis aus der Kindheit zugrunde liegt, das als seelisches Trauma wirkte. Die Erinnerung an dieses Erlebnis ist aus verschiedenen Gründen allmählich aus dem Bewußtsein des Heranwachsenden verdrängt worden; der mit dem Erlebnis verbunden gewesene unangenehme Affekt (Angst, Schreck, Ekel) wirkt aber noch viele Jahre lang bis in das erwachsene Alter im seelischen Geschehen fort, kann die Entwicklung der ganzen Vita sexualis nach irgendeiner Richtung beeinflussen, kann sich auch an Vorstellungen heften, die an sich gleichgültig sind, oder kann einen bestimmten psychischen Ablauf beeinflussen. Dieser von seinem zugehörigen Erlebnis abgedrängte „eingeklemmte“ Affekt kann zu pathologischer Wirksamkeit gesteigert werden; die von ihm neu besetzte, an sich gleichgültige Vorstellung kann zur krankhaften Zwangsvorstellung werden; er kann so stark hemmend oder störend in den Ablauf der Bewußtseinsvorgänge eingreifen, daß hysterische Lähmung, hysterisches Erbrechen usw. entsteht. Wenn es gelingt, das absichtlich vergessene, in „das Unbewußte verdrängte“ Erlebnis wieder ins Bewußtsein zurückzurufen, so kann der normale Zusammenhang wiederhergestellt werden; der Affekt kann „abreagieren“, und damit verschwindet auch seine pathologische Wirkung, das Symptom. Diese Wiedererweckung des Erlebnisses geschieht eben durch die Psychoanalyse; den Vorgang des Abreagierens nannte Freud die „Kartharsis“. Dazu bediente er sich ursprünglich der Hypnose. Im hypnotischen Zustand suchte er bei seinen Patienten die vergessenen Erlebnisse wieder zu erwecken. Später hat er und seine Anhänger andere Verfahren ausgearbeitet, besonders das der Traumdeutung. Sie gehen davon aus, daß jeder Traum eigentlich die Umschreibung gewisser Erlebnisse oder eine Erfüllung geheimer Wünsche, namentlich sexuellen Inhalts, bedeute; der Traum verhüllt nur die Erlebnisse und Wünsche unter scheinbar gleichgültigen Vorgängen und Bezeichnungen. Es gelingt aber, wenn man die Psychologie dieser Traumsprache kennt, sie auszudeuten und die für das seelische Erleben des Patienten wichtigen Ereignisse, Wünsche, Enttäuschungen herauszulesen. In derselben Richtung können scheinbar gleichgültige Vorkommnisse des Alltags: Vergessen, kleine Mißgriffe und Irrtümer ausgedeutet werden. Das praktische Verfahren ist dann so, daß man sich von dem Patienten seine Träume oder irgendwelche Tageserlebnisse oder was ihm einfällt er-

zählen läßt und aus den „Symbolen“, welche für Freud und seine Anhänger die harmlosen Worte darstellen, die tief versteckten „Komplexe“, d. h. die krank machenden eigentlichen Vorstellungen, herausschält; eine große Rolle spielen dabei Sexualbegriffe, die sich hinter harmlosen Ausdrücken verstecken („Stock“, „Turm“, „Pistole“ für „Penis“); Freud hat in seiner Traumdeutung ein förmliches Lexikon ausgearbeitet.

Diese Theorie enthält tatsächliche Unrichtigkeiten und innere Widersprüche, die in der Literatur der letzten Zeit ausführlicher nachgewiesen wurden. Ihre praktische Anwendung ist vielfach bedenklich, besonders weil sich Unberufene (Pfarrer, Lehrer) darauf gestürzt haben und förmliche psychoanalytische Orgien mit Kindern und Erwachsenen treiben. Dabei wird in dem ohnehin psychisch labilen und haltlosen Menschen das so bedeutsame sexuelle Triebleben ständig aufgerührt und in Erregung gehalten; es wird unbedeutenden seelischen Erlebnissen eine unberechtigte Wertschätzung beigelegt und allmählich eine übertriebene Selbstbeobachtung gezüchtet, die bei der oft erwähnten egozentrischen Richtung im Denken und Fühlen des Neurotikers nicht gut ist. Endlich ist das Verfahren auch in der Hand des vorsichtigen Analysators ungeheuer zeitraubend, verlangt sehr viele Einzelkonsultationen des Patienten beim Arzt, weil die Analyse, die an keiner Kleinigkeit vorübergehen kann, nur langsam fortschreitet; deshalb spielt auch die Kostenfrage in den bis jetzt publizistisch gewordenen Psychoanalysen oft eine merkwürdige Rolle.

Das, was an der Freudschen Theorie von bleibendem Wert ist, ist der Hinweis darauf, daß die affektive Seite des psychischen Geschehens für die Erklärung mancher krankhaften Erscheinungen sehr wichtig ist, daß einzelne affektbetonte Erlebnisse oft sehr lange nachwirken und ihr Zusammenhang mit den momentan bestehenden psychoneurotischen Symptomen oft nicht gleich auf der Hand liegt; besonders gilt dies von sexuellen Erlebnissen, weil dieser mächtige Trieb mit sehr starken Affekten einhergeht und weil Kultur und Sitte seit Jahrhunderten eine Verschleierung dieser Vorgänge und Affekte fordern. Aber sicher ist es unrichtig, daß überall und bei jeder Neurose die Sexualität im Spiele ist.

Verständige Psychotherapeuten werden das psychoanalytische Verfahren in seiner reinen und ausschließlichen Form nicht anwenden; wo dies doch geschieht und damit Heilung in Aussicht gestellt wird, muß man die erheblichsten Bedenken haben und dem Patienten, der sich einem solchen Verfahren anvertrauen will, raten, erst bei einem als zuverlässig bekannten Nervenarzt Auskunft darüber und über die Persönlichkeit des Psychoanalysators einzuholen. Daß manchmal durch ein solches Verfahren auch „Heilungen“ erzielt werden, wo andere ärztliche Bemühungen versagten, beweist ebensowenig, wie die durch Kurpfuscher gelegentlich erreichten Erfolge bei hysterischen Zuständen. Daß der gewissen-

hafte Psychotherapeut auch auf verstecktere und ferner liegende seelische Erlebnisse und Regungen eingeht, ist in diesen Erörterungen wiederholt ausgeführt worden.

Wenn bei diesem Versuch, einige Gesichtspunkte der Psychotherapie zu zeigen, wiederholt von „Methoden“ die Rede war, so ist damit nicht gemeint, daß für die Behandlung der Neurosen oder nur einer einzelnen dieses oder jenes Verfahren ausschließlich am Platze ist. Gerade die Vielgestaltigkeit der Neurosen erfordert noch mehr als auf anderen ärztlichen Gebieten, daß man sich vor Einseitigkeiten bewahrt. Vielfach überschneiden sich die Wirkungskreise der einzelnen psychotherapeutischen Verfahren und können gar nicht streng voneinander getrennt werden. Die etwas künstliche Isolierung der einzelnen Methoden, die hier vorgenommen wurde, hatte nur den Zweck, die Grundzüge möglichst verständlich zu machen.

Unfallsneurosen.

Von Prof. Dr. O. Naegeli,

Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Tübingen.

A. Diagnostische Irrtümer und deren Verhütung.

Im Gebiet der Unfallsneurosen werden ärztliche Irrtümer immer noch außerordentlich oft begangen, hauptsächlich deshalb, weil die Prägung des Begriffes „traumatische Neurose“ verführerisch auf das Denken der Ärzte gewirkt und zu bequemen Diagnosen verleitet hat.

Nicht Unfallsneurose, sondern Nephritis interstitialis atherosclerotica.

44-jähriger Mann, früher nie Scharlach oder Diphtherie, nur hie und da Halsweh. Keine ernstliche Erkrankungen. Nie Nierenleiden. Vor 2 Jahren Unfall. Eine ca. 2 Zentner schwere Platte fiel ihm bei seiner Tätigkeit als Streckenaufseher der Eisenbahn auf den Kopf. „Unbedeutende Wunde,“ Arbeit nicht ausgesetzt und im Beruf fortgefahren nach Naht der ca 2 cm langen Hautwunde. Nicht bewußtlos gewesen, nur schwarz vor den Augen. Der Unfall ist angemeldet und der Hergang von den Beamten der Versicherung aufgenommen worden. Seit dem Unfall hat er Kopfweh, das ab und zu stärker wird, so daß er von Zeit zu Zeit 8—10 Tage zu Hause bleibt und den Arzt ruft. Dieses Kopfweh sei vor dem Unfall „absolut nicht aufgetreten.“ Es zeigt sich gerade unter dem Schädeldach in der Umgebung der Verletzung (!). Der Kopf ist seit dem Unfall nicht klar, immer ein „Brummschädel“, „schwindlig.“ Der Beruf falle schwerer. Es zeigt sich immer mehr eine Vergeßlichkeit, besonders für kleine Aufträge, so daß daraus Unannehmlichkeiten entstehen. Auch das war vor dem Unfall nicht aufgetreten.

Im Gemüt ist er nicht mehr froh und immer gedrückt. Der Schlaf ist seit dem Unfall schlechter, hält bloß 2—3 Stunden an. Der Appetit ist gut. Gesicht und Gehör sehr gut. Nie Erbrechen. Stuhl regelmäßig.

Befund: Psychisches Benehmen normal, ruhig, vernünftig, durchaus nicht Wortschwall oder Querulieren. Eine Forderung hat der Mann bisher nicht gestellt und will auch keine stellen! (ob wegen Verjährung??). Von Übertreibung keine Rede. Die Klagen machen durchaus glaubwürdigen Eindruck und sind erheblich. Der Entscheid, daß keine Unfallsfolge vorliege, wird vollkommen ruhig im Vertrauen auf die eingehende Untersuchung hingenommen. Am Schädel nahe des Scheitels rechts kleine Hautnarbe, unempfindlich, gut verschieblich. Pupillen reagieren gut und prompt. Augenhintergrund normal. Zunge etwas belegt. Keine Drüsen. Abmagerung 12 Pfund seit dem Unfall. Herzgrenzen normal. Töne nirgends abnorm laut, rein. Aktion regelmäßig, 84. Gefäße dick, leicht geschlängelte Radialis, viel stärker die besonders harte Brachialis. Die 4 Fußpulse abnorm gut fühlbar. Röntgenbefund: deutliche Erweiterung des linken Ventrikels.

Lunge und Unterleibsorgane ohne besondern Befund. Urin reichlich, er müsse oft nachts 2—3 mal aufstehen. Am Tage sehr viel weniger Harn. Harn

enthält deutliche Spur Eiweiß, keine Zylinder, Zucker 0. Diazo- und Benzaldehydreaktion negativ. Blutdruck oszillat. 200 mm. Hg. palpator. 195 mm Hg.

Motilität normal. Sensibilität intakt. Auf alle Proben ganz prompte Antworten für alle Qualitäten. Patellarreflexe zuerst sehr stark, nach einigen wiederholten Schlägen aber normal stark. Ganz gleiche Achillessehnenreflexe. Reflexe von Babinski, Oppenheim, Bechterew negativ. Kitzelreflexe der Fußsohlen stark. Bauchdeckenreflexe alle deutlich ausgesprochen. Romberg 0. Etwas Tremor.

Dynamometerwerte rechts stets zwischen 60 und 70, links zwischen 30 und 55. Agonisten-Antagonistenprobe in allen zahlreichen Versuchen überall vollständig normal.

In dieser Beobachtung, die einen absolut zuverlässigen, in keiner Weise zur Übertreibung neigenden Mann betrifft, könnte eine Unmenge „neurotischer“ Beschwerden als Unfallsfolgen im Sinne einer traumatischen Neurose mit allmählicher Entwicklung gedeutet werden. Die Spur Eiweiß braucht an sich bei Bestehen von etwas verdickten Gefäßen noch kein Gegengrund zu sein, aber die Messung des Blutdruckes mit sehr hohen Werten und das sichere Zeichen der Nykturie fallen von vornherein mit allen andern Befunden durchaus entscheidend aus.

Wenn nun der Mann von Haus aus Anlagen für hysterische Reaktionen gehabt hätte, so würden diese sicher auf dem Boden der organischen Affektion (Nephritis) eine lebhafte Entwicklung erfahren haben, unter Umständen auch ohne Unfall, so aber dann ganz besonders stark. Bei einem zu Rentensucht neigenden Menschen wäre natürlich der Boden Unfall und allmählich stärker auftretende Nephritis außerordentlich günstig gewesen. Eine Beeinflussung der sicherlich seit Jahren bestehenden Nephritis durch den Unfall halte ich für ausgeschlossen und absolut nicht nachweisbar.

Wie wenig Suggestion von außen dürfte aber genügen, um auf solcher Grundlage das zu erzeugen, was hier fehlt: eine Neurose? Also rein äußerliche Umstände, nicht innere Faktoren würden die „traumatische Neurose“ hier entstehen lassen.

Die Beziehung aller Erscheinungen auf den Unfall erklärt sich aus dem so außerordentlich starken Drang aller Patienten, eine Ursache für ihre Leiden zu finden.

In dem Gebiet der Unfallsneurosen werden gewöhnlich vier streng zu scheidende Zustände immer noch zusammengeworfen:

a) die Kommutationsneurosen, Encephalitis posttraumatica. Hier liegen keine Neurosen, sondern organische Veränderungen vor, besonders mit deutlicher Abnahme der geistigen Fähigkeiten. Gewöhnlich bieten diese Patienten ein ruhiges, durchaus nicht erregtes Wesen, zeigen keine Übertreibung, haben namentlich Kopfweh und Schwindel, sind rasch ermüdbar, besonders nach geistiger Arbeit, können sich nicht konzentrieren und bieten viele Ausfallserscheinungen der geistigen Leistung gegenüber früher.

b) Schreckneurosen. Nach einem schreckhaften Erlebnis beherrscht der Affekt das Bild, verschwindet nicht, sondern gestaltet die Neurose gewöhnlich noch weiter. Bei Unversicherten aber erfolgt regelmäßig in recht kurzen Tagen oder Wochen Heilung. Der Verlauf wird nur dann ungünstig, wenn Nervosität schon von früher her vorgelegen hat, oder wenn Psychopathie mitspielt. Ein Teil der Schreckneurosen gehört ins Gebiet der Hysterie, aber nicht alle zählen hierher.

c) Hysteriephasen. Typisch hysterische Störungen, meist sehr rasch nach dem Unfall auftretend. Bei Unversicherten gutartiger Verlauf, rasches Verschwinden aller Erscheinungen in der Regel, wenn nicht Nervosität oder Psychopathie mitspielt.

d) Eigentliche Unfallsneurosen. Artefakte der Gesetzgebung und der menschlichen Begehrlichkeit, nicht selten kompliziert und verschlimmert durch angeborene Nervosität, durch Psychopathie oder geistige Schwäche.

Hier bestehen im Anfang gewöhnlich sehr geringe Störungen, die aber mit der Zeit nicht zurückgehen, sondern im Gegenteil zunehmen, so daß später immer stärkere Beschwerden geklagt werden, vor allem Kopfweh, Schwindel, allerlei Schmerzen, Appetit und Schlafstörung, Müdigkeit, rasche Erschöpfung und Störungen der Sinnesorgane. Mit der Behandlung zieht sich die Sache in die Länge; nie wird ein Erfolg zugegeben, sondern stets nur ein Gleichbleiben oder eine Verschlimmerung geklagt. Allmählich treten immer deutlicher Begehrungsvorstellungen hervor. Übertreibung ist ungeheuer häufig, oft sehr stark, Simulation nicht selten. Bewußt oder unbewußt wird das Krankheitsbild verschärft. Alles zugunsten einer hohen Entschädigung sprechende wird herangezogen. Fast immer wird die Stimmung mürrisch, verbittert, rechthaberisch, unbelehrbar, querulierend.

Bei Rentenerledigung gehört eine zugegebene Besserung zu den allergrößten Seltenheiten, vielmehr wird auch nach langen Jahren immer noch über Verschlimmerung geklagt. Ständige Berufungen gegen die ärztlichen und gerichtlichen Entscheide.

Bei Kapitalabfindung oft sofortige, stets aber sehr rasche Besserung und Wiederaufnahme der früheren Arbeit in vollem Umfang. Diese Arbeit wird in den folgenden Jahren nach der Erledigung mit Vollohn und oft mit steigendem Lohn durchgeführt.

I. Geringfügige Beschwerden sind nicht sogleich als Unfallsneurosen zu bezeichnen.

Zunächst wäre wohl zu betonen, daß viele Ärzte in der Begriffsfassung Unfallneurose an sich schon zu weit gehen und gelegentlich Kopfweh, leichte Schmerzen und andere vieldeutige Erscheinungen mit großer Bereitwilligkeit auf einen Unfall beziehen, selbst dann, wenn dieser nur äußerst geringfügig gewesen war und bei Nichtversicherten ohne jede weitere Folgen abgelaufen wäre. Es ist eben die Tatsache des Versichertseins, die zunächst in ganz begreiflicher Weise die Aufmerksamkeit auf mögliche schädliche Folgen lenkt. Dann aber vor allem der Wunsch der Versicherten, jetzt endlich einmal für das schöne, so lange Zeit einbezahlte Geld auch wieder etwas zurückzubekommen. Diesem

Streben geben manche Ärzte zu sehr nach, zum Teil aus Abhängigkeit gegenüber den Kassenmitgliedern, zum andern Teil, weil sie durch die Kassen zu einer bestimmten Diagnose geleitet werden, auch bei Erscheinungen, die man an sich kaum als Krankheit bezeichnen kann. Hier gibt der frühere Oppenheimsche Begriff der traumatischen Neurose den bequemen Ausweg zu einer formulierten Diagnose.

Es wäre aber meines Erachtens hohe Zeit, daß für einige kleine Beschwerden, wie sie auch im gewöhnlichen Leben wohl bei jedem ab und zu vorkommen, nicht sofort eine wissenschaftliche Diagnose heraufbeschworen wird; das heißt sonst belanglose Sachen künstlich großzüchten und allmählich Begehren wecken.

Vielfach sind ja die ursächlichen Beziehungen zwischen Unfall und solchen kleinen Unbequemlichkeiten in keiner Weise sicher und können auch durch die gründlichste wissenschaftliche Untersuchung nicht sicherer gemacht werden.

Endogene Nervosität. Schädliche Hitzewirkung. Die Kopfschmerzen werden als Occipitalneuralgie und als Unfallsfolge erklärt. Allmählich Verzicht auf jede Arbeit. Andauernde [galvanische] Intensivbehandlung jahraus, jahrein. In 7 Jahren nicht der geringste Erfolg. —

43jähriger Mann. Starke Bestrahlung des Kopfes durch eine zu nahe angebrachte Gaslampe während der Tätigkeit als Orchestermittglied in der Zeit vom 26. IX. bis 20. X. 1908. Im ganzen hat diese Lampe 15 mal eingewirkt. Auftreten von heftigen Hinterkopfschmerzen und Ohrgeräuschen. Der erste behandelnde Arzt nimmt Occipitalneuralgie und Heilung in 14 Tagen an. Heilung wird aber nicht erreicht trotz langdauernder Behandlung. Eine Begutachtung von 1909 anerkennt den Zusammenhang zwischen der Wärmeeinwirkung und der die Berufstätigkeit fast unmöglich machenden Neuralgie. Keine bewußte Übertreibung, aber etwas nervöser Mann. Psychogene Momente spielen bei dem Leiden stark mit. —

Der Mann zieht sich im Genuß der Vollrente allmählich von jeder Arbeit zurück, besorgt nur noch einen kleinen Garten und läßt sich jahraus, jahrein fast täglich galvanisieren; von Heilung natürlich keine Spur, ebensowenig von Aufnahme irgend einer Arbeit. Schließlich vollständige Pensionierung 1914.

Eigene Begutachtung 1915. Klagen: Die bohrenden Schmerzen im Nacken sind noch genau gleich wie 1908, eigentliches Kopfweg nie vorhanden, schlechter Schlaf, seelisch nicht bedrückt, aber gegen Wein und Bier empfindlicher als früher. Appetit sehr gut, „im übrigen bin ich mit meinem sonstigen körperlichen Zustand sehr zufrieden.“

Befund: 180 cm groß, sehr kräftig, muskelstark, bedeutendes Fettpolster. Gewicht 184 Pfund, keine körperlichen Veränderungen, nur mäßig erhöhter Blutdruck. Die schmerzhaften Stellen am Hinterhaupt entsprechen nicht den Occipitalnerven, sondern sind ganz unregelmäßig verteilt und stark von der Aufmerksamkeit abhängig, so daß sie bei Ablenkung garnicht empfindlich sind. Die Nervenstämme selbst sind nicht druckempfindlich. Alle Proben auf Zuverlässigkeit ergeben gute Resultate, keine Neigung zu bewußter Übertreibung. Psychisch ganz ruhige Stimmung, nie schmerzhafter Gesichtsausdruck. Nie gereizt, nie rechthaberisch. Bei Kontrolle des Schlafes erweist sich der Schlaf bei Prüfung jede Stunde als ganz ausgezeichnet; auch das Einschlafen erfolgt sehr rasch.

Ohrenuntersuchung durch Spezialarzt: Alte Trommelfellnarbe, sonst alles normal. Die Gehörsstörungen können nur psychogen erklärt werden. Gutachten: Durch Vollrente völlig initiativlos gewordener Mann. Vorschlag einer definitiven Erledigung unter der Annahme von 50% Erwerbseinbuße für 3 Jahre. Diese letztere hohe Schätzung wird nur deshalb gemacht, weil der Mann durch die Schuld der Ärzte 7 Jahre lang von aller Arbeit ferngehalten wurde (253 mal galvanisiert im Jahre 1914!).

II. Manche Folgen von Schädelverletzungen sind als organische Affektionen und nicht als Unfallsneurosen zu bezeichnen.

Die schweren Folgeerscheinungen von Hirnerschütterungen und Schädelbrüchen sind nicht als Neurosen, mithin auch nicht als Unfallsneurosen bezeichnen. Hier handelt es sich in einem erheblichen Teil der Fälle um organische Hirnschädigungen, traumatische Encephalitiden, besonders bei einem Gehirn, das nicht mehr jung und rüstig ist. Leicht fällt hier die Scheidung dann, wenn deutliche Herdsymptome einer Hirn- oder einer Nervenschädigung vorhanden sind, z. B. basale Nervenlähmungen. Es ist aber nicht ganz selten, daß sogar solche für die Schwere des Unfalls so wichtige Zeichen übersehen werden. Ohne eine genaue ohrenärztliche Untersuchung ist auch die nach Schädelverletzungen häufige organische Schädigung des inneren Ohres nicht zu beweisen. Die größten Schwierigkeiten bieten jedoch jene Fälle, in denen scheinbar nur neurasthenische allgemeine Klagen nach der Schädelverletzung zurückbleiben. Hier ist zuweilen eine sichere Scheidung zwischen Organischem und Funktionellem nicht möglich; aber in einer nicht kleinen Zahl von Beobachtungen gelingt dem erfahrenen Untersucher doch die Trennung von „neurasthenischem“ Kopfweh und Schwindel gegenüber organischen, durch Hirnverletzung bedingten Erscheinungen symptomatologisch ähnlicher Art. Freilich ist es weniger die neurologische Untersuchung, als die psychologische Prüfung der gesamten Persönlichkeit, die hier zum Ziele führt.

Traumatische Encephalitis, keine Unfallsneurose, keine Neurasthenie.

61 jähriger Mann. Unfall vor 3½ Jahren (Mai 1913). Als er in einer Grube war, fiel ihm ein 9 Pfund schwerer Backstein auf den rechten Hinterkopf aus 3 Meter Höhe. Sofortige Bewußtlosigkeit von mehreren Stunden. Fehlende Erinnerung an den Unfall und den darauf folgenden Tag; erst vom zweitfolgenden Tag an kann er sich wieder erinnern. Gleich nach dem Erwachen heftige Kopfschmerzen, Schwindel, außerdem vielfaches Erbrechen.

Die meisten dieser Beschwerden besserten sich in der Folgezeit nur wenig, der Gang blieb unsicher, es zeigte sich große Gedächtnisschwäche und starke Abnahme der geistigen Fähigkeiten gegenüber früher.

Verschiedene Begutachtungen:

1. Begutachtung: Sept. 1913: Es finden sich Störungen ohne objektiven Befund, wie so oft nach Kopfverletzungen. Ob sie rein funktionell sind oder ob feinste molekuläre Veränderungen vorliegen, ist nicht erwiesen, aber für die praktische

Beurteilung gleichgültig. Psychisch ruhig, anständig, keine Übertreibung, Bestreben von den Beschwerden loszukommen, aber der Gedanke an seine Unfähigkeit für den Beruf lastet drückend auf dem Mann. Taxation 60%.

3. Begutachtung Juli 1914: Leichte Dermographie, Abschwächung der Sehnenreflexe, Stimmung leicht gedrückt. Es sind rein nervöse Erscheinungen, sogenannte traumatische Neurasthenie. Eine Erhöhung der Rente ist im eigenen Interesse des Kranken zu vermeiden, sonst werden die subjektiven Beschwerden immer stärker.

5. Begutachtung Mai 1915. Klagen: Die gleichen wie oben. Der Befund enthält fast nur neurologische Kleinigkeiten (Reflexe, Hautröten u. dergl.). Psychisch wird festgestellt: etwas verlangsamter Gedankenablauf, sonst nichts Abnormes. Gutachten: Die Klagen sind rein subjektiv ohne objektiv nachweisbare Veränderungen. Der Mann sollte genau beobachtet werden in bezug auf seine Leistungsfähigkeit zu Hause.

Eigene Beobachtung Okt. 1916. Klagen:

1. Große Abnahme des Gedächtnisses, so daß er wegen geistiger Schwäche schon vor dem Kriege das Geschäft aufgeben mußte.
2. Abnahme der geistigen Fähigkeiten: Rechnen, Schreiben, Überlegen geht nur noch schwer und unsicher und führt zu großer Erschöpfung.
3. Abnahme der Initiative und Spannkraft.
4. Kopfweh ununterbrochen „ohne Ende“, auf jede Mehrarbeit ganz besonders stark.
5. Sprache gestört, stockend, ohne Fluß, energielos, jeden Augenblick anstoßend.
6. Große Reizbarkeit gegen Kleinigkeiten und Hängenbleiben an kleinen Mißstimmungen den ganzen Tag.
7. Deprimiertes verzagendes Gemüt, nie mehr froh und heiter, erhebliche Gewichtsabnahme. Dagegen werden Schlaf und Appetit als gut bezeichnet, über Ohr und Auge klagt er nicht, und auch am Körper außer dem Kopfe habe er keine Beschwerden.

Befund: Geistig schwacher, gedrückter, apathischer Mann. Benehmen sehr aufrichtig, hält sich genau an die Wahrheit, wie ich aus zahlreichen Proben erfahren habe. Geradezu peinlich vermeidet er jede Übertreibung, z. B. über den Unfall. Von vielem sagt er sofort, er wisse es nicht, er meine so.

Sprache: Schwer geschädigt, monoton, schwerfällig, ganz energielos, sehr starkes Anstoßen und Wiederholen.

Gesichtsausdruck matt, schlaff, energielos, deprimiert. Geistige Kraft sehr reduziert: Schreiben geht zwar geordnet, sauber und gut disponiert er braucht aber längere Notizen vorher und zur Niederschrift sehr viel, ganz ungewöhnlich viel Zeit. Einfachere Rechnungen werden zwar rasch gelöst, aber bei längeren Reihen fehlt ihm sofort die Übersicht und findet er sich schwer zurecht. Initiative fehlt in allem, besonders aber in geschäftlichen Fragen. Auffälliges Fehlen der Affekte bei guter Logik. Selbst bei schwerwiegenden Fragen, z. B. ob seine Rente nicht zu hoch sei, bemerkt man nur ein großes Erstaunen und eine Verlegenheit, aber keinerlei tiefen Affekt. Auffassungskraft stark eingeschränkt bei gutem Gedächtnis für die weitere Vergangenheit, aber sehr schlechter Erinnerung für die letzte Zeit. Insbesondere macht es große Mühe, Namen und Daten herauszubekommen. Dabei zeigt sich große Verlegenheit in Mienen und Gebärden, z. B. wenn er den Namen Hindenburg nicht findet. Von Wortschwall keine Spur. Pat. ist sogar über seine Entschädigungssache schlecht unterrichtet. Also geistig außerordentlich geschädigter Mann ohne alle Energie und Tatkraft.

Körperlich erhebliche Abnahme des Gewichtes, 15–20 Pfund. Deutliche Zeichen einer linksseitigen Lähmung des Gesichtsnerven, dem Trauma rechts am Kopf

entsprechend. Starke Klopfempfindlichkeit und Hyperästhesie der r., weniger der l. Kopfhälfte. Gehör: Prüfung des Gleichgewichtssinnes: auffällig lang dauernder Nystagmus. Überreizung des N. vestibularis, und zwar zentraler Natur. Starker Drehschwindel; aber kein Schwindel bei langem Bücken nach vorn. Augen: normale Befunde. Sensibilität: alle Angaben ganz prompt. Reflexe an den Beinen auffällig schwach. Keine krankhaften Reflexe. Perimeter: normale Angaben und prompt. Puls langsam, meist unter 60—57. Blutdruck 125 mm normal. Herz: völlig normal. Die eingehendste Prüfung auf Atherosklerose läßt diese ganz ausschließen. Alle Proben auf Zuverlässigkeit besteht Pat. tadellos.

Gutachten: K. leidet an sehr beträchtlicher Geistesschwäche, die eine durchaus sichere Folge einer schweren Hirnschädigung ist, von der jetzt noch viele Folgezustände nachweisbar sind. Das Leiden ist hochgradig und schließt jede ernstere geistige Tätigkeit aus. Die Erwerbseinbuße ist auf 80% anzusetzen, niedrig bemessen. Eine Besserung ist gänzlich ausgeschlossen.

So sehr ich in allen Fällen von sogenannter Unfallsneurose geringe Taxation einsetze und die meisten Leute völlig abweise, so stark muß ich in einem Falle wie hier auf die weitestgehende Entschädigung dringen.

Meine Untersuchung hatte also eine große Zahl von Befunden erhoben, die objektiven Wert beanspruchen dürfen, vor allem die Gedächtnisstörung, die fehlende Konzentrationsfähigkeit, das Fehlen der Affekte, die sichere Abnahme der Gedächtniskraft, die schwere Schädigung der Sprache usw.

Es war ein schwerer Irrtum gewesen, hier von bloß funktionellen und nicht objektiven Befunden zu reden. Zu Neurasthenie und zu „Unfallsneurose“ hatte das Leiden gar keine Beziehung und stellte sich sofort als ganz verschieden davon heraus.

III. Trennung früherer, bereits vor dem Unfall bestehender Leiden von Unfallsneurosen.

Nicht selten sind Unfallverletzte schon vor dem Unfall nicht völlig gesund gewesen und haben an neurasthenischen Störungen gelitten. Die Angaben, daß seit dem Unfall eine Verschlimmerung eingetreten wäre, kann vielfach überhaupt nicht, oder in andern Fällen nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Auch hier ist das psychologische Eindringen in die gesamte Persönlichkeit und der gesamte psychische Befund von ausschlaggebender Bedeutung und nicht das einzelne Symptom. Untersuchungen über die Zuverlässigkeit der Patienten werden bei günstigem Ausfall der Proben den Glauben an die Aussagen verstärken. Leichter fällt gelegentlich der Nachweis früherer organischer Erkrankung als Ursache von allgemeinen oder örtlichen Beschwerden, und darum ist eine sorgfältige Untersuchung bald nach dem Unfall besonders wichtig.

Folgende Erkrankungen kommen hier am meisten in Betracht als bereits vor dem Unfall bestehende Leiden und erklären zur Genüge die erst nach dem Unfallereignis aufgetretenen allgemeinen und besonders auch nervösen Beschwerden:

1. Nephritis interstitialis atherosclerotica. Ich habe oben S. 56 ein außerordentlich klares Beispiel vorgebracht, in dem der hohe

Blutdruck und die seit langer Zeit andauernde Nykturie den Ausschlag gegeben haben. Wie selten wird aber leider heute noch der Unfallpatient auf Blutdruck untersucht, und wie selten wird nach Nykturie gefragt.

Im Zweifelsfalle wird bei interstitieller Nephritis auch eine Röntgenuntersuchung zur Feststellung eines Herzens mit starker Verbreiterung nach links wertvolle Anhaltspunkte geben und damit auch besonders sinnfällig die schon lange Dauer der Krankheit belegen. Wiederholte Untersuchungen auf Eiweiß und Zylinder, auch wenn die ersten Untersuchungen zunächst negativ ausgefallen sind, sind besonders dringend nötig.

2. Lues. Bei der großen Verbreitungluetischer Leiden darf eine frühereluetische Erkrankung nicht sofort als Ursache von posttraumatischen Erscheinungen angesprochen werden. Auch eine positive Wassermannsche Reaktion ist an sich noch kein Beweismittel, aber der vorwiegend radiologisch zu führende Nachweis einer Aortitisluetica, das Auftreten bestimmter Kopfschmerzen im Sinne der Dolores osteocopi, eine Nieren- oder Leberschrumpfung (positive Benzaldehydreaktion auf Urobilinogen) könnten im Verein mit anamnestischen Angaben allgemeine Beschwerden, wie Kopfweh, leichten Schwindel, Mattigkeit, Unlust zur Arbeit, Abnahme der Kraft und des Körpergewichts, vollständig aufklären.

3. Tabak- und Nikotinvergiftungen, vor allem aber auch chronischer Alkoholismus müssen bei der Annahme einer reinen Unfallsneurose ausgeschlossen sein. Auch hier ist die Beweisführung nicht leicht, zumal die Kranken alles Interesse an der Dissimulation früherer Leiden haben und die Angehörigen und Mitarbeiter für sie Partei ergreifen. Sehr zu beachten ist aber, daß auch der größte Ehrenmann in diesen Fragen dem Arzt gegenüber, selbst wenn gar keine finanziellen Interessen mitspielen, die Wahrheit stark zu unterdrücken pflegt. Vielfach erhält man zwar ein Geständnis der Verfehlungen in früherer Zeit, aber für die Gegenwart wird höchst selten in diesen Fragen irgend etwas zugestanden.

Von besonderer Bedeutung sind die hier in Rede stehenden Intoxikationen für Beschwerden und Befunde an Herz und Gefäßen.

4. Vorgeschrittene oder ausgedehnte Atherosklerosen. Genaue Prüfung aller der Palpation zugänglichen Gefäße, besonders auch Vergleiche an den Fußpulsen, Röntgenaufnahmen der großen Gefäße und des Herzens können hier wegleitend sein.

5. Magen- und Darmleiden sind garnicht selten die wirklichen Ursachen von Kopfweh und Schwindel, Abmagerung und Mattigkeit, die angeblich erst nach kleinen Unfällen aufgetreten seien. Eine genaue klinische Beobachtung wird aber die Bedeutung dieser schon von früher

her stammenden Leiden in der Differentialdiagnose oft nachweisen können.

6. Nicht selten habe ich verkannte Herzfehler als die wirkliche Ursache von angeblichen Unfallsneurosen gesehen. Hier steht, abgesehen von Erkrankungen des Aortenbogens und der Koronargefäße, die Mitralstenose obenan. Sie wird fast regelmäßig vom praktischen Arzt verkannt, weil perkutorisch eine Erweiterung des Herzens fehlt oder gering ist, ein Geräusch völlig ausbleiben kann oder wegen seiner kurzen Dauer leicht überhört wird, und auch der Herzstoß nicht hebend und resistent ausfällt.

7. Schließlich kommen naturgemäß noch mancherlei Verkennungen organischer Leiden vor. Eine Aufzählung all dessen, was hier in den Kreis des Möglichen hineinfällt, kann nicht in Betracht kommen. Die Literatur enthält u. a. einige Beispiele verkannter Hirntumoren an Stelle der diagnostizierten Unfallsneurose, einmal auch *Cysticercus* als Ursache der andauernden Kopfschmerzen.

IV. Schreckneurosen werden irrtümlich als Unfallsneurosen im engeren Sinn angenommen.

Die Schreckneurosen bieten in manchen Fällen ein besonderes Krankheitsbild, indem der Affekt auch durch die Zeit nicht abgeschwächt, sondern gesteigert und in krankhafter Weise weiter tätig ist und so in dem Krankheitsbild stets neue Züge malt. Der Schreck beherrscht also das Psychische des Patienten ganz und steht im Vordergrund aller Erscheinungen. Körperlich finden sich vielfach, aber durchaus nicht immer Schweiß, Magen-Darmstörungen, vasomotorische Erscheinungen, namentlich auch Beschwerden und krankhafte Erscheinungen von seiten des Herzens. Es besteht auch eine ausgesprochene Neigung zu hohen Pulszahlen schon nach geringfügiger Erregung oder nach Arbeit.

Vielfach gehört die Schreckneurose zur Hysterie, aber nicht ausnahmslos. Wenn ein energischer, tatkräftiger Mann, der sein ganzes Leben hindurch nie irgendwelche hysterische Züge geboten hat, unter dem überwältigenden Eindruck eines schweren Unglückes eine Zeitlang keinen Schlaf findet, aufgeregt ist und zittert, sich zur Arbeit nicht aufraffen kann, so hat man noch keinen Grund, den so oft mißbrauchten Begriff der Hysterie hier heranzuziehen. Solche Schreckneurosen sind aber nach der allgemeinen Erfahrung bei Unversicherten nicht hoch einzuschätzen und klingen regelmäßig rasch und dauernd ab.

V. Es bleiben jetzt nach Ausschaltung der vorstehenden Gruppen zwei klinische und symptomatologisch scharf zu trennende Unfallsneurosen übrig.

1. **Die Unfallhysterie als akute Hysteriephase** nach einem Unfall. Gewöhnlich handelt es sich um von vornherein disponierte oder schon früher nervenkrankte Leute. Wir müssen aber zugeben, daß übermächtige seelische Ereignisse hysterische Reaktionen auch bei anscheinend Gesunden hervorrufen können.

In dieser Gruppe von Unfallsneurosen sehen wir die schweren Motilitätsstörungen, Paresen und Lähmungen, Kontrakturen einzelner Glieder, Stottern, Aphonie, Mutismus, hysterischen Stupor, hysterische Abulie, viele Formen des Zitterns, schwere Störungen des Ganges und der Körperhaltung, dazu gelegentlich auch Sensibilitätsstörungen. Das wichtigste ist das Gesamtbild der psychischen Persönlichkeit.

2. **Die eigentlichen Unfallsneurosen, meistens Begehrungsneurosen** (wenn auch nicht ausschließlich), die aus kleinen nervösen Anfängen heraus langsam sich weiter entwickeln, durch Eigen- und Fremdsuggestion sich steigern, bei denen die Kranken zu verbissenen, verärgerten, die Arbeit allmählich gänzlich meidenden Leuten gemacht werden. Begehrungsvorstellungen sind mitunter unterbewußt, gewöhnlich aber stark bewußt und spielen die entscheidende Rolle. Vor definitiver Entscheidung über die Folgen des Unfalls kommt eine Besserung so gut wie nie vor. Charakteristisch ist die Schilderung einer ständigen Verschlimmerung und das Fehlen jeder Besserung.

Die Scheidung dieser zwei Formen ist insofern von erheblicher Bedeutung, als bei der Gruppe 1 (Hysteriephasen) ein böser Wille, oder ein bewußtes oder gewolltes Verschlimmern des Krankheitsbildes wenigstens am Anfang als ausgeschlossen zu betrachten ist. Dagegen ist in der Gruppe 2 in der Mehrzahl der Fälle eine mehr oder weniger bewußte Absicht auf Gewinn meistens das führende Moment.

Unfallsneurose, ständig schlimmer, schließlich stärkste Simulation.

27 jähriger Steinhauer mit Verletzung an der Stirn (1906) durch fallende Fensterbank. Schürfung der Kopfhaut an der Stirn und im Gesicht, keine Bewußtseinsstörung. Nimmt nach 5 Wochen die Arbeit wieder auf, arbeitet wie vor dem Unfall und mit gleichem Lohn. Geht dann später aufs Land und verlangt Entschädigung. Klagen 1907: Müdigkeit, Appetitlosigkeit, schlechter Schlaf, schlechte Verdauung, Schmerzen in Armen, Schultern und Rücken. Kopfwahl in der Narbengegend. Gehen von 2—3 Stunden fälle schwer.

Im Laufe der folgenden Jahre bis 1915 ständig zunehmende Beschwerden unter der Behauptung, die Steinhauerarbeit sei ihm unmöglich. Trotzdem wird diese Arbeit jahraus, jahrein bei vollem Lohn besorgt, und zwar wird der Volllohn nach Versicherung des Meisters wegen der tüchtigen Arbeitsleistung gegeben.

In den späteren Jahren gehen die Klagen immer weiter, sie lauten jetzt auch auf Zittern (erst seit 1912), auf Schwindel, auf Schwindelanfälle (erst von 1915 an). Die Befunde von 1907 bis 1915 lauten in bezug auf den psychischen Befund anfänglich auf fehlende und geringe Störungen, dann aber allmählich auf immer stärkere Depression. Körperlich werden von 1907 bis 1915 nur leichte „neurasthenische“

Störungen verzeichnet, später dann Lidflattern, Dermographie, Klopfempfindlichkeit, vorübergehend auch Sensibilitätsstörungen. Die Diagnosen lauten auf Unfallsneurose oder Unfallschizophrenie. Schätzung 1907 50%, Erwerbseinbuße, später 30%, dann 20%.

Bei eigener Untersuchung 1915: Zweifellose Simulation, Benehmen sehr ruhig, zurückhaltend, nie aufgereggt, will sich nichts vergeben. Alle Zuverlässigkeitsprüfungen fallen sehr ungünstig aus. Körperlich nichts Besonderes. Nachforschungen über die Erwerbsfähigkeit ergeben wie oben geschildert Vollohn seit vielen Jahren durch tüchtige Arbeitsleistung. Abweisung als Simulation.

V. Symptome der Unfallsneurosen.

Der große Irrtum, der in der Diagnostik der Unfallsneurosen bei fehlenden typisch hysterischen Erscheinungen begangen wird, besteht darin, daß viele Ärzte glauben, durch den Nachweis von Reflexsteigerungen an den Sehnen, durch Erloschensein von Hautreflexen, durch etwas ausgesprochenes Nachröten der Haut auf mechanische Reize (Dermographie) und durch leichte Pulsbeschleunigung den Beweis einer Neurose geführt zu haben und auf diese Entdeckung mit der Zusprechung von 50- und höher prozentigen Renten reagieren. Derartige Befunde sind aber sowohl an sich einzeln, wie auch in ihrer Gesamtheit belanglos und kommen bei vollkommen gesunden Leuten in der Sprechstunde sehr häufig vor. Mein Schüler Fein hat das in ganz überzeugender Weise unter meiner Leitung bei Leuten der Sprechstunde mit ganz unbedeutenden körperlichen Erkrankungen und namentlich auch bei gesunden Soldaten und Studenten bewiesen. Selbst kleine Sensibilitätsstörungen sind an sich völlig wertlos und entstehen gewöhnlich nur durch ärztliche Suggestion und durch eifriges Suchen von seiten des Arztes. Auch diese Störung wird bei den systematischen Untersuchungen an Gesunden durchaus nicht selten und oft schon bei der ersten Prüfung entdeckt, bei weiteren intensiven Untersuchungen aber erst recht häufig.

Auf dem Boden einer solchen Beweisführung ist es durchaus leicht, fast jeden gesunden Mann als nervös hinzustellen. Ganz besonders leicht wird aber die Sache durch das halb unbewußte, halb bewußte Entgegenkommen derjenigen, die sich einer Untersuchung unterziehen müssen, aus der sie finanzielle Vorteile erwarten. Diese Art einer neurologischen Begutachtung auf Grund einiger kleiner Befunde ist bisher so üblich gewesen und ist zu einem derartigen Unfug geworden (ein anderer Ausdruck kann nicht gebraucht werden), daß sogar das Reichsversicherungsamt in neuerer Zeit solche Gutachten als nicht beweisend zurückgewiesen hat. Auch eine ganze Reihe weiterer, in vielen Gutachten als Hauptstützpunkt dienender neurologischer Zeichen hat keinen oder doch nur sehr beschränkten Wert. So können höchstens konstante höhere Pulszahlen irgendwie in Betracht kommen. Selbst Pulszahlen

von 120 und mehr sind nicht selten nur während der Untersuchung des Arztes vorhanden und verschwinden nachher sofort. Die Krankenschwester findet bald ganz normale Werte. Auch bei der Berufsarbeit fehlen diese durch rein psychische Einstellung entstandenen Pulssteigerungen gewöhnlich ganz. Unregelmäßige Schlagfolge des Herzens ist auch bei voll arbeitenden Leuten nicht selten und kein für Neurose oder gar für Erwerbseinbuße zeugendes Zeichen, wenn die Unregelmäßigkeit nur eine respiratorische Arythmie (Zunahme mit dem Einatmen, Langsamerwerden mit dem Ausatmen) oder eine in der Jugend häufige und harmlose Extrasystolie darstellt. Pulszunahme auf Druck an angeblich schmerzhaften Stellen (Mannkopffsches Zeichen) und Pupillenerweiterung ist nicht sicher für Schmerz beweisend, weil beide Veränderungen schon vor dem Druck auf die angeblich empfindlichen Stellen entstehen können und nur durch die Erwartungsspannung rein psychisch bedingt sind. Auch der Nachweis gewisser Druckpunkte ist äußerst kritisch zu bewerten. Charcotsche Druckpunkte der Hysterie sind Kunstprodukte der ärztlichen Untersuchung. Bei Hysterie kann jeder beliebige Punkt unter dem Einfluß von Vorstellungen empfindlich sein. Die früher so außerordentlich überschätzte Einschränkung des Gesichtsfeldes ist fast ausnahmslos ohne jeden Wert und entsteht meist durch die gewollt ungenügende Aufmerksamkeit des zu Untersuchenden. Läßt man sich den bösen Willen solcher Leute nicht einfach gefallen, so sind rasch normale Verhältnisse des Gesichtsfeldes nachweisbar. Simulation spielt im Gegensatz zu früherer Auffassung gerade auf diesem Gebiet eine große Rolle. Mindestens ist es sehr häufig, daß in bewußter Absicht möglichst wenig zugegeben wird.

Sehr ähnlich verhält es sich bei vielen Sensibilitätsstörungen, bei denen der zu Untersuchende die Zahl der Berührungen konstant niedriger bezeichnet, als er tatsächlich empfindet, selbst dann, wenn er sehr deutliche Abwehrreaktionen bietet.

Eine Ausnahme kann nur gültig sein für Zustände starker psychischer Depression und für Hemmungen, die aber aus dem Gesamtbild sofort ersichtlich sind. Dann wird man sich nicht wundern, wenn die Aufmerksamkeit des Patienten bei Gesichtsfeld- und Gefühlsprüfungen gering ist.

Alimentäre Glykosurie kann nicht für die Diagnose Unfallsneurose verwertet werden, wenn nicht sichere Untersuchungen vor dem Unfall zum Vergleiche dienen, und das ist so gut wie nie der Fall. Auch Blutdrucksteigerungen fehlen, wenn man Unfallsneurosen mehrfach und in aller Ruhe untersucht. Unter Hunderten von Begutachtungen habe ich keine dauernde Erhöhung gefunden, die nicht durch Nephritis oder Atherosklerose erklärt worden wäre. Nicht selten findet man bei der ersten Prüfung etwas hohe Werte, die aber ganz normalen Platz

machen, wenn die Patienten einige Zeit ruhig liegen gelassen werden. Der erste hohe Wert war nur durch psychische Erregung bedingt und findet sich ja bei unzähligen Sprechstundenpatienten sehr oft auch ohne Neurose.

Muskelwogen ist ein Symptom der Abkühlung und hat keinerlei weitere Bedeutung. Elektrische Störungen bei der Prüfung der Muskulatur kommen nicht vor. Alle früher behaupteten elektro-diagnostischen Anhaltspunkte für den Nachweis einer traumatischen Neurose haben sich als nicht beweiskräftig erwiesen und sind ganz allgemein aufgegeben.

Zittern ist nicht selten, jedoch sind nur höhere Grade von Bedeutung. Ein starkes, in Rhythmus und Charakter stets gleichbleibendes Zittern ist nicht simulierbar und hat diagnostischen Wert.

Sehr stark gesteigerte Sehnenreflexe und Fußklonus kommen auch bei leichten Neurosen vor. Wichtig ist die scharfe Trennung von organisch bedingten Steigerungen durch den Nachweis pathologischer Reflexe (Reflexe von Babinski, Oppenheim, Bechterew, Strümpell usw.).

Sehr wertvoll ist die neuerdings von Strümpell angegebene Unterscheidung, daß neurotisch gesteigerte Reflexe im Gegensatz zu organisch pathologischen nur von der Patellarsehne, nicht aber von der ganzen Länge der Tibiakante aus sich auslösen lassen. Man tut überhaupt sehr gut daran, bei der Prüfung der Patellar-sehnenreflexe die Untersuchung mit dem Beklopfen der unteren Tibiakante zu beginnen und allmählich aufwärts zu gehen. So kommt man unauffällig zum Ligamentum patellare, und so fällt das Erregungsmoment weg.

Rombergsches Zeichen wurde eine Zeitlang sehr oft produziert oder künstlich gesteigert. Heute ist es stark außer Mode gekommen, seitdem nicht mehr so eifrig danach gesucht wurde. Es soll stets in unauffälliger Weise bei anders gelenkter Aufmerksamkeit geprüft werden, z. B. im Anschluß an die Pupillenreaktion.

So liegt die Beweisführung einer Unfallneurose, von der Unfalls-hysterie zunächst abgesehen, nicht auf neurologischem, sondern auf psychischen Gebiet. Hier sind von größtem Wert die Änderungen des Gesamtcharakters gegenüber früher, der Nachweis großer Ängstlichkeit, rascher körperlicher und geistiger Erschlaffung, mangelhafte Aufmerksamkeitsspannung, die aber nicht beabsichtigt ist, vermindertes Konzentrationsvermögen bei geistiger Arbeit, objektive, durch die beobachtende Krankenschwester nachweisbare Schlafstörung, gedrückte, apathische, energielose Stimmung mit Zorn- und Wutanfällen.

Von sehr großer Bedeutung ist es, durch absolut sichere Zeugen den tatsächlichen Unterschied gegenüber früher zu erhalten.

Manche dieser Befunde auf psychischem Gebiet sind allerdings nur dann sicher zu verwerten, wenn man von der Zuverlässigkeit und dem guten Willen der Leute überzeugt ist. Gerade in der Stimmung ist sehr vieles oft zielbewußt zugefügt. Deshalb sollte in allen schwer zu beurteilenden Fällen eine Krankenhausbeobachtung vorgenommen werden, um einen gewissen Verlauf zu überblicken und um das gesamte Verhalten, namentlich auch gegenüber anderen Leuten, zu erschließen.

Von großem Wert sind Zuverlässigkeitsprüfungen, z. B. vergleichende Dynamometermessungen an verschiedenen Tagen, wobei indessen nicht auf kleine Schwankungen, sondern auf das gesamte psychische Benehmen der Nachdruck zu legen ist und die Prüfung in erster Linie eine psychologische sein soll.

Sehr wichtig ist ferner die Prüfung der Agonisten und Antagonisten, der Muskelkraft gegenüber Widerstand. Auch kritisch vorgenommene Sensibilitätsprüfungen (mehrfaches Berühren der Haut mit feiner Watte an ganz verschiedenen Stellen und Verlangen nach genauer Auskunft über die Zahl und den Ort der Berührungen) haben große Bedeutung. In gleicher Weise prüft man systematisch andere Arten der Sensibilität.

Die Untersuchung des stereognostischen Sinnes erweist sich ebenfalls oft als recht dienlich. Man lasse ferner Rechenaufgaben machen (Additionsmethode von Kräpelin), prüfe das Gedächtnis und die Schrift und vieles Ähnliche. So wird man genügend Anhaltspunkte für guten Willen und Zuverlässigkeit oder für das Gegenteil erhalten.

Manche Leute suchen bei allen Methoden in grober Weise zu täuschen, müssen stets zu genauen Angaben angehalten und von neuem angetrieben werden und suchen alles unklar und verschleiert zu gestalten. Häufig ist eine bewußt vorgetäuschte Muskelschwäche, so daß alle Kraft in die Antagonisten und fast keine oder keine in die Agonisten verlegt wird. Bei plötzlichem Nachlassen des Widerstandes erfolgt dann kein Ausfahren in der Richtung der befohlenen Bewegung.

Alle diese Prüfungen müssen aber mit großem Verständnis und Kritik angestellt werden und dürfen nur unter voller Berücksichtigung der gesamten Persönlichkeit als psychologische Prüfungen durchgeführt werden.

Dabei ergibt sich häufig das Bestehen von Simulation, besonders bei Leuten, die wegen geringfügiger Beschwerden nach belanglosen Unfällen seit Jahren Rente beziehen und nun mit allen erdenklichen Mitteln ihre angeblichen Rechte verteidigen.

Leichter zu stellen ist die Diagnose der ausgesprochenen Unfallshysterie, der Hysteriephasen oder der hysterischen

Reaktionen auf Unfälle. Hier sehen wir vor allem schwere Motilitätsstörungen, Lähmungen, Paresen, Kontrakturen, alle Arten des Zitterns, Spasmen, typisch hysterische Gang- und Haltungsstörungen, Stottern, Aphonie, auch systematisierte Sensibilitätsstörungen, Erscheinungen, die alle dem Kundigen oft auf den ersten Blick klar sind.

Wir wissen aber, daß solche Reaktionen unter dem Einfluß schreckhafter Ereignisse auch bei Unversicherten nicht selten vorkommen, dann aber fast stets in recht rascher Zeit abklingen. Auch bei endgültiger Erledigung durch Kapitalabfindung gehen solche Störungen in oft unglaublich kurzer Zeit so gut wie ausnahmslos zurück. Man denke besonders auch an die glänzende Heilung der Kinderhysterien nach Unfällen.

Unter dem Einfluß einer unrichtigen Abfindung durch Rente werden aber solche hysterische Reaktionen häufig hartnäckig festgehalten und sogar großgezüchtet und gesteigert. Jetzt mischen sich immer mehr Begehrungsvorstellungen in das Bild hinein, die ursprünglich keine Rolle gespielt hatten.

Bei solchen verschleppten Fällen, wie sie häufig beurteilt werden müssen, soll sich die Diagnose nicht nur auf die anfängliche Unfallhysterie erstrecken, sondern auch die Beimischung von Begehrungen und zielbewußten Übertreibungen und von Simulation feststellen.

Dieses kann nur durch eingehende psychische Untersuchung geschehen, wie sie bereits angedeutet worden ist, namentlich muß auch auf den Gedankeninhalt dieser Leute eingegangen werden. Hier läßt sich vielfach, besonders in den Erörterungen über die Höhe der Entschädigung der böse Wille und die Sucht nach möglichst hoher Entschädigung in abstoßender Nacktheit entdecken.

Von großer Bedeutung sind auch hier unauffällige, aber kritische und zuverlässige Erkundigungen über das Leben, Benehmen und den Verdienst dieser Leute (Lohnliste, Einkommen, Ausdauer in der Arbeit, Zahl der Krankheitstage im Jahr).

Nicht eindringlich genug kann am Schluß dieses Kapitels gesagt werden, daß man heute bei kritischer eingehender Untersuchung viel weniger wirkliche Unfallsneurosen diagnostiziert und daß auch die noch bleibenden Fälle in bezug auf Schwere heute ganz anders, und zwar niedriger eingeschätzt werden, seitdem durch die Untersuchungen über das Endsicksal bei definitiver Erledigung (Kapitalabfindung) die glatte Heilung so gut wie aller früher so gefürchteten traumatischen Neurosen herausgekommen ist.

B. Therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.

Nach unserer heutigen Auffassung ist von einer medikamentösen, aber auch von jeder andern Behandlung, einschließlich der Psychotherapie, bei allen nicht mehr ganz frischen Fällen von Unfallsneurosen keinerlei Erfolg zu erwarten, und es droht im Gegenteil eine Verschlimmerung um so eher, je ausgedehnter die therapeutischen Bestrebungen sind. Es ist deshalb jede intensive Behandlung der Unfalls- und Begehrungsneurosen an sich schon ein therapeutischer Irrtum. Zahlreiche Autoren haben das mit zum Teil recht scharfen und drastischen Aussprüchen belegt. Einzig in den ersten Wochen nach dem Unfall kann man vereinzelt drohende Neurosen verhüten, aber auch nicht durch Kuren und Medikamente, sondern nur durch ein sehr bestimmtes Auftreten des Arztes gegenüber unbilligen Forderungen und durch ein Entgegenkommen gegenüber gerechtem Verlangen. Die rasche Erledigung der Unfallsansprüche in wohlwollender und gerechter Weise ist daher die Therapie des Frühfalls.

Dagegen ist es nun ein schwerer Irrtum, wenn, wie so oft, der Arzt durch eine intensive Behandlung glaubt ein Ziel erreichen zu können. Es gibt in der Literatur Beobachtungen, in denen Kopfwehmittel und andere Nervina jahrelang und schließlich kiloweise eingenommen worden sind, ohne den geringsten Erfolg. Ebenso kenne ich selbst Patienten, die über Jahre hinaus fast täglich galvanisiert worden sind. Der Patient gibt momentane Besserung an, bewußt oder unbewußt aber läßt er sich die Behandlung nur gefallen, um daraus Beweisgründe für die gänzliche Arbeitsunfähigkeit abzuleiten.

Auch alle Aufenthalte an Kurorten sind nicht wegen der Heilerfolge, sondern nur wegen der Annehmlichkeiten des Kurlebens begehrt. Man kann bestimmt sagen, daß noch nie ein Kuraufenthalt eine größere Leistungsfähigkeit oder gar eine Herabsetzung der Rente zustande gebracht hat, sondern höchstens ein gewisses allgemeines Besserbefinden vorübergehender Art, so daß der Patient daraus die Notwendigkeit ableitet, im nächsten Jahr wiederum eine Kur durchzumachen. Es ist daher heute jede intensive Behandlung mit Medikamenten, mit elektrischen Kuren, mit Bädern, auch jeder Aufenthalt in Sanatorien bei Unfallsneurosen als therapeutischer Irrtum anzusehen. Ganz besonders schädlich pflegt eine mediko-mechanische Behandlung zu wirken, weil die Unfallsneurotiker nur mit Widerwillen und unter Protest sich dem Heilplan unterwerfen und dann gewöhnlich in solchen Instituten gleichgesinnte Leute treffen, die einen außerordentlich ungünstigen Einfluß zu entwickeln pflegen.

In Frühfällen könnte unter Umständen ein therapeutischer Versuch irgendwelcher Art auch deshalb vorgenommen werden, um Anhaltspunkte diagnostischer Natur gewinnen zu lassen, namentlich um einen Einblick in die Psychologie des Mannes zu erhalten.

Mit der Therapie steht die Art der Erledigung der Schadenansprüche in engstem Zusammenhang, denn in der Erledigungsart liegt die richtige oder unrichtige Behandlung des Falls und damit die Aussicht auf Heilung oder auf Gleichbleiben oder auf Verschlimmerung. „Definitive Erledigung der Schadenansprüche ist kausale Therapie.“

Es gehört daher zu den größten therapeutischen Irrtümern auf diesem Gebiet, wenn eine hohe Rente zugebilligt wird. Die einzige Folge ist alsdann die, daß der Mann gar nichts mehr tut oder sich doch sorgfältig von jeder ernsteren Arbeit zurückhält, weil sonst die Rentenhöhe in Frage kommt. Die monatliche Geldsumme zu verteidigen, ist das höchste Prinzip geworden, zum Teil auch ohne daß dabei bewußte Vorstellungen herrschend sind. Denn schon die hohe Rente und der hohe Grad der taxierten Erwerbsschädigung zeigen ja dem in dieser Hinsicht so leicht beeinflussbaren Mann, daß er schwer geschädigt ist und nichts verdienen kann.

54-jähriger Bauersmann, hat vor 25 Jahren eine Quetschung des Unterleibs auf der linken Seite infolge eines Sturzes erlitten. Seither verspürt er ununterbrochen an der Stelle der „Narbe“ (keine äußere Verletzung) Schmerzen, die ihn angeblich nie verlassen; mit der schlechten Witterung nehmen die Schmerzen immer zu, bei Verstopfung sind sie größer, und dann entstehen durch die Auftreibung des Leibes noch dumpfe Schmerzen.

Unzählige Begutachtungen von vielen Autoritäten im Laufe der Zeit. Allmählich Rentenkürzung. Der Mann hat nie mehr seine frühere Arbeit besorgt, ist Feld- und Waldhüter mit einem Jahresgehalt von M. 250.— geworden, so daß er ohne die Rente nicht leben kann.

Befund: Sehr groß, sehr kräftig, gut ernährt. Alle inneren Organe vollkommen in Ordnung. Die linke Bauchseite wird als druckempfindlich bezeichnet; die rechte ist garnicht empfindlich. Links tut der Druck auch auf den Processus ensiformis und auf die linke Leistenhernie besonders weh, am meisten aber an einer als „Narbe“ bezeichneten Stelle in der Unterbauchgegend. Wird der Mann aber irgendwie durch Gespräch abgelenkt, so löst auch der stärkste Druck nirgends mehr die geringste Reaktion aus. Im übrigen keinerlei bewußte Übertreibung. Alle Proben auf Zuverlässigkeit fallen gut aus.

Wenn der Mann vor 25 Jahren mit einer einmaligen Summe entschädigt worden wäre, so würde wohl ein solches Artefakt niemals zustande gekommen sein, auch wäre sicherlich die frühere Berufsarbeit längst wieder durchgeführt worden.

Ganz besonders verwerflich ist die gerichtliche Festlegung von lebenslänglichen Renten und die Festsetzung der Renten als unanfechtbar. Dadurch wird jede Heilung verhindert.

24-jährige Ladnerin macht eine Kohlenoxydgasvergiftung durch. Bewußtsein nur kurz gestört, im Krankenhaus sehr rasch erholt, erklärt sich bald als beschwerdefrei, verlangt aber nach kurzer Zeit vom Arzt Zeugnisse über schwere Erwerbs-

schädigung und ist, wie der Arzt schreibt, ganz „beherrscht von der fixen Idee,“ die Gesundheitsstörung müsse dauernde Folgen haben. Da erst wenige Wochen Kopfschmerzen und Mattigkeit bestehen, lehnt der behandelnde Spitalarzt ein derartiges Zeugnis ab.

Es besteht starke angeborene Nervosität, die schon vor der Vergiftung durch Zeugen und durch den Hausarzt erwiesen ist. Auch sind die Geschwister erheblich nervös, desgleichen der Vater, der außerdem seit vielen Jahren an schwerer Epilepsie leidet.

Nach Ablauf von 4 Jahren ist der Prozeß noch nicht erledigt.

Eigene Begutachtung. Klagen: Kopfweh dauernd und furchtbar, niemals besser, immer ärger, Mattigkeit, geringer Schlaf, Unfähigkeit zu längerer Arbeitsleistung.

Befund: 28jährig. Sehr gut genährt und gut aussehend. Kommt gleich mit Geheul zum Begutachter, kindisches Benehmen, mürrisch, launisch, verärgert, sucht um jeden Preis den Eindruck einer Schwerkranken zu erwecken, fällt aber bald ganz aus der Rolle, erzählt jetzt unter vielem Lachen und hysterischen Affektausdrücken in Worten und Mienen von ihren „furchtbaren“ Schmerzen. Bei längerer Beobachtung fällt die große Indifferenz bei an sich heiterer Stimmung und bei ruhigem Gesichtsausdruck gegenüber den angeblich ständigen furchtbaren Schmerzen auf, so daß die Schmerzen niemandem glaubhaft erscheinen. Starke Affektivität, hysterisch übertriebener Ausdruck in Schrift und Sprache, labile Stimmung, im ganzen aber ausgesprochen heiter. Vielfach infantile Züge. Alle Zuverlässigkeitsproben ergaben gute Ergebnisse.

Neben diesen hysterischen Reaktionen zahlreiche ausgesprochene Begehrungsvorstellungen: „Ich will Rente; damit ist mir viel mehr gedient, eventuell gehe ich bis vors Reichsgericht.“ Streitet alles ab, was zu ihren Ungunsten ausgelegt werden könnte. „Ich war früher die Ruhe selbst.“ Bestreitet ihre eigenen, am Tage vorher gemachten Angaben, übertreibt sehr stark in bezug auf die Aussage der ihr günstig zeugenden Ärzte, gibt aber sofort bedeutend nach, wenn man sie auf das Unwahrscheinliche ihrer Aussagen aufmerksam macht. Sie behauptet beispielsweise, ein Arzt hätte sie 2 Stunden lang untersucht. Da das Zeugnis dieses Arztes nur 4 Zeilen beträgt und nichts Wesentliches enthält, werden ihre Angaben bezweifelt. Daraufhin sagt sie sofort: Eine Stunde aber war es sicher.

Bewußte Verschärfung der Sachlage durch Fernbleiben von jeder längeren Arbeit in den zwei letzten Jahren, während sie einige Monate nach der Vergiftung $1\frac{1}{2}$ Jahr lang wie früher tätig gewesen war. Fortgesetztes Schimpfen auf die kleine Rente: „Was nützt mich die kleine Rente, ha!“ Unbelehrbar in ärztlichen Fragen, auch wenn sie absolut kein eigenes Verständnis besitzen kann.

Eine frühere oberflächliche Begutachtung hatte festgestellt: Rachenreflex und linker Fußsohlenreflex abgeschwächt, Klopfempfindlichkeit des Schädels, Zittern der Lider bei Augenschluß, Zittern der Zunge, erhöhte Sehnenreflexe. Puls öfter zwischen 90—112, nicht selten depressive Stimmung, oft Weinen, Klagen: sie werde nie mehr gesund, erhebliche Schlafstörung. Diese Befunde wurden als objektive funktionelle Zeichen einer Schwäche des Nervensystems, und zwar als organische Folgen der Kohlenoxydgasvergiftung hingestellt. Daraufhin hatte das Gericht eine größere einmalige Entschädigung und eine monatliche Rente von 100 Mark 1914 bis 1948 festgesetzt. (Bis 1948 würde diese monatliche Rente mit Zins und Zinseszinsen fast genau 100000 Mark betragen).

Eine zweite Begutachtung hatte Hysterie im wesentlichen mit Begehrungsvorstellungen angenommen, die Stimmung bei längerer Krankenhausbeobachtung als

ruhig und normal erklärt, gegenüber dem Arzt aber als bewußt gemacht bezeichnet. Die eingehende Kontrolle ergab keine erhebliche Schlafstörung.

Eigene Begutachtung: Endogene Nervosität, starke hysterische Reaktionen seit der Vergiftung, allmählich zunehmende Begehrungsvorstellungen. Dazu wohl Kopfweh und etwas Schlaflosigkeit als Folgen der Kohlenoxydgasvergiftung. Keine erhebliche Schädigung der Erwerbsfähigkeit. Vorschlag: einmalige Abfindung unter der Annahme 20%iger Erwerbseinbuße für 3 Jahre an Stelle der lebenslänglichen monatlichen Rente.

In das gleiche Gebiet gehört die Auszahlung hoher einmaliger Abfindungssummen, wie das früher nach Eisenbahnunfällen üblich war und wobei vielfach Nachforschungen das fast sofortige Gesundwerden der Leute ergeben hat. Vor wenigen Jahren noch ist nach einem Eisenbahnunfall einem Mann unter der Annahme schwerster dauernder Erwerbseinbuße nahezu $\frac{1}{2}$ Million Mark ausbezahlt worden, und die Nachforschungen ergaben, daß nach recht kurzer Zeit der Mann wieder vollkommen erwerbsfähig geworden ist.

Eine sehr anfechtbare Therapie ist die vielfach geübte Rentenkürzung aus therapeutischen Gründen. Das ist falsche Therapie; sie macht die Leute verbittert und treibt sie in die Simulation hinein. Außerdem ist eine zutreffende Begründung der Rentenkürzung recht oft beim Vorliegen von Neurosen nicht zu geben, weil die Befunde wirklich nicht objektiv sind und daher der Nachweis einer tatsächlichen Besserung garnicht geführt werden kann.

Die einzig richtige therapeutisch wirksame Erledigung ist einmalige Kapitalabfindung.

Register.

- A**bbärtung, Neurosen und 42.
Aderlässe bei Epilepsie 16.
Adrenalin bei Migräne 37.
Affektepilepsie 13.
Akroparästhesie (-zyanose) 28.
Alkoholepilepsie 12.
Alkoholismus, epileptische Anfälle bei 6.
—, Unfallsneurosen und 63.
—, Zitterbewegungen und 23.
Amnesie, Hysterie und 6.
Amylenhydratinjektionen bei Epilepsie 15.
Anfälle, epileptische 4.
— —, „kleine“ 7.
— —, Provokation (diagnostische) ders.
8. 9.
— —, Verlauf 6.
Anfälle, gehäufte kleine, bei Psycho-
pathen 8.
—, hysterische 4. 6.
—, Jacksonsche (kortikale, rindenepilep-
tische) 7.
—, lokalisierte, bei echter Epilepsie 7.
—, paralytische 7.
— Wutanfälle 9.
Angiospasmen 28.
Angustzustände, hypnotische Behandlung
51.
Antineuralgika 33. 34.
Äquivalente, epileptische 8.
Arbeitstherapie bei Neurosen 49.
Arsenpräparate bei Chorea 26.
— bei Migräne 37
— bei Neurosen 40.
— bei Paralysis agitans 27.
Arteriosklerose, Epilepsie und 12.
—, epileptische Anfälle bei 7.
—, Gefäßspasmen, funktionelle, und 28.
Arteriosklerose, Kopfschmerzen bei 35.
— Neuralgien bei 31.
—, Unfallsneurosen und 63.
Aspirin bei Chorea 25.

Athetose 22.
Augenmuskelkrämpfe 19.

Babinskisches Zehenphänomen, Epilep-
sie und 6.
Badekuren bei Neurosen 48.
Basedowsche Krankheit, Erythromelalgie
und 28.
— —, Zitterbewegungen und 23.
Begehrungsneurosen, Unfall und 65.
Berufsberatung bei Epilepsie 17.
Beschäftigungskrämpfe 17. 20.
—, hypnotische Behandlung 51.
—, vasomotorische trophische Neurosen
und 28.
Bettnässen, Hypnose bei 51.
Bewegungsstörungen chronische 22.
Bewußtseinsstörungen, epileptische 8.
Bindehautblutung, epileptischer Anfall
und 6.
Bleiintoxikation, Zitterbewegungen bei 23.
Blepharospasmus (-klonus) 18.
Brompräparate bei Epilepsie 14.
— bei Migräne 37.

Caput obstipum spasticum 19.
Charakterveränderungen, Epilepsie und 9.
Chloral bei Epilepsie 15. 16.
Chorea 22.
— Ätiologie 24.
—, Anstaltsbehandlung bei 26.
— degenerative hereditäre (Huntington-
sche) 24.
— Disposition und wiederholte Erkran-
kung 25.
—, Epidemien von 25.
— familiäres Vorkommen 25.
— hysterische 25..
— minor (Sydenhami) 24.
— „psychische“ 25.

Chorea, Psychosen und psychische Störungen bei 25.
 —, Syphilis 26.
 — Therapie 25.
 Crampi 20.
 Crotalin bei Epilepsie 16.

Dämmerzustände, epileptische 8.
 —, hysterische 8.
 —, psychopathische 8.
 Darmdesinfektion bei Epilepsie 16.
 Delirium tremens, epileptische Anfälle beim 6.
 Dementia, epileptische 9.
 — praecox, epileptische Anfälle bei 6.
 — —, Erythromelalgie und 28.
 — —, Kreuzschmerzen (Rückenschmerzen) bei 31.
 — —, Kaumuskelkrampf bei 18.
 Diät, s. Ernährung.
 Diabetes, Neuralgien bei 31.
 Digalen bei Neurosen 40.
 Dreidimensionale Zitterkurve Sommer 8. 24.
 Drüsen, endokrine, Erythromelalgie und 28.
 — —, vasomotorisch-trophische Neurosen und 27.
 Duboisin bei Epilepsie 16.
 — — Paralysis agitans 27.
 Dysbasia angiospastica und sklerotica 28.

Ehe, Epilepsie und 17.
 Eisenpräparate bei Neurosen 40.
 Elektrotherapie bei lokalisierten Muskelkrämpfen 20.
 —, Suggestionstherapie und 20 52.
 Encephalitis posttraumatica, Unfallsneurosen und 57. 60.
 Endocarditis, Chorea und 24.
 Enuresis, Hypnose bei 51.
 Epiduralinjektionen bei Neuralgien (Ischias, Rückenschmerzen) 34.
 Epilepsie 1.
 —, Affekt- 13.
 —, Alkohol- 12.
 —, Anfälle, Dauer und Verlauf der 6.
 — —, epileptische und hysterische 4.
 — —, „kleine“ 7.
 — —, lokalisierte 7.
 — —, Provokation (diagnostische) ders.
 8 9

Epilepsie, Äquivalente der 8.
 —, arteriosklerotische 12.
 — Ätiologie 2.
 —, Babinskisches Zehenphänomen bei 6.
 —, Berufsberatung bei 17.
 — Bewußtseinsstörungen 8.
 — Charakterveränderungen 9.
 — Dämmerzustände 8.
 — — Behandlung 16.
 — echte (genuine) 1. 10.
 —, Ehe und 17.
 —, Erinnerungslücken (Amnesie) bei 6
 — Erregungszustände, Behandlung 16.
 — familiäres Auftreten 2.
 — Frühepilepsie 11.
 —, Fugues bei 8.
 —, Gehirnerschütterung und 2.
 —, Gehirnkrankheiten und 7.
 —, Heredität 2.
 — Herz- 12.
 — Herzzustände und 7.
 —, Hysterie und 3. 13.
 — idiopathische (essentielle) 10.
 —, Jacksonsche 11.
 — kardiovasale 12.
 —, Kopfnarben und 5.
 — kortikale 11.
 —, Landkartenschädel und 5.
 —, Linkshändigkeit und 2.
 —, Magendarm- 12.
 —, Migräne und 2. 36.
 —, Ohrschwindel und 7.
 —, Paralysis progressiva und 3. 7
 —, „Petit mal“ 7.
 — Prognostisches 10.
 — psychische 9. 13.
 —, — Dauerveränderungen 9.
 —, psychisches Trauma und 3.
 —, Psychopathie und 6. 8.
 — Pupillenstarre 5.
 — Reflex- 11.
 —, Religiosität, gesteigerte bei 9.
 — Rinden- 11.
 —, Spasmophilie und 3.
 — Spätepilepsie 11.
 —, Status epilepticus 7.
 — — —, Behandlung 15.
 — Stuporzustände, Behandlung 16..
 — symptomatische 6. 7. 11.
 — Therapie 13.
 — — Aderlässe 16.

- Epilepsie, Therapie, Amylenhydratinjektionen 15.
- — Anstaltsbehandlung 16.
 - — Brompräparate 15.
 - — Calomel 16.
 - — Chloral 16.
 - — diätetische 15. 16.
 - — Duboisin 16.
 - — hirnoperative 14.
 - — Hyoszin 16.
 - — Kalziumpräparate 16.
 - — kochsalzarme Diät 15.
 - — Kochsalzinfusionen 16.
 - — Luminal und Luminalnatrium 15. 16.
 - — Morphinum 16.
 - — Schilddrüsenpräparate 16.
 - — Schlangengiftbehandlung (Crota-
lin 16.
 - traumatische 2. 12.
 - , Unfall und 2. 3.
 - , Wutanfälle und 9.
- Ergotismus, Gefäßerkrankungen bei, und
vasomotorische Neurosen 28.
- Erholungskuren, Neurosen und 46.
- Erinnerungslücken, Epilepsie. (Hysterie)
und 6.
- Erythromelalgie 28.
- Extremitätenkrämpfe 19.
- F**ango bei vasomotorischen Neurosen 29.
- Fazialiskrampf 18.
- Fazialislähmung, Fazialiskrämpfe und
18. 19.
- Fleischarme Diät bei Migräne 37.
- Freuds Psychoanalyse bei Neurosen 53.
- „Fugues“, Epilepsie und 8.
- G**angrän, symmetrische 28.
- Gefäßgifte, vasomotorische Neurosen und
29. 30.
- Gefäßmittel bei Migräne 37.
- bei Neurosen 40.
- Gefäßspasmen, funktionelle 28.
- Gehirnatrophie, senile, Zitterbewegungen
bei 23.
- Gehirnerschütterung, Epilepsie und 2.
- , Unfallsneurosen und 60.
- Gehirnläsionen, organische, und Unfalls-
neurosen und 60.
- Gehirnkrankheiten, Augenmuskelkrämpfe
bei 19.
- Gehirnkrankheiten, Epilepsie und 7.
- , Extremitätenkrämpfe bei 20.
 - , Kaumuskelkrampf bei 18.
 - , Lebensalter und 3. 4.
 - , organische, und Unfallsneurosen 64.
 - , Nystagmus bei 19.
 - , toxische, und epileptische Anfälle 7.
 - , traumatische, und epileptische An-
fälle 7.
- Gehirnsyphilis, Kopfschmerzen bei 35.
- Gehirntumoren, epileptische Anfälle bei 7.
- , Kaumuskelkrampf bei 18.
 - , Kopfschmerzen bei 35.
- Genußmittel, Neurosen und 41.
- Gesichtskrämpfe 18.
- H**alsmuskelkrämpfe 19.
- Halswirbelsäulenerkrankung (-verkrüm-
mung), Torticollis spastica und 19.
- Hemiplegie, Zitterbewegungen bei 23.
- Heredität, Epilepsie und 2.
- Hereditätsfurcht, Neurosen und 45.
- Herzepilepsie 12.
- Herzkrankheiten, Erythromelalgie und
28.
- , Schulterschmerzen bei 31.
 - , Unfallsneurosen und 64.
- Herzmittel bei (vasomotorischen) Neu-
rosen 29. 40.
- Herzzustände, Epilepsie und 7.
- Hydrocephalus, Nystagmus bei 19.
- Hydrotherapie, Neurosen und 42.
- Hyoszin bei Epilepsie 16.
- Hypnose bei Neurosen 50. 51.
- Hypnotika bei Neurosen 41.
- Hysterie, Anfälle, Dauer und Verlauf
ders. 6.
- — hysterische und epileptische 3. 4.
 - , Chorea und 25.
 - , Dämmerzustände bei 8.
 - Erinnerungslücken und 6.
 - , Extremitätenkrämpfe bei 19.
 - , große Charcots 5.
 - , Hypnose bei 51.
 - , Laryngospasmus bei 19.
 - , psychisches Trauma und 3.
 - , Pupillenstarre und 5.
 - , Schmerzen, lokalisierte, bei 31. 33.
 - , Tiks und 18.
 - , Torticollis bei 19.
 - , Unfall- 65.

- Hysteriephasen, Unfallsneurosen und 58.
 65.
 Hysteroepilepsie 13.
 Infektionskrankheiten, Chorea und 24.
 —, Neuralgien und 31.
 Ischias 32. 33.
 Jacksonsche Epilepsie 7. 11.
 — — Fazialiskrämpfe bei 19.
 — —, lokalisierte Muskelkrämpfe und 17.
 Kalkpräparate bei Epilepsie 16.
 — bei Migräne 37.
 — bei Neurosen 40.
 Kapitalabfindung bei Unfallneurosen 58.
 70. 74.
 Kaufmanns Starkstrombehandlung bei
 Neurosen 52.
 Kaumuskelkrampf 18.
 Kieferhöhlenaffektionen, Fazialiskrampf
 bei 18.
 Kleinhirntumoren, Nystagmus bei 19.
 Kochsalzarme Diät bei Epilepsie 15.
 — — bei Migräne 37.
 Kochsalzinfusionen bei Epilepsie 16.
 Kochsalzinjektionen, epidurale, bei Neur-
 algie 34.
 Komotionsneurosen, Unfallsneurosen
 und 57.
 Konstitutionserkrankungen, Neuralgien
 bei 31.
 Kopfschmerzen 35.
 — Therapie 37.
 Kortikalepilepsie 7. 11.
 Krampfleiden, Beschäftigungskrämpfe
 17. 20.
 —, Epilepsie (s. diese) 1.
 —, Hysterie (s. a. diese) 4. 5.
 —, Tiks 17.
 Kreuzschmerzen 31. 33.
 —, Epiduralinjektion bei 34.
 Kriegsneurosen, Zitterbewegungen bei 23.
 Lähmungen, hysterische, hypnotische Be-
 handlung 51.
 Landkartenschädel, Epilepsie und 5.
 Laryngitis, Stimmritzenkrampf bei 19.
 Laryngospasmen 19.
 Lidkrampf 18.
 Linkshändigkeit, Epilepsie (Migräne)
 und 2.
 Luftbäder bei Neurosen 29. 42.
 Lumbago 33.
 Luminal bei Epilepsie 15. 16.
 — bei Migräne 37.
 Luminalnatriumklysmen bei Epilepsie 15.
 Magendarmaffektionen, Unfallsneurosen
 und 63.
 Magendarmepilepsie 12.
 Mannkopfsches Schmerzphänomen 30.
 Meningitis, epileptische Anfälle bei 7.
 —, Kaumuskelkrampf bei 18.
 Menstruationsanomalien, Hypnose bei 51.
 Migräne 35. 36.
 —, Drüsen, endokrine, und 37.
 —, Epilepsie und 2. 36.
 —, Ernährung bei 37.
 —, Gefäßmittel bei 37.
 — Krankheitsbilder 37.
 —, Linkshändigkeit und 2.
 —, Stoffwechselstörungen und 37.
 — Therapie 37.
 „Müllern“, Neurosen und 47.
 Muskelkrämpfe, lokalisierte 17.
 — — Jacksonsche Epilepsie und 17.
 — — Myotonie und 18.
 — — reflektorische 17.
 — — Therapie und therapeutische Irr-
 tümer bei dens. 20. 21. 22.
 — — Thomsensche Krankheit und 18.
 Myotonie, lokalisierte Muskelkrämpfe
 und 18.
 Nephritis interstitialis atherosclerotica,
 Unfallsneurosen und 56. 62.
 — Neuralgien bei 31.
 Nervenkrankheiten, organische, Beschäf-
 tigungskrämpfe und 20.
 Neuralgien 30.
 —, Antineuralgika, Kombination bei 34.
 —, Druckpunkte bei 32.
 —, Epiduralinjektionen bei 34.
 — idiopathische 32.
 — Ischias 32. 33.
 — Psychotherapie 35.
 —, Suprarorbital- 36.
 — symptomatische 31.
 — Therapie 33.
 — Vakzineurin-Injektionen 34.
 Neurasthenie, Beschäftigungskrämpfe bei
 20.

- Neurasthenie, Hypnose bei 51.
 — Kopfschmerzen bei 36.
 —, Kreuzschmerzen (Rückenschmerzen) bei 33.
 —, Schmerzen, lokalisierte, bei 31. 33.
 —, Tiks und 18.
 —, Torticollis bei 19.
 —, Zitterbewegungen bei 23.
 Neuropathie, Chorea und 24.
 Neurosen, Abhärtung und 42.
 — Anstaltsbehandlung 48. 49.
 — Arbeitstherapie 49.
 —, Arsenpräparate bei 40.
 —, Badekuren bei 48.
 —, Belehrungsschriften, populäre, und 45.
 —, Berufswahl (-wechsel) und 43.
 —, Eisenpräparate bei 40.
 —, Erholungskuren bei 46. 47.
 —, Ernährung bei 41.
 —, Erziehung und 39. 43.
 —, Genußmittel und 41.
 —, Hereditätsfurcht und 45.
 —, Herzmittel (Gefäßmittel) bei 41.
 —, Hydrotherapie bei 42.
 —, Hypnose bei 50.
 —, Hypnotika bei 41.
 —, Kalkpräparate bei 40.
 —, Luftbäder bei 42.
 —, „Nervenkräftigungsmittel“ und 39.
 —, Organotherapie bei 40.
 —, Persuasion bei 52.
 —, psychische Diät und 44.
 —, Psychoanalyse bei 53.
 —, Psychotherapie der 39. 42. 43. 50. 52.
 — Schreck- 64.
 — Sedativa 40. 41.
 —, Sexualität und 45.
 —, Sommerfrischen bei 48.
 — Sport 47.
 —, Überanstrengung und 46.
 — Übungstherapie 49.
 — Unfall- 56.
 — vasomotorisch-trophische (s. a. Vasomotorisch-tr. N.) 27.
 Nictitatio 18.
 Nikotinvergiftung, Unfallsneurose und 63.
 Nitroglyzerin bei Migräne 37.
 — bei vasomotorischen Neurosen 29.
 Novokaininjektionen, epidurale, bei Neuralgien 34.
 Nystagmus 19.
 Ohnmacht, Epilepsie und 7.
 Ohrenkrankheiten, Nystagmus bei 19.
 Ohrschwindel, Epilepsie und 7.
 Onanie, Kreuzschmerzen (Rückenschmerzen) und 32.
 Opium-Strophanthustinktur bei vasomotorischen Neurosen 29.
 Opsonogen bei Chorea 25.
 Organotherapie bei Neurosen 40.
 Packungen bei Chorea 25.
 Pankreaspräparate bei Neurosen 40.
 Pantopon bei Neurosen 40.
 Paraldehyd, Epilepsie und 16.
 Paralysis agitans 22.
 —, Beschäftigungskrämpfe und 20.
 — Symptome 26.
 — Therapie 27.
 — Zitterbewegungen 27.
 Paralysis progressiva, Epilepsie und 3. 4. 7.
 — —, Kaumuskelkrampf bei 18.
 — —, Kopfschmerzen bei 35.
 — —, Krankheitsbilder 3. 4. 35.
 — —, Zitterbewegungen bei 23.
 Pavor nocturnus, Hypnose bei 51.
 Persuasion bei Neurosen 52.
 Petit mal (s. a. Epilepsie) 7.
 Plattfußbeschwerden, Ischias und 33.
 Pseudosklerose, Bewegungsstörung bei 26.
 Psychische Diät, Neurosen und 44.
 — Traumen, Epilepsie (Hysterie) und 3.
 Psychoanalyse bei Neurosen 53.
 Psychoneurosen 38.
 Psychopathie, Dämmerzustände bei 8.
 —, epileptische Anfälle und 6.
 —, „gehäufte kleine Anfälle“ bei 8.
 —, Hypnose bei 51.
 —, vasomotorisch-trophische Neurosen und 27.
 Psychosen, Chorea und 25.
 — epileptische 9.
 Psychotherapie bei lokalisierten Muskelkrämpfen 20.
 — bei Neuralgien 35.
 — bei Neurosen 38. 42. 43. 50.
 — bei Paralysis agitans 27.
 Pubertätszeit, Epilepsie und 2. 3.
 Pupillenerweiterung bei Schmerzen 30.
 Pupillenstarre, Epilepsie (Hysterie) und 5.

- Rachialgie** 33.
Rachitis, Laryngospasmus bei 19.
Raynaudsche Erkrankung 28.
Reflexepilepsie 11.
Rindenepilepsie 7. 11.
Roborantia bei Neurosen 40.
Rückenmarksgliose, trophische Störungen bei 28.
Rückenschmerzen 31. 33.
 —, **Epiduralinjektionen** bei 34.
- Salizylpräparate** bei Chorea 25.
Salvarsan bei Chorea 26.
Schädelverletzungen, Epilepsie und 2.
 —, **Unfallsneurosen** und 60.
Schiefhals 19.
Schilddrüsenpräparate bei Epilepsie 16.
Schlaflosigkeit, Hypnose bei 51.
Schlangengiftbehandlung bei Epilepsie 16.
Schmerzen 30.
 — **hysterische, hypnotische Behandlung** 51.
 — **psychogene** 31. 32. 33.
 —, **Simulation (Übertreibung)** von 30.
 — **Therapie** 33.
Schreckneurosen, Unfallsneurosen und 57. 64.
Schreibkrampf 20.
Schrift, Zitterbewegungen und 24.
Schultermuskelkrämpfe 19.
Schulterschmerzen, Herzerkrankungen und 31.
 — **psychogene** 33.
Schwachsinn, epileptischer 9.
Sedativa bei Neurosen 40. 41.
Sedobrol bei Epilepsie 15.
Serumtherapie bei Chorea 25.
Sexualvorgänge, Kreuzschmerzen (Rückenschmerzen) und 32.
 —, **Neurosen** und 45.
Simulation von Schmerzen 30.
 — **von Unfallsneurosen** 58. 65. 66.
 — **von Zitterbewegungen** 24.
Sklerosis multiplex, epileptische Anfälle bei 7.
 —, **Gefäßerkrankungen** bei, und **vasomotorische Neurosen** 28.
 —, **Nystagmus** bei 19.
 —, **Paralysis agitans** und 27.
 —, **Zitterbewegungen** bei 23.
Skopolamin bei **Paralysis agitans** 27.
- Solbäder** bei **vasomotorischen Neurosen** 29
Sommers dreidimensionaler Untersuchungsapparat (Zitterkurve) 8. 24.
Spasmophilie, Epilepsie und (s. a. **Tetanie**) 3.
Spätepilepsie 11.
Spinalirritation 33.
Sprachlosigkeit, hysterische, hypnotische Behandlung 51.
Starkstrombehandlung Kaufmanns bei **Neurosen** 52.
Status epilepticus 7.
Stimmritzenkrampf 19.
Strophantus-Opiumtinktur bei (**vasomotorischen**) **Neurosen** 29. 40.
Suggestionstherapie, Elektrotherapie und 52.
 — **bei lokalisierten Muskelkrämpfen** 20,
Supraorbitalneuralgie 36.
Sympathicus, vasomotorisch-trophische Neurosen und 27.
Syphilis, Neuralgien bei 31.
 —, **Unfallsneurosen** und 63.
Syringomyelie, trophische Störungen bei 28.
- Tabakvergiftung, Unfallsneurose** und 63.
Tabes, Gefäßerkrankungen bei, und **vasomotorisch-trophische Neurosen** 28.
 —, **Neuralgien** bei 31.
Tetanie, epileptische Anfälle bei 7.
 —, **Extremitätenkrämpfe** bei 20.
 —, **Laryngospasmus** bei 19.
Tetanus, Kaumuskelkrampf bei 18.
Thomsonsche Krankheit, lokalisierte Muskelkrämpfe und 18.
Tiks 17. 18. 19.
 —, **Hypnose** bei 51.
Torticollis spastica 19.
Trauma, Epilepsie und 2. 12.
Tremor, essentieller 24.
Trigeminusneuralgien, Fazialiskrämpfe bei 18.
Trismus 18.
Tuberkulose, Neuralgien bei 31.
- Überanstrengung, Neurosen** und 46.
Übungstherapie bei **Neurosen** 49.
Unfall, Epilepsie und 2. 3.
Unfallshysterie 65.

Unfallshysterie, Diagnose 69. 70.

Unfallsneurosen 56.

—, Alkoholismus und 63.

—, Atherosklerosen und 63.

—, Begehrungsvorstellungen und 58. 65. 70.

—, Begriff der, und seine Verknennung 58. 59. 60. 68.

—, eigentliche 58. 65.

—, Encephalitis posttraumatica und 57. 60.

—, Gehirnkrankheiten, organische, und 64.

—, Gehirnläsionen (-erschütterungen) und 60.

—, Herzfehler und 64.

—, Hysteriephasen und 58. 65.

—, Kapitalabfindung bei 58. 70. 74.

—, Komotionsneurosen und 57.

—, Magendarmaffektionen und 63.

—, Nephritis interstitialis atherosclerotica und 56. 62.

—, Rentenzubilligung 72.

—, Schädelverletzungen und 60.

—, Schreckneurosen und 57. 64.

—, Simulation bei 58. 65. 66.

—, Symptome 67.

—, Schadenansprüche und ihre Erledigung 72.

—, Syphilis und 63.

—, Tabaksvergiftung und 63.

—, therapeutische Irrtümer und deren Verhütung 71.

—, Zitterbewegungen bei 23. 68.

Vakzineurin-Injektionen bei Neuralgien 35.

Valerianapräparate bei Neurosen 40. 41.

Vasomotorisch-trophische Neurosen 27.

— — — Akroparästhesie (-zyanose) 28.

— — — Erythromelalgie 28.

— — — Gefäßgifte und 29. 30.

— — — Neuralgien bei dens. 31.

— — — Therapie 29.

Verdauungsstörungen, Hypnose bei 51.

—, Nervenschmerzen und 33.

—, Neuralgien bei 31.

Veronalklysmen bei Epilepsie 15.

Wachsuggestion bei Neurosen 52.

Wadenkrämpfe 20.

Wilsonsche Erkrankung, Bewegungsstörungen bei ders. 26.

Wutanfälle, epileptische Anfälle und 9.

Zehenphänomen Babinskis, Epilepsie und 6.

Zimmergymnastik, Neurosen und 47.

Zitterbewegungen 22. 23.

—, Hypnose bei 51.

—, Paralysis agitans und senile 26.

—, Simulation von 24.

Zitterkurve, Sommers dreidimensionale 8. 24.

Zwangsbewegungen, Tiks und 18.

Zwangszustände, hypnotische Behandlung 51.

Therapeutische Technik

für die ärztliche Praxis.

Ein Handbuch für Ärzte und Studierende.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **Julius Schwalbe**,

Geh. San.-Rat in Berlin.

Vierte, verbesserte und vermehrte Auflage.

Mit 626 Abbildungen.

M. 24.—, gebunden M. 26.50.

INHALT:

Technik der Arzneibereitung und Arzneianwendung. Anhang: **Arzneiliche Trink- und Badekuren.** Geh. Med.-Rat Prof. Kobert, Rostock.

Technik der Immunotherapie. Geh. Med.-Rat Prof. A. v. Wassermann und Dr. M. Wassermann, Berlin.

Technik der Ernährungstherapie. Geh. Med.-Rat Prof. Kraus und Prof. Brugsch, Berlin.

Technik der Hydro- und Thermotherapie. Prof. H. Rieder, München.

Technik der Strahlenbehandlung. Dr. H. E. Schmidt, Berlin.

Technik der Massage. Prof. J. Riedinger, Würzburg.

Technik der Gymnastik. Prof. J. Riedinger, Würzburg.

Technik der mechanischen Orthopädie. Prof. J. Riedinger, Würzburg.

Ausgewählte Kapitel aus der allgemeinen chirurgischen Technik. Geh. Med.-Rat Prof. O. Hildebrand, Berlin.

Technik der Behandlung der Hautkrankheiten und der Syphilis. Prof. S. Bettmann, Heidelberg.

Technik der Ernährung des gesunden und des kranken Säuglings. Prof. H. Koeppel, Gießen.

Technik der Behandlung einzelner Organe:

Auge. Geh. Hofr. Prof. C. v. Heß und Prof. W. Lohmann, München. — *Ohr.* Prof. F. Siebenmann, Basel. — *Nase, Rachen, Kehlkopf, Trachea, Bronchien.* Prof. E. P. Friedrich, Kiel. — *Pleura, Lunge.* Prof. G. Hoppe-Seyler, Kiel. — *Herz.* Geh. San.-Rat Prof. Schwalbe, Berlin. — *Speiseröhre, Magen, Darm* (innere Behandlung). Geh. Med.-Rat Prof. Ad. Schmidt, Halle a. S. — *Chirurgische Behandlung des Darmes, Abdomens und der Appendicitis.* Geh. Rat Prof. Czerny, Exz. und Prof. R. Werner, Heidelberg. — *Harnorgane. Männliche Genitalorgane.* Prof. O. Zuckerkandl, Wien. — *Weibliche Genitalorgane.* Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Fritsch (Bonn) und Prof. Stoeckel, Kiel. — *Nervensystem.* Geh. Med.-Rat Prof. v. Strümpell, Leipzig, und Prof. E. Müller, Marburg.

Sachregister.

Wenn ein Werk von dem Umfange des vorliegenden, ein Werk, das scheinbar einen relativ engumschriebenen Teil des ärztlichen Handelns im Titel zum Ausdruck bringt, seit kaum sieben Jahren drei Auflagen erlebt, so ist damit allein schon erwiesen, welch einem tatsächlichen Bedürfnis des praktischen Arztes J. Schwalbe mit der Herausgabe der Therapeutischen Technik gerecht geworden ist. *Es wird wohl kein zweites Werk gleichen Inhaltes geben, das dem Schwalbeschen Buche ebenbürtig an die Seite gestellt werden könnte.* (Wiener klinische Wochenschrift.)

Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde. Herausgegeben von Dr. O. Rapmund, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Minden, und Dr. E. Dietrich, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat, vortrag. Rat im Minist. des Innern, Berlin. **Zweite**, völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage. Zwei Bände. Geb. M. 32.—.

Das Werk verdient zu den Klassikern gezählt zu werden und darf in keiner ärztlichen Bücherei fehlen. (Schlesische Ärzte-Korrespondenz.)

Ein besseres Werk zur zuverlässigen Orientierung über alles Wissenswerte kann wohl nicht gefunden werden. (Monatsschrift für Kriminalpsychologie.)

Für Medizinalbeamte, Justiz- und Verwaltungsbehörden wird es in Zukunft wohl ein kaum zu entbehrender Wegweiser sein. (Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden.)

Selbstmordverdacht und Selbstmordverhütung. Eine Anleitung zur Prophylaxe für Ärzte, Geistliche, Lehrer und Verwaltungsbeamte. Dr. S. Placzek, Nervenarzt in Berlin. M. 6.—.

Die Ausführungen des Verfassers sind im hohen Grade beachtenswert, und können allen Beteiligten, besonders den beamteten Ärzten, als wertvolle Anregung und Grundlage für die Tätigkeit und Weiterforschung auf diesem wichtigen Gebiete dienen. (Zeitschr. f. Med.-Beamte.)

Das Berufsgeheimnis des Arztes von Dr. S. Placzek, Berlin. **Dritte**, erweiterte Auflage. M. 3.40.

Die neue Auflage der bekannten Broschüre kann allen Kollegen wärmstens empfohlen werden. Aus eigener Erfahrung weiß ich, wie wenig bekannt diese Verhältnisse der Mehrzahl der Ärzte sind, nur der Umstand, daß das Publikum noch weniger davon weiß, verhindert häufige Bestrafungen. (Prager mediz. Wochenschrift.)

Grundriß der gerichtlichen Medizin (einschl. Unfall- und Invalidenversicherung) für Ärzte und Juristen mit besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Entscheidungen des Reichsgerichts und des Reichsversicherungsamtes von Geh. Med.-Rat Dr. R. Gottschalk, Kreisarzt in Rathenow. **Vierte**, vermehrte und verbesserte Auflage. Geb. M. 7.15.

Hier finden wir eine dankenswerte Übersicht der wesentlichsten Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung. (Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin.)

Die Simulation von Krankheiten und ihre Bedeutung. Herausgegeben von Geh. Rat Dr. L. Becker, Berlin. M. 8.—, geb. M. 9.90.

Die gründliche Erschöpfung des Themas ist ebenso anzuerkennen wie die ausführliche Form der Darstellung, die jeden Arzt, auch den Nichtspezialisten, in den Stand zu setzen bestrebt ist, Wahres vom Falschen zu unterscheiden. (Zentralbl. f. innere Medizin.)

Einführung in die Psychiatrie. Mit spezieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten von Dr. Th. Becker. **Vierte**, vermehrte und verbesserte Auflage. Geb. M. 4.—.

Das treffliche Büchlein, auf das wir bei seinem ersten Erscheinen empfehlend hinweisen konnten, hat sich das Bürgerrecht in der didaktischen Literatur erworben. Für den Anfänger gibt es kaum etwas Besseres, es ist kurz und doch gehaltvoll, es bereitet auf das wissenschaftliche Erfassen der Psychiatrie vor und macht mit der praktischen Handhabung derselben vertraut. . . (Deutsche Medizinal-Zeitung.)

Einführung in die Neurologie von Dr. Th. Becker. Geb. M. 4.—.

Das Büchlein hält was es verspricht und führt uns in klarer, übersichtlicher Weise in das schwierige Spezialgebiet ein. Sehr wertvoll für den Praktiker ist z. B. die geschickte Zusammenstellung sämtlicher Reflexe und ihrer symptomatischen Bedeutung. (Medizinische Klinik.)

Verlag von Georg Thieme in Leipzig.

Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneographie.

Herausgegeben im Auftrage der Zentralstelle für Balneologie

von

Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. **Dietrich**

und

Dr. **Kaminer.**

Band I.

Mit 89 Abbildungen und 1 Tafel.

Brosch. M. 14.—, geb. M. 17.05.

Das Werk wird nach seiner Vollendung ein Denkmal deutschen Fleißes und deutscher wissenschaftlicher Gründlichkeit darstellen, zumal es sich auf wissenschaftlichen Forschungen eines Gebietes aufbaut, die vorwiegend in Deutschland und Österreich gemacht wurden.

(Zentralbl. f. d. ges. Tuberkuloseforschung.)

Das Werk, dessen Fortsetzung mit großem Interesse entgegengesehen werden kann, wird jedem, der mit balneologischen Dingen zu tun hat, als Lehr- und Nachschlagebuch bald unentbehrlich sein.

(Illustriertes Badeblatt.)

Methodik der Stoffwechselanalyse.

Ein Handbuch zum Laboratoriumsgebrauch.

Von

Dr. **W. Glikin** †.

Mit einem Vorwort von Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. N. Zuntz.

Mit 44 Abbildungen.

Brosch. M. 10.—, geb. M. 12.30.

Das Buch wird der gestellten Aufgabe im hohen Maße gerecht. Trotz dem bedeutenden Umfange des zu bewältigenden Stoffes ist derselbe mit übersichtlicher und anregender Knappheit behandelt. Die klar durchgeführte Einteilung des ganzen Stoffes ermöglicht einen raschen Überblick und schnelle Orientierung im Einzelnen. Das Verständnis der anzuwendenden Technik wird durch 44 gute Abbildungen unterstützt.

(Münch. med. Wochenschrift.)

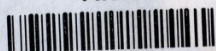
Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

Biblioteka Główna WUM

K.9267



000019443

