

im Anfall zugezogen hatte, wiesen auf das Bestehen von Krampfanfällen hin oder sie waren Herderscheinungen von der alten Hirnverletzung herrührend. Von solchen fanden sich Ungleichheiten der Knie-reflexe, Babinski, Fazialisparesen, seitliche Abweichungen der Zunge, eine Ungleichheit der Pupillen, eine Abduzenslähmung und Romberg'sches Schwanken. In einzelnen Fällen war der Befund am Nervensystem ein normaler.

Nur 10 von den 30 Fällen hatten Krampfanfälle gehabt, in den anderen 20 waren solche nicht aufgetreten. Bei den letzteren bestanden Anfälle von plötzlichem Zusammenstürzen mit Verletzungen, Schwindelanfällen mit Erbrechen, mit Einnässen, die in einem Fall bis zu 4 mal an einem Tage wiederkehrten. In einem Fall waren die Schwindelanfälle von starkem Nasenbluten begleitet, in einem anderen Falle trat ausser den Schwindelanfällen auch ein plötzliches Versagen der Beine auf und ein Mann hatte ausser den Schwindelanfällen ein jäh einsetzendes Nachlassen aller Kräfte und er schlief ganz unvermittelt, wo er gerade war, ein! Also auch bei dieser kleinen Zahl von Fällen trat schon eine grosse Mannigfaltigkeit der epileptoiden Zeichen zutage.

Es ist von einer traumatischen Epilepsie bekannt, dass sie sich noch nach verhältnismässig langer Zeit nach einer Hirnverletzung, und zwar nach einer Zeit des Wohlbehaltens ohne überleitende klinische Erscheinungen (ohne sogen. Brückenerscheinungen) entwickeln kann. So war bei den 18 im Zivilberuf erlittenen Schädelverletzungen die Gehirnnahe z. B. erst kurz vor dem Eintritt in das Heer, z. T. aber auch schon vor 4—5 Jahren erworben worden. Bei einigen von den letzteren hatten seit der Verletzung seltene Schwindelanfälle bestanden und gessellten sich jetzt Krampfanfälle hinzu, in anderen Fällen waren aber die Leute von epileptoiden Zeichen freigebieben, dieselben traten erst jetzt unter den erhöhten Anforderungen des Feldzugs auf, nahmen oft rasch an Stärke und Häufigkeit zu, und es kam auch in 4 Fällen zu psychischen Störungen in der Form kurzer Dämmerzustände. Die 12 Kriegsverletzten waren 1—3 Monate nach völliger Ausheilung der Hirnverletzung wieder in die Front eingestell worden; bei allen bestanden schon seit der Verletzung vereinzelt, leichte Schwindelanfälle, die aber im Felde bald zunahmen, und zu denen Krampfanfälle oder geistige Störungen hinzukamen. Diese zweifellose Verschlimmerung weist ohne weiteres darauf hin, dass die Betroffenen den Anstrengungen des Frontdienstes nicht mehr oder doch noch nicht gewachsen sind. Man weiss, dass es in manchen Fällen bei entsprechender Schonung bei epileptoiden Zeichen bleiben und sogar zu einem Schwinden derselben kommen kann, ebenso wie man eine Selbstheilung auch einer vollentwickelten traumatischen Epilepsie mit grossen Anfällen wiederholt beobachtet hat. Es ist bei den Leuten mit epileptoiden Zeichen andererseits zu befürchten, dass sie unter zu hohen, an sie gestellten Anforderungen usw. eine zunehmende Verschlimmerung ihres Leidens erfahren und sich eine vollentwickelte traumatische Epilepsie mit Krampfanfällen, vorübergehenden geistigen Störungen usw. ausbildet, welche die Leute dauernd versorgungsbedürftig macht. Um dem etwas vorzubeugen, möchte ich mit diesen Zeilen die Aufmerksamkeit der an der Front tätigen Kollegen gerade auf die leichteren und leichtesten Fälle lenken.

Es besteht aber für mich noch ein anderer Grund: die traumatische Epilepsie ist für die Umgebung keineswegs ungefährlich. Schon die kurzen Schwindelanfälle mit nachfolgendem Schlaf oder das in einem Fall erwähnte unvermittelte Einschlafen können bei einem, auf einem sehr verantwortlichen Posten stehenden Manne zu den schwersten Gefahren für die Truppen führen. In der Tat hatte ich auch einmal einen Mann gerichtlich zu begutachten, der auf einem Horchposten in einen solchen epileptoiden Schlafzustand verfallen war. Vor allem wissen wir aber von der traumatischen Epilepsie, dass sie häufiger als alle anderen Epilepsieformen zu geistigen Störungen führt. Man beobachtet da ausgesprochene Stimmungsschwankungen, schwere Angstanfälle, Wutanfälle, plötzliches Weglaufen und namentlich die sehr gefährlichen Dämmerzustände.

Unter den 30 hier angeführten Fällen lagen bei 7 ausgesprochene geistige Störungen vor, also in fast $\frac{1}{4}$ der Fälle; es handelte sich ausnahmslos um kurze Dämmerzustände, in denen z. B. ein Mann im Quartier plötzlich sein Gewehr scharf lud, jedoch von den Kameraden überwältigt wurde, in einem anderen Fall schoss ein Mann plötzlich im Quartier scharf. Diese Gefahr für die Umgebung kann ganz unvermittelt eintreten, und man ist keineswegs imstande, einem Fall anzusehen, ob er nur mit epileptoiden Schwindelanfällen oder auch mit gemeingefährlichen Dämmerzuständen einhergehen wird.

Die Gefahr der Verschlimmerung des Leidens zu einer dauernden Rentenbedürftigkeit und die Gefahr für die Umgebung lassen es nach meiner Ansicht für durchaus geboten erscheinen, die Fälle, bei denen auch nur der begründete Verdacht einer sich entwickelnden traumatischen Epilepsie besteht, baldmöglichst aus der Front zu entfernen, und sie einem Kriegslazarett zur genaueren Untersuchung und Beobachtung zu überweisen.

Dort kann dann auch der sehr schwierigen Frage näher getreten werden, ob vielleicht ein operativer Eingriff angezeigt ist. Dass ein solcher nur bei einer beschränkten Anzahl von Fällen in Frage kommen kann, geht schon aus der Erwägung hervor, dass eben viele Narbenherde im Innern des Gehirns oder an unzugänglichen Stellen desselben, wie an den beiden Vorzugsstellen bei Basisbrüchen an der Unterfläche der Stirnlappen oder der Spitze der Schläfenlappen

gelegten sind. Für den operativen Eingriff sollte im Einzelfall nur eine gemeinsame Beratung eines Nervenarztes und eines Chirurgen den Ausschlag geben können. Der Erfolg eines solchen Eingriffs kann selbstverständlich erst nach Jahr und Tag richtig beurteilt werden.

Aus der Nervenstation des K. b. Reservelazarettes Ludwigs-hafen a/Rhein (Chefarzt: Generaloberarzt Dr. v. Kolb).

Die planmässige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung.

Von Stabsarzt d. L. a. D. Dr. Fritz Kaufmann (Mannheim).

Die psychogenen Störungen, die bei Kriegsteilnehmern zur Beobachtung kommen, unterscheiden sich in keinem wesentlichen Punkte von den Bildern, die auch die Friedenspraxis bietet. Eines ist mir bei dem mir zur Verfügung stehenden Material aufgefallen, nämlich die grosse Zahl der Kranken mit komplizierten motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen. Der grobschlägige Tremor ist das Symptom, das fast allen Kranken mit Reizerscheinungen gemeinsam ist. Man trifft ihn bald auf eine Extremität isoliert und mit Kontraktur des Extremitätenendes oder der ganzen Extremität verbunden, bald als allgemeinen Tremor, kompliziert mit tickartigen Zuckungen, mit Stottern, mit pseudospastischer Parese, mit saltatorischem Reflexkrampf u. dgl. m.

Bei meinen Kranken erschien es für die Besonderheit des einzelnen Falles gleichgültig, ob er sich akut nach Granatexplosion entwickelt, oder ob sich die Psyche nach chronischen, schweren Insulten, dann u. U. anschliessend an eine interkurrente Influenza oder einen Darmkatarrh — in die Neurose geflüchtet, oder schliesslich, ob die psychogene Störung sich als hysterischer Aufsatz auf eine organische Störung aufgepfropft und in extensiver Weise weiter entwickelt hatte.

Im Gegensatz zu vielen halte ich es für notwendig, die möglichst prompte, symptomatische Heilung von Kranken mit psychogenen Reiz- und Ausfallserscheinungen herbeizuführen, sobald die akuten Erschöpfungssymptome, die bei den im Felde Erkrankten so gut wie nie fehlen, sich rückgebildet haben. Denn wenn es auch durchaus richtig ist, dass die Hysterie nicht „geheilt“ ist, sobald die prägnanten Symptome zum Schwinden gebracht sind, so gibt es doch sehr viele Kranke, bei denen die motorischen Symptome die einzig nachweisbare krankhafte Störung bedeuten, während der hysterische Charakter oder sonstige hysterische Stigmata völlig fehlen. Bei solchen monosymptomatischen Fällen heilt man aber mit der Beseitigung des Symptoms die Krankheit, wenn auch gewiss die „Krankheitsbereitschaft“ bestehen bleibt. Aber auch bei den Kranken, bei denen eine hysterische Charakterveränderung oder sonstige Stigmata vorhanden sind, wird mit der Beseitigung der hervorstechenden motorischen Symptome zum wenigsten der wichtige Erfolg erzielt, dass dem Krankheitsgefühl ein wesentlicher Stützpunkt entzogen wird.

Soweit ich die Verhältnisse überblicken kann, kommen die psychogenen Kranken, besonders die mit den oben näher bezeichneten komplizierten Störungen behafteten, wenn sie im Felde erkrankt sind, meistens nach den üblichen Zwischenstationen in ein Reserve-lazarett des Heimatgebietes. Je nach der Eigenart des behandelnden Arztes werden sie hier mehr oder weniger suggestiv behandelt. Es unterliegt gar keinem Zweifel, dass jeder Weg der Behandlung zum Ziele führen kann, wenn er nur mit sachgemässer Suggestion gepfästert ist. Einzelne, wie z. B. Nonne-Hamburg, erzielen mit der Hypnose bemerkenswerte Erfolge; meist aber lautet die Parole: „Schonung“ und „Übung“. Ein grosser Teil bessert sich auch dabei bis zum Schwinden der prägnanten Symptome. Ich fürchte aber keinem Widerspruch zu begegnen, wenn ich behaupte, dass auch ein recht grosser Teil dieser mit Schonung oder Übung behandelten Kranken, ohne wesentlich gebessert zu sein, nach langer Lazarettbehandlung schliesslich als dienstunfähig zur Entlassung kommt, viele mit hoher Rente, einzelne noch dazu als „fremder Wart und Pilege bedürftig“.

Das führt zu unerfreulichen Konsequenzen für die betroffene Familie; es führt ferner für die staatliche Gemeinschaft zu dem Verlust der lebendigen Arbeitskraft; eine nicht unwichtige weitere Folge ist die erhebliche Belastung des Militärfiskus. Ein einfaches Rechen-exempel möge das erläutern: Nehmen wir die gewiss niedrig gegriffene Zahl von 100 derart entlassenen Kranken pro Jahr und Armeekorpsbezirk, die Rente des Einzelfalles inkl. Kriegszulage mit M. 500.— an, so bedeutet das für die 25 Armeekorpsbezirke Deutschlands eine jährliche Ausgabe von M. 1 250 000.—.

Nach Analogie der Rentenfälle in der Zivilpraxis ist zu erwarten, dass an Stelle der „negativen Begehrungsvorstellungen“ im Sinne der Kriegsangst, die sicher in vielen Fällen, wenn auch meistens unbewusst, mitspielen, nach dem Friedensschluss „positive“ Begehrungsvorstellungen im Sinne der Erhaltung der Rente einsetzen werden, und dass sich auf diese Weise die finanzielle Mehrbelastung weit hinein in die Friedenszeit erstrecken wird. Erzwingt man aber bei

diesen Kranken die Heilung, wenn auch nur eine „symptomatische“, so werden sie zum mindesten für ihren bürgerlichen Beruf arbeitsfähig und die Rente kommt in Wegfall.

Da mich bei veralteten Fällen — und fast ausschliesslich solche kamen auf meine Abteilung — die Erfolge der üblichen Suggestivtherapie sehr wenig befriedigten, griff ich zurück auf eine Art der Behandlung, die ich im Jahre 1903 als Assistent der Erbschen Klinik zur Anwendung gebracht hatte.

Es war in der Erbschen Klinik üblich, wie das auch anderwärts geschieht, hysterische Lähmungen mittels energischer faradischer Pinselung zur Heilung zu bringen, oft mit gutem Erfolg. Während der Herbstferien nahm ich ein 20-jähriges Mädchen in meine Abteilung auf, das infolge eines schweren hysterischen Kontrakturzustandes des einen Beines, einschliesslich der Hüftgelenksgegend, nahezu gehunfähig geworden, und das während etwa 9 Monaten deshalb wiederholt unsere Nervenambulanz aufgesucht hatte und dort mit den üblichen Suggestivmethoden, auch mit faradischer Pinselung, ohne Erfolg behandelt worden war. Rentenansprüche oder ähnliche Momente spielten in diesem Falle nicht mit. Nachdem ich die Patientin während der ersten 3 Tage ihres Krankenhausaufenthaltes in geeigneter Weise suggestiv auf die zu erwartende Heilung vorbereitet hatte, bearbeitete ich am 4. Tage die kranke Extremität 10 Minuten lang schonungslos mit der elektrischen Bürste, in die der ganze faradische und galvanische Strom des grossen Anschlussapparates geleitet wurde, unter ständiger Hilfsbeeinflussung durch Wortsuggestion. Der Erfolg war ein prompter: tags darauf konnte das Mädchen die Abteilung geheilt verlassen.

Auf dieser Erfahrung gelungener Ueberrumpelung fussend und bestärkt durch die Mitteilung Nonnes, der die verschiedensten psychogenen Bewegungsstörungen durch eine einzige Hypnose zur Heilung gebracht hatte, wendete ich seit Ende 1915 eine Ueberrumpelungsmethode an, die im nachfolgenden beschrieben werden soll.

Aus der Alltagserfahrung wissen wir, dass die durch einen psychischen Schock aus dem richtigen Geleise gebrachte Immersion sehr häufig durch einen erneuten psychischen Schock wieder in die richtige Bahn zurückgebracht wird. Wir sind nun in dem, bei den Kranken, wie in dem eben angeführten Falle, einen solchen Schock durch Bearbeiten mit einem kräftigen elektrischen Strom künstlich herbeizuführen und denselben unter Zuhilfenahme entsprechender Wortsuggestion in Befehlsform zur Heilung zu verwenden.

Unser Vorgehen setzt sich aus 4 Komponenten zusammen:

1. suggestiver Vorbereitung.
2. Anwendung kräftiger Wechselströme unter Zuhilfenahme von reichlicher Wortsuggestion.
3. strengem Innehalten der militärischen Formen unter Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses, und Erteilen der Suggestionen in Befehlsform.
4. Unbeirrbar konsequenter Erzwingung der Heilung in einer Sitzung.

ad 1. Die suggestive Vorbereitung ist, wie ich mich wiederholt (bei psychogenen Taubstummen) überzeugen konnte, nicht unerlässlich, aber doch sehr erwünscht. Es erscheint unnötig, sie hier im einzelnen zu beschreiben, da sie zum A und O des mit suggestiven Methoden arbeitenden Arztes gehört und nur solche Aerzte für die Ueberrumpelungsmethode in Frage kommen können. Man hat es in bezug auf suggestive Vorbereitung leicht, wenn durch eine Anzahl geglückter Heilungen bereits eine suggestive Atmosphäre im Lazarett geschaffen ist. Man muss dem Kranken gegenüber schon während der Vorbereitungsstage betonen, dass die Behandlung zwar schmerzhaft ist, dass er aber durch den Strom in einer Sitzung sicher und dauernd geheilt wird.

ad 2. Ein psychischer Schock kann nur dann erzielt werden, wenn man durch den Strom empfindliche Schmerzen auslöst. Man kommt zwar zuweilen, besonders bei solchen Kranken, die vorher nie elektrisiert wurden, mit mässig kräftigen Strömen aus, da in diesen Fällen schon die Neuartigkeit der Empfindung ungemäss suggestiv zu wirken pflegt. Häufig aber, besonders bei sehr veralteten Fällen, ist man gezwungen, sehr kräftige Ströme anzuwenden. Ich benütze meist den sinusoidalen Strom des Erlanger Pantostaten, der weniger unangenehm empfunden wird als der faradische Strom, und kombiniere eventuell noch mit dem galvanischen Strom, besonders, wenn es sich darum handelt, gleichzeitig eine hysterische Anästhesie zu beseitigen. Selbstredend darf man als Applikationsort nur indifferente Körperteile wählen. Sind solche indifferente, durch den Strom nicht zu schädigende Körperteile der Sitz des Hauptsymptoms, etwa also bei der pseudospastischen Gehstörung mit Tremor die Beine, so werden naturgemäss diese elektrisiert; dagegen setze ich z. B. bei der Heilung der hysterischen Aphonie die grosse Plattenelektrode auf die untere Wirbelsäulenpartie, während mit der Erbschen Normalelektrode, event. der elektrischen Bürste, der Arm bearbeitet, der Kehlkopf aber überhaupt nicht berührt wird; das übrige ist der reichlich anzuwendenden Wortsuggestion und sonstigen suggestiven Hilfsmethoden zu überlassen. Den elektrischen Strom lasse ich etwa 2—5 Minuten wirken, dann werden Uebungen vorgenommen, dann wieder elektrisiert usw.

ad 3. Ein ausserordentlich wichtiges Hilfsmittel bei dieser Art von Suggestivbehandlung ist die Vorgesetzeneigenschaft des behandelnden Sanitätsoffiziers: die militärische Disziplin verlangt absoluteste, kritiklose Unterordnung unter die Befehle des Vorgesetzten, und diese schafft für die Er-

zielung eines Suggestiverfolges den günstigsten Boden. Man muss gerade bei den Patienten mit derartigen psychogenen Störungen vom Aufnahmetag an auf strengstes Innehalten der militärischen Formen sehen, soweit das eben möglich ist, und dann während der Ueberrumpelungsbehandlung die Leute, ohne brutal zu erscheinen, sehr scharf anpacken, die Aufforderungen in knapper Befehlsform, unter Zuhilfenahme der militärischen Kommandos geben. So lasse ich — nach jeweiliger elektrischer Bearbeitung — Leute mit Zitterbewegungen der Beine oder mit pseudozerebellärer Ataxie Marschübungen nach scharfem militärischem Kommando machen (genau wie auf dem Kasernenhof!), Leute mit Tremor des Kopfes müssen nach Kommando „Augen rechts“ bzw. „die Augen links“ üben u. dgl. m.

ad 4. Der Erfolg kann nur erreicht werden durch unerbittliche Hartnäckigkeit in der Durchführung der Behandlung. Man darf nicht nachlassen, wenn die Heilung nicht gleich nach den ersten Minuten eintritt; man darf nicht müde werden, immer wieder zu betonen, dass dieselbe sicher erreicht wird, man muss den Kranken auf jede Weise zur Ueberzeugung zu bringen suchen, dass man imstande ist, ihm den eigenen starken Willen aufzuzwingen. Man darf sich nicht scheuen, mit dem Spastiker, dem Zitterer und Ataktiker selbst langsamen Schritt zu üben. Man darf nicht aufhören, dem aphonischen Patienten immer wieder nach kräftigem Elektrisieren das Anlauten des „A“ anzubefehlen, dabei mit energischen Gesten (wie ein Kapellmeister die Fortissimi herausholt) nachzuhelfen. Kurz man muss mit seiner ganzen Persönlichkeit bei der Heilung beteiligt sein. Dann aber bleibt der Erfolg nicht aus, wenn er auch öfters erst nach $\frac{1}{2}$ bis 1 bis mehrstündiger, andauernder Bemühung eintritt.

Sehr wichtig ist die Feststellung, dass dabei die Tremor- und Tickformen, auch die ataktischen Störungen, in den ersten 10 bis 15 Minuten, event. sogar noch länger, an Intensität zunehmen; das darf nicht abhalten, in der Behandlung fortzufahren; im Gegenteil: liesse man in diesem Stadium von der Fortsetzung der Behandlung ab, so wäre der Kranke geschädigt. Nach und nach wird das Zittern schon geringer, besonders wenn man bei Tremor der Unterextremitäten zunächst in Rückenlage einfache Bewegungen ausführen lässt; man darf nur nicht selber die Geduld verlieren und muss in geeigneter Weise seinem berechtigten Optimismus Worte verleihen.

Als sehr zweckmässig hat es sich mir erwiesen, bei schwer zu beeinflussenden Kranken während der Sitzung zeitweise Pausen von wenigen Minuten einzuschalten und den Patienten für diese Zeit sich selbst zu überlassen; es ist aber unbedingt zu vermeiden, dass sich während dieser Pause die Anwesenden über andere Dinge unterhalten, die den Kranken ablenken könnten; vielmehr ist es anzuraten, die Pausen dazu zu benützen, durch Bemerkungen, die man an die anwesenden Kollegen oder Hilfskräfte richtet, auf den Kranken suggestiv einzuwirken. Alles muss eben auf die Suggestivwirkung eingestellt sein. Oft habe ich die ersten Zeichen der Wiederkehr normaler Funktion gerade nach den Pausen gefunden. Nicht ganz überflüssig ist es, zu betonen, dass während der Behandlung der Kontakt zwischen Arzt und Patient nicht durch Versuche Anwesender, dem Arzt durch Worte oder Handlungen helfend beizuspringen, gestört werden darf.

Von ambulanter Anwendung dieser Behandlungsart bin ich in letzter Zeit gänzlich abgekommen; man hat die Leute viel besser in der Hand, wenn sie mindestens einige Tage auf der Abteilung waren; dann nimmt auch die von ihnen bereits gefasste Ueberzeugung, dass sie es mit einem humanen Vorgesetzten zu tun haben, der Ueberrumpelungsmethode jeden Anschein der Brutalisierung.

Ich höre nun den Einwand: „Wozu das alles? Bei einfachen, psychogenen Lähmungs- und Reizsymptomen kommt man doch meistens mit weniger eingreifenden Methoden der Suggestivbehandlung aus.“ Das sei gerne zugegeben für frische Fälle, die von vornherein richtig angepackt wurden; diese kommen auch auf unserer Abteilung ohne die Ueberrumpelung zur Heilung. Leider bekommen wir aber fast nur veraltete Fälle zu sehen, und diese verhalten sich gegen andere, „harmlosere“ Methoden sehr refraktär; davon kann sich jeder überzeugen, der eine grössere Anzahl von Lazaretten besucht hat. Man findet da immer „unbeeinflussbare“ Fälle, bei denen die „gewöhnliche“ Suggestivbehandlung versagt hat, die monatelang als crux medicorum in den Lazaretten bleiben, dann schliesslich, als dienstunfähig zur Entlassung gebracht, in der Heimat den Gegenstand der allgemeinen Teilnahme und Bemitleidung bilden und infolgedessen erst recht die Krankheit fixieren.

Besonders dankbare Objekte für die Ueberrumpelungsmethode bilden die Kranken mit motorischen Reizerscheinungen, die doch im allgemeinen als noli me tangere für eine irritierende Behandlung gelten; das grobschlägige Zittern, die Ticks und die spastischen Formen sind sogar meist leichter zum Schwinden zu bringen als die schlaffen Lähmungen.

So haben wir in den letzten Monaten in einer Sitzung zur Heilung gebracht einen Fall von Tremor des Kopfes nach $\frac{1}{2}$ jährigem Bestand; einen Tremor beider Oberextremitäten von $\frac{1}{4}$ jähriger Dauer; einen Tremor der rechten Oberextremität mit Kontraktur im rechten Ulnarisgebiet nach 5 monatlichem Bestehen; 4 Fälle von grobschlägigem Tremor der Unterextremitäten, z. T. mit pseudospastischer Parese, alle von mehrmonatlicher Dauer; einen Kranken mit Tremor und tickartigem Zucken aller 4 Extremitäten, kombiniert mit

hysterischem Stottern, nach 8 wöchigem Bestehen; einen Kranken mit hysterischen Pagodenbewegungen des Kopfes und Rumpfes, kombiniert mit hysterischem Stottern nach ¼ jähriger Dauer; einen Tremor des Rumpfes und Kopfes, kombiniert mit hysterischer Parese der Streckmuskulatur des Kopfes und der oberen Brustwirbelsäule nach 5 monatigem Bestehen; einen Fall von pseudozerebellarer Ataxie, verbunden mit tickartigen Zuckungen der Schultern und der Oberextremitäten nach 10 wöchiger Dauer; 6 Fälle von Aphonie, die z. T. bis zu 1 Jahr unbeeinflusst bestanden hatten; 1 Fall von 11 Monate bestehendem Mutismus; 3 Taubstumme nach wochenlangem Bestehen des Leidens; einen Fall von kompletter motorischer und sensibler Paraplegie der Unterextremitäten, der sich innerhalb mehrerer Monate nach schwerem Schädeltrauma entwickelte und einer organischen Parese der linken Oberextremität aufgelagert hatte, dann etwa ½ Jahr lang unbeeinflusst geblieben war.

Ein nach 2½ stündiger andauernder Bemühung so gut wie geheilter Fall, der eine Kombination von Tremor, pseudozerebellarer Ataxie und saltatorischem Reflexkrampf darbot, lässt hoffen, dass es gelingen wird, mit der Methode auch den schwierigen Reflexkrämpfen beizukommen.

Von schlaffen Lähmungen wurde auf diese Weise eine hysterische Handlähmung geheilt, während zwei ähnliche Fälle wiederholter Sitzungen bedurften. Gar kein Erfolg wurde erzielt bei einem sehr veraltet übernommenen Fall von schlaffer Monoplegie eines Beines, der sich nach Kontusion ganz allmählich entwickelte und ausgebreitet hatte; ein zweiter gleichartiger Fall wurde innerhalb eines Monats erheblich gebessert. Allerdings gehörten alle diese Fälle einer Zeit an, wo wir die Ueberrumpelungstherapie noch nicht mit der jetzt betonten, unerschütterlichen Konsequenz durchgeführt haben. Völlig refraktär verhielten sich auch mehrere identische Fälle, die nach Fussverletzung eine Kontraktur im Tibialis anticus bei gleichzeitiger Lähmung der Musculi peronei darboten, ohne elektrische Veränderung, mit strumpfförmiger Anästhesie; während die letztere auf Anhiß schwand, blieben die Kontraktur und die Lähmung gänzlich unbeeinflussbar. Ebenso verhielten sich 2 Fälle von angeblich rein hysterischer Ertaubung nach Granatkontusion und ein Fall von Aphonie, der aber durch katarrhalische Prozesse kompliziert war.

Die Methode verlangt unbedingt eine sehr vorsichtige Indikationsstellung; denn sie ist, wenn länger fortgesetzte Anwendung schmerzhafter Ströme notwendig wird, ohne Zweifel etwas heroisch. Als bester Beweis für ihre Berechtigung trotz der Rücksichtslosigkeit des Vorgehens mag aber gelten, dass die so geheilten Leute zu unseren dankbarsten Patienten gehört haben.

Von vornherein auszuschließen sind die Soldaten, die frisch erkrankt aus dem Felde zurückkommen; meist handelt es sich ja bei ihnen, auch wenn sie akut durch Granatkontusion erkrankt sind, um Leute, die schon vorher langdauernden, seelischen Erschütterungen ausgesetzt waren, und die nun ausser ihren psychogenen Störungen die Erscheinungen akuter Neurasthenie, meist mit hochgradiger psychischer und sensorischer Hyperästhesie, mit emotioneller Uebererregbarkeit, mit schweren vasomotorischen Symptomen mitbringen. Es bedarf wohl kaum der Erwähnung, dass diese akuten neurasthenischen Erscheinungen erst abgeklungen sein müssen, ehe man daran denken kann, die rein psychogenen Störungen durch Ueberrumpelung zu beseitigen. Eine andere Frage ist es, ob man auch bei den Fällen, bei denen eine psychogene Fixierung ursprünglich akut neurasthenischer Erschöpfungszustände vorzuliegen scheint, allzulang zuwarten soll. M. E. muss man da vorsichtig abwägend von Fall zu Fall entscheiden.

Auch von den Kranken mit rein psychogenen Symptomenkomplexen sind diejenigen mit explosiver Diathese, mit Neigung zu häufigen somnambulen Zuständen für die Ueberrumpelungsbehandlung ungeeignet. Sind das doch meist Erethiker mit mimosenhafter Psyche, die auf Grund ihrer Veranlagung auf den Versuch der Ueberrumpelung sehr leicht mit akuter Verschlimmerung reagieren könnten.

Weniger Federlesens braucht man z. B. zu machen, wenn ein Soldat, der noch nie im Felde war, in der Heimat an Tremor der Extremitäten oder an Aphonie hysterica erkrankt; hier liegen in der Mehrzahl der Fälle von vornherein negative Begehrungsvorstellungen vor; das sind die Leute, die nach v. Wagners Wort „nicht können wollen“ und deshalb „nicht wollen können“. Das Hauptindikationsgebiet für die Ueberrumpelungstherapie bilden aber, wie eingangs betont, die verschleppten Fälle.

Es ist nicht zu leugnen, dass die Ueberrumpelungstherapie an die Nerven des behandelnden Arztes grosse Anforderungen stellt. Aber der Erfolg lohnt doch die Mühe. Zudem kenne ich, abgesehen von der Hypnose, keine Methode, die so prompte Heilung komplizierter psychogener Symptomenbilder erzielt lässt. Uebrigens gilt auch von der Hypnose — es sei hierfür Nonne als Kronzeuge angerufen — in bezug auf die Erschöpfung des behandelnden Arztes dasselbe wie von der Ueberrumpelungsmethode. In unserem Lazarett können wir die Hypnose aus äusseren Gründen nicht in Anwendung bringen.

Zwei Vorzüge scheint mir die Ueberrumpelungsmethode vor der Hypnose zu besitzen: Die Hypnose erfordert eine erhebliche Schulung und Kenntnis vieler Details, um den Patienten nicht zu schaden; es gibt aber sicher viel mehr Aerzte, welche die Methodik der Wachsuggestion beherrschen. Damit soll keineswegs gesagt sein, dass es gut zu heissen wäre, wenn ein jeder, der über

einen elektrischen Apparat verfügt, sich ohne Bedenken an die Ueberrumpelungsbehandlung solcher Kranker heranwage. Gaupp hat sicher recht, wenn er die Warnung ausspricht: „Wer sich als Arzt in der Hysterie nicht genau auskennt, soll von der Behandlung solcher Kriegsneurosen die Hand lassen.“ Wenn die Kriegsneurosen alle rechtzeitig in die Nervenlazarette kämen, so wäre es überhaupt in sehr vielen Fällen unnötig, die Ueberrumpelungstherapie in Erwägung zu ziehen.

Als zweiten Vorzug betrachte ich den: der Hypnose kann sich der Widerstrebende entziehen; die Ueberrumpelungsmethode aber zwingt auch den Kranken, der nicht zur Heilung inkliniert, so gut wie immer in die Gesundung hinein; denn der gewaltige Schmerzdruck verdrängt alle negativen Begehrungsvorstellungen.

Noch ein Wort über die weitere Behandlung solcher Kranken ist nötig: Es erscheint empfehlenswert, die Leute nicht gleich in den ersten Tagen nach der Heilung zu entlassen, vielmehr sie noch einige Wochen in der Hand zu behalten, um jeder Möglichkeit eines Rückfalls von vornherein die Spitze bieten zu können. Da die Bahnen für die krankhafte Innervation bei unseren Kranken bereits eingeschliffen parat liegen, so ist ein Rückfall besonders dann zu befürchten, wenn mala voluntas mitspielt. Das ist glücklicherweise nur selten der Fall. Aber auch der vom besten Gesundheitswillen besetzte Kranke wird leicht rückfällig werden, wenn man der normalen Innervation nicht genügend Zeit gelassen hat, sich wieder einermassen zu festigen. Das geschieht am besten unter den Augen des Arztes, der die symptomatische Heilung erreicht hat. Es ist überflüssig, zu erwähnen, dass die Rekonvaleszenten im Lazarett in richtiger Weise beschäftigt werden müssen.

Zu Feldsoldaten eignen sich die Leute keineswegs mehr. Wir haben die Kranken nach Ablauf der mehrwöchigen Schonzeit meistens als garnisonverwendungsfähig, z. T. als Krankenwärter für die Heimat entlassen. Ueber Katamnesen verfügen wir leider noch nicht. Nach Mitteilungen, die uns kürzlich von autoritativer Seite auf Grund mehrfacher Erfahrungen geworden sind, bezweifle ich, ob die Entlassung als g. v. richtig war; denn auch der Garnisonsdienst bietet zu viele Möglichkeiten, die auf das labile Nervengleichgewicht alterierend wirken und Rückfälle herbeiführen können. Vielleicht ist es das richtigste, die Leute als arbeitsfähig für ihren Beruf zur Entlassung zu bringen.

Nach Niederschrift obiger Ausführungen finde ich bei der Lektüre von Redlichs Aufsatz „Einige allgemeine Bemerkungen über den Krieg und unser Nervensystem“ (M.Kl. 1915 Nr. 17), dass der Autor in ganz ähnlicher Weise vorzugehen scheint. Ich bin überzeugt, dass auch andere Neurologen in prinzipiell gleicher Weise handeln; aber Gemeingut der militärisch tätigen Nervenärzte ist die Ueberrumpelungsbehandlung keineswegs; die Veröffentlichung unserer Methodik und Indikationsstellung ist deshalb vielleicht dem einen oder anderen Kollegen nicht unerwünscht.

Nachschrift bei der Korrektur: In den letzten 6 Wochen sind als auf gleiche Weise geheilt hinzugekommen: 7 Tremores, 3 schwere spastische Dysbasien, 2 schlaffe Dysbasien, 1 schlaffe Monoplegie und Anästhesie einer Oberextremität (nach 4jährigem Bestand!), 1 Fingerkontraktur, 2 Fälle von Taubstummheit. Misslungen ist in dieser Zeit kein einziger Fall.

Aus dem Reservelazarett Essen (Oberstabsarzt Dr. Hampe). Psychologische Beobachtungen bei Heilungen funktionell stimmgestörter Soldaten.

Von Dr. O. Muck in Essen.

In Nr. 12 der Münch. med. Wochenschr. 1916 habe ich ein Verfahren mitgeteilt, das bei Schrecklähmung der Kehlkopfmuskulatur (Adduktorenlähmung) die sofortige Heilung erzielt, das Wiedererscheinen der Stimme, auch wenn sie wochen- und monatelang verschwunden war.

Ich bin jetzt in der Lage, über eine grössere Anzahl von prompt geheilten funktionell aphonischen Soldaten zu berichten, nachdem uns durch eine Verfügung des Sanitätsamtes Münster vom 18. II. 16 stimmgestörte Soldaten zur Behandlung überwiesen waren.

Die Mitteilung soll erfolgen nicht so sehr wegen der laryngologischen und klinischen Eigentümlichkeiten der Fälle, sondern wegen der interessanten psychologischen Erscheinungen, die zutage traten, ich möchte sagen in statu vocis renascentiae. „Da die Stimme durch den Affekt beeinflusst wird und plötzlich verschwinden kann, so kann sie auch plötzlich und dann auch wohl im Affekt wieder erscheinen“, sagt Oppenheim.

Von letzterer Erwägung ging ich aus, als ich in dem Kugelexperiment den stimmlos Gewordenen plötzlich vorübergehend endolaryngeal in Erstickungsangst brachte und so durch momentanes körperliches Unbehagen, durch Beschneidung der Luftzufuhr, einen Angstschrei hervorrief.

Der therapeutische Erfolg ist, wie ich an der Hand einer Reihe von kurzen Krankengeschichten zeigen werde, ein sofortiger und dauernder. Der kurzdauernde Affekt des Schreckens wird von einer,