



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

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

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

Usage guidelines

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

We also ask that you:

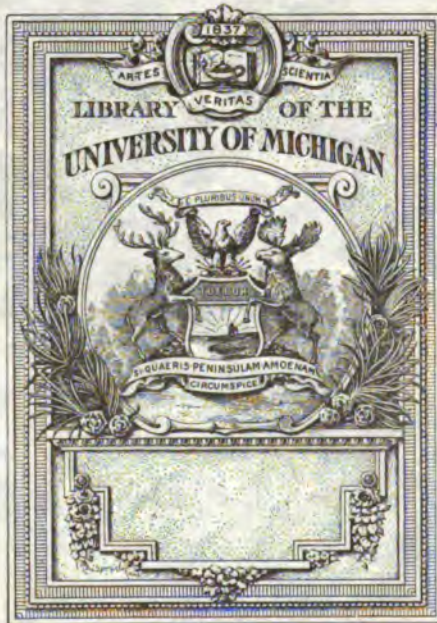
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research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

About Google Book Search

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



B 3 9015 00213 427 1
University of Michigan - BUHR





610,5

Z 6

N 46

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
Deutschland

dem Begründer des Blattes,

van Deventer (Meerenberg), Gowers (London), Ireland (Mavisbush).
Niederlande England Schottland

Kowalewskij (Charkow), Ladame (Genf), Lange (Kopenhagen),
Russland Schweiz Dänemark

Laufenzauer (Budapest), Lombroso (Turin), Morel (Gand), Morselli (Genua),
Ungarn Italien Belgien Italien

Obersteiner (Wien), Seguin (New-York),
Oesterreich Nordamerika

Redigirt von

Dr. med. et phil. R. Sommer

Privatdocent für Psychiatrie an der Universität Würzburg.

XVII. Jahrgang. Neue Folge V: Band.
1894.



COBLENZ & LEIPZIG.

Druck und Verlag von W. Groos, Königl. Hofbuchhandlung
(Kindt & Meinardus.)

Digitized by Google

Verzeichniss der Originalien.

	Seite
1. Die Beziehung von morphologischen Abnormitäten zu den endogenen Nerven- und Geisteskrankheiten. Von Dr. Sommer-Würzburg. (Fortsetzung) . . .	1
2. Ueber das Zustandekommen von Gehörstäuschungen. Von Dr. C. Fürer. . .	57
3. Nachprüfung des der Theorie vom buchstabirenden Lesen und Schreiben zu Grunde liegenden Falles von Sprachstörung. Von Dr. Sommer.	113
4. Dementia paralytica sine Paralyti. Von Dr. J. Belkowsky in Breitenau bei Schaffhausen.	169
5. Ueber den Parallelismus geistiger und körperlicher Vorgänge. Von Dr. Bernhart, II. Assistenzarzt in Gabersee	225
6. Paragraph 51 und „partielle Verrücktheit“. Von Prof. Dr. Rieger-Würzburg	281
7. Ueber eine neue Untersuchungsmethode des Centralorgans, speciell zur Feststellung der Localisation der Nervenzellen. Von Dr. Franz Nissl	387
8. Ein Fall von Trionalvergiftung. Von Dr. Ewald Hecker-Wiesbaden . . .	401
9. Ueber Neubauten für psychiatrische Kliniken Von Prof. Rieger-Würzburg	406
10. Zur pathologischen Anatomie der Hirn- und Rückenmarkerschütterung. Von Dr. G. Bikeles (Lemberg)	408
11. Zur Methodologie einer wissenschaftlichen Criminal-Anthropologie. Von Dr. Näcke-Hubertusburg	449
12. Diabetes insipidus mit gleichzeitiger Retentio urinæ spastica bei einem hysterischen Mädchen. Von Dr. A. Linke	457
13. Ueber einige Fragen der Organisation und des Baues psychiatrischer Kliniken. Von Prof. Rieger	466
14. Ueber einige Formen der Alcoholintoleranz und ihre Prognose. Von Dr. Smith, Schloss Marbach am Bodensee	569
15. L'enfant criminel-né. Oar le docteur Dietrich, Turin	579
16. Beitrag zur Pathogenese der Acromegalie. Von Prof. Aug. Tamburini . . .	625
17. Zur Frage von dem verschiedenen Verhalten verschiedener Nerven, bezw. ihrer Endigungen gegen denselben Reiz. Von Dr. Max Levy-Dorn	630

Autoren-Register.

A.

Achard pg. 207.
Ackermann 269.
Adams 488.
Adamkiewicz 178.
Agostini 26. 499.
Albertoni 33.
Althaus 506.
Amadei 89.
Anderoga 29.
Aufmoff 434.
Angiolella 160.
Anker 668.
Anton 46. 184.
Arndt 600.
Aschafferburg 104. 451.
591.
Asmus 316.
Azoulay 602.

B.

Babes 37. 300.
Bach 567.
Bannas 554.
Bard 151.
Barrs 212.
Bartels 219.
Bastian 76.
Bauer 259.
Bays 162.
Beadles 433.
Beaumont 140.

v. Bechterew 311. 521.
526. 593. 595. 644.
670.
Becker 450.
Beevor 537.
Belkowski 169.
Bernardini 272.
Benda 260.
Benedikt 673.
Berillon 509.
Betz 640.
Beyer 103.
Berg 269.
Bernhardt 327. 377. 483.
484.
Bernhart 225-233.
Bernheim 211. 436.
Bernheimer 559.
Bianchi 301. 303. 490.
497. 499.
Biernacki 486.
Bidwell 553.
Bikeles 41.
Bins 645.
Binswanger 249. 678.
Bischoff 417.
Bleuler 165.
Bloqu 308. 312. 658.
Boeck 219. 440.
Boissier 218.
Bondurant 321. 532.
Borel 639.

Borgherini 149.
Borthen 34. 257.
Bothe 9.
Bonchaud 472.
Boulloche 95.
Bourdin 321.
Bourneville 274. 637.
Bovelius 190.
Boyce 656. 667.
Bramwell 265. 539.
Braunstein 177.
di Brazza 158.
Bremer 270.
Brenneken 152.
Brigatti 33.
Brissand 78. 149. 195.
427. 657.
Brock 302.
Bronner 296.
Brosius 640.
Brown 533.
Brunet 547.
Bruns 223. 529. 597.
Bücklers 186.
Bum 21.
Burr 663.
Buxbaum 331.
Buzzard 300. 479.

C.

y Cajal 137.
Campbell 300.

Oanter 548.
Capelletti 24.
O'Carrol 80.
Chabbert 600.
Chantemesse 666.
Charoot 194. 245. 444.
589.

Chevallereau 567.
Christian 436.
Chvostek 148.
Clutton 481.
Coleman 80.
Collatz 215.
Colella 505.
Collet 75.
Collins 672.
Contejean 142.
Connel 36.
Consiglio 177.
Courmont 302.
Cullerre 677.
Cunningham 547.

D.

Daal 98.
Dagonet 584.
Dana 607.
Darasciewitsch 440.
Darkschewitsch 485.
Darquier 85.
Dauber 365.
Deanesley 488.
Debove 95.
Dehio 452.
Déjerine 72. 182. 183
255.
Dessoir 179.
Diettrich 579.
Diller 487.
Dinkler 144.
Dittmar 97.
Dizard 346.
Dornblüth 636.
Duhamel 584.
Dreher 559.

E.

Edgeworth 602.
Edgren 360. 661.

Eloy 211.
Elschnig 297.
Eschle 525.
Eskridge 312.
Eulenburg 47.
Exner 634.

F.

Feilchenfeld 195.
Féré 155. 156. 217.
315. 357. 428. 551.
Ferrari 89.
Fiessinger 25.
Fischer 376.
Flechsigt 85. 643.
v. Foller 86.
Forel 93. 437.
Forbes 263.
Fournier 198. 206. 369.
Francois 488.
Frenkel 366.
Freud 242. 245. 675.
Freund 263, 537.
Friedländer 489.
Friedmann 100. 199.
Froste 606.
Fuchs 163.
Fürer 57.

G.

Gade 644.
Gallerani 484.
Gautier 85.
Gay 142.
Geigel 252, 411.
Genouville 196.
Gerhardt 30. 384.
Gerlach 659.
Gerster 213.
Giese 425.
Glatz 642.
Goch 75.
Goeden 246.
Goldscheider 306. 473.
670.
Gombault 480.
Goodall 310.
Gould 35.

Grabower 197. 602.
de Grandmont 604.
Greiwe 414.
Grube 27. 549.
Greidenberg 40.
Griesinger 105.
Grón 666.
Gudden 677.
Guerlain 433.
Guizetti 74.
Gurrieri 79.
Gutzmann 50.

H.

Haig 410.
Hafner 615.
Hallion 427.
Handford 661.
Head 65. 649.
Hecker 100. 401.
Heine 676.
Heinlein 51.
Hellier 160.
Henschen 137. 377 475.
498. 500.
Higier 417. 673.
Hildebrand 377.
Hirschl 41. 271.
Hirt 508. 635.
Hirsch 240. 640.
Hirschberg 349.
Hitzig 500.
Hjelmann 189. 257.
Hoche 379. 383.
Hochhaus 144.
Hoesel 139. 501.
Hoffmann 486. 663.
Holz 526.
Hoppe 60. 602.
Houberg 256.
Hullmann 609.
Husemann 648.

J.

Jacobäus 84. 656.
Jacobson 271. 596. 676.
Jackson 196. 532.
James 360. 550. 605.

Janet 233.
Jankau 632.
Jaquet 492.
Jendrassik 522, 592.
Jentsch 593.
Ilberg 598.
Joachimthal 195.
Joffroy 207, 674.
Jolly 362, 496, 664.
de Jong 510.
Joque 645.
Johnston 161.
Ireland 168, 216, 266.
Isaac 368.
Itard 447.
Juttle 253.

K.

Kaes 522.
Kaiser 251.
Kalindéro 489.
Kamienski 201.
Kausch 381.
Kellogg 254.
Kemmerich 270.
Kjellmann 204.
Kimbell 548.
Kinnicut 158.
Kirn 99, 324.
Kirilzew 520.
Klinke 413.
Klippel 602.
Knaggs 533.
Knies 140.
Koch 612.
Kochewnikoff 297.
Koenig 296.
Kolisch 477.
Korufeld 41.
Kowalewsky 209, 667.
Kraspelin 102, 293, 451.
v. Kraft-Hbing 95, 355, 446.
Kramer 180.
Kraus 298.
Kraynski 218.
Kronthal 157, 316, 559.
Kurella 56, 500, 503.
Kütermann 660.

L.

de Lacerda 425.
Lachaux 218.
Lacour 376.
Lachir 640.
Lagrange 546.
Lamy 370.
Lancereux 556.
Landmann 585.
Langdon 254.
Langley 176.
Lannois 25.
Laquer 449.
Larat 85.
Lefort 250.
Lemecke 257.
Levy-Dorn 680.
Lewin 208, 260.
Leyden 223, 423.
Lindh 268.
Linke 457.
Linsmayer 260, 607.
Lionnet 215.
Löbel 487.
Löwenfeld 20, 421, 429.
Lombroso 356, 359, 504.
Londe 657.
Luciani 344.

M.

Mahaim 140.
Mallison 271.
Mann 255, 567.
Mannheim 349.
Mansley 32.
Marchand 187.
Marie 78, 149, 152, 304, 366, 378, 418, 483, 636.
Marie, Bené 666.
Marinisco 524.
Marro 507.
Marsalongo 206.
Masing 181.
Mason 278.
Massaut 216.
Matell 189.

Matthieu 200.
Mattison 380.
Meine 654.
Mendel 83, 333, 610.
Mercklin 565.
Mayer 659.
Meyer 676.
Mettler 38.
Michel 566.
Miler 258.
Miller 547.
Mingazzini 89, 162, 501, 502, 504.
Mitchel 323.
Moebius 444.
Moeller 597.
v. Monakow 47.
Morel 96.
Morel-Lavallée 28.
Morselli 88, 163, 164, 165.
Mosser 323.
Mott 603.
Motti 504.
Moullin 85, 307, 533.
Mouro 603.
Muehin 178, 361.
Munk 527.
Murray 549.
Müller, Friedrich 193.
Müller, Johannes 603.
Müller, R. F. 473.

N.

Naecke 324, 359, 503, 504.
Nammack 299, 376, 662.
Neale 162.
Negro 505.
Nielsen 265.
Nisal 104, 522.
Noetal 452.
v. Noorden 603.

O.

Obersteiner 418, 511.
Obolensky 374.

Oliver 96.
Ord 160.
Orlowski 646.
Oppenheim 545.

P.

Pacinotti 484.
Padgett 34.
Paetz 8.
Pagenstecher 425.
Parker 75.
Paterson 161.
Péan 216.
Pel 181.
Peli 251.
Pelmann 454.
Pellizi 22.
Penta 502.
Perles 298.
Person 204.
Peters 592.
Peterson 32. 254. 369.
Petrazzini 272.
Pfeiffer 363.
Phleps 430.
Piocinino 490.
Pieraocini 87.
Pierson 316.
Pierret 508.
Piper 167.
Pitres 150. 589.
Placzek 180. 595.
Pommer 71.
Pontoppidan 167.
Popoff 534.
Pust 91.
Putnam 159.

Q.

Quénu 487.

R.

Rake 316.
Raymond 374.
Redlich 479. 660.
Rehfish 641.
Reinhold 382. 601. 666.
Rells 446.

Remak 161. 183. 495.
Ribot 443.
Richet 668.
Rie 256.
Rieger 281-93. 466.
513.

v. Rindfleisch 92.
Rjelmann 550.
Rissler 190.
Rithmann 605.
Rockwell 84.
v. Rosen 210.
Rossi 23. 87. 88.
Rosin 49. 223.
Rostenitsch 192.
Royet 75.
Roetteken 320.
Roller 494.
Roncoroni 502.
Rossolimo 535. 653.
Ruxton 310.
Ryan 300. 670.

S.

Sachs 196.
Sacki 496.
Sauvineau 566.
Schaefer 10. 524.
Schaffer 141. 180.
Scheier 191.
Scheinmann 153.
Schlesinger 151.
Schloess 648.
Schmid 217.
Schmidt 315.
Schmidt-Rimpler 608.
Schofield 437.
Schon 193.
v. Schrenck-Notzing 21.
347.
Schüle 80 97. 220.
Schultze 447. 544.
v. Schweinitz 323.
Seifert 37.
Senator 542.
Sérieux 439.
Sergi 498.
Serrand 212.

Sherrington 65. 553.
Sickinger 216.
Siemerling 519.
Simon 264.
Simpson 609.
Sioli 100.
Smith 84. 103. 367. 569.
Sollier 222. 509.
Squance 554.
Sommer 1-8. 43. 105.
113. 448. 499. 504.
594.

Sonnenberg 80.
Sordanis 212.
Sottas 23. 310.
Souques 475.
Spalitta 177.
v. Speyr 217.
Spratling 380. 664.
Stadelmann 247.
Stage 154.
Stcherbak 142. 250.
Stefani 506.
Stein, 48. 49.
Sternberg 13. 72.
Stevens 64.
Stewart 590.
Stoicesco 300.
Stricker 647.
Strümpell 42. 81. 450.
538.
Sturgis 322.
Suckling 200.
Szalay 267.

T.

Tamburini 92. 498. 625.
Taylor 413. 478. 482.
Terrien 263.
Thomson 40. 267.
Tichonow 485.
Thomborn 2 2.
Thompson 368. 431.
Thévenet 361.
Thibierge 606.
Thitel 445.
Tresidder 81.
Triantaphyllides 670.

Toulouse 220. 274.
Tscherning 269.
Tuczek 208.
Turner 155.
Turney 481.

U.

Uhthoff 298.
Unverricht 645.

V.

Vanlair 252.
Vanni 27.
Vassale 23. 158.
Verhoogen 429.
Vetlesen 26.
Violet 72. 415.

Vibert 16.
Voisin 204. 438.
Vollmer 646.

W.

Wagner v. Jauregg 166.
325.
Waldo 662.
Wandt 527.
Weber 38 546.
Wedekind 37.
Werner 441.
Wernicke 351.
Weil 449.
Weill 73.
Wichmann 76. 78. 81.
525. 662.

Wicks 534.
Wickam 194.
Wietling 146.
Wildermuth 552.
Williams 192.
Williamson 33.
White 316.
Wlassak 251. 591.
Wollenberg 610.
Wray 310.

Z.

Zampa 614.
Zeller 197.
Ziehen 353. 411.
v. Ziemssen 22.
Zwardemaker 86.

Sach-Register.

A.
Accessorius pg. 488.
Aconitin 37.
Acromegalie 32. 366. 450. 554. 607.
625.
Acusticus 520.
Addison'sche Krankheit 550.
Aesthetik 548.
Affecte 443.
Agraphie 476.
Akroparästhesie 199.
Akustische Versuche 527.
Alcoholfrage 103. 346. 492.
Alcoholintoleranz 567. 569.
Alcoholismus 425.
Alcoholismus chronicus 84.
Allchästhesie 590.
Amaurose 654.
Amaurose, transitorische 605.
Amblyopie 430.
Amusie 661.
Amyotaxie 535.
Amyotrophische Lateralsclerose 152
195.
Anämie, perniciöse 421.
Anästhesie 84 87. 526.
Analgesie des Ulnarisstammes 486.
Anencephalie 644.
Anstaltswesen 9. 97 46 494.
Antagonistenwirkung 65.
Antipiriuomanie 24.
Arthropathie 262
Autointoxicationen 676.

Aphasia 802.
Aphasia, motorische 192. 662.
Aphasia, musikalische 661.
Aphasia, optische 303.
Aphonie 87.
Apoplexie 300. 417.
Arachnoidea 363. 533.
Arseniklähmung 488.
Arsenvergiftung 664.
Arsenikvergiftung
Arteria meningea 251
Articulationsstörungen 426.
Astasie-Abasie 489. 546.
Asthenopie 296.
Ataxie 601.
Ataxie, hereditäre 81. 82. 83. 360
542. 544. 662.
Ataxie, hereditäre cerebellare 334
657.
Athetose 312. 427.
Athmosphärische Einflüsse 40.
Atropin 645.
Augenmuskelstörungen 310. 327.
Augenmuskellähmungen 566.
Augenstörungen 298.
Augensymptome 554.
Axencylinder 180.
B.
Bahnen, sensible 644.
Basedow'sche Krankheit 41. 157.
159. 160. 161. 207. 216. 315.
349. 428. 431. 549.

Basedow'sche Krankheit mit Geistes-
störung 271.
Basophobie 95.
Benedikt's Symptomencomplex 194.
Beri-Beri 425.
Beschäftigungsneurosen 155.
Bewusstsein 247. 484
Blasenstörungen 449.
Bleilähmung 668.
Bleivergiftung 377.
Blutgefäße 71.
Bromismus 155. 156.
Brown-Séquard'sche Methode 156.
211. 212.
Bulbärparalyse 29. 78. 149.

C.

Caisson-disease 368.
Cauda equina 541.
Carotis-Verschluss 297.
Cerebrale Kinderlähmung 183.
Chemismus des Magens 25.
Chirurgie der R. M. Krankheiten 670.
Chloralose 88. 155. 668.
Chorea 49. 212. 488.
Chorea minor 206
Circulation im Gehirn 410.
Colonisirung 8.
Corpora quadrigemina 413.
Corpus restiforme 250.
Cretinismus 160. 161. 166. 216.
267.
Criminal-Anthropologie 99. 326. 502.
614. 644.
Criminalpsychologie 324. 355. 359.
579.
Cararin 379.

D.

Dämonologie 640.
Degeneration 321. 357. 546. 640.
Degeneration, absteigende 23. 656
R. M. Degeneration bei Phosphor-
vergiftung 79.
Degeneration der Py-Bahn 538.
Degenerative Psychosen 96. 249.
Degeneration, secundäre 47.
Degenerationszeichen 217. 503.

Delirium hallucinatorium 610.
Dementia paralytica 169. 472. 496.
Drucklähmung des N. radialis 161.
Diabetes 658.
Diabetes mellitus 27. 315.
Diabetes insipidus 208. 457.
Diagnostik der Nervenkrankheiten
444.
Diphtheritische Lähmungen 298.
Diplegien 241.
Duboisin 216.
Dynamometrie 220.

E.

Eclampsie 211.
Eczem 203.
Electrische Erregbarkeit bei peri-
pherischen Lähmungen 180.
Electrische Ströme 526.
Electroden 595.
Electrotherapie 161. 432. 642.
Elephantiasis 606.
Embolie 187. 534.
Embryologie, experimentelle 157.
Encephalitis 533. 596. 6. 1.
Endogene Geisteskrankheiten 1.
Energie, specifische der Nerven 630.
Enuresis 203.
Ependym-Granulationen 22.
Epilepsie 25. 49. 75. 85. 155. 204.
209. 323. 410. 508. 550. 551.
552. 553. 604. 637. 656. 667.
672.
Erb-Duchenne'sche Lähmung 83.
Erregbarkeit, electriche 377.
Erythromelalgie 47. 260.
Exalgin-Vergiftung 26.
Examensfrage 275. 678.
Exophthalmus 84. 547. 548.
Extirpation einer Hemisphäre 142.

F.

Facialis 582.
Facialislähmung 149. 417. 485. 602.
603.
Färbung der nervösen Bestandtheile
251. 387.

Färbemethoden 522.
Färbemethoden des C. N Syst 223.
Fall Feldmann 453.
Familiale Verpflegung 9.
Faserverlauf 633.
Fieber 54.
Fieber, typhöses 25.
Fixe Ideen 322.
Fleischpepton 270.
Fleischig'sche Methode 49.
Forensische Psychiatrie 92.
Frenkel'sche Methode 670.
Friedreich'sche Krankheit 542. 544.

G.

Ganglienzellen 522.
Ganglion ciliare 566.
Gangrän, neuropathische 556.
Gangrän, spontane 150. 197. 4-7.
Gedächtniss 443.
Gehirnkrankheiten 411.
Genie 164. 359. 640.
Geschichte der Psychiatrie 163.
Geschlecht in Bezug auf Criminalität 502.
Gesichtsfeld 323. 392 608.
Gliom 33. 192.
Gliomatose 80.
Golgi'sche Methode 602.
Grenzen der geistigen Gesundheit 163.
Grössenwahn 41.
Grosshirn-Eintheilung 643.

H.

Hämatomyelie 377, 420.
Hämatoxilin-Färbung 251.
Hämorrhagie 553.
Hämorrhagie des R. M. 661.
Hallucinationen 163. 673. 675.
Hallucinationen des Gehörs 58.
Halswirbelerkrankung 306.
Haube 414.
Hebephrenie 90.
Hemianästhesie 436.
Hemianopsie 645.
Hemiatrophia facialis 83.
Hemicranie 653.
Hemiorania ophthalmica 162.

Hemiplegie 417. 662.
Herderkrankungen 72. 302.
Heredität 271. 321. 357.
Herpes 487.
Herzkrankheiten 49.
Heterotypie 139.
Hinterstrangssclerose 144.
Hirnabscess 190, 191. 257. 532.
Hirncentren 415.
Hirnerschütterung 253. 408.
Hirnextract 670.
Hirnnervenlähmung, multiple 76.
Hirnphysiologie 527.
Hirnschenkel 182. 300. 413.
Hirnsection 519.
Hirnsyphilis 189. 257.
Hirnwindungen 502.
Histologie 137.
Hydrarthros 428.
Hydrocephalie 637.
Hydrocephalus 380. 532.
Hydroelectrische Behandlung 85.
Hydrotherapie 431. 642.
Hyperostose des Felsenbeins 257.
Hypertrichosis 193.
Hypnagogischer Zustand 440.
Hypnose 141. 241. 322.
Hypnotica 663.
Hypnotica bei Chorea 212.
Hypnotismus 347. 587.
Hypophysis cerebri 666.
Hysterie 20. 57. 140. 155. 200. 201.
203. 233. 263. 264. 323. 417.
428. 429. 436. 457. 509. 587.
606. 608. 637. 675.

I.

Ideenflucht 451.
Idiotie 165. 167. 222. 274. 413. 447.
637.
Idiotie, moralische 165.
Imbecillität 222.
Incontinentia urinæ 38.
Incoordination 27. 43. 472.
Indican 321.
Inducirte Psychosen 219.
Infectionskrankheiten 27. 604.
Influenza-Psychosen 89.

Irrenärzte, Stellung der 279.
Irrenfreund 640.
Irrengesetz 93.
Irresein, inducirtes 440.
Irisbewegung 176. 177.
Ischias 431 642.
Intoxicationskrankheiten 135. 401.
Intoxicationskrankheiten des Nerven-
systems 208.

K.

Karyokinese 104.
Kehlkopfmuskellähmung 197.
Kinderlähmung, cerebrale 241.
Kinderlähmung, spinale 165.
Kleinhirn 327, 344. 376. 597. 600.
Kleinhirnerkrankung 75.
Kliniken, psychiatrische 406. 513.
Klonische Zustände 43. 484.
Kniephänomen 384.
Kopfschmerzen 153. 215. 410.
Kopfverletzungen 73.
Krankheitsbewusstsein 565.

L.

Labyrinth 527. 591.
Lähmung peripherischer Nerven 433.
Laryngospasmus 154.
Leberatrophie 596.
Lehrbücher der Nervenheilkunde 635.
636.
Lehrbücher, psychiatrische 35. 245.
293. 353. 355. 444. 584. 636.
Leitungswiderstand 255.
Lendenmark 541.
Lepra 366. 480.
Leptomeningitis 597.
Lesestörung 473.
Little'sche Krankheit 241.
Lokalisation sensibler Functionen
183.
Lokalisationstheorie 589.
Lüge 10.

M.

Manie 438.
Masern-Nachkrankheiten 603.
Massage, metrische 432.

Mechanotherapie 21.
Melancholie 274. 438 510.
Meningomyelitis 146. 370. 375.
Menstruelle Psychosen 100.
Microcephalie 256.
Migraine ophthalmique 35.
Monoplegie 429.
Moralisches Irresein 272.
Morphin 645.
Morphinismus 346. 380.
Morphiumsucht 428. 509.
Morphologie des Gehirns 643.
Morphologische Abnormitäten 1.
Morvan'sche Krankheit 365. 480.
Motilitätsstörungen 315.
Motorische Kraft, (Messung) 86.
Muskelatrophie 37. 74. 360. 383.
Muskel-Sensibilität 27.
Muskelsinnstörungen 184.
Myelin-Injectionen 506.
Myelitis, acuta 660.
Myositis 260.
Myopathie 303. 361.
Myxoedem 40 378 450. 547. 548.
666.
Myxoedembehandlung 39. 265. 433.

N.

Narcotica 346.
Nasenleiden 153. 204. 550.
Naturvölker 219.
Negationsdelir 273.
Nervenexcision 84.
Nervenfasern 522.
Nervenlähmung 604.
Nervenlähmung, multiple, 528.
Nervenzellen 524.
Netzhaut 567.
Netzhautreflexe (in der Hypnose) 141
Neuralgie 162. 374.
Neurasthenie 20. 38. 100. 198. 348
554. 639.
Neuritis 84.
Neuritis bei Alcoholismus 505.
Neuritis, multiple 309. 312.
Neuritis, peripherische 608.
Neurosen 259—65.

Nierenkrankheit 253.
Nystagmus 151. 541.

O.

Oblongata 601.
Obsession 218.
Occipitallappen 300.
Oculomotorius 559.
Oculomotorius-Lähmung 34. 36. 196.
Offen-Thür-System 8.
Ohrformen 93.
Olfactometrie 86.
Olivenbündel 521.
Ophthalmoplegie 200. 297. 567. 671.
Opium 672.
Opiummissbrauch 376.
Opticus-Atrophie 35. 479.
Optische Bahnen 251.
Opticus-Erkrankungen 196. 363. 604.
Organisation von Kliniken 466.
Osmium-Färbung 251.
Otitis media 190. 191. 257.

P.

Pachymeningitis cervicalis 146.
Paralyse, acute aufsteigende 362.
Paralysis agitans 660.
Paralysis alternaus 300.
Paralysis progressiva 28. 41. 96 256.
310 369. 383. 419. 439. 600.
602. 610. 676. 677.
Paralyse, spastische 538.
Paranoia 220. 271. 565.
Paraplegie 372.
Paraplegie hysterische 264
Pastoral-Psychiatrie 276.
Patellarreflexe 27.
Pellagra 356. 418. 419.
Penthesilea, psychiatrische Betrachtungen über, 320.
Peptonurie 676.
Percussion der Schädelknochen 595
Persönlichkeit, doppelte 273.
Persönlichkeit, geistliche 585.
Phosphorvergiftung 79.
Photographien vom R. M. 559.
Photographie des Gehirns 633.
Photographische Methodenlehre 632.

Plexus brachialis 51. 603.
Poliencephalitis 656.
Poliomyelitis 365. 419. 479.
Polyneuritis 25. 37. 363. 377. 423.
425. 664.
Polyneuritische Psychosen 505.
Polyneuritis puerperalis 310.
Polyurie, hysterische 200.
Pons 601.
Postdiphtheritische Lähmungen 143.
Pott'scher Buckel 425. 663.
Pseudobulbärparalyse 29.
Psychiatrie, Methode der 674.
Psychiatrische Vorlesungen 167.
Psychologie 246.
Psychophysik 246. 255. 318. 559.
634 675.
Psychosen im Militärdienst 217.
Psychotherapie 213. 437. 508.
Ptosis 327.
Pubertät 507.
Pupillenreaction 178.
Pupillenstarre 257.
Pupilleneröngung 177.
Pyramidenbahn 33.

R.

Railway-spine 539.
Raumempfindungen 591.
Raynaud'sche Krankheit 609.
Reaction, electriche 252.
Reflexkrämpfe 484.
Recurrēns-Lähmung 602.
Regeneration 524.
Resection, intracranielle 487.
Respiration 593.
Respiration bei Geisteskrankheit 254.
Respirationsstörungen bei Psychopathen 87.
Retentio urinae 457.
Rindenblindheit 72.
Rindenschleife 139. 140.
Rückenmarkserkrankungen 30. 382
421.
Rückenmarkserkrankung bei Wasserarbeitern 367.
Rückenmarkerscütterung 408. 537
539.
Rückenmarksverletzungen 32.

S.
 Santoniakrämpfe 180.
 Schädelanomalien 92.
 Schleife 414.
 Schleifenbahn 501.
 Schluckakt 593.
 Schonung des N.-Syst. 22.
 Schwachsinn 451.
 Sclerose, multiple 151. 482. 534.
 596. 654.
 Scopolamin 267.
 Sootom, centrales 196.
 Seelenbinnenleben 673.
 Sehnenreflexe 13.
 Sehapparat 296. 297.
 Sehbahn 137.
 Sehcentrum 415. 475. 501. 567.
 Sehhügel 593.
 Sehschärfe, centrale 645.
 Sehstörungen, centrale 140.
 Selbstmord 641.
 Sensibilitätsstörungen 65. 590. 649.
 Sexual-Psychopathologie 95.
 Sexuelle Perversitäten 218.
 Sialorrhoe 551.
 Simulation 272. 449. 593. 608.
 Sinnestäuschungen des Gehörs und
 Gesichts 163.
 Sinus-Thrombose 186, 187.
 Socialpsychiatrie 325.
 Spina bifida 193.
 Spinalparalyse 663.
 Spinalparalyse, spastische 80. 361.
 Spinalparalyse, hereditäre 81.
 Sprachstörungen 51. 445. 495.
 Staungspapille 179. 298.
 Stellung der Irrenärzte 60.
 Stigmata, psychische 233.
 Stil bei Paranoikern 89.
 Stirnlappen 301. 497. 498
 Stottern 50.
 Stummheit 87.
 Suggestion 21 240. 322. 347. 348.
 487. 587.
 Suggestionenlehre 213.
 Suicidium 89.
 Syphilis 28. 30. 189. 198. 206.
 208. 209. 215. 298. 368. 369.

370. 372. 375. 376. 596. 598*
 600. 667.
 Syphilis des R. M. 537.
 Syphilis des Hirns 597.
 Syphilis des Rückenmarks 195.
 Syphilis, hereditäre 663.
 Symptomatologie, psychiatrische 441.
 Syringomyelie 32. 80. 151. 193. 366.
 450. 480 537. 659.
 Systemerkrankungen, combinirte 144.

T.

Tabes dorsalis 149. 194. 223. 327.
 368 372. 383. 418. 486. 545.
 567. 600. 658 670.
 Tabes mit Bulbärsymptomen 148.
 Talent, musikalisches 653.
 Tangentialfasern 413.
 Taubstummheit 426.
 Telepathie 436.
 Temperatur bei progressiver Paralyse
 254.
 Temperatursinn 179.
 Teratombildung 659.
 Tetanie 379.
 Tetanus 37.
 Tic convulsif 606.
 Tierpsychosen 155.
 Theemissbrauch 664.
 Thomsen'sche Krankheit 609.
 Thorax-Deformitäten 217.
 Thränendrüse 522.
 Thränensecretion 592.
 Thyreoidea 547. 549.
 Thyroidalexstirpation bei Thieren 23.
 Thyroidectomy 159. 216.
 Tonica 270.
 Torticollis 84. 488.
 Transplantation 85.
 Traum 270.
 Traumatische Nervenlähmung 487.
 488.
 Traumatische Neurose 608.
 Traumatische Psychosen 91. 271.
 Trepanation 33. 75. 216. 553. 604.
 Trigemini-Neuralgie 152. 449.
 Trigeministörungen 36.
 Trional 215. 401.

Trochleariskern 381.
Trophoneurosen 557.
Tumor cerebri 181. 223. 300. 477.
478. 496. 597. 599.
Tumor des R. M. 364. 431.
Tumor der Sehhügel 181.
Typhusdelirien 104.

U.

Uebung des N. S. 22
Urämie 605. 677.
Urin bei Epilepsie 204.
Urin bei Geisteskranken 321. 506.
Urin bei Hysterischen und Epilep-
tischen 156.

V.

Vagusdurchschneidung 252.
Vagusneurosen 603.

Verschiebungstypus 592.
Verwirrtheit (hallucinatorische) 103.
Vierhügel 597. 598. 599.

W.

Wachabtheilungen 100.
Wärterfrage 563.
Wahnbildung 612.
Wirbelerkrankung 306. 307.
Wirbelverletzung 430.
Wortblindheit 255.
Worthallucinationen 439.
Wurzeln, hintere 23. 418.

Z.

Zitterbewegungen 593.
Zwangsvorstellungen 675

Verzeichniss der Mitarbeiter

des Jahrganges 1894.

- Aschaffenburg pg. 252. 270. 637.
Bach 36. 96. 140. 176. 178. 194.
196. 417. 478. 556. 562. 593.
605. 608. 645.
Bartels 278.
Behr 41. 42. 180.
Belkowski 169.
Bernard 274. 639.
Bernhart 225.
Bielschowsky 40. 266. 360. 548.
550. 605.
Bikeles 408.
Boedeker 419. 427. 434. 440. 445.
Buschan 37. 41. 72. 74. 79. 85. 95.
142. 152. 183. 195. 199. 211.
212. 215. 216. 219. 265. 272.
301. 303. 315. 316. 351. 361.
366. 369. 379. 431. 432. 433.
438. 487. 489. 524. 547. 548.
552. 558. 607. 614. 642. 666.
Dauber 144. 146. 162. 193. 200.
204. 364—65. 483. 486. 539.
542. 545. 601. 604. 656. 659.
Delbrück 13.
Dedichen 257.
Didrichson 297. 320. 362. 436.
Dietrich 579—584.
Falkenberg 206. 219. 223. 264.
309. 321. 440. 590. 600. 602.
670. 677.
Fürer 58. 137.
Goldstein 48.
Goodall 253. 254. 311.
Heddaeus 197. 297. 298. 299. 316.
Hoppe 23. 28. 30. 32. 60. 80. 83.
85. 86. 92. 93. 139. 140. 141.
149. 151. 153. 158. 163. 179.
180. 182. 184. 189. 192. 194.
196. 198. 208. 209. 210. 215.
250. 251. 255. 259. 260. 262.
263. 279. 297. 301. 302. 304.
312. 363. 367. 369. 375. 377.
379. 415. 425. 441. 483. 484.
485.. 487. 489. 521. 522. 526.
527. 532. 535. 538. 543. 544.
546. 549. 551. 553. 594. 595.
596. 606. 609. 612. 614. 643.
644. 656. 657. 664. 668. 670.
672. 676.
Jentsch 246. 247. 249. 492.
Koch 26. 35. 84. 93. 139. 168.
190. 191. 204. 257. 265. 271.
361. 378. 597. 606. 644. 662.
666. 676.
Koenig 16. 245. 559.
Kowalewskaja 654.
Kurella 346. 355. 357. 358. 359.
360. 447. 641. 642.
Lehmann 22. 73. 149. 152. 216.
220. 256. 275. 326. 417. 418.
480. 488. 608.
Linke 457—466.
Löwenfeld 20. 144. 150. 151. 183.
206. 215. 240. 241. 253. 306.
347. 348. 376. 411. 413. 425.
426. 428. 429. 430. 437. 443.

445. 446. 448. 473. 475. 477.
481. 537. 585. 586. 589. 592.
639. 658. 659. 669. 671.
Mercklin 91. 178. 181. 210. 222.
315.
Näcke 52. 96. 156. 164—166 218.
327.
Nissl 337—343
Obersteiner 511. 635.
Ofterdinger 24. 25. 26. 29. 310.
Ostermayer 268. 524.
Rieger 281—293. 406. 466—471.
513—519.
Rust 224. 327. 496.
Schultze 541.
Smith 494. 507. 569—579.
Snell 495.
Sommer 1—8. 52. 113. 276. 295.
318. 321. 328. 353. 444. 446.
452. 511. 512. 633. 634. 640.
Strausscheid 9. 10. 22. 23. 25. 27.
34. 36. 75. 79. 86. 87. 88. 89.
90. 92. 95. 158. 159. 163. 167.

208. 217. 251. 254. 271. 273.
274. 312. 323. 324. 354. 431.
487. 592. 607.
Tamburini 625—630.
Trömmner 527. 559. 593. 598. 599.
600. 609. 610. 644. 660. 663.
667. 673. 674. 675. 678.
Unkelhäuser 250 270. 568. 595.
Voigt 32. 34. 38. 39. 84. 159. 300.
322. 368. 370. 376. 380. 546
548. 662. 664. 672.
Weber 72. 139. 148. 187. 413. 423.
426. 520.
Wichmann 21. 22. 33. 65 71. 78. 81.
82. 83. 84. 85. 142. 154. 162.
167. 168. 180. 192. 196. 213.
216. 262. 263. 296. 300. 307.
309. 310. 316. 374. 380. 411.
414. 436. 476. 479. 482. 488.
489. 533. 534. 537. 541. 547.
554. 591. 608. 661. 662. 668.
670.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 Januar.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Die Beziehung von morphologischen Abnormitäten zu den endogenen Nerven- und Geisteskrankheiten.

Von Privatdocent Dr. Sommer, Würzburg.
(Fortsetzung)

I. Angeborener Schwachsinn bei drei mit der gleichen morphologischen Abnormität behafteten Geschwistern.*)

Der Typus der endogenen functionellen Geistesstörungen ist diejenige Form des angeborenen Schwachsinn, welche nicht durch organische Hirnzerstörung bedingt oder als Theilerscheinung einer anderweitigen Erkrankung (z. B. beim Cretinismus) aufzufassen ist, sondern als frühzeitiger Stillstand in der Entwicklung der cerebralen Functionen bei anatomischer Intactheit des Organs. Diese Art der angeborenen Schwachsinnigen ist entweder ganz frei von morphologischen Abnormitäten oder sie hat solche nur in der Weise einer zufälligen Coincidenz, ebenso wie jeder geistig normale auch zufälliger Weise einige morphologische Abnormitäten haben kann.

Wir lösen also die Fälle von angeborenem Schwachsinn in folgende Gruppen und Krankheitseinheiten auf:

I. Angeborener Schwachsinn, bei dem sich etwas über die materielle Hirnveränderung aussagen lässt (z. B. Porencephalie, besonders die porencephalische Form der Microcephalie). Als Anhang hierzu rechnen wir diejenigen Fälle von angeborenem Schwachsinn, in welchen morphologische Abnormitäten vorhanden sind, welche mit der geistigen Entwicklungshemmung in einem gesetzmässigen

*) Dieser Abschnitt ist ein Abdruck aus der z. Z. bei Urban u. Schwarzenberg in Wien erscheinenden psychiatrischen Diagnostik.

Zusammenhänge stehen, insofern als beide aus der gleichen Ursache entstehen (z. B. Cretinismus).

II. Angeborener Schwachsinn rein functioneller Natur, der gewissermassen als praemature functionelle Geistesstörung aufzufassen ist:

- a) ganz ohne allgemein morphologische und speciell Schädel-Abnormitäten,
- b) mit zufälligen morphologischen Abnormitäten, welche weder directen noch indirecten Causalzusammenhang mit der geistigen Schwäche haben.

Wir reissen also die zusammenfassende Rubrik des angeborenen Schwachsinn — im Hinblick auf eine pathogenetische Eintheilung der geistigen Abnormitäten völlig auseinander und erklären ausdrücklich, dass „angeborener Schwachsinn“ keine Diagnose, d. h. keine Krankheitseinheit, sondern bloss ein Name für ein Symptom ist, zu welchem durch eine kritische Analyse des einzelnen Falles erst die Krankheitseinheit gesucht werden muss. Um den angeborenen Schwachsinn ohne cerebrale Zerstörung und ohne in Betracht kommende morphologische Abweichung kurz zu bezeichnen, schlage ich den Ausdruck: praematurer Schwachsinn vor, weil er einen functionellen Stillstand der Denkkapparate in den ersten Jahren nach der Geburt darstellt. Diese Form der Geistesstörung ist pathogenetisch vollkommen mit dem später ausbrechenden Schwachsinn, den man primär nennen kann, um diese Erkrankungsform von den secundären Schwächezuständen abzugrenzen*), trotz der grossen symptomatischen Verschiedenheit auf gleiche Stufe zu stellen. Es handelt sich im wesentlichen nur um die chronologische Differenz im Ausbruch der Krankheit: Kommt der endogene functionelle Stillstand der Denkkapparate sehr zeitig zu Stande, so entsteht das Symptomenbild des angeborenen Schwachsinn. Kommt er erst später zu Stande nach Entwicklung eines reicheren individuellen Lebens, so entstehen die wechselnden Symptomenbilder des primären Schwachsinn.

Wir wollen nun einen Fall analysiren, welcher diese Probleme sehr scharf hervortreten lässt, besonders was die Beziehung von morphologischen Abnormitäten zu geistigen Schwächezuständen betrifft.

Es handelt sich um drei Brüder Bäuerlein, 1. Michel geb. 1860, 2. Ludwig geb. 1861, 3. Valentin geb. 1865 aus Wustviel in der Rhön, Bauernsöhne. Familie der Mutter in aufsteigender Linie angeblich völlig frei von psychischen Abnormitäten. Ein Bruder des Grossvaters war ein „toller Kerl“, soll einmal in der Irrenabtheilung des Jul.-Spitals gewesen sein. Von dessen 4 Kindern sollen 2 normal, 2 (Söhne) geistesbeschränkt sein, können sich jedoch mit Steineklopfen ihr Brod verdienen. Der zweite Bruder des Grossvaters war ein starker Trinker. Von dessen 3 Kindern ist ein Sohn auch etwas geistesbeschränkt, hat einen „falschen Gang“, krumme Körperhaltung. Von den 5 Geschwistern des Vaters soll nur ein

*) Anm. Die scharfe Abgrenzung des eine eigene Krankheit darstellenden endogenen primären Schwachsinn, welcher in statu nascendi symptomatisch andern Formen von Geistesstörung (Melancholie, Manie etc.) sehr ähnlich sehen kann, sich aber von vornherein durch das Moment des Schwachsinn deutlich characterisirt, ist eine dringende Nothwendigkeit für die klinische Psychiatrie.

vor zwei Jahren verstorbenen Bruder geistesbeschränkt, aber nie in einer Anstalt gewesen sein. Der Vater war Potator, vertrank sein ganzes Vermögen, misshandelte Frau und Kinder. Vor 4 Jahren traf ihn im Most- rausch der Schlag. Die drei idiotischen Brüder haben noch 2 Geschwister, 2 Schwestern, die eine geistig gesund, die andere, 31 Jahre, ist nicht, „wie sie sein soll“, arbeitet jedoch so weit, dass sie ihr Brod verdienen kann. —



Michel B

Ludwig B.

Valentin B.

Trotzdem viel auf die Erziehung der 3 Kinder verwendet wurde, war es nicht möglich, ihnen Lesen und Schreiben beizubringen, nicht einmal zu den gewöhnlichsten Feldarbeiten oder zum Viehhüten waren sie zu gebrauchen, sie konnten höchstens Lasten tragen.

Die drei Söhne sind zwar alle drei als angeboren schwachsinnig zu bezeichnen, zeigen aber doch verschiedene Grade dieses Zustandes und individuelle Eigenthümlichkeiten. Relativ am höchsten steht intellectuell und moralisch Ludwig, der zweitälteste. Er kann etwas mehr Gegenstände

bezeichnen als die andern, kann ca. bis 6 zählen, kann zu Reinigungsarbeiten verwendet werden, während die andern höchstens zum Tragen von Lasten verwendbar sind. Dabei hat er ein gutmüthiges Wesen, ist höflich, sagt z. B. stereotyp bei jeder Visite: Guten Morgen, Herr Doctor. Michel, der älteste, steht am niedrigsten, er hat eine ganz plumpe ungeschlachte Haltung, kann keine Handgriffe machen, nur Lasten tragen, Steine klopfen und Pumpen. Läuft meist mit gesenktem Kopfe. Wenn er ordentlich darauf los arbeiten kann, ist er ganz vergnügt. Wenn man die geringsten geistigen Anforderungen an ihn durch Fragen stellt, so geräth er in folgenden Zustand: Zuerst senkt er den Kopf, macht ein ganz griesgrämliches Gesicht. Fragt man weiter, so bekommt er plötzlich einen Wuthanfall, in welchem er auf den Nächststehenden, z. B. seinen Bruder, unsinnig einhaut. Er kann nicht bis auf zwei zählen. Valentin zeigt ein ebenso ungeschlaches Wesen wie Michel. Er hat meist ein freches Lachen an sich. Von den vergleichenden Intelligenzprüfungen, welche an den drei Brüdern vorgenommen worden sind, gebe ich folgende auf das Bezeichnen von Bildern bezügliche Tabelle.

Es wurde stets ein Bild in einem Buch mit der Frage: Was ist das? gezeigt. Es nannte:

	Ludwig	Valentin	Michel
Bank	Lineal	Eine Zahl	—
Schiefertafel	Kanne	Spiegel	Spiegel
Ovaler Tisch	Fisch	Leuchter	—
Rothe Farbe	—	Roth	—
Sopha	Roths Ding	Häuser	—
Bettstatt	Weisses Ding	Hund	—
Spiegel	Bild	Spiegel	—
Bild	Bild	Spiegel	—
Kommode	Buch	Spiegel	—
Stuhl	Hund	Stuhl	—
Fussbank	Hund	Hund	—
Schrank	Buch	—	—
Leuchter	Kreuz	—	—
Messer	Messer	Messer	Messer
Löffel	Löffel	Löffel	Löffel
Gabel	Gabel	Gabel	Gabel
Flasche	Weisses Ding	—	—
Glas	Weisses Ding	—	—
Bouteille	Schwarz	Bouteille	—
Trichter	Ein rothes Ding	—	—
Pfanne	Kreuz	—	—
Topf	Kamm	—	—
Kessel	Kamm	—	—
Mörser	Ein weisses Ding	—	—
Oellampe	Kreuz	—	—
Scheere	Scheere	Scheere	Scheere
Bügeleisen	Bügeleisen	—	—
Waage	Waage	Waage	—
Hammer	Hämmerlein	Hammer	—
Kaffemühle	Mühle	Mühle	—
Korb	Kamm	Körbele	—
Sichel	Sichel; Messer	Sichel	—
Wagen	Ringele	Wagen	—
Wagenstange	—	Dechsel	—
Bad	—	Räder	—

	Ludwig.	Valentin.	Michel.
Kette	—	Kette	—
Giesser	Giesslerle	Giesser	—
Beil	Hämmerle	—	—
Spaten	Kreuz	—	—
Violine	Geige	Geige	—
Trompete	Trompete	Trompete	—
Flöte	Federheft	—	—
Posaune	—	Trompete	—
Flinte	Flinte	Flinte	—
Säbel	Säbel	Säbel	—
Fahne	Fahne	Fahne	Fahne
Schwarz, weiss, roth	—	roth, roth	schwarz, roth
Trommel	Wo man eine Uhr	—	—
Schloss	Eine Mühl	—	—
Hans	Eine Mühl	—	—
Weinfass	Kamm	—	—
Treppe	Stiege	Stiege	—
Kirche	Kreuz	Thurm	—
Brücke	Kreuz	—	—
Statue	Kreuz	—	—
Glocke	Kamm	—	—
Invaliden	Soldat	Männer	Mutter Gottes
Infanterie	Soldat	Soldat	—
Reiter	Soldat	Gaul	—
Seemann	Soldat	—	—
Eisenbahn	Ein Ringel	Bild	—
Postomnibus	schwarz	Gaul	—
Hund	schwarz	Hund	Lübbler (sic)
Eichhorn	Hund	Reh	—
Schwein	Hund	Sau	—
Bär	Hund	Bär	—
Maulwurf	Maulwurf	—	—
Fledermaus	Kreuz	—	—
Katze	Katze	—	—
Hase	Hirsch	—	—
Eber	Katz	Sau	—
Löwe	Katz	Gaul	—
Tiger	Hund	Bär	—
Hirsch	Hund	Gaul	—
Ziege	Geis	Geis	—
Kuh	Geis	Ochs	—
Ochs	Gäul	Ochs	—
Kameel	Gaul	Bär	—
Pferd	Gaul	Gaul	Gaul
Schaf	Gais	—	—
Esel	schwarz, Schimmel	Bär	Gaul
Nashorn	schwarz	—	—
elephant	schwarz	—	—
Ele	Hund	Geier	—
Adler	Schwalbe	Huhn	—
Papagei	Schwalbe	Geier	—
Pfau	roth	Geier	—
Truthahn	Hühner	Höcker	Huhn
Storch	Gans	Geier	Ente
Hahn	Höcker	Höcker	Huhn

	Ludwig.	Valentin.	Michel.
Henne	Ein Huhn	Höcker	—
Schwan	Ein rothes Ding	Geier	Ente
Gans	Gans	Geier	—
Ente	Ente	Geier	Ente
Schlange	Fisch	Geier	—

Aus dieser Intelligenzprüfung geht hervor, dass Ludwig in dieser Beziehung der klügste, Michael der dümme ist.

Nur die Gegenstände, die zum Essen nothwendig sind, Messer, Gabel, Löffel, werden von allen dreien gekannt, ferner Scheere und Fahne.

Ludwig und Valentin kennen einiges mehr: Waage, Kaffeemühle, Giesskanne, Geige, Trompete, Flinte, Sichel, Säbel, Stiege, Soldat, Hund, Katze, Ziege, Pferd, Hahn. Im übrigen treten folgende Eigenthümlichkeiten hervor: Für ganz verschiedene Gegenstände wird oft das gleiche Wort verwendet, das Wort Kanne von Ludwig für Schiefertafel, Topf, Kessel, Korb, Weinfass, Glocke, das Wort Buch für Kommode, Schrank, das Wort Hund bei Ludwig für Stuhl, Fussbank, Eichhorn, Schwein, Bär, Tiger, Eule, dasselbe Wort Hund bei Valentin für Bettstatt, Fussbank, das Wort Kreuz bei Ludwig für Leuchter, Pfanne, Oellampe, Spaten, Kirche, Brücke, Statue u. s. f. Es sind also in diesem Zustande ganz unklare Wortbegriffe vorhanden. Derartige Intelligenzuntersuchungen, welche auf den ersten Anblick als Spielerei erscheinen, können von der grössten Wichtigkeit werden, wenn es gilt, einen angeboren Schwachsinnigen von einem später schwachsinnig Gewordenen zu unterscheiden.

Es handelt sich hier um das bekannte Caspar Hauser-Problem.*) Wenn die Psychiatrie damals schon in der Lage gewesen wäre, auf Grund von Intelligenzuntersuchungen festzustellen, dass es sich bei Caspar Hauser nicht um einen später schwachsinnig Gewordenen, sondern um einen angeboren Schwachsinnigen gehandelt hat, so wären viele Aufregungen in dieser sensationellen Affaire zu vermeiden gewesen. Im vorliegenden Fall wäre nun auf Grund der Intelligenzuntersuchung zu sagen gewesen, dass es sich nur um angeborenen Schwachsinn handeln könne. Bei dem später ausbrechenden Schwachsinn sind diese elementaren Vorstellungen, wie z. B. Namen von gebräuchlichen Gegenständen stets erhalten.

Besonders kommt hierbei ein so ganz inhaltsloser Gebrauch von Worten nie vor. Ferner sind meist die einfachen Schulkenntnisse, wie Lesen, Schreiben und etwas Rechnen erhalten. Es hätte sich hier also sicher behaupten lassen, dass angeborener Schwachsinn vorliegt. Dieser zeigte im gegebenen Fall deutliche Abstufungen bei den drei Brüdern.

Alle drei Brüder haben nun die gleiche morphologische Abnormität des Schädels („Degenerationszeichen“). Entsprechend der Coronarnaht, also am oberen Rande der Stirnbeine, zeigt sich bei allen dreien eine ziemlich tiefe den Schädel in der Frontalebene umziehende Einsattelung (Sattelkopf). Da bei allen drei Brüdern an-

*) Aus Herrn Prof. Rieger's Vorlesungen.

geborener Schwachsinn und eine morphologische Abnormität zusammentreffen, so liegt zunächst der Schluss nahe, dass ein Causalzusammenhang zwischen der morphologisch nachweisbaren Schädeldeformität und der psychischen Entwicklungshemmung bestehe. Es fehlt nun aber erstens jedes Symptom, welches für eine bestehende grobe Hirnerstörung, die als Folgezustand einer Schädeldepression aufgefasst werden könnte, wodurch der dreifache Fall ins Kapitel der Porencephalie gerathen würde, sprechen könnte, zweitens ist es ganz unmöglich, eine Schädeldepression, welche sich genau bei drei Individuen an den Verlauf der Coronarnaht hält, als Wirkung eines Trauma aufzufassen. Höchstens könnte an eine gemeinsame Ursache in der Mechanik des Geburtsactes bei der gemeinsamen Mutter gedacht werden. Nun ist aber weder eine Lagenabnormität bei den drei Geburten vorhanden gewesen, noch zeigen die Geburtswege der Mutter irgend eine Abweichung, welche bei normaler Kindslage eine Art von traumatischer Einwirkung auf den Schädel hervorbringen könnte.

Der Bericht der geburtshilflichen Klinik in W. lautet: „Fran B. hat ein recht geräumiges etwas über normal grosses Becken ohne jeden nachweisbaren pathologischen Befund wie Exostosen etc. Die äusseren Maasse sind: Dist. spin. 25.0, Dist. orist. 31.5, Conjugat extern. 20.5. Das Promontorium kann in Folge seniler Kolpiitis bei innerer Untersuchung überhaupt nicht erreicht werden.“

Es fehlt somit jeder Anhaltspunkt, um die Schädelabnormität als Wirkung einer *causa externa* auffassen zu können. Es handelt sich also um eine endogen bedingte 3 Glieder einer Familie betreffende morphologische Abnormität am Schädel.

Da nun ebenfalls für die angeborene Geistesstörung jede organische Hirnerstörung oder anderweitige das Gehirn schädigende Krankheit (z. B. Cretinismus, Microcephalie, Hydrocephalie) fehlt, so muss also auch diese angeborene Geistesschwäche als Ausdruck eines ab origine bedingten, endogenen Stillstandes der cerebralen Functionen aufgefasst werden.

Es fragt sich ferner im Hinblick auf die gleiche endogene Beschaffenheit der morphologischen Abnormität und der Geistesschwäche, ob diese beiden Beanlagungen eine gemeinsame degenerative Basis haben, d. h. als zwei verschiedene Aeusserungen desselben Degenerationsprocesses aufzufassen sind. Hier zeigt sich nun aber gerade die sonderbare Thatsache, welche auf die ganze Lehre von den Degenerationszeichen ein sohohes Licht wirft, dass in Bezug auf die psychische Degeneration die Familie des Vaters als das belastende Moment erscheint, während die morphologische Abnormität von der samt ihrer Familie geistig ganz normalen Mutter stammt. Die Mutter hat nämlich dieselbe Sattelform des Kopfes.

Es zeigt sich in der morphologischen Abnormität eines Körpertheils ein von der endogenen Geistesstörung ganz unabhängiges Vererbungsphänomen. Wäre von den Ascendenzverhältnissen der drei Brüder nichts bekannt, sondern wären beispielsweise nur ihre Schädel in einer Schädelammlung conservirt mit der Angabe, dass es sich um drei idiotische Brüder handle, so würde ohne Zweifel die in scheinbar gesetzmässiger Weise bei allen dreien vorhandene morphologische Abnormität als „Degenerationszeichen“

aufgefasst und zusammen mit der angeborenen Geistesstörung aus der gleichen degenerativen Quelle abgeleitet worden sein. Wir kommen bei der Betrachtung dieses Falles auf den schon in der Einleitung geäußerten Gedanken zurück, dass die einzelnen Organe des Körpers in der Vererbung und endogenen Variation ihrer Form eine grosse Unabhängigkeit von anderen Organen zeigen und durchaus nicht einen degenerativen Zustand des Gesamtorganismus ausdrücken. Der eigentliche Hintergrund der Degenerationslehre in der bisherigen Form ist im Grunde die Idee einer psychischen Gesamtpersönlichkeit, deren abnormer Zustand sich in abnormen Formen ausdrückt, genau so, wie die Gall'sche Phrenologie speciell in der Schädelform einen directen Ausdruck der psychischen Elemente gefunden hat. Der Unterschied liegt nur darin, dass die Gall'sche Phrenologie mehrere psychische Elementarfähigkeiten und dementsprechend mehrere localisirte und specifische morphologische Ausdrücke angenommen hat, während in der Degenerationslehre aus den morphologischen Abweichungen der verschiedensten Organe immer auf die gleiche Degeneration des Gesamtwesens geschlossen wird, ferner dass sich die Gall'sche Phrenologie wesentlich nur auf den Schädel, die moderne Degenerationslehre auf den ganzen Körper bezieht. Die Degenerationslehre kann geradezu als pathologische Phrenologie bezeichnet werden. Im Hinblick auf unseren eclatanten Fall stellen wir zunächst fest, dass es falsch ist, morphologische Abnormitäten, die sich zugleich mit endogenen geistigen Schwächezuständen finden, ohne weiteres als Ausdruck und Zeichen der psychischen Degeneration zu betrachten. Die einzelnen Organe des Körpers haben ihre eigenen Gesetze der Vererbung und endogenen Variation.

(Fortsetzung folgt.)

II. Bibliographie.

I) **Albrecht Paetz**: Die Colonisirung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System.

(Berlin 1893. Verlag von Julius Springer.)

Die vorliegende ausgezeichnete Arbeit des Directors von Alt-Scherbitz wird sicherlich bei jungen wie alten Psychiatern freundlichste Aufnahme finden. Jenen wird sie reiche Belehrung in einem der wichtigsten Punkte der practischen Irrenheilkunde bieten, diesen, die meist aus eigener Anschauung Alt-Scherbitz kennen, in manchem Detail willkommene sichere Angaben bieten.

Nachdem Verf. einen kurzen Ueberblick über die Entwicklung des Irrenwesens und der Irrenanstalten überhaupt gegeben hat, bespricht er des genaueren, wie mit dem Durchbruch der Erkenntniss der Nützlichkeit einer grösseren Freiheitsgewährung für das gesammte Befinden der Geisteskranken immer neue Versuche angestellt worden sind, um besonders durch Unterbringen der Irren in agricolen Colonien mit durchaus freiheitlicher Organisation (Open-door-System) dieses Ziel zu erreichen; dasselbe wurde an

anderen Orten durch Verpflegung der Geisteskranken in Familien erstrebt. Im Laufe der Zeit hat sich nun gezeigt, dass es von wesentlichem Vortheile sowohl für die Colonisirung wie für die familiäre Verpflegung der Geisteskranken ist, dass dieselben verbunden sind mit einer geschlossenen Irrenanstalt und mit dieser zugleich von einer Person geleitet werden. Für die coloniale Irrenanstalt, d. h. die Verbindung einer geschlossenen Irrenanstalt mit einer agricolen Colonie ist nun Alt-Scherbitz eine Musteranstalt geworden und bis heute geblieben. Nach den reichen dort gesammelten Erfahrungen entwirft Verf. ein Programm für die Einrichtungen ähnlicher Anstalten unter stetiger Angabe der Gründe für jede einzelne Massnahme und Hervorhebung aller zu vermeidenden Missstände — eine Arbeit, die namentlich in der heutigen Zeit der Gründung zahlreicher neuer Anstalten doppelt dankenswerth ist. Dieser allgemeinen Darlegung der Grundsätze für die zweckmässigste Einrichtung einer Anstalt folgt dann eine genaue, durch mehrere Bilder und Pläne illustrierte Beschreibung der Anstalt von Alt-Scherbitz, ihrer Verwaltung in ärztlichem wie wissenschaftlichem Sinne mit zahlreichen, genauen Zahlenangaben. Wir wollen von der Wiederholung der letzteren hier absehen und nur kurz erwähnen, dass die Ergebnisse in beiderlei Beziehung ausserordentlich günstig waren, dass das ausgedehnte Gut sich mit 5⁰/₀ verzinst, dass die Bankkosten der Anstalt pro Kopf ganz aussergewöhnlich billig sind (1637 Mk.), dass 70—80⁰/₀ aller Kranken als Coloniearbeiter Verwendung finden, trotzdem die Anstalt unterschiedslos alle Kranken aufnimmt, und dass die Anzahl der Genesungen, Entlassungen ganz günstige sind. Die Zahl der Selbstmorde ist gering, 2⁰/₀₀ der Aufgenommenen; eine Schwängerung ist nie vorgekommen. Was die Behandlung der Irren angeht, so erfahren einzelne Punkte, wie Bettbehandlung, Verhütung des Schmierens durch Eingiessung, Bekämpfung der Obstipation, der Nahrungsverweigerung etc. genauere Besprechung.

Wenn auch wohl ein jeder sachkundige Leser mit dieser oder jener einzelnen Ansicht des Verf. nicht einverstanden sein wird, so werden doch wohl alle die Arbeit als eine nützliche und vortreffliche anerkennen.

Strauscheid.

II) **A. Bothe:** Die familiäre Verpflegung Geisteskranker der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf in den Jahren 1885 bis 1893.

(Berlin 1893. Verlag von Julius Springer.)

Da in Berlin 2⁰/₀₀ sämmtlicher Einwohner als Geisteskranke (das waren am 31. 3. 93: 3250 Irre) der öffentlichen Fürsorge unterstehen, so war natürlich jede Einrichtung wünschenswerth, welche es ermöglichte, Irre ohne Schaden für sich oder die Oeffentlichkeit ausserhalb der längst nicht mehr genügenden Anstalten zu versorgen. Desshalb versuchte Sander, der Leiter der damals einzigen, öffentlichen Irrenanstalt, seit dem Jahre 1883, ob sich nicht eine familiäre Verpflegung der geeigneten Geisteskranken auch in Berlin einführen liesse. Nach längeren Verhandlungen mit der Behörde, die 1885 zu einer Einigung führten, wurde das Project zur Ausführung gebracht. Die Zahl der in Familienpflege Befindlichen steigerte sich sehr rasch; ihre tägliche Durchschnittszahl betrug 1886 21, 1889 76, 1890 114 und 1891 174, letzteres 5,7⁰/₀ aller der öffentlichen Fürsorge anvertrauten

Geisteskranken. Während des Jahres 1890/91 waren von 248 Pflinglingen 98 bei Verwandten, 150 bei Fremden, 1891/02 von 414 resp. 164 resp. 250. Die fremden Pflinger waren meistens die Familien von Arbeitern oder selbstständigen Kaufleuten oder einzelstehende Frauen. Die Pflingstellen befanden sich der grossen Mehrzahl nach in der Stadt Berlin selbst, eine kleinere Anzahl in den der Anstalt unmittelbar benachbarten Dörfern Dalldorf und Reinickendorf, ein Zehntel mehr vereinzelt in der näheren oder weiteren Umgebung Berlins. Das Pflinggeld betrug durchschnittlich zwischen 20 bis 25 Mk. pro Monat; bekleidet wurden die Kranken von der Anstalt, natürlich mit gewöhnlicher bürgerlicher Kleidung. Die Aufsicht über alle Pflinglinge wie Pflinger führte der Verf., der zugleich als Assistenzarzt an der Anstalt thätig war; er besuchte die Einzelnen mehr oder minder oft, je nach Bedarf; ausserdem hatten die Pflinger ihre Kranken monatlich einmal in der Anstalt vorzustellen, jedes besondere Vorkommnis natürlich sofort zu melden.

In der Auswahl der Pflinglinge wurde weit über die Grenzen gegangen, die man sonst bei einer Neueinrichtung einer familialen Verpflegung sich zu setzen pflegt. In die Pflinge der eigenen Angehörigen wurden ungefähr alle diejenigen Kranken gegeben, welche überhaupt ausserhalb der Anstalt zu halten waren; so finden wir darunter eine Anzahl Paralytiker, senile Demente, unruhige Paranoiker mit stark hervortretenden Grössenideen etc. Im allgemeinen waren von den männlichen Pflinglingen über die Hälfte Alkoholisten und Epileptiker, von den weiblichen waren am zahlreichsten die an einfacher Seelenstörung Leidenden, die Epileptischen (hysterischen) und Idioten. In Folge der weiten Ausdehnung der Familienpflege auf Krankencategorien, die sonst nicht hierfür verwendet zu werden pflegen, machte sich eine Wiederaufnahme in die Anstalt überhaupt häufig nöthig (in den letzten Jahren fast in $\frac{1}{3}$ der Fälle); ausserdem aber trat eine ganze Reihe von unangenehmen Vorkommnissen ein. So beging ein Kranker einen Einbruch, einen Felddiebstahl, zwei Betrug. Oefters kamen öffentliche Ruhestörungen vor, so dass die Kranken auf die Polizeiwache gebracht wurden. 3 Selbstmorde, ausserdem 2 tödtliche Unglücksfälle kamen vor. In den letzten 3 Jahren wurden 4 Pflinglinge geschwängert, eine Zahl, die wohl niemand ausser dem Verf. als „sehr günstig“ bezeichnen wird. Die Kosten der Familienpflege betragen etwa 57⁰/₁₀₀ der Anstaltspflege.

Die Dalldorfer Unternehmung der familialen Verpflegung der Irren ist zweifellos eine sehr verdienstvolle; zeigt sie doch zum ersten Male, dass eine Familienpflege auch in einer Grossstadt wie Berlin wohl durchführbar ist. Aber die Art und Weise ihrer Durchführung, speciell was die Auswahl der Kranken angeht, dürfte wohl bei den meisten wegen der Menge der Unzuträglichkeiten, die sie im Gefolge hat, Bedenken erregen. Die Schilderung des Verf. ist eine sehr ausführliche, manchmal in der Diction etwas harte und schwerfällige.

Strausschaid.

III) Dr. Fr. Schaefer: „Lüge und Geistesstörung“. — II. Jahresbericht der Privat-Heilanstalt Schweizerhof.

(Berlin 1893. 100 S. gr. 4^o.)

S. stellt sich zur Aufgabe, die Beziehungen der Lüge zur Geistesstörung auf breiter Basis zu behandeln an der Hand zahlreicher, ausführlich

mitgetheilte, zum Theil recht interessanter Krankengeschichten. Den grössten Raum ($\frac{2}{3}$) der Abhandlung nimmt die Simulation ein. Verf. theilt die Fälle ein in a) Voll-Simulanten. b) Halb-Simulanten, c) simulirende Geistesranke. Unter b und c werden 9 Fälle verschiedener (grösstentheils sogenannter „Uebergangs“-) Formen mitgetheilt, in welchen die Exploranden zur thatsächlich vorhandenen geistigen Störung angeblich noch hinzusimulirten. Die Beweise hierfür sind nicht immer überzeugend (z. B. Fall 13). Wissenschaftlich halte ich es nicht für sehr wichtig, bei jedem Exploranden nach einem Fünkchen Simulation zu forschen. Practisch wird man bei dem Richter durch Betonung dieses Momentes eher eine falsche als eine richtige Vorstellung von dem Gesamtbilde des Falles hervorrufen. Theoretisch und practisch wichtig dagegen sind die „Voll-Simulanten“. S. findet 4 solche unter 37 Exploranden und theilt davon 2 Fälle ausführlich mit. In einem derselben kann ich mich des Verdachtes nicht erwehren, dass es sich hier um eine Dementia paralytica handelt. Man vergleiche das Verhalten des Exploranden während seines Aufenthaltes ausserhalb der Anstalt. Man bemerkte „neben grosser Vergesslichkeit eine völlige Unüberlegtheit in geschäftlichen Dingen (im Gewähren von Credit, Unterschreiben von Wechsell) und eine auffallende Vernachlässigung wichtiger Arbeiten. — — Dazu gesellten sich überschwängliche Ideen von seiner Leistungsfähigkeit im Bauen und dem Ruhm, den er sich erwerben würde“. (Die Thatsachen vergleiche man im Original, S. 82/3.) Wenn S. diese Dinge als Zeichen einer geistigen Schwäche bezeichnet, „wenn sie auch keine reguläre Geisteskrankheit ausmachen“, so kann ich ihm darin nicht ohne Weiteres beistimmen, sondern würde gerade daraus den Verdacht auf Paralyse schöpfen. Ferner kann ich „das Verzehren ungeniessbarer Dinge (Kartoffelschalen, Urin) und das Offenhalten des Mundes, welches H. so lange fortsetzte, bis ihn Dr. St. ausdrücklich aufforderte, den Mund zu schliessen“, nicht wie S. für „etwas sonderbar“ halten“, sondern würde das im Gegentheil eher für typisch paralytisch erklären. Endlich habe ich mich von der Unmöglichkeit, den S. 76 beschriebenen Unfall als einen paralytischen zu diagnosticiren, nicht überzeugen können, ebenso wenig halte ich die Thatsache, dass der Explorand, welcher „gegen Nadelstiche stets vollkommen standhaft“ ist, sich gegen energisches Electriciren widersetzt und den Apparat vom Tische herunterreisst, für einen unzweifelhaften Beweis der Simulation.

Diese Beispiele zeigen, wie rigoros S. seine Simulanten untersucht. Wenn man aber auch zugeben muss, dass der Fall Eigenthümlichkeiten und dadurch Schwierigkeiten der Diagnose bot, — die unwahrscheinlichste Annahme bleibt immer die der Simulation. — S. wird sicherlich Wenige davon überzeugen, dass ein Mann während 10 Jahren mit nur kurzen Unterbrechungen die Symptome einer weit vorgeschrittenen Paralyse simulirt hat; und diesen Argwohn äussert S., wenngleich er nur für den letzten Abschnitt jener Periode mit Sicherheit volle Simulation diagnosticirt. Ich halte es für sehr wichtig, das Misstrauen in die Richtigkeit der Schäfer'schen Diagnose hier rückhaltslos zu betonen. Die Ansichten über die Häufigkeit der Simulation gehen noch weit auseinander. Viele Autoren constatiren einen hohen Procentsatz derselben, theilen aber meist nur wenige Kranken-

geschichten so ausführlich mit, dass dem Leser eine Controle der Fälle möglich ist. Um so wichtiger ist es, diese wenigen Fälle einer sorgfältigen Kritik zu unterziehen; zweifellos ist es sehr gewagt, über einen Kranken, den man nie gesehen hat, ein sicheres Urtheil zu fällen. Diese Schwierigkeit darf uns aber nicht verleiten, jeden in der Litteratur notirten Fall von Simulation kritiklos auf Treu und Glauben hinzunehmen; und gerade solche Mittheilungen, wie die S.'s, bestärken mich nur immer mehr in der Annahme, dass Fälle reiner Simulation von Geistesstörung sehr selten sind.

Nach kurzer Besprechung der Dissimulation kommt S. im III. Abschnitt auf: „Sonstige Lügen; Lüge und Wahrheit“. Er theilt die Fälle ein in a) Gewohnheitslügner, b) Stimmungslügner und Lügner aus Voreingenommenheit, c) die Schwindler von Geburt. Zur letzteren Gruppe zählt er die von mir („Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler“, Stuttgart 1891) mitgetheilten Fälle. Er will zu den „Gewohnheitslügnern“ offenbar namentlich diejenigen Menschen gerechnet wissen, bei denen der Trieb und die Gewohnheit zu lügen vorwiegend als moralischer Defect auftritt, zu den „Stimmungslügnern etc.“ die Lügen der Hysterischen, Hypomanischen und Queralanten und zu den „Lügnern von Geburt“ endlich die Fälle, in denen das Bewusstsein der Lüge mehr oder weniger fehlt und in die Wahnideen übergeht. Es handelt sich dabei um das eigenthümliche Doppelbewusstsein, welches ich als „pseudologia phantastica“ bezeichnet habe. Dies Symptom erläuterte ich an einigen sehr charakteristischen Fällen, und es giebt deren, in welchen es so sehr das Krankheitsbild beherrscht, dass man meinetwegen die Diagnose auf „pathologischer Schwindler“ stellen mag. Trotzdem möchte ich aus diesen Fällen keine eigene „Form“ machen. Jenes Symptom findet sich in gleicher Weise bei moralisch Defecten (sei es angeborene, sei es erworbene moralische Idiotie), Hysterischen, Epileptischen, Hypomanischen, ja selbst Paranoikern und Paralytikern. Will man eine Form bevorzugen, so würde ich am ersten die Hysterie nennen. Wenigstens komme ich immer mehr zu der Ueberzeugung, dass bei allen hysterischen Symptomen ein der pseudologia phantastica analoges, beziehungsweise identisches, gleichzeitiges Bestehen zweier einander widersprechender Bewusstseinszustände eine wesentliche Rolle spielt, oder geradezu integrirendes Moment ist. In dieser Anschauung wurde ich bestärkt durch die neueste Hypothese „Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene“, welche Breuer und Freud (Neurologisches Centralblatt XII, 1 u. 2) aufgestellt haben. Auf ganz anderem Wege kommen diese Autoren dahin, ein doppeltes Bewusstsein als wesentlich für das Zustandekommen hysterischer Phänomene zu betrachten (vergl. m. o. a. Arbeit, S. 125|26). Wie man aber überhaupt kein einziges Symptom als specifisch für die Hysterie bezeichnen kann und dies Krankheitsbild ohne jede Grenze in die verschiedensten anderen Formen übergeht, so ist auch im Besonderen die pseudologia phantastica nicht specifisch für die Hysterie und kann in vielen anderen, namentlich degenerativen Formen eine selbstständige, besonders practische Bedeutung erlangen. Wer möchte es aber unternehmen, aus dieser grossen Gruppe der constitutionellen Formen der „folie héréditaire“ oder welchen Namen man sonst wählen will, verschiedene auch nur einigermaßen characterisirte Untergruppen herauszuschälen. Bei

jedem derartigen Versuch wird man bald dahin kommen, für jeden Kranken einen eigenen Krankheitsnamen aufzustellen. Bald treten ein allgemeiner, bald ein oder mehrere besondere moralische Defecte mehr in den Vordergrund, bald ein impulsives Wesen, bald ein periodischer Stimmungswechsel, periodische Trunksucht, verschiedenartige, besonders sexuelle Perversitäten, Zwangsvorstellungen, hysterische Züge und oft genug die verschiedensten Formen leichter Intelligenzdefecte u. s. w., u. s. w. Ausserordentlich selten wird man ein solches Symptom ganz isolirt finden, meist treten sie zu mehreren, jedoch in verschiedenster Weise gemischt auf. Von diesem Gesichtspunkte halte ich z. B. die Aufstellung einer „moralischen Idiotie“ als abgeschlossenes Krankheitsbild für durchaus ungerechtfertigt, obwohl ich andererseits aus practischen Gründen der Beibehaltung dieses Begriffs stets das Wort reden werde.

In diesem Sinne halte ich es für eine wenig glückliche Idee S.'s, die pathologischen Lügner gar noch in Untergruppen einzutheilen. So reizvoll und werthvoll es auch ist, im speciellen Fall die einzelnen Bestandtheile des fraglichen Syndroms (moralischer Defect, d. h. Lüge einer-, Wahnidee, Irrthum, Erinnerungsfälschung andererseits) zu analysiren und in ihren Bedingungen und Ursachen weiter zu verfolgen, so wenig eignet sich dies Verfahren zur Aufstellung besonderer Untergruppen. Von diesen einzelnen Bestandtheilen widmet S. nur den Erinnerungsfälschungen eine eingehendere Besprechung, ohne wesentlich Neues zu bringen. Das sehr wichtige Moment der Suggestion und Autosuggestion findet zu wenig Berücksichtigung. Die klassischen Arbeiten von Sully: „Die Illusionen“ (Leipzig 1884) und Kraepelin: „Ueber Erinnerungsfälschungen“ (Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. XVII u. XVIII) hätten wohl der Erwähnung bedurft. Von den 3 im III. Kapitel mitgetheilten Krankengeschichten sind namentlich 15 und 16 interessant. Leider ist 15 nur skizzirt. Diese Briefschreiber mit verstellter Handschrift sind m. E. eines sorgfältigen Studiums werth (vergl. den von mir a. O., S. 43, citirten Fall von Reinhard. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1889). Fall 15 ist ein klassischer Fall eines „pathologischen Schwindlers“. Besonders interessant war mir die scheinbar auffällige Besserung, analog, wie S. hervorhebt, in meinem Fall IV. Hierzu sei bemerkt, dass sich dieser mein Kranker bis jetzt auffallend gut gehalten hat und wieder die Universität besucht, wengleich Andeutungen der früheren Symptome auch jetzt noch ab und zu auftreten.

Delbrück-Zürich.

IV) Maximilian Sternberg: Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems.

(⁹), 331 Seiten mit 8 Abbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1893.)

Von bewundernswerthem Fleiss und strenger Selbstkritik legt die uns vorliegende Arbeit Sternberg's beredtes Zeugnis ab. Die Arbeit beruht, wie Verfasser selbst in der Einleitung hervorhebt, auf umfassender Berücksichtigung der gesammten Litteratur, wie auf eigenen experimentellen und klinischen Untersuchungen. Mehr als 6000 Fälle wurden klinisch beobachtet. Natürlich ist es unmöglich, in einem Referat über den Inhalt einer solchen Arbeit in erschöpfender Weise zu berichten. Es möge daher die Mit-

theilung einer Reihe der wichtigsten Resultate des Verfassers in kurzen Sätzen hoffentlich die Veranlassung für recht viele werden, sich in die Originalarbeit zu vertiefen. Verfasser beginnt mit der Beschreibung der gewöhnlichen Sehnenphänomene und geht dann zur Localisation derselben im Rückenmarke über. — Er sucht des weiteren experimentell nachzuweisen, dass Fascien-, Sehnen-, Periost- und Gelenksphänomene sich auf ein Knochenphänomen reduciren, die Erschütterung des Knochens führt auf rein reflectorischem Wege zur Contraction der Muskeln. — Einen selbstständigen Fascienreflex erkennt er nicht an. Auch das Muskelphänomen beim sogenannten Sehnenreflex ist höchst wahrscheinlich als ein Reflexvorgang aufzufassen, „wiewohl ein exacter experimenteller Beweis nicht gegeben ist und höchst wahrscheinlich überhaupt nicht gegeben werden kann.“

Aus seinen Experimenten schliesst Verfasser, dass die Quelle der Sehnenreflexe in der Erregung der sensiblen Nerven der Muskeln und Knochen zu suchen ist. Die als Fussclonus, Handclonus etc. bekannten Phänomene werden als „clonische Phänomene“ bezeichnet, während clonischer Reflex auf Schlag als „gewöhnlicher Sehnenreflex von clonischer Form der Contraction“ bezeichnet wird. In seltenen Fällen können Mitbewegungen zu clonischen Phänomenen führen. — Die Einflüsse auf einen Reflex können in Schädigung des Reflexbogens oder in Veränderung seiner Lebensbedingungen oder in Hemmung, Bahnung und Ermüdung bestehen.

Unter Bahnung versteht Verfasser mit Exner die Thatsache, dass Reflexe nach Einwirkung bestimmter Einflüsse auf centripetale Fasern stärker oder früher oder auf geringere Reize eintreten. — Abgesehen vom Jendrassik'schen Kunstgriff kann Bahnung des Kniephänomens z. B. erzielt werden durch Reiben der Haut des Oberschenkels, ein kaltes Bad u. a. m. — Zusammenpressen der Oberschenkel bahnt die Sehnenreflexe an den Armen. —

Die allgemeine Annahme, dass das Kniephänomen bei alten Leuten häufig fehle, bestreitet Verfasser. — Die Untersuchung der Sehnenreflexe bei Fieberkranken ergab, dass bei mässigem Fieber in mehr als der Hälfte der Fälle eine geringe, aber deutliche Steigerung statt hat, namentlich im Beginn acut fieberhafter Erkrankungen. Bei hohem Fieber sind die Sehnenreflexe herabgesetzt oder fehlen gänzlich. — Bei einseitiger Ischias fehlt nicht selten der Achillessehnenreflex auf der erkrankten Seite; diese Thatsache unterstützt die Anschauung, dass die Ischias gewöhnlich keine „essentielle“ Neuralgie, sondern eine Neuritis ist.

Für das gegenseitige Verhältniss zwischen Hemmung und Bahnung lässt sich folgendes Gesetz ableiten:

1. Innerhalb einer Bahn bedarf die Hemmung eines stärkeren Reizes zur Auslösung, als die Bahnung;
2. Ist in einer Bahn eine Hemmung ausgelöst, so überwiegt ihre Wirkung die etwa gleichzeitig ausgelöste Bahnung.

Bei der Erkrankung der Pyramidenbahnen liegt die Ursache der Reflexsteigerung nur in einem Ausfall hemmender Einflüsse und zwar der corticalen Hemmung. Es kommt auch vor, dass in Folge cerebraler Hemmung die Reflexe bei der gewöhnlichen Hemiplegie dauernd herabgesetzt

sind oder fehlen. Selten ist Combination von Bahnung in der oberen mit Hemmung in der unteren Extremität. — Bekanntlich fehlen die Sehnenreflexe häufig bei Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube. Experimentelle Versuche an Thieren ergeben, dass bei Exstirpation des Kleinhirns die Sehnenreflexe nicht verschwinden.

Man muss daher annehmen, dass der Verlust der Sehnenphänomene bei Kleinhirnaffectionen eine indirecte Herderscheinung und auf Einwirkung auf den Pons wie die Medulla zurückzuführen ist. —

Unter „Contractur“ versteht Verfasser jede beliebige „Fixation von Gelenken durch Muskelsteifigkeit“. Er unterscheidet nach dem Verhältnisse der Contracturen zu den Sehnenreflexen dreierlei Gruppen:

1. Reflexophile (mit Steigerung der Sehnenreflexe verbunden):
 - a) Unterbrechungscontracturen,
 - b) Bahnungscontracturen;
2. reflexodepressorische (mit Herabsetzung der Sehnenreflexe verbundene); [hierzu rechnet Verfasser die Koenig'sche Flexionscontractur der Kniegelenke bei Gehirnkrankheiten];
3. reflexoneglectorische (solche, welche die Sehnenreflexe unbeeinflusst lassen).

Constant mit Steigerung der Sehnenreflexe verbunden sind secundäre Degeneration der Pyramidenbahnen, primäre Erkrankung und Agenesie derselben, wenn nicht gleichzeitig Läsion des Reflexbogens besteht oder die Unterbrechungsläsion, welche die absteigende Degeneration veranlasst, gleichzeitig Hemmungsinflüsse nach abwärts ins Reflexcentrum sendet. — Ferner behandelt St. die Sehnenreflexe und Contracturen bei Psychosen und Neurosen.

Bei Hysterischen ist die bahnende Wirkung sensorischer Reize stärker als bei Gesunden. Bei Neurasthenischen sind die Sehnenreflexe meist gesteigert; nur in einem Falle fehlten die Patellarreflexe bei Anwendung aller gewöhnlichen Mittel und waren nur durch den Hautreiz eines kalten Bades hervorzurufen. Bei Psychosen unter dem Bilde des Stupors können die Sehnenphänomene gesteigert sein, bei anderen acuten Psychosen herabgesetzt oder ganz fehlen. — Die Ataxie ist unabhängig von den Sehnenreflexen. Die sensorischen Bahnen für die Bewegungsempfindungen und die Empfindungen, aus denen die Lagevorstellungen resultiren, fallen in ihrem peripheren Verlaufe mit dem sensorischen Theile des Sehnenreflexbogens zusammen, daher kommt es, dass Coordination der Bewegungen und Sehnenreflexe so oft eine gemeinsame Schädigung erleiden.

Der Zweck der Sehnenreflexe ist die reflectorische Fixation der Gelenke bei Stößen und Zerrungen; sie bilden also eine „Schutzvorrichtung des Organismus, um seine Gelenke unversehrt zu erhalten“. — Dadurch, dass die langen Knochen beim Gehen mit jedem Schritt einen Stoss erhalten, werden fortwährend Reflexe ausgelöst und dadurch die Reflexcentren durch Bahnung immer wach erhalten. Daher sind die Sehnenreflexe beim Gesunden an den unteren Extremitäten gewöhnlich stärker als den oberen —

Das absolute Fehlen aller Sehnenreflexe ist vorläufig als entschieden pathologisch zu betrachten. Fehlen die Sehnenreflexe in einem Falle, in

welchem eine cerebrale Hemiplegie anzunehmen ist, dauernd auf der gelähmten Seite, oder sind sie mehrere Wochen hindurch nach Eintritt der Lähmung nicht gegenüber denen der nicht gelähmten Seite gesteigert, so hat man keine gewöhnliche vasculäre Herderkrankung, sondern eine progressive Läsion (multiple Erweichung, Tumor, Abscess, Haematom der Dura etc.) oder eine hysterische Hemiplegie oder eine toxische Hemiplegie anzunehmen.

Der Arbeit ist ein Litteraturverzeichniss von sehr grossem Umfange beigelegt. Die Ausstattung des Buches ist eine gute. Das Studium des Originals sei hiermit angelegentlichst empfohlen. Koenig.

V) Ch. Vibert (Expert près le tribunal de la Seine): La Névrose traumatique. Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues.

(Paris 1893.)

Die Arbeit Vibert's zerfällt in zwei Theile. In dem ersten, welcher sich „gerichtliche medicinische Studie über die durch Eisenbahnunfälle verursachten Verletzungen“ betitelt, beschäftigt sich der Autor mit der Beschaffenheit, dem Sitze und Verlauf der fraglichen Verletzungen, den Alterationen des Allgemeinbefindens, die nicht direct von den Verletzungen abhängen, den visceralen Störungen, die man auf Commotion zurückführen kann, endlich mit den functionellen Störungen der nervösen Centren. Die bei Zusammenstössen entstehenden Verletzungen rühren hauptsächlich von dem Vorwärtsgeschleudertwerden des Körpers her, welcher die angenommene Bewegung fortsetzend bei der plötzlichen Immobilisation des Waggons gegen die Wände desselben anschlägt. Dieser Anprall kann den Tod zur Folge haben, ohne dass äusserlich wahrnehmbare Wunden, Fracturen oder sonstige Läsionen ausser etwa einigen Erosionen sich finden. Bei 5 Opfern der Eisenbahncollision bei Charenton, welche dieses Verhalten zeigten, fanden sich sehr reichliche und dicht gedrängt stehende punktförmige Hämorrhagien an der ganzen oberen Körperhälfte oder einem Theile derselben. Zugleich war das Gesicht congestionirt, turgescens und öfters bestanden auch grosse subconjunctivale Ecchymosen. Dieser Zustand wird auch bei Ersticken angetroffen, insbesondere bei Erdrosselten und denjenigen, die eine Compression des Thorax erlitten haben. Letzteres Moment liess sich nur bei einem der Opfer nachweisen. Vibert glaubt daher, dass diese Veränderungen von einer Läsion der Nervencentren, wahrscheinlich der Medulla oblongata abhängen. Für die Abhängigkeit der fraglichen Hämorrhagien von einer Läsion der Nervencentren sprechen sowohl experimentelle als klinische Beobachtungen; doch lässt sich derzeit über den Sitz der anzunehmenden Läsion nichts Näheres sagen. (Vergl. A. Langlois: Des diverses hémorrhagies consécutives aux lésions des centres nerveux. Thèse de Paris 1892) — Die Häufigkeit der Verletzungen der Unterextremitäten bei Eisenbahnunfällen erklärt sich ebenfalls aus dem Umstande, dass der Reisende gegen die Wände des Waggons geschleudert wird. Die Beine schlagen gegen die gegenüberliegende Sitzbank entweder direct oder nach einem Anprall gegen die Bank, auf welcher der Reisende sitzt. Der Verlauf der Fracturen und Wunden bietet nichts Besonderes.

Als Störungen des Allgemeinbefindens ohne directe Beziehung zu den Verletzungen beschreibt V. eine Reihe nervöser Symptome, deren Auftreten im unmittelbaren Anschlusse an den Unfall oder in den ersten Tagen nach demselben schon von verschiedenen anderen Autoren constatirt wurde (allgemeine nervöse Erregung, die sich durch Schlafmangel, schreckhafte Träume, Muskelzittern, Kopfschmerzen etc. kundgibt, Zustände von geistiger Schwäche, Stupor, Verwirrtheit, Automatismus ambulator, ferner gastrische Beschwerden in Form von Uebelkeiten, Erbrechen, Schmerzen in der Magengegend und Druck nach den Mahlzeiten, Brustbeklemmung, Zustände allgemeiner Schwäche, Abmagerung, Anämie, Neigung zu Ohnmachten. Diese Störungen des Allgemeinbefindens erreichen eine gewisse Intensität vorzüglich bei Personen, welche unmittelbar nach dem Unfälle die erwähnten cerebralen Erscheinungen zeigten. V. glaubt, dass die physische Erschütterung des ganzen Organismus die Hauptrolle sowohl bei der Entwicklung des fraglichen krankhaften Gehirnzustandes als des Allgemeinzustandes spielt.

Läsionen der Lunge und als deren Folge Hämoptoe können unabhängig von Contusionen der Thoraxwandungen lediglich als Folge der allgemeinen Körpererschütterung auftreten. Bei centralem Sitz und nicht sehr grosser Ausdehnung der Läsion (Zerreissung) kann dieselbe dem physikalischen Nachweise sich entziehen. Ungleich häufiger begegnet man Zuständen von Dyspnoe offenbar nervösen Ursprungs, die zum Theil transitorisch erhebliche Steigerungen erfahren (insbesondere durch Nahrungsaufnahme). Herzpalpitationen und bedeutende Pulsfrequenz (bis 110) beobachtete V. nur in einer kleinen Zahl von Fällen.

Auch der Magen kann lediglich in Folge der allgemeinen Körpererschütterung, ohne directe Contusion, Läsionen erleiden, welche zu Blutbrechen und Abgang von Blut durch den Darm führen.

Bei einer Reihe von Verletzten bestehen die ernsteren und dauernden Folgen des Unfalls lediglich in cerebralen Störungen. Nach der Darstellung des Autors handelt es sich um neurasthenische Symptome, speciell die Erscheinungen der Cerebrasthenie. Die Schilderung dieser Folgezustände entspricht völlig dem von anderen Seiten (auch von dem Referenten) Beobachteten; nur in Bezug auf die Deutung derselben weicht V., man kann wohl sagen, von allen zeitgenössischen Autoren, die sich mit dem Gegenstande beschäftigt haben, völlig ab. Man muss sich ernsthaft fragen, wenn man den betreffenden Abschnitt liest, ob man es mit einer im Jahre 1895 veröffentlichten Arbeit zu thun hat und nicht mit einer aus dem Jahre 1873 stammenden. Vibert bekennt sich in der Interpretation der nach Unfällen auftretenden nervösen Funktionsstörungen völlig zu dem schon lange allgemein verlassenen Standpunkte Erichsen's . . . Er selbst war nicht in der Lage, in einem der von ihm beobachteten Fälle die Section zu machen und es entgeht ihm auch nicht, dass Erichsen nur eine einzige vornahm, bei welcher sich Spuren chronischer Entzündung der Pia und der Rindensubstanz des Gehirns fanden. Trotzdem hält er es für wahrscheinlich, dass bei der Mehrzahl der in Frage stehenden Kranken die gleiche Läsion i. e. Meningitis und oberflächliche Encephalitis vorliegt. Alle die Thatsachen, welche im Laufe der Jahre von Walton, Page, Charcot, Oppenheim, Strümpell und Anderen als für den functionellen Character der

betreffenden Störungen sprechend angeführt wurden, bleiben gänzlich ignorirt, ja es findet sich an dieser Stelle des Buches von all' den neueren Autoren, welche einen Antheil an dem Weiterentwickeln der Lehre von den Unfallsneurosen haben, keiner erwähnt. Die Prognose der Erkrankung hält V. seiner pathogenetischen Auffassung entsprechend für sehr ungünstig, die Entdeckung der Simulation für relativ leicht, den Nachweis der Ueber-treibung für schwieriger.

Die Schilderung, welche V. von den spinalen Functionsstörungen, die nach Rückenmarkerschütterung auftreten, giebt, stützt sich nicht auf neue Beobachtungen, sondern lediglich auf Mittheilungen Erichsen's, wesshalb wir dieselbe übergehen. Unter den Beobachtungen, über welche in dem ersten Theile der Arbeit berichtet ist, finden sich manche, welche die mit der Beurtheilung der nervösen Folgezustände von Traumen verknüpften Schwierigkeiten in treffender Weise illustriren.

In dem zweiten Theile der Arbeit — ein Beitrag zum Studium der traumatischen Neurose betitelt — beschäftigt sich der Autor hauptsächlich mit der Aetiologie der Unfallsneurosen. V. unterscheidet 3 Formen derselben: Die hysterische Form, die gewöhnliche Form, die dem entspricht, was die Mehrzahl der französischen Autoren als Hysteroneurasthenie bezeichnet, und die Form mit Vorherrschen irgend eines besonderen Symptomes. Die rein hysterische Form findet sich nach V. sehr selten, was mit unseren Erfahrungen ganz übereinstimmt. Die gewöhnliche Form umfasst die Fälle, in welchen die specifisch hysterischen Erscheinungen, Paralysen, Contracturen, Anästhesien etc. mangeln oder nur andeutungsweise vertreten sind und wesentlich neurasthenische, speciell cerebrasthenische Störungen vorliegen. Dass diese Erkrankung, wenigstens in der grossen Mehrzahl der Fälle identisch mit dem oben als Folge von Eisenbahnunfällen erwähnten Complexe nervöser (neurasthenischer) Erscheinungen ist, welchen V. als durch Meningo-Encephalitis bedingt erachtet, unterliegt keinem Zweifel, wenn dies auch nicht direct von V. ausgesprochen wird. Nach V. wäre demnach die gewöhnliche Form der traumatischen Neurose zumeist auf eine Meningo-encephalitis zurückzuführen. Verständlich ist diese Anamnese nur dann, wenn man berücksichtigt, dass V. mit der Bezeichnung „traumatische Neurose“ keine bestimmte Auffassung über die Natur der Krankheit verknüpft. Zur Verwerthung dieses Namens hat ihn lediglich der practische Gesichtspunkt veranlasst, dass derselbe gegenwärtig in den juristischen Kreisen eine gewisse Vorstellung erweckt, die Vorstellung nervöser Störungen als Folge eines Unfalles.

Bei der 3. von V. unterschiedenen Form handelt es sich zumeist um neurasthenische Zustände, wie bei der gewöhnlichen Form, nur mit Vorherrschen einzelner Erscheinungen, wie der nervösen Herzschwäche, des nervösen Asthma; manche der dieser Gruppe von V. einverleibten Fälle characterisiren sich als Geistesstörungen (Paranoia, Melancholie).

Bei Erörterungen der Aetiologie der traumatischen Neurose bemüht sich V. zu zeigen, dass der Einfluss der physischen Erschütterung der Centralorgane für die Entwicklung des Leidens weit wichtiger ist als die begleitende Emotion, die seelische Erschütterung, von welcher Charcot, Oppenheim, Strümpell und Andere die nervösen Folgezustände ableiten.

Dass die traumatische Hysterie durch jede beliebige auch unbedeutende Verletzung hervorgerufen werden kann, hält V. für sicher. Die rein hysterische Form der traumatischen Neurose bildet jedoch, wie erwähnt, ein mehr exceptionelles Vorkommniß. Die gewöhnliche Form der Affection entwickelt sich in der immensen Majorität der Fälle — nach V. — nur nach einer traumatischen Einwirkung von besonderer Beschaffenheit. Diese Annahme glaubt V. durch folgende statistische Thatsachen genügend gestützt: „In dem Zeitraum von 12 Jahren hatte ich als Gerichtsarzt mehr als 1000 Individuen zu untersuchen, welche Messerstiche oder Revolver-schüsse empfangen hatten, krumm und lahm geschlagen und gewürgt worden waren, oder auf verschiedene Art Hand an sich zu legen versucht hatten. Nie beobachtete ich bei diesen eine traumatische Neurose. Ohne Zweifel boten manche von diesen Verletzten, eine geringe Zahl übrigens, gewisse nervöse Störungen dar: geistige Depression, Emotivität, Zittern, Magenbeschwerden, Diarrhoe, einen Hautausschlag. Aber mit Ausnahme einer Frau, welche ich übrigens nicht genügend beobachten konnte, habe ich nie gesehen, dass diese Störungen sich combinirten und vervollständigten in der Weise, dass sie eine ernste, hartnäckige Affection bildeten, vergleichbar dem, was man allgemein unter dem Namen der traumatischen Neurose oder traumatischen Hysteroneurasthenie beschreibt.

Dagegen ist die Zahl der von mir untersuchten Individuen, welche durch Eisenbahn- oder Wagenunfälle, Abstürzen, Einstürzen von Mauern, Explosionen zu Schaden kamen, viel geringer; sie beträgt kaum 400; und doch könnte ich 100 Beobachtungen von traumatischer Neurose zusammenbringen, welche mir durch diese und zwar durch diese allein geliefert wurden.

Uebrigens handelt es sich um dieselbe Categorie von Verletzten in fast allen Beobachtungen, die von Erichsen, Thomsen und Oppenheim, Knapp und allen Autoren veröffentlicht wurden, welche die traumatische Neurose studirt haben.“

Das emotive Element, der Schrecken, ist nach V. in beiden Gruppen von Fällen in gleicher Weise vertreten; nur die Beschaffenheit des Traumatismus ist verschieden. Der „Traumatisme provocateur de la nevrose“ ist durch den Umstand characterisirt, dass er eine mehr oder minder heftige physische Erschütterung der Centralorgane bewirkt.

Während der Autor demnach dieses Moment für das Zustandekommen der gewöhnlichen Form der traumatischen Neurose für wesentlich, für eine *conditio sine qua non* erachtet, hält er das emotive Element nicht für nothwendig. Er verweist auf Fälle, in welchen die Verletzung kaum von einer Emotion begleitet sein könnte, da dieselbe plötzlichen Bewusstseinsverlust herbeiführte, und glaubt, dass man den Einfluss des psychischen Traumas mitunter überschätzt habe.

Die von V. angeführten statistischen Thatsachen bilden unzweifelhaft gewichtige Argumente gegen die erwähnte Auffassung Charcot's, Oppenheim's und Strümpell's. Gegen diese und die Unterschätzung des Einflusses der mechanischen Erschütterung der Centralorgane hat sich übrigens auch Referent schon mehrfach (insbesondere in einer vor kurzem veröffentlichten

Arbeit*) gewendet. Unlängbar scheint dem Referenten auch bei Berücksichtigung der in der Litteratur mitgetheilten Beobachtungen und seiner eigenen Erfahrungen, dass mit Erschütterung des ganzen Körpers oder der Centralorgane einhergehende Traumen ungleich häufiger Neurosen nach sich ziehen als andere Verletzungen. Dass die mechanische Erschütterung jedoch nothwendig zum Zustandekommen der gewöhnlichen traumatischen Neurose ist, wie V. annimmt, lässt sich auf Grund der vorliegenden Beobachtungen nicht behaupten. Die neuropathische Disposition gleicht offenbar in manchen Fällen den Mangel der physischen Erschütterung der Centralorgane insofern aus, als sie dem Schrecken allein die Wirkung verleiht, die in der Mehrzahl der Fälle die Combination der physischen mit der seelischen Erschütterung der Centralorgane nach sich zieht.

L. Löwenfeld.

VI) **L. Löwenfeld**: Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. (Wiesbaden. Bergmann's Verlag. 1893. 2 Abtheilungen. 744 Seiten)

Endlich erscheint in vorliegendem Buche einmal wieder eine deutsche ausführliche Bearbeitung der Hysterie. Anderthalb Jahrzehnte sind seit dem Erscheinen der letzten deutschen Monographie dieser Krankheit verflossen. Es lag wirklich ein Bedürfniss nach einem solchen Buche für die Mehrzahl der deutschen Aerzte vor, denn die Arbeiten der Franzosen — insbesondere Charcot's — haben in den letzten Jahren die ganze Lehre über die Hysterie von Grund aus umgestaltet. Wohl alle Neurologen stimmen heute jener Auffassung Charcot's bei. Aber wenn auch sie mit der Hysterie vertraut sind, so ist doch die grosse Menge der practischen Aerzte in Deutschland bis heute noch ziemlich wenig mit der neuen Lehre bekannt geworden, weil sie die französischen Journale nicht lesen und so konnte Möbius noch vor einiger Zeit nicht ohne eine gewisse Berechtigung seinen bekannten schweren Vorwurf erheben. Es lag der Grund dieser Unkenntniss in dem Fehlen eines deutschen Buches. Es machte sich das namentlich bemerkbar in den Fällen der sogenannten traumatischen Hysterie, welche nach Unfällen zur Begutachtung der Aerzte kamen. Im Gefühl dieser Lücke hatte Ref. zwar versucht, in einer kleinen Schrift über traumatische Neurosen möglichst erschöpfend die Symptome der Hysterie nach den französischen Forschungen mit zu verwerthen und so zur Verbreitung dieser interessantesten aller Krankheiten ein Scherflein beizutragen. Indessen es fehlte immer an einem deutschen ausführlichen Lehrbuche. Wir begrüssen das erschienene Buch Löwenfeld's freudig. Gerade Löwenfeld war entschieden zu dieser Arbeit der berufene Mann; hatte er doch schon mehrfach über die Hysterie gearbeitet. Sein Name empfiehlt das Buch schon genügend und wir sind sicher, dass es rasche und grosse Verbreitung unter den deutschen Aerzten finden wird. Löwenfeld hat sein umfangreiches Werk in zwei Bänden erscheinen lassen. Der erste Band behandelt monographisch die Neurasthenie, der zweite die Hysterie. In der Aetiologie und Therapie, die ja bei beiden Neurosen vielfach die nämliche ist, werden beide auch zusammen abgehandelt.

*) Löwenfeld: Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. 18.3, S. 91 u. 267.

Auf diese Weise werden Wiederholungen vermieden und doch sind Missverständnisse wohl nicht möglich, da im Rahmen der gemeinsamen Besprechung doch jeder Neurose individuell Rechnung getragen wird. Ueber die Neurasthenie sind in letzter Zeit mehrere gute Monographien erschienen. Doch gehört die Bearbeitung Löwenfeld's sicher mit zu einer der besten und wir würden sie in seinem Lehrbuche ungern vermissen. Dies Buch ist dem Arzte ein zuverlässiger Rathgeber für die Erkennung der Behandlung beider für die Praxis so bedeutungsvollen Erkrankungen. Dürften wir für die zweite Auflage einen Wunsch äussern, so wäre es nur der, die Sensibilitätsstörungen der Hysterie durch einige schematische Abbildungen zu erläutern. Die Ausstattung des Werkes ist die bekannte vortreffliche des Bergmann'schen Verlages.

Wichmann.

VII) A. Bum: Mechanotherapie (Massage und Gymnastik).
(Sep.-Abdr. aus Therap. Lexicon. II. Auflage. Mit 81 Holzschnitten. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg. 1893.)

Dieser Sonderabdruck der zweiten Auflage ist im Grossen und Ganzen wenig gegen die Bearbeitung in der ersten Auflage des therap. Lexicon verändert. Es ist eine kurze und gute Uebersicht der Massage, einschliesslich der Thure-Brand'schen; während freilich die Gymnastik, noch mehr aber die Mechanotherapie eigentlich wohl zu kurz abkommen. Statt der Abbildung des Burlot'schen Schrankes, der wohl kaum irgendwo Anwendung findet, wären unserer Ansicht nach einige einfache Zander-Apparate zweckmässiger am Platze gewesen. Diese sind überhaupt zu wenig berücksichtigt. Neu erwähnt ist Charcot's Zitterhelm und ferner die Methode Bonuzzi's, beides Erfindungen von zweifelhaftem Werth. Zu einer schnellen, kurzen Orientirung ist ganz zweckmässig die Bearbeitung der speciellen Anzeigen der Mechanotherapie, welche nach Stichworten ausgeführt ist, unter denen man u. a. folgende den Neurologen interessirende Worte findet: Anästhesie, Beschäftigungskrämpfe, Blasenlähmung, Chorea, Dyspepsia nervosa, Enuresis, Gelenkneurose, Hemicranie, Intercostal neuralgie, Ischias, Lähmungen, Muskelatrophie u. a. m.

Wichmann.

VIII) v. Schrenck-Notzing: Ueber Suggestion und suggestive Zustände.
(München 1893. J. F. Lehmann.)

Verf. sucht eine Auffassung von dem Wesen der hypnotischen Erscheinungen unter Berücksichtigung der Arbeiten Bernheim's, Forel's, Krafft-Ebing's, Wundt's u. A. zu geben, welche einerseits den Thatsachen gerecht wird, andererseits den Anforderungen an eine wissenschaftliche Interpretation entspricht.

Die Suggestion, die Eingebung durch Worte oder Handlungen ist die Hauptursache des Eintritts der Hypnose. Das wesentliche Moment aller hypnotischen Erscheinungen ist das Rapportverhältniss des Gehirns des Percipienten mit dem Agenten. Der hypnotische Zustand ist characterisirt durch die kritiklose Aufnahme der suggerirten Idee durch den Percipienten, gleichgültig, ob man dieses Verhältniss durch psychische, physikalische oder chemische Mittel hervorruft, oder aus Substitutionszuständen (Schlaf, Nar-kose etc.) ableitet, oder auch, ob ein wacher Zustand besteht. Psychologisch

ist diese unkritische Aufnahme eine Einengung des Bewusstseins auf die durch Suggestion erweckte Vorstellung.

Verf. bespricht sodann in anregender Weise die Bedeutung, welche die Herbeiführung suggestiver Zustände (Hypnose, Extase) in der Medicin und Religion, sowie im Charlatanismus und Aberglauben aller Völker und aller Zeiten gespielt hat. Den Schluss bildet eine procentuale Zusammenstellung der Hypnotisierbarkeit auf Grund einer internationalen Statistik.

Lehmann (Werneck).

IX) v. Ziemssen: Uebung und Schonung des Nervensystems. Klinische Vorträge. 20. Vortrag.

(Leipzig. F. C. W. Vogel. Mk. 0,60.)

Der bekannte Kliniker behandelt hier in mehr populärer Weise das so wichtige Thema der Gegenwart. Findet auch der Arzt nichts Neues in dem schön geschriebenen Vortrage, so ist dieser doch für den Laien, weil aus der Feder eines so berufenen Mannes, sehr werthvoll und könnte wirklich von Nutzen sein, wenn seine hygienischen Lehren und Ermahnungen beherzigt und befolgt würden. Aus diesem Grunde ist dem Vortrage recht weite Popularität zu wünschen.

Wichmann.

III. Referate und Kritiken.

1) **G. B. Pellizzi** (Reggio-Emilia): Intorno alle granulazioni dell'ependima ventricolare.

(Riv. sperim. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 1.)

Die Ependymgranulationen, welche man so häufig in allen chronischen Formen von primärer oder secundärer Demenz antrifft, bestehen nur aus Gliazellen. Die Granulationen stammen von jenen Gliazellen, welche zwischen den tiefsten Bindegewebsschichten des Ependyms und der Wandung der subependymären Gefässe, meist in Contact mit letzterer, liegen. An diesen Stellen finden sich Anhäufungen von Gliazellen, deren Wucherung (karyokinetische Figuren finden sich nicht selten) den ersten Anfang der Granulationen darstellen. Ueberall, wo eine granuläre Ependymitis besteht, trifft man auch mehr oder weniger schwere Erkrankungen der Gefässwandungen.

Strauscheid.

2) **Wladimir Muratoff** (Moskau): Secundäre Degeneration nach Durchschneidung des Balkens.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 21.)

M. hatte durch Entfernung der motorischen Rindengebiete (secundäre Degenerationen nach Zerstörung der motorischen Sphäre des Gehirns — His und Dubois-Reymond's Archiv 1893, H. 3) gefunden, dass im Balken (der übrigens in zwei völlig von einander unabhängige Systeme zu scheiden ist, in ein System von Querfasern — der Balken s. str. — und ein darunter liegendes longitudinales System „Fasciculus subcallosus“) Commissurenfasern enthalten sind, welche identische Stellen der Rinde beider Hemisphären

mit einander verbinden, dass ihr trophisches Centrum in der Rinde gelegen ist und dass diese Fasern für den Balkenstamm wenigstens in annähernd parallelen Frontalebene verlaufen, während der Fasciculus subcallosus (der mit dem Tapetum des Balkens ein und dasselbe Fasersystem darstellt) lange Bahnen enthält, welche verschiedene Stellen der Rinde einer und derselben Hemisphäre mit einander verbinden.

In den Experimenten, über deren Resultate M. hier berichtet, hat er den umgekehrten Weg eingeschlagen und die secundären Degenerationen nach Durchschneidung des Balkens (die Methode ist im Original genau beschrieben) studirt. M. fand die früheren Ergebnisse im wesentlichen bestätigt: Der Balken (s. str.) besteht ganz aus Bogenfasern, welche die beiden Hemisphären mit einander verbinden: im Stamm ziehen diese Fasern in frontaler Richtung, im vorderen Ende des Stirnlappens nach unten und vorn, im hinteren Ende des Hinterhauptslappens nach unten und hinten. Es ist wahrscheinlich, dass das (trophische) Centrum für einen Theil der Balkenfasern in der rechten, für den andern Theil in der linken Hemisphäre gelegen ist.

Hoppe.

3) G. Vassale e C. Rossi: Sulla tossicità del succo muscolare degli animali tiroideotomizzati.

(Riv. sper. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Die Verf. konnten durch Injection von Muskelsaft solcher Hunde, denen die Thyreoidea entfernt worden war, bei gesunden Hunden eine ganze Anzahl von Symptomen hervorrufen, wie sie nach Exstirpation der Thyreoidea beobachtet werden, z. B. psychische Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, fibrilläre Zuckungen, tonische und clonische Krämpfe, schwankender Gang, Starrheit der Beine, besonders der Hinterbeine. Injection des Muskelsaftes von gesunden Hunden rief keinerlei Erscheinungen hervor. Wurde der Muskelsaft von kranken Hunden durch ein Chamberland'sches Filter filtrirt, so blieb er wirkungslos. Strauscheid.

4) J Sottas: Contribution à l'étude des dégénérescences de la moelle consécutives aux lésions des racines postérieures.

(Revue de médecine, Nr. 4, 10. April 1893.)

Mitgetheilt in Annales de médecine, Nr. 31, 2. août 1893.

Schon früher war durch die Arbeiten von His, Balfour u. A. festgestellt worden, dass die trophischen Centren für den grössten Theil der Fasern der Rückenmarkshinterstränge in den Intervertebralganglien zu suchen sind. Durch klinische und anatomische Beobachtungen ist das später von Cornil und Martineau bestätigt; dieselben fanden in einem Fall von Compression der hinteren Nervenwurzeln zwischen Ganglion und Rückenmark in der Lendengegend aufsteigende Degeneration des Hinterstranges und zwar im Dorsalmark des ganzen Hinterstranges, im Cervicalmark nur des Goll'schen Stranges.

Nach Durchschneidung einer oder nur weniger hinterer Nervenwurzeln findet sich, dass der degenerirte Theil des Hinterstranges im Lumbarmark eine andere Lage einnimmt, als im Cervicalmark.

Durchschneidet man z. B. im Lendenmark eine hintere Wurzel, so liegt in der Höhe der Läsion die degenerirte Zone dicht an die mediale Seite des Hinterhorns angeschlossen, weiter oben entfernt sie sich vom Hinterhorn und tritt im Cervicalmark in die hintere Partie des Goll'schen Stranges über, in welcher sie bis zur Oblongata verläuft.

Verf. berichtet über zwei Fälle, welche diese experimentellen Ergebnisse bestätigen und erweitern.

Im ersten Fall bestand ein Carcinom der Nierenkapsel, das auf's Kreuzbein übergegangen war und hier die Sacralnervenzwurzeln rechts vollständig und links zum Theil comprimirt hatte. Es fand sich aufsteigende Degeneration eines Theils der Hinterstränge, die im Cervicalmark auf die Goll'schen Stränge beschränkt war.

Im zweiten Falle handelte es sich um ausgedehnte Wirbelerkrankung mit Pachymeningitis externa caseosa. Das Rückenmark erschien äusserlich normal. Auf dem Querschnitt fand sich eine degenerirte Zone von dreieckiger Form, die unter dem Hinterhorn medial angelagert war, weiter nach oben jedoch sich von diesem entfernte und weniger deutlich war. Diese Zone trat aber in diesem Falle nicht in den Goll'schen Strang ein, sondern verlief lateral von demselben im Burdach'schen Strang.

Verf. zieht folgende Schlüsse aus seinen Befunden:

Die von den Intervertebralganglien herkommenden Fasern verlaufen im Rückenmark in Strängen mit dreieckigem Querschnitt und zwar liegen diese Stränge so ineinander geschachtelt, dass das innerste und kleinste Dreieck von Fasern der Lumbargegend, das äusserste und grösste von solchen der Cervicalgegend gebildet wird; die Gesamtheit dieser Stränge bildet im Halsmark den Goll'schen Strang, dessen Ursprung somit schon in den Fasern zu suchen ist, welche aus den Intervertebralganglien der Lendengegend stammen.

Die zweite Beobachtung scheint zu beweisen, dass die Fasern von den oberen Intervertebralganglien nicht im Goll'schen, sondern im Burdach'schen Strang verlaufen.

Bei der Degeneration der Hinterstränge findet sich stets hinter der grauen Commissur ein nicht degenerirtes Faserbündel. Dasselbe scheint aus Verbindungsfasern zwischen den verschiedenen Abschnitten der grauen Substanz zu bestehen (Fibrae cornu-commissurales).

Ofterdinger (Rellingen).

5) L. Cappelletti (Ferrara): Un caso di antipirinomania.

(Riv. sper. di freniatria, 1893, Bd. 19. H. 1.)

Ein 23jähriges hysterisches Mädchen hatte wegen Kopfschmerzen öfter Antipyrin genommen, welches ihr stets sofort Erleichterung und ein allgemeines körperliches Behagen verschaffte. Bald trat eine Gewöhnung an das Mittel ein und sie brauchte schliesslich täglich 8 Gramm. Jetzt aber trat eine allgemeine Verschlechterung des Allgemeinbefindens ein: stetige Müdigkeit, Appetitlosigkeit, wenig Schlaf und heftige Kopfschmerzen waren die Folge. Eine mehrmals versuchte Verminderung der Dosis konnte zu Hause nicht durchgeführt werden, da sich heftige Herzangst, Unruhe und Agitation, hysterische Krampfanfälle etc. einstellten. Stets musste Patientin

das Mittel bei sich führen, da ein nur geringer Aufschub des Einnehmens obige Erscheinungen zur Folge hatte. Um eine Entziehungskur durchzumachen, liess sie sich nun in eine Irrenanstalt aufnehmen. Hier versuchte Verf. zunächst sofort auf 2 Gramm herunterzugehen; die Folge davon waren absolute Appetitlosigkeit, Erbrechen, erhebliche Kleinheit des Pulses, heftige Kopfschmerzen und starke Kräfteabnahme, so dass Pat. sich nicht aus dem Bette erheben konnte. Nach einigen Tagen trat ziemlich plötzlich ein heftiger Erregungszustand mit Bewegungsdrang, Schwatzhaftigkeit etc. ein. In Folge dessen steigerte C. wieder die Antipyrindosis, gab Bromkali, Chininum valerianicum, lang dauernde laue Bäder und ging nun ganz langsam mit der Antipyrindosis herunter. Aber auch so liessen sich die unangenehmen Erscheinungen, welche wir oben erwähnten, nicht vermeiden; ausserdem trat eine heftige hallucinatorische Verwirrtheit mit vorübergehendem leichtem Fieber ein, welche den Gebrauch von Zwangsmitteln nöthig machte. Erst im Verlaufe von mehreren Wochen trat eine allmähliche Steigerung der Körperkräfte und zugleich damit das Verschwinden der geistigen Erkrankung ein.

Verf. weist auf die grosse Verwandtschaft dieses Krankheitsbildes mit den bekannteren der Morphium- und Cocainsucht hin. Dass die ausserordentliche Schwere der Krankheitserscheinungen bei der Entziehung durch die hysterische Veranlagung der Kranken mit bedingt war, dürfte wohl unzweifelhaft sein.

Strausscheid.

6) Lannois: Epilepsie et fièvre typhoïde.

(Revue de Médecine, Nr. 6, p. 492, 1893.)

Mitgetheilt in Annales de Médecine, Nr. 42, 18. octobre 1893.

Von verschiedenen Seiten ist über den günstigen Einfluss intercurrenter, besonders fieberhafter Krankheiten, auf die Epilepsie berichtet.

Verf. berichtet über eine epileptische Kranke, bei welcher ein phlegmonöses Erysipel günstigen und ein Typhus abdominalis ungünstigen Einfluss auf die Epilepsie hatte.

Desshalb nimmt Verf. an, dass nicht das Fieber selbst das Wirksame in diesen Fällen sei, sondern dass die Beeinflussung der Epilepsie auf Toxinwirkung beruhe; die Toxine können entweder von den Erregern der intercurrenten Krankheit oder vom Organismus selbst, dessen Functionen modificirt sind, gebildet sein.

Auf Grund ersterer Annahme schlägt Verfasser eine Behandlung mit Injectionen von löslichen Producten des Staphylococcus aureus vor.

Ofterdinger (Rellingen).

7) Fiessinger: Sur les polynévrites consécutives aux suppurations pulmonaires et pleurales.

(Mitgetheilt in Annales de Médecine 1893, pag. 379.)

Bei einem an eitriger Pleuritis leidenden Kranken traten 2 $\frac{1}{2}$ Monate nach Beginn der Pleuritis Symptome von peripherer Neuritis auf: spontane Schmerzen, abwechselnd mit Kriebeln und Kältegefühl in beiden Beinen, welche in die Zehen ausstrahlten. Starke Druckempfindlichkeit der Muskeln, Anschwellung der Tibiotarsalgelenke, Gelenkschmerzen, lebhaft empfindlich.

keit des unteren Femurendes, rapide Atrophie der Ober- und Unterschenkelmuskeln mit Verlust ihrer faradischen Erregbarkeit, Abschuppung der Haut, Verlust der Patellar- und Plantarreflexe, Abschwächung der verschiedenen Arten der Sensibilität. — Diese Symptome dauerten 5 Monate lang an.

Diese Beobachtung ist interessant wegen des Zusammentreffens von Polyneuritis und Pleuritis purulenta einerseits und von Polyneuritis mit Gelenk- und Knochenschmerzen andererseits.

In dem zweiten Falle handelt es sich um eine in die Bronchien durchgebrochene perinephritische Phlegmone. Vierzehn Tage nach dem Beginn der eitrigen Expectoration trat Kriebeln mit schiessenden Schmerzen in den Beinen und Füßen auf; ferner bestand Hyperästhesie der Haut und Druckempfindlichkeit der Muskeln der unteren Extremitäten. Die faradische Erregbarkeit derselben, sowie die Patellarreflexe waren erloschen. Acht Tage nach den Beinen wurden auch die Arme ergriffen, aber in geringerem Grade. Diese Symptome von Polyneuritis bestanden neun Monate lang. Im Auswurf fand sich der Staphylococcus aureus.

Es ist anzunehmen, dass die Ursache in diesen beiden Fällen eine Toxinwirkung auf die Nervenendigungen gewesen ist.

Ofterdinger (Rellingen).

8) **H. J. Vetlesen:** Exalgin forgiftning.

(Norsk Magazin for Laegevidensk. 1893, S. 820.)

Eine 25jährige Dame erhielt wegen einer acut entstandenen Supra-orbitalneuralgie 40 Centigramm Exalgin. Ungefähr 10 Minuten später stieß sie plötzlich einen Schrei aus und fiel bewusstlos zu Boden. Sie war cyanotisch im Gesicht mit starrem Blick und im ganzen Körper traten Zuckungen ein. Dieser Zustand dauerte vielleicht eine Viertelstunde. Nachher war sie betäubt, desorientirt und wusste gar nichts von dem Passirten. Im linken Zungenrande war eine tiefe Bisswunde. Im Laufe von ein paar Stunden war sie wieder vollkommen restituirt, klagte nur über unbedeutendes Kopfweh. Weder bei der Kranken selbst noch in der Familie sind ähnliche Anfälle jemals vorgekommen.

Koch (Kopenhagen).

9) **C. Agostini** (Perugia): Contributo allo studio del chimismo gastrico nei pellagrosi.

(Riv. sperim. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 1.)

Da die Magendarmstörungen in dem Krankheitsbilde der Pellagra eine sehr bedeutende Rolle spielen, so war es a priori wahrscheinlich, dass eine genaue Untersuchung der Magenverdauung mancherlei Anhaltspunkte liefern würde. In der That fand denn auch A. bei der Untersuchung einer grösseren Anzahl von Pellagrösen wichtige Anhaltspunkte. Es existirt bei denselben ein beträchtlicher Grad der Hypopepsie und Hypochlorhydrie, ein catarrhalischer Zustand der Magenschleimhaut und eine entschiedene Schwächung der motorischen Kraft und der Innervation desselben. Freie Salzsäure fehlt in der Regel vollständig und auch die organisch gebundene Salzsäure ist nur in sehr geringem Grade vorhanden, dahingegen zeigt die Untersuchung des Magensaftes viel Schleim und abnorme organische Säuren,

besonders reichlich Milchsäure. In Folge dieser Zusammensetzung des Magensaftes ist eine Fleischdiät bei Pellagrösen contraindicirt, während z. B. verschiedentlich die Ernährung mit gutem Mais vortreffliche Resultate geliefert hat. Als Behandlung des erwähnten Zustandes wäre eine Ausspülung des Magens mit Salzwasser und der Genuss von Salzsäurelösung nach den Mahlzeiten zu empfehlen.

Strauscheid.

10) **L. Vanni** (Modena): Perdita dissociata delle sensibilità musco'are con incoordinazione motrice al seguito di malattie infettive in diversi individui della stessa famiglia.

(Rivista sperim. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Bei einem 14jährigen Knaben traten im Anschluss an eine schwere Pneumonie und Pleuritis eine starke Ataxie in allen Extremitäten auf. Aufgefordert, bei offenen Augen mit dem Zeigefinger die Nasenspitze zu berühren, traf er zuerst auf die Stirn oder die Lippen etc. Zu gleicher Zeit zeigte die objective Untersuchung, dass das Gefühl für Lage und Stellung der Glieder völlig fehlte, während hingegen alle anderen Sensibilitätsqualitäten, mit Einschluss des Kraftsinnes durchaus normal waren. Die Kniephänomene waren sehr schwach, die motorische Kraft dem Ernährungszustande entsprechend. Da die Pleuritis sich allmählich verschlimmerte, so trat bald der Tod ein.

Was dem Falle besonderes Interesse verleiht, ist zunächst die reine Form acuter Ataxie mit alleiniger Störung des Muskelsinnes ohne Schädigung anderer Sinne, sodann die Thatsache, dass der Grossvater und dessen drei Schwestern, sowie der Vater desselben zu wiederholten Malen nach schweren Infectionskrankheiten dasselbe Krankheitsbild darboten (die genaue ärztliche Beobachtung des Vaters wird mitgetheilt), welches nach Ablauf der Infectionskrankheit in wenigen Wochen heilte. Es handelt sich also hier um die Vererbung einer ganz speciellen Disposition des Nervensystems. Verf. glaubt nicht, dieses Syndrom auf eine Störung der peripherischen Nerven zurückführen zu sollen, kann aber auch keine andere Erklärung geben.

Strauscheid.

11) **Karl Grube** (Neuenahr): Ueber das Verhalten der Patellarreflexe bei Diabetes mellitus.

(Neurolog. Centralblatt 1893, Nr. 22)

Bei 187 Fällen von Diabetes mellitus hat G. das Verhalten der Patellarreflexe untersucht; von diesen hat er 56 vollständig bei Seite gelassen, weil ein unzweifelhaftes Resultat nicht zu erhalten war. Bei den übrig bleibenden 131 Fällen nun hat G. bei wiederholten Untersuchungen ein Resultat erhalten, welches mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen, wonach die Patellarreflexe durchschnittlich in 35—40% der Fälle fehlen, wenig übereinstimmt, da er nur in 10, also in 7,6% der Fälle, ein Fehlen des Reflexes constatiren konnte. Allerdings mussten 3 Fälle mit fehlenden Patellarreflexen ausgeschlossen werden, 2 wegen gleichzeitig bestehender Tabes, 1 wegen hochgradiger Adipositas.

5 Fälle zeigten eine Steigerung der Patellarreflexe (2 davon allerdings stellten keine echte Diabetes, sondern Glycosurie bei Neurasthenie dar), 113 ein normales Verhalten.

Von 14 Kranken mit schwerer Diabetes zeigten 4 erloschene resp. stark herabgesetzte Reflexe; 2 hatten gesteigerte Patellarreflexe, welche mit Hebung des Kräftezustandes wieder normal wurden. In einem Falle war der Reflex links vorhanden, rechts herabgesetzt; bei 6 Kranken war der Reflex vorhanden, einer von diesen betraf eine Krauke mit Coma diabeticum.

Eine prognostische Bedeutung kommt dem Fehlen der Patellarreflexe auch nach den Beobachtungen von G. nicht zu. Hoppe.

12) **Morel-Lavallée**: Paralyse générale et syphilis.

(Revue de Médecine. Nr. 2. p. 137. 1893.)

Mitgeteilt in Annales de Médecine, Nr. 24. 14. Juni 1893.

In den ältesten Arbeiten von Esquirol u. A. findet sich keine Erwähnung der Syphilis in Verbindung mit Dementia paralytica, spätere erwähnen nur das Vorkommen von Geistesstörung auf syphilitischer Basis in Folge von Meningitis und Encephalitis syphilitica (Lallemand, Schützenberger). Essmarch und Jessen dagegen sahen schon 1857 die Syphilis für die constante und einzige Ursache der Dementia paralytica an. Fournier schuf 1879 den Namen Pseudoparalyse générale syphilitique. Im Gegensatz dazu hat Morel-Lavallée 1889 festgestellt, dass die Syphilis die erste Stelle unter den ätiologischen Factoren der Dementia paralytica einnimmt, während Fournier zwar zugiebt, dass die Syphilis eine allgemeine Paralyse vortäuschen kann, aber vor Verwechslung dieser „Pseudoparalyse syphilitica“ mit der echten Dementia paralytica warnt.

Die Beziehungen zwischen Syphilis und progressiver Paralyse werden in vorliegender Arbeit auf's Neue erörtert.

Bei Paralytikern lässt sich erstens viel öfter vorausgegangene Syphilis feststellen, als bei anderen Geisteskranken. Nach Régis findet sich solche in 70—76% bei Paralytikern, nach Mendel in 75% (von 146 Kranken bei 109), während bei anderen Geisteskranken in 122 Fällen nur 28mal, also in 18%, Syphilis constatirt wurde.

Ferner kommt die progressive Paralyse da selten vor, wo die Syphilis selten ist.

Oft lässt sich anamnestisch bei Paralytikern keine andere Ursache feststellen, als gerade Syphilis und zwar ist dieselbe häufig gutartig gewesen (und wenig oder gar nicht behandelt worden), dadurch erklärt sich, dass man oft auf der Haut und anderswo keine Spuren von ihr findet.

Es kommen Fälle vor, wo die syphilitische Infection vor Ausbruch der Paralyse bei mehreren Leuten von demselben Individuum aus erfolgt ist. So berichtet Verf. über fünf Männer, die sich alle an derselben Quelle syphilitisch inficirt hatten und unter den Erscheinungen der progressiven Paralyse starben.

Auch der syphilitische Ursprung der Tabes dorsalis steht für den Verf. fest und zwar erstens wegen der Gemeinschaftlichkeit vieler Symptome von Tabes und Paralyse (Westphal'sches und Argyll-Robertson'sches Phänomen, Störungen von Seiten der Hirnnerven), und zweitens, weil sich oft allgemeine Paralyse zur Tabes gesellt und sich Affectionen der Hirnwindungen bei Tabetischen finden (Jendrassik, Kahler).

Die Syphilis erzeugt die genannten Krankheiten wahrscheinlich durch Vermittlung der von ihrem hypothetischen Erreger abgesonderten Toxine.
Ofterdinger (Rellingen).

13) **Max Anderega** (Rheydt): Beitrag zur Lehre von der reinen Pseudobulbärparalyse.

(Berliner Dissertation 1892.)

Zu den bisher beobachteten Fällen der reinen cerebralen Glosso-pharyngolabialparalyse, die von Jolly, Kirchhoff und Becker mitgetheilt worden sind und vom Verf. kurz referirt werden, fügt A. einen vierten, welcher in der Leyden'schen Klinik beobachtet worden ist.

Der Fall betrifft einen 52jährigen hereditär nicht belasteten Zimmermann, welcher sich bis zum 40. Lebensjahre einer guten Gesundheit erfreut hatte. Seitdem begannen sich Beschwerden einzustellen, die besonders in öfteren Anfällen von Gelenkrheumatismus (in den Fingergelenken) bestanden haben sollen; ausserdem will er im 40. Lebensjahre Lähmung mit Sprachstörung erlitten haben.

Vor 3 Jahren erfolgte wieder plötzlich eine rechtsseitige Lähmung ohne Bewusstseinsverlust, die mit Sprachstörungen und Schluckbeschwerden verbunden war, sich aber mit den Begleiterscheinungen allmählig bis auf eine geringe motorische Schwäche rechterseits zurückbildete. Am 14. März 1891 plötzliche linksseitige Lähmung mit Verschlimmerung der Sprachstörungen und starken Schluckbeschwerden.

Bei seiner Aufnahme in die Charité am 18. März erschien die rechte Körperhälfte völlig gelähmt mit beträchtlicher Herabsetzung der Sensibilität. Grobe Kraft in den rechtsseitigen Extremitäten deutlich vermindert, Mund nach rechts verzogen, die Augen konnten nicht nach links bewegt werden. Linke Nasolabialfalte verstrichen, Unfähigkeit, die Lippen zu spitzen und die Backen aufzublasen. Zunge konnte nur langsam und unvollständig hervorgestreckt werden. Sprache langsam, näselnd mit deutlichen Articulationsstörungen. Schluckbeschwerden erschwert. Puls kaum zu fühlen, unregelmässig. Das Sensorium, welches anfangs ziemlich frei erschien, wurde allmählig durch Delirien getrübt, die besonders den nächtlichen Schlaf vielfach unterbrachen. Der Zustand verschlimmerte sich von Tag zu Tag, es trat eine immer stärker werdende Dyspnoe ein, die einen Tag vor dem Tode in Cheyne Stocke'sches Athmen überging. Am 26. März exitus letalis. — Die Diagnose war auf Encephalomalacia cerebri gestellt worden.

Die Section ergab neben Hirnödem einen Erweichungsherd im rechten Centrum semiovale Vieusseni, welcher besonders auch den mittleren Theil des Linsenkerns einnahm und in geringerem Maasse die innere Kapsel und den äussersten Theil des Corpus striatum durchsetzte und ausserdem auffallend starke Atrophie der rechten Stirnwindungen (besonders der Pars opercularis). Bei genauerer Besichtigung fand sich später auch ein allerdings erheblich kleinerer Erweichungsherd im linken Linsenkern. Die microscopische Untersuchung ergab noch eine absteigende Degeneration der rechten Pyramidenbahn.

Von den bisher beobachteten 3 Fällen unterscheidet sich dieser wesentlich durch den längeren Verlauf, indem die Anfänge der Krankheit

11 Jahre zurückdatiren, und durch die ziemlich vollständigen Remissionen zwischen den einzelnen apoplectischen Anfällen. Eine klinische Diagnose zwischen den rein cerebralen und der cerebrolulbären Form hält A. nach den bisher beobachteten Fällen mit Oppenheim und Siemerling noch nicht für möglich. Hoppe.

14) Gerhardt: Syphilis und Rückenmark. (Vortrag in der Berlin. medic. Gesellschaft 15./XI 93.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 50.)

Auf 39 sichere und 9 zweifelhafte syphilitische Fälle von Hirnerkrankung, welche G. in den letzten 8 Jahren auf der 2. medicinischen Klinik beobachtet hat, kommen 9 sichere syphilitische Fälle und 1 zweifelhafter von Rückenmarkserkrankung, also ungefähr 1 : 9 $\frac{1}{2}$.

2 von diesen 9 Fällen betrafen die Wirbelsäule (einer den 4. und einer den 11. Halswirbel; der letztere verlief tödtlich, während der erste geheilt wurde); dieselben waren mit Rückenmarkssymptomen verbunden. Diese syphilitischen Wirbelerkrankungen, welche mit Vorliebe die Halswirbel betreffen, entstehen entweder durch ein Herabsteigen der syphilitischen Affection von den Schädelknochen auf die Wirbelsäule oder durch Ausbreitung syphilitischer Rachengeschwüre in die Tiefe oder schliesslich idiopathisch in Folge eines Trauma. Wie selten diese syphilitischen Wirbelerkrankungen sind, erhellt übrigens daraus, dass den 2 syphilitischen 21 tuberculöse und 7 rein traumatische Wirbelerkrankungen gegenüberstehen, welche in demselben Zeitraum zur Beobachtung gekommen sind.

In den übrigen 7 Fällen war der Inhalt der Rückenmarkshöhle betroffen. Wie im Gehirn, so sind auch im Rückenmark der hauptsächlichste Sitz der syphilitischen Erkrankung die Gefässe und die Häute, von denen aus die Veränderung auf das Mark übergeht. Die Mitbetheiligung der Arterien bei der syphilitischen Meningitis giebt sich klinisch durch apoplectische Zufälle oder plötzliche Steigerung vorhandener Lähmungen zu erkennen. Was die Symptome der syphilitischen Meningitis selbst anbetrifft, so konnte G. in seinen Fällen das von Einzelnen betonte wechselnde Verhalten der Sehnenreflexe nicht nachweisen, dagegen scheint die Hautanalgesie (Fournier) und die Brown-Séguard'sche Halbseiten-Lähmung, die G. in je einem Falle beobachtet hat, eine besondere Rolle zu spielen; letztere ist nach G. wenigstens in einer Anzahl von Fällen auf Gummata zurückzuführen, welche genau eine Hälfte des Rückenmarks betreffen. Im übrigen sind die wichtigsten Symptome: Rückenschmerzen, ausstrahlende und gürtelförmige Schmerzen, Anästhesien und paraplegische Zustände, während in einzelnen Fällen andere Krankheitsbilder, z. B. Tabes vorgetäuscht werden können. Häufig ist von der gummösen Meningitis ausser dem Rückenmark auch das Gehirn (unter den 9 Fällen hat G. 2 cerebrospinale beobachtet) betroffen, es kann entweder die Krankheit zuerst das Gehirn ergreifen und später auf das Rückenmark fortschreiten oder auch den umgekehrten Weg nehmen. Das klinische Bild zeigt dann oft eine Combination von Paraplegien und Hemiplegie, welche für cerebrospinale Syphilis sehr charakteristisch ist.

Unter den vorwiegend das Mark betreffenden Erkrankungen ist in einzelnen Fällen die Poliomyelitis anterior syphilitica, die Landry'sche ascendirende acute Paralyse und multiple Wurzelerkrankung beobachtet worden. G. hat in 4 Fällen die Erb'sche apastische Spinalparalyse beobachtet, welche er vorläufig noch mit Erb als eine Krankheit sui generis betrachten möchte. (Die Infection lag 1—6 Jahre zurück.)

Sie zeichnet sich auch dadurch vor den übrigen syphilitischen Rückenmarkserkrankungen aus, dass sie einen verhältnissmässig gutartigen Character hat.

Was das Verhältniss zwischen Tabes und Syphilis betrifft, so steht G. nach seinen Erfahrungen auf der Seite derjenigen Neurologen, welche einen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen annehmen, wenn auch der Zusammenhang wohl kein so directer ist, wie bei den übrigen syphilitischen Rückenmarkskrankheiten. Genau so, wie in Würzburg, wo G. eine Zusammenstellung der Fälle in einer Dissertation machen liess, hat G. auch unter den im Laufe der letzten 8 Jahre in Berlin beobachteten Tabesfällen (102) bei der Hälfte, also bei 50%, sicher vorausgegangene Syphilis nachweisen können. Durch anti-syphilitische Curen ist bei 6 Kranken eine mässige und bei 2 Kranken eine sehr bedeutende Besserung eingetreten.

G. verspricht sich um so mehr Erfolg von einer antisiphilitischen Behandlung bei Tabes, je kürzere Zeit von der Primäraffection bis zum Ausbruch der Tabes verflossen ist; besonders geeignet erscheinen ihm Fälle mit atypischem Verlauf für die Behandlung. Für die übrigen syphilitischen Rückenmarkserkrankungen gilt der Satz, dass um so mehr Aussichten für eine Heilung vorhanden sind, je frühzeitiger, energischer und andauernder, die Behandlung ausgetübt wird.

In der Discussion wies Fränkel auf einen von ihm demonstrirten Fall hin, wo zu einer bestehenden Tabes eine Leptomeningitis spinalis syphilitica hinzugesetreten war, ausserdem hat er in den letzten 4 Jahren einen Fall von Tabes mit manifesten syphilitischen Symptomen gesehen, ein anderer Tabetiker hatte ein Aortenaneurysma, das F. in der Mehrzahl der Fälle auf Lues zurückzuführen geneigt ist. Bei den 65 Tabesfällen, welche im Krankenhaus am Urban behandelt worden sind, war in 50,7% der Fälle sicher Lues vorangegangen und zwar bei den 46 Männern in 63% und bei den 19 Frauen in 20% der Fälle.

Senator führte aus, dass nach seiner Schätzung (besonders des Materials der Universitäts-Poliklinik) etwa 70% aller Tabischen ziemlich sicher früher syphilitisch gewesen sind. Der geringe Erfolg der specifischen Therapie spricht nach ihm ebenso wenig gegen den Zusammenhang mit Tabes, wie die Erfolglosigkeit antisiphilitischer Curen bei den Amyloiderkrankungen der Syphilitiker.

G. Gutmann hat übrigens in den letzten Jahren einzelne frappante Besserungen von Quecksilberbehandlung tabetischer Sehnervenatrophien gesehen.

Virchow betonte von seinem anatomischen Standpunkte aus, dass er sich vorläufig noch abwartend verhalten müsse; er sei noch nicht von der syphilitischen Natur der Tabes überzeugt, stelle dieselbe aber auch

nicht direct in Abrede. Aber dieser Uebergang des grossen medicinischen Kritikers aus dem Lager der Gegner in eine neutrale Stellung, die in noch entschiedenerer Weise der Syphilidologe Lewin einnahm, bedeutet den unzweifelhaften Sieg der Lehre von dem Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis.

Hoppe.

15) **Frederick Peterson** (New-York): „A case of acromegaly combined with syringomyelia.

(The Medic. Record, 23. Sept. 93.)

Der Fall betrifft eine 35jährige Frau, die 1 Jahr später, als ihr die zunehmende Vergrösserung der Hände, Füsse und des Gesichts aufgefallen war, von Krankheitserscheinungen heimgesucht wurde, die auf Syringomyelie deuteten. In motorischer Hinsicht bestand Schwäche der Arm-, Schulter-, sowie einzelner Rücken- und Schenkel-Muskeln, die bei electricischer Prüfung zum Theil partielle Entartungsreaction zeigten; zugleich bestand beiderseits rotatorischer Nystagmus, Myosis und langsame oder fehlende Pupillenreaction, Verminderung des linken Patellarreflexes, Fehlen der Arm-Seitenreflexe, Parese der Blase. In sensibler Hinsicht wurde beobachtet: vollständiger Verlust der Schmerz- und Temperaturempfindung in der linken oberen Extremität und der linken Nackenseite, geringe Herabsetzung des Tastsinnes in der linken Hand und dem linken Finger, abnorme (heisse) Gefühls-empfindung nach der Berührung des linken Beines mit kalten Gegenständen. Patientin starb 1 Jahr später; Section wurde nicht gestattet.

Voigt (Oynhausen).

16) **Thomas H. Manley** (New-York): „Lesions of the spinal cord with and without fracture — an experimental and clinical study.

(The Medic. Record, 28. October 93.)

Verf. beschreibt eine Reihe von Fällen, in denen ein Halswirbel gebrochen war. Am Schlusse seiner Arbeit stellt er einerseits auf Grund von Thiersuchen, andererseits auf Grund der an verletzten Menschen beobachteten Symptome folgende Sätze auf:

1. Verletzungen der Nackengegend bringen selten schwere Läsionen des Rückenmarks hervor, ohne dass eine Fractur vorhanden ist.
2. Tritt unmittelbar nach einer Nackenverletzung Lähmung ein, so ist das ein deutliches Zeichen, dass das Rückenmark ernstlich getroffen ist.
3. Fracturen, welche die Athemcentren (vom Atlas bis fünften Halswirbel) in Mitleidenschaft ziehen, sind fast unvermeidlich tödlich.
4. Die unterhalb derselben gelegenen Fracturen sind weniger lebensgefährlich; betreffen sie nur die Apophysen, so können operative Eingriffe hilfreich sein.
5. Brüche durch die Wirbelkörper kommen häufiger vor, als man allgemein annimmt, sind aber nicht diagnosticirbar.
6. Am leichtesten zu diagnosticiren sind die Apophysenbrüche.
7. Alle diese Brüche haben Neigung zu spontaner Reposition.
8. Der Halstheil der Wirbelsäule kann durch Verletzungen anhaltend geschädigt werden, ohne dass medulläre krankhafte Veränderungen zu folgen brauchen.

Voigt-Oynhausen.

17) **R. P. Williamson:** The direct pyramidal tracts of the spinal cord. (The Brit. med. Journ. 6. Mai 1893. pag. 946.)

Im Brit. med. Journ. vom 5. April 1890 hat Macewen über einen Fall von Lähmung der Muskeln der Arme und Hände, während die Beine frei waren, berichtet und vermuthete, dass es sich um Affection der in den Vordersträngen verlaufenden nicht gekreuzten Fasern der Pyramidenbahn handle und zwar im Halsmark. Nun hat W. einen Fall beobachtet und seziert, in welchem die directen Pyramidenfasern deutlich degenerirt, aber die Arme doch nicht gelähmt waren. Der Fall ist folgender: J. T., 39 Jahre alt, wurde im Manchester Royal Infirmary am 19. Juli 1890 aufgenommen. Zwei Jahre vorher hatte er Taubsein der Finger beider Hände bemerkt; dann trat Schwäche in den Beinen auf, ohne Krämpfe, ohne Schmerzen. Blase und Mastdarm nicht betheilig. Kein Alcoholismus, keine Syphilis oder Diphtherie.

Status bei der Aufnahme: Etwas Oedem der Beine. Unvermögen, die gestreckten Beine zu heben. Beugung und Extension in den Hüften und den Knien etwas möglich. Fehlen der Patellarreflexe. Kein Fussclonus; schwache Plantarreflexe. Keine Rigiität der Beine. Kein Schmerz in den Beinen ausser bei Bewegungen. Berührungsegefühl und Localisation gut, doch wird sehr schwache Berührung mit Nadelspitze öfters nicht empfunden. Alle Bewegungen in den Armen möglich, ausser Abduction der rechten Schulter wegen Schmerzen im rechten Schultergelenk. Sensibilität an den Armen und Händen erhalten. Rechte Pupille etwas grösser als linke; beide reagieren auf Licht gut. Später Incontinentia urinae bis zum Tode. Cystitis; Decubitus. Zu der Paralyse der Beine trat leichte Anästhesie hinzu, aber keine Lähmung der Arme. Unter Delirien starb Pat. am 12. October. Die Section ergab:

Dura spinalis normal; oberer Dorsaltheil des Rückenmarks weicher als der übrige Theil; sonst keine macroscopischen Veränderungen. Microscopisch: Eine Zone transverseller Myelitis im oberen Dorsalmark, hauptsächlich die weisse Substanz betreffend. Oberhalb hiervon aufsteigende Degeneration der directen Kleinhirnbahn und der Hinterstränge; daneben Degeneration der beiden vorderen, directen Pyramidenbahnen bis 4 Zoll oberhalb des myelitischen Herdes. Diese Degeneration begann oben an der Grenze vom oberen und mittleren Drittel der Cervicalgegend und erstreckt sich abwärts bis zu dem Herde. Oberhalb des Herdes waren die gekreuzten Pyramidenbahnen nicht degenerirt. Unterhalb des Herdes bestand Degeneration der gekreuzten Pyramidenbahnen und arch Degeneration der vorderen nicht gekreuzten Pyramidenbahnen bis in die untere Dorsalgegend hinab. In den Hintersträngen waren zahlreiche Degenerationsflecke, am deutlichsten dicht unter der Läsion und abnehmend nach abwärts bis in das obere Lendenmark hin.

Wichmann.

18) **P. Albertoni e A. Brigatti** (Bologna): Glioma della regione rolandica, estirpazione, guarigione.

(Riv. sperim di freniatria, Bd. 19. H. 1; 1893.)

Ein 15jähriges Mädchen, das aus gesunder Familie stammte, wurde im Jahre 1891 wegen einer schweren Gehirnkrankheit in das Hospital auf-

genommen. Dieselbe litt seit ihrem 10. Lebensjahre an häufig auftretenden Anfällen von Jackson'scher Epilepsie mit Beginn an der linken Hand; zuweilen traten auch allgemeine epileptiforme Krämpfe auf. Zu gleicher Zeit bestanden in der rechten Frontal- und Parietalgegend Kopfschmerzen. Bei der Aufnahme ins Hospital fand sich beiderseitige Stauungspapille, Hemiparesis spastica sinistra; Sensibilität normal, Anfälle von Jackson'scher Epilepsie links. Nachdem eine antisypilitische Behandlung erfolglos geblieben war, wurde die Diagnose eines Glioms der rechten Centralwindungen gestellt und die operative Entfernung desselben beschlossen. Die Operation gelang vollständig und es konnte ein Fibrogliom der Centralwindungen völlig entfernt werden. Die Wundheilung vollzog sich glatt. Der Kopfschmerz verlor sich nun völlig und nur noch einmal trat ein epileptiformer Anfall auf. Bei einer Untersuchung 7 Monate nach der Operation fand sich Verschwinden der Stauungspapille, linksseitige spastische Hemiparese mit Contractur im Arme, starke Herabsetzung des Tast-, Schmerz- und Temperatursinnes auf der linken Seite. Die linken Extremitäten sind kalt und livide verfärbt. Nach weiteren $\frac{3}{4}$ Jahren fand sich die Sensibilität fast völlig wieder hergestellt, die Motilität besonders am Beine ein wenig gebessert; Augen normal.

Ein so günstiger Verlauf wie in dem vorliegenden Falle ist eine grosse Seltenheit. In der grossen Mehrzahl der Fälle vermag die Operation den Tod nur aufzuschieben und nur vorübergehende Besserung des Zustandes herbeizuführen. Von grösstem Interesse ist die genau beobachtete Thatsache des Auftretens einer Hemianästhesie nach der Operation — eine wichtige Stütze für die Ansicht, dass in den Centralwindungen auch die Sensibilität der gegenüberliegenden Seite repräsentirt wird. Bemerkenswerth ist ferner das völlige Verschwinden der stark ausgeprägten doppelseitigen Stauungspapille nach der glücklichen Operation. Jetzt, $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation, darf das junge Mädchen wohl als definitiv geheilt gelten.

Strausscheid.

19) Hazle Padgett: „General Anästhesia“.

(The Medic. Record, 7. October 93.)

Ein Fall von allgemeiner Anästhesie der Haut und der Schleimhäute, in welchem Incontinenz der Blase und zeitweise auch des Mastdarms, Steigerung aller Reflexe (Dorsalclonus u. s. w.), jedoch träge Pupillen-Lichtreaetion, Fehlen des Geschlechtstriebes bestand. Da multiple Neuritis, eine weit verbreitete Degeneration der Hirnrinde, Hysterie auszuschliessen waren, so nimmt Verf. eine dunkle Läsion des hinteren Drittels der inneren Kapsel beider Hemisphären an. _____ Voigt (Oeynhausens).

20) Lyder Borthen: Bidrag til den recidiverende Oculomotorius-Lammelses Kasuistik.

(Norsk Mag. f. Laegevidensk. 1893, S. 899.)

Lootse, 46 Jahre alt, hatte im Alter von 16 Jahren durch einen Fall die rechte regio supra marginalis contundirt. Seitdem litt er im Anfang jeden Monats, später 3-4mal im Jahre an intermittirenden Schmerzen in dieser Region, öfters von Erbrechen begleitet, welche sich

einfaden, wenn er einem sehr kalten Wind ausgesetzt gewesen ist. Ungefähr 7 Jahre nach dem Entstehen der Krankheit bemerkte er, dass das rechte Auge im Anschluss an die Schmerzanfalle, wenn die Schmerzen schon im Schwinden waren, gelähmt wurde. Das Augenlid schloss sich, er sah doppelt und später trat auch Abnahme der Accommodationsfähigkeit ein. Durch eine Untersuchung während eines Anfalles konnte der Verf. diesen Zustand constatiren. Das rechte Augenlid konnte nur mit Hilfe des *M. frontalis* gehoben werden. Der Bulbus deviirte nach unten und aussen. Die Doppelbilder waren gekreuzt, das falsche Bild stand am höchsten, mit der Spitze ein wenig geneigt. Die Pupille ist mässig dilatirt, directe oder consensuelle Reaction kaum bemerkbar.

Der Verf. hatte Gelegenheit, mehrere Auffälle ganz gleicher Art bei dem Kranken zu sehen.
Koch (Kopenhagen).

21) Dr. **G. M. Gould** (Philadelphia): Homeochronous Hereditary Optic Nerve Atrophy. (Section of Ophthalmology of the Pan-American Medical Congress, Held at Washington 1893.)

G. berichtet über 13 Fälle hereditärer Sehnervenatrophie, welche in 6 Generationen ein und derselben Familie beobachtet wurden. Das Leiden trat gewöhnlich zwischen dem 28. und 34. Lebensjahre auf. Einige Familienmitglieder erlitten als eventuelles veranlassendes Moment eine nur leichte Verletzung, welche dann zu partieller oder totaler Blindheit führte. Was am meisten auffällt, ist die Thatsache, dass nach der 2. Generation das Leiden nur noch durch die weiblichen Familienmitglieder vererbt wurde, ohne dass dieselben selbst davon befallen wurden. Stammt der neue Familienzweig von einem männlichen Familienmitgliede ab, welches selbst an dem Leiden erblindet war, so wurden die Descendenten nicht weiter befallen. Kein einziges weibliches Mitglied der Familie wurde betroffen. In einem Familienzweig erhielt sich die Erblichkeit durch 3 weibliche Abkömmlinge hindurch, welche selbst nicht von dem Leiden befallen wurden. Nur 3 männliche Mitglieder wurden befallen, die nicht ursprünglich von einem männlichen Mitgliede der Familie (seit der 2. Generation) abstammten. Es sind dies 3 Brüder, wovon der Aelteste im Alter von 23 Jahren nahezu erblindet ist. Die zwei Jüngeren, welche noch nicht das ominöse Alter erreicht haben, zeigen bereits Degenerationserscheinungen an der Netzhaut. In den späteren Generationen herrscht die männliche Nachkommenschaft vor und ist eine rasche Abnahme fruchtbarer weiblicher Familienglieder zu constatiren. Auf diese Weise dürfte die unheilvolle Erblichkeit erlöschen.

Bach.

22) **M. Darquier**: De certaines paralysies récidivantes de la troisième paire. (Migraine ophthalmoplégie de Charcot.)

(Annales d'Ocul., Tome CX., 4. Livraison. Octobre 1893.)

Genanntes Krankheitsbild ist characterisirt durch folgende Symptome: Rasch eintretende Lähmung sämmtlicher vom nervus oculomotorius versorgten Augenmuskeln, nur ganz ausnahmsweise sind andere Nerven mitbetroffen.

Kopfschmerzen, Erbrechen, Lähmung und Schmerzen sind stets einseitig. Der Zustand dauert verschieden lange Zeit an, hierauf Rückkehr zum normalen Zustand. Nach verschieden langen Pausen folgen Recidive. — Es sind bis jetzt 27 Fälle beobachtet; vorwiegend wird das weibliche Geschlecht befallen. — Meist fällt der Beginn der Krankheit in die Kindheit. — Nicht immer sind alle Symptome typisch ausgesprochen. — In drei Fällen kam es zur Autopsie: einmal ergab sich eine reichliche plastische Exsudation um den Oculomotorius vor dessen Auflösung in einzelne Aeste, das andere Mal fand man zahlreiche graue Granulationen um den Stamm der Nerven. Kerngebiet frei. Im dritten Falle war ein Fibro-Chondrom an dem Uebergangstheil des Nerven zur Schädelbasis vorhanden, das jedoch noch nicht zur Zerstörung der Nervenfasern geführt hatte. Kerngebiet frei. — Die Autopsieen, sowie der Umstand, dass fast immer sämtliche Zweige des Oculomotorius betroffen sind, beweisen, dass der Sitz des Krankheitsherdes stets an der Basis cranii zu suchen ist. — Die Periodicität der Erscheinungen würde sich aus vorübergehenden Circulationsstörungen erklären. — Es folgt die Beschreibung eines neuen Falles. Bach.

23) J. W. M. Connel (Philadelphia): Some affections of the third and fifth cranial nerves.

(The journal of nervous and mental disease, Aug. 1893.)

Im ersten Falle handelt es sich um beiderseitige Ophthalmoplegie bei einem früher syphilitischen Manne, der die Zeichen einer beginnenden Tabes darbot.

Im zweiten Falle bekommt ein 60jähriger früher syphilitischer Mann plötzlich heftige Schmerzen im rechten Auge und der rechten Stirn, auf letzterer tritt ein Herpes Zoster auf; nach kurzer Zeit entwickelt sich Anästhesie des I. Trigeminasastes und totale Lähmung des rechten Oculomotorius, welche sich später allmählich bessert.

Ein 46jähriger früher gesunder Mann erkrankte im Anschluss an eine Erkältung an einer rasch zunehmenden Lähmung der Kaumuskulatur; nach 3 Wochen war er nicht mehr im Stande, den Mund zu schliessen. dahingegen traten jetzt clonische Zuckungen in der Kaumuskulatur auf, die zuweilen die Kiefer zusammenbrachten. Die Sensibilität war ungestört. Das Schlucken war sehr behindert; neben den Kaumuskeln waren die digastrici, mylohyoidei, stylohyoidei wie die constrictores pharyngis paretisch. Electricisch waren nur geringe quantitative Erregbarkeitsveränderungen nachweisbar. Verf. hält den Zustand für wahrscheinlich hysterischer Natur. Bei geeigneter Behandlung trat Besserung ein.

Eine 70jährige Frau leidet seit kurzem an beiderseitigem clonischem Masseterenkrampfe; Schmerzen sind nicht damit verbunden. Zwischen den einzelnen Zuckungen finden ganz kurze Pausen statt; das Kauen bewirkt kein völliges Aufhören der Bewegungen.

Strauscheid.

24) Prof. Dr. V. Babes: Sur un cas de paralysie avec anaesthésie des jambes par polynevrite et atrophie musculaire développée dans la convalescence de la dothientérie.

(La Semanica médicale 1893, Nr. 1.)

13jähriges Mädchen (Grossvater mütterlicherseits Alkoholiker, Mutter 2 Fehlgeburten, keine Anzeichen für Syphilis) machte eine fieberhafte Infectiouskrankheit (intensive Kopfschmerzen, galliges Erbrechen, Diarrhöen — 4 Wochen Dauer) durch, an die sich eine 4 Monate anhaltende Eiterung (periarticuläre Phlegmonen) am Hals und besonders an den Beinen anschloss. Nach Ablauf dieser Zeit versagten beim ersten Versuche zu stehen die Untere Extremitäten. Status bei der Aufnahme (15 Monate nach Beginn der fieberhaften Erkrankung): Anämisches Mädchen ohne Anzeichen für Syphilis oder Hysterie. Beträchtliche Atrophie der Beine, mittelst der electricischen Ströme keine Zuckungen auszulösen. Sensibilität jeder Form geschwunden, desgleichen die Sehnenreflexe. Füsse in Equino-Varus-Stellung. Haut der Beine bläulich verfärbt, Temperatur local stark herabgesetzt.

Verfasser ventilirt die Frage nach der Natur dieses Processes. Er schliesst eine primäre Läsion der Gelenke, Muskeln und auch des Rückenmarkes aus, neigt sich zu Annahme einer Polyneuritis infectiöser Natur (Vulpian, Raymond, Landouzy, Nothnagel etc.), entweder bedingt durch den Typhusbacillus selbst oder durch die secundäre Infection. — Eine ausführliche Beschreibung widmet Verf. dem histologischen Befunde an einem ausgschnittenen Stücke Muskel. Buschan.

25) Seifert (Würzburg): Die Behandlung der hysterischen Aphonie.

(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 44.)

Die Methode, der sich S. seit Jahren bei der Behandlung der hysterischen Aphonie bedient, besteht in einer Combination der Kehlkopfmassage, der Ollivier'schen Kehlkopfcompression und der methodischen Stimmgymnastik.

S. beginnt die Behandlung mit der äusseren Kehlkopfmassage (Streichungen), wobei die Patienten angewiesen werden, tief zu inspiriren (weil nach S. bei der Mehrzahl dieser Kranken nicht nur die Coordination der Stimmbandmuskeln, sondern auch der gesammten Athem-Muskulatur gestört ist). Ist der Athemmechanismus wieder in Ordnung, so folgt der zweite Theil der Behandlung, die Ollivier'sche Methode, indem er den Kehlkopf entweder seitlich sanft aber fest comprimirt oder während der Phonationsversuche schüttelt, wobei wieder auf die Ausführung tiefer Inspirationen zu achten ist. Sind die Kranken durch Uebungen in den Stand gesetzt, auch bei leisester Compression resp. Schüttelung des Kehlkopfs die verschiedenen Vocale mit mässig lautem Tone zu produciren, so schliesst S. sofort die methodischen Sprachübungen an, die so lange wiederholt werden, bis dauernde Heilung erzielt ist. Hoppe.

26) L. v. Wedekind: „The use of aconite in the treatment of tetanus“.

(The Med. Record. 30. Sept. 83.)

Verfasser gab in einem Falle von Tetanus Opium und Chloral ohne Erfolg; erst nach wiederholten grossen Gaben von Tinct. Aconiti trat

Schlaf, Nachlass der Rücken- und Nackenschmerzen, Temperaturabfall ein. Die Weiterbehandlung bestand in abwechselnden Gaben von Opium und Tinct. Aconiti. Heilung am 10. Tage.

Voigt (Oeynhausen).

27) **Leonard Weber** (New-York): Further Contributions to the Pathologie and Therapie of Neurasthenia spinalis.

(The Med. Record, 9. Sept. 1893.)

Bei der Behandlung der so vielgestaltigen Neurasthenie ist zu individualisiren und vor allem die Aetiologie zu berücksichtigen. Gegen ihre häufigste Form, die durch Masturbation, sexuelle Excesse, Coitus reservatus u. s. w. hervorgerufen wird, empfiehlt W. in erster Linie Herabsetzung der stets vorhandenen allgemeinen Reizbarkeit durch Bromide, kühle Bäder, Abwaschungen u. dergl., während die Ueberempfindlichkeit der hinteren Harnröhrentheile durch Einlegen der Sonde, unter Umständen auch durch Tannin- oder Zink-Einspritzungen zu beseitigen ist. Wo die Bromide versagen, ist Atropin anzuwenden, später Eisen, Leberthran u. s. w. zu geben und die gerade bei sexueller Neurasthenie so häufig vorhandene Dyspepsie durch passende Diät und gewisse Magenmittel, wie Nux. vomica oder Wismuth zu bekämpfen. Bestehen bei der sexuellen Neurasthenie brennende Schmerzen oder Hyperästhesie so ist der galvanische Strom anzuwenden, während der faradische, sowie Massage und körperliche und geistige Beschäftigung in Fällen von Muskelschwäche, beständigem Ermüdungsgefühl u. s. w. vorzuziehen sind. Die Prognose ist günstig, vorausgesetzt, dass der Kranke nicht weiter onanirt; ist das der Fall, so wendet W. die hypnotische Suggestion an. Dieselbe empfiehlt er auch für die Fälle, in denen die Neurasthenie Folge geistiger und körperlicher Erschöpfung, durch Ueberanstrengung, Schreck, Verletzungen u. dergl. ist.

Voigt (Oeynhausen).

28) **L. Harrison Mettler** (Chicago): „On the treatment of seminal incontinence“.

(The Med. Record. 7. Oct. 83.)

Ist die Spermatorrhoe Folge von Tabes, Dementia paralytica, Stricture, vergrößerter Prostata u. s. w. oder entstand sie von irgend welchen Theilen aus auf reflectorischem Wege, so muss die Behandlung zunächst eine causale sein. In den meisten Fällen jedoch liegt die Ursache in einer physischen oder psychischen Ueberreizung der Geschlechtsorgane: hier ist vor allen Dingen die psychische oder hygienisch-diätetische Behandlung am Platze (Belehrung über die Folgen der Onanie, Fernhaltung aller die Sinnlichkeit erregenden Dinge, Sorge für kühle Schlafzimmer und fleissige Entleerung der Harnblase, laue Bäder, laue Wasserabwaschungen etc). Dazu empfiehlt es sich für alle diejenigen Fälle, in welchen mehr oder weniger starke Entzündung im Prostatatheile der Harnröhre vorhanden ist und allgemeine Reizbarkeit der letzteren besteht — es bilden diese Fälle eben die übergrosse Mehrzahl — heisse Sitzbäder, Oeileinspritzungen, Abführmittel, Blutegel oder spanische Fliegen am Damme und endlich, wenn durch diese Mittel die mehr acuten Symptome beseitigt sind, die Stahlsonde

(Steinsonde) zu gebrauchen: Die allzu grosse Reizbarkeit der Harnröhre, ebenso wie ihre Blutüberfüllung u. s. w. kann durch nichts sicherer beseitigt werden, als dadurch, dass man diese Sonde anfangs 1mal in 2 oder 3 Tagen, später täglich zuerst 2—3, dann 15—20 Minuten lang einlegt. Weit unsicherer und unter Umständen gefährlich sind nach Verf. Einspritzungen von Argent. nitric. Tannin, Hydratis oder dargl. Von Arzneimitteln lobt er am meisten Atropin, dann Brom und Strychnin; doch pflegt deren Nutzen ohne gleichzeitige Anwendung der eben beschriebenen Behandlungsarten nicht übermässig gross zu sein. Die allgemeine Faradisation neben gleichzeitiger centraler Galvanisation erweist sich nicht selten, namentlich in Fällen allgemeiner Neurasthenie hilfreich.

V o i g t (Oeynhausen).

29) **Lundie**: Traitement of Myxoedema.

(Edinburgh med. Journ., May 1893.)

Nachdem L. einen kurzen Ueberblick über die Geschichte des Myxödems gegeben, berichtet er über einen eigenen Fall, der mit Gland. thyroid., behandelt wurde. Eine Frau von 54 Jahren litt seit 14 Jahren an Myxödem in ausgesprochener Form. Im Nov. 1891 erhielt sie die erste Einspritzung von Extract. thyroid. Die Dosis entsprach $\frac{2}{18}$ einer Gland. thyroid. des Schafes. Die Einspritzung wurde fünfmal in wöchentlichen Intervallen wiederholt. Der Erfolg war ein ausserordentlicher, die Hautschwellungen gingen zurück, das Allgemeinbefinden war so gut, wie es seit Jahren nicht gewesen war. Kurz nach der fünften Einspritzung jedoch trat eine unangenehme Reaction auf. Es traten Schmerzen in fast allen Körpertheilen auf, der Appetit wurde schlecht, allgemeine Prostration und Schlaflosigkeit stellten sich ein. Es wurde daher vier Wochen mit den Injectionen pausirt. Als nach dieser Zeit die sechste Einspritzung gemacht wurde, kam es zu einer entzündlichen Schwellung und Abscessbildung an der Vagina. Die Heilung dauerte mehrere Wochen. Erst am 12. Februar konnte wieder mit den Einspritzungen begonnen werden, aber die fünfte in dieser Serie verursachte abermals einen grossen Abscess. Die Injectionen mussten so lange Zeit ausgesetzt werden, dass die Symptome des Myxödems von neuem aufzutreten anfangen. Im Juni wurden unter allen antiseptischen Cautelen die Injectionen wieder aufgenommen. Aber auch diesmal blieben die Abscesse nicht aus. Unter diesen Umständen wurden die Injectionen verlassen, und vor Mitte Juli an der Extract innerlich verabreicht. Unter dieser Behandlung trat bald eine bedeutende Besserung aller Krankheitserscheinungen auf. Sobald aber die Verabreichung des Extractes sistirt wurde, verschlechterte sich der Zustand wieder. Pat. nimmt daher dauernd täglich eine Dosis Extract, die $\frac{1}{18}$ der Schilddrüse eines Schafes entspricht. —

Verf. berichtet weiter über 46 aus der Litteratur gesammelte Fälle, die mit Gland. thyreoid. behandelt worden waren. Von diesen wurden 44 entschieden gebessert. Bei zwei Fällen hatte die Behandlung keinen Erfolg. Verf. glaubt, dass das Ausbleiben desselben einer falschen Methode der Darreichung zuzuschreiben sei, zumal diese Fälle von demselben Beobachter behandelt wurden. Unangenehme Complicationen waren nicht selten. Es traten auf: Abscesse, Bewusstlosigkeit, Cyanose, tetanusartige Zustände,

allg. Prostration, Schmerzen, Uebelkeit. Zwei Fälle starben an Herzschwäche. Diese Nebenerscheinungen zeigten sich sowohl bei innerlicher als bei subcutaner Verabreichung des Mittels. — Um den einmal erlangten Erfolg festzuhalten, ist es nöthig, dass die Behandlung mit mässigen Dosen dauernd fortgesetzt wird. Am geeignetsten ist die Glandula des Schafes, jedoch ist auch die der Kuh, des Kalbes und Schweines mit Nutzen gegeben worden. Es muss darauf geachtet werden, dass die Drüse gesund ist. Die wöchentliche Verabreichung des Extractes einer viertel bis einer halben Drüse subcutan resp. einer halben bis einer ganzen per os scheint ausreichend, um eine schnelle Besserung herbeizuführen. Mendel hat schon durch tägliche Einspritzung von $\frac{1}{120}$ bis $\frac{1}{80}$ bei einem Falle, der 11 Jahre krank war, ohne dass Complicationen auftraten, bedeutende Erleichterung gesehen. Die Drüse kann entweder roh oder als flüssiger oder trockener Extract gegeben werden. Die Drüse halb gekocht zu verabreichen, hält L. nicht für vortheilhaft, da die Dosirung ungenau wird und gerade die wirksamen Bestandtheile durch die Hitze vernichtet werden können. Die physiologischen Fragen harren noch der Beantwortung.

Bielschowsky (Breslau).

30) **John Thomson:** Note on a case of Myxoedema, which entred fatally shortly after the commencement of thyroid treatement.

(Edinburgh med. Journ., Mai 1893.)

Eine 54jährige Frau litt seit mehr als 10 Jahren an Myxödem. Die Behandlung wurde begonnen mit dem vierten Theil der Drüse. Später wurde, da keine Besserung eintrat, die Dosis verdoppelt. Nachdem etwa einen Monat lang zweimal wöchentlich die Drüse in dieser Weise genommen worden war, stellten sich Nervenschmerzen und Anfälle von Angina pect. ein; die Kranke wurde sehr schwach. Trotzdem nun die Thyreoidea-Behandlung ausgesetzt, und eine excitirende Therapie eingeleitet wurde, trat doch nach 3 Wochen unter grosser Herzschwäche der Tod ein. Die Section ergab vollständige bindewebige Entartung der Gland, thyreoid. und starke Myocarditis mit Atherom der Coronararterien und der Aorta. Obwohl die Herzerkrankung ausreichend wäre, um den Tod zu erklären, glaubt T. doch, dass die Behandlung mit der Gl. thyr. eine gewisse Schuld an dem unglücklichen Ausgang trägt. Er ermahnt daher, besonders bei Patienten, deren Herz nicht ganz gesund ist, bei der Dosirung höchst vorrchtig zu sein, um während der ersten Zeit der Behandlung dafür zu sorgen, dass die Kranken sich absolut ruhig verhalten.

Bielschowsky (Breslau).

31) **Greidenberg:** De l'influence des variations atmosphériques sur la marche des maladies psychiques. Aus „Wratsch“.

(Le Bulletin médic. 1893, Nr. 83.)

Verf. fasst seine zahlreichen Beobachtungen über den Einfluss der Witterung auf den Verlauf der Psychosen unter folgende Gesichtspunkte zusammen:

1. Die Schwankungen des atmosphärischen Druckes haben einen unzweifelhaften Einfluss auf den Zustand geistig afficirter Personen;

2. derselbe macht sich durch brusken Umschlag im Allgemeinbefinden und der Stimmung (wie Aufregung, Schlaflosigkeit etc.) geltend;
3. dieser Umschlag pflegt sich im allgemeinen im Anschluss an die atmosphärischen Schwankungen einzustellen; indessen doch nicht selten geht er auch diesen voran und zeigt somit das Eintreten solcher im Voraus an;
4. am auffälligsten zeigt sich dieser Einfluss zu den Aequinoctialzeiten im Frühjahr und Herbst;
5. der Verlauf gewisser periodischer Psychosen ist höchst wahrscheinlich, zum mindesten jedoch zum Theil von den atmosphärischen Bedingungen abhängig. Verf. berichtet über einen Epileptischen, bei dem sich mehrere Jahre hintereinander die Anfälle jedesmal zum Aequinoctium bis zum Aeussersten steigerten, desgleichen über eine periodische Mania, bei der die Anfälle zu der gleichen Zeit sich einstellten und nach Ablauf der Aequinoctialperiode aufhörten. Buschan.

32) **S. Kornfeld und G. Bikeles:** Ueber die Genese und die pathologisch-anatomische Grundlage des Grössenwahnes bei Paralys. progr. Aus der Klinik des Prof. v. Krafft-Ebing.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 49, H. 3.)

Der Grössenwahn entsteht vorwiegend bei solchen Individuen, deren Anamnese eine gewisse Lebhaftigkeit des Strebens und eine geistige Regsamkeit ergibt. Der Grössenwahn geht nicht aus einem Reizzustand, sondern aus einem Schwächezustand hervor. Die Ursache dieser Erscheinung liegt in einer Nutrationsstörung der Rinde (!) und in einem gestörten Abfluss der Lympfbahnen des Gehirnes (!). Der Grössenwahn wird befördert 1. durch die Suggestion (Einreden von Wahnvorstellungen), 2. durch den Traum (Unfähigkeit, Traumerlebnisse von der Wirklichkeit zu scheiden), 3. durch die Schlaflosigkeit, 4. durch die Manie. —

Wäre es nicht zweckmässiger, statt des Begriffes der Manie in diesem Zusammenhange den der Agitation (resp. den der Erregung) zu setzen?! Dieser Ausdruck präjudicirt nichts und erspart lange Erörterungen über das „klinische Bild der Manie“ etc. S. pag. 346. Ref.)

Behr - Riga.

33) **J. A. Hirschl:** Ueber Geistesstörung bei Morbus Basedowii.

(Jahrbücher für Psychiatrie, XII, H. 1 u. 2.)

Es werden sechs neue Fälle von Basedow'scher Krankheit beschrieben, welche mit Geistesstörung vergesellschaftet waren. Nach kritischer Sichtung der Gesamtlitteratur (43 Fälle) über diese Complication kommt der Verf. zu dem Schluss, dass die Geistesstörungen bei der Based. Krankheit gewöhnlich unter dem Bilde der Manie verlaufen. Andere Formen der Geistesstörungen, die im Verlaufe dieser Erkrankung auftreten, sind als Complicationen der den Morbus Basedowii häufig begleitenden Hysterie oder Neurasthenie oder des Alcoholismus aufzufassen. Für die Thatsache, dass die Seelenstörungen bei der Based. Krankheit unter dem Bilde der Manie verlaufen, spricht auch die Erscheinung, dass die Seelenstimmung der an dieser Krankheit leidenden sich meistens der eines Maniakalischen nähert. Der

Autor will diese maniakalische Stimmung als diagnostisches Symptom für den Morbus Basedowii analog der Pulsfrequenz, der Struma etc. verwerthet wissen. In Bezug auf die Erklärung dieser Zustände vertritt er die Auffassung, dass es sich wahrscheinlich um functionelle oder anatomische Störungen der Oblongata handle, wodurch „Gefäßsparese verschiedenen Grades im corticalen Organ erzeugt werde. Behr - Riga.

IV. Original-Vereinsberichte.

65. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg vom 11.—15. September 1893.

(Schluss.)

Strümpell-Erlangen: Ueber Systemerkrankungen.

Die Localisation gewisser primär entstehender Degenerationen wird einzig und allein durch das Betroffenwerden von zusammengehörigen Fasern und Zellen ganz bestimmter physiologischer Dignität und daher meist auch von gemeinsamer anatomischer Anordnung bedingt. Fragt man nach der Ursache, durch welche eine so eigenthümliche Localisation eines Krankheitsprocesses hervorgerufen wird, so kennen wir bisher zwei hauptsächlichste Momente, welche uns die Entstehung von primären Systemerkrankungen verständlich machen. Das erste Moment ist in der eigenthümlichen Thatsache gegeben, dass eine ganze Reihe von bestimmten chemischen Stoffen ihre „toxicologische Affinität“ nur in Bezug auf ganz bestimmte Nervengebiete enthalten (exogene Systemerkrankungen, z. B. toxische Systemerkrankungen bei Bleivergiftung, postsyphilitische Tabes dorsalis und Paralyse). Die zweite Gruppe ist endogen durch congenital gegebene besondere Verhältnisse der Körperbeschaffenheit begründet, d. h. durch eine von vornherein abnorme, widerstandsschwache Organisation gewisser bestimmter nervöser Systeme, welche ab origine durch eine in der Composition der Materie selbst gegebene Entwicklungstendenz zu einem frühzeitigen Untergang prädisponirt sind. Das kaum vorstellbare Wesen dieser Erkrankungen wird durch die Thatsache des familiären und hereditären Auftretens solcher Systemerkrankungen zwar als wirklich nachgewiesen, aber nicht erklärt.

Hierdurch gewinnt man einen weiteren Gesichtspunkt, unter welchem klinisch sehr verschiedenartige Systemerkrankungen zusammengefasst werden können. Es gehören hierher die hereditären Degenerationen der Py-Bahn oder einzelner Abschnitte derselben incl. der vollkommenen gleichwerthigen motorischen Apparate der medulla oblongata. [Amyotrophische Lateralsclerose wahrscheinlich, Bulbärparalyse (besonders bei Kindern!), manche Fälle von spinaler Muskelatrophie, reine Lateralsclerose, hereditäre Ataxie.] Strümpell betont neben der durchaus nothwendigen Unterscheidung einzelner klinischer Formen doch die Zusammengehörigkeit verschiedener Formen unter einem höheren gemeinschaftlichen Gesichtspunkt. — Die krankhafte Veranlagung eines Systems kommt manchmal so früh zur Geltung, dass das betreffende System überhaupt nicht zur vollständigen Entwicklung kommt (Agenesie).

Andrerseits ist es denkbar, dass die krankhafte Veranlagung erst im vorgerückten Lebensalter hervortritt.

In der Discussion betont Münzer die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen exogener und endogener Systemerkrankung mit Bezug auf einen Fall von Hydrocephalus, welcher eine spastische Paralyse der unteren Extremitäten zeigte und bei welchem der Kranke bis ins 54. Jahr seinem Beruf nachgehen konnte.

Anton weist darauf hin, dass man zur Unterscheidung von acquirirten und congenitalen Erkrankungen die morphologische Beschaffenheit benachbarter Systeme verwerten kann, welche bei congenital bedingten Degenerationen sich viel mehr verändern als bei acquirirten.

Mendel weist darauf hin, dass auch nicht-systematische Erkrankungen hereditär und congenital vorkommen (multiple Sclerose). Als greifbares hereditäres Causal-Moment betrachtet M. in manchen Fällen Lues der Eltern. Ein von M. behandelter Mann, dessen Vater bis zur Zeit der Conception der Mutter Lues hatte, erkrankte im 6. Jahre und zeigt jetzt klinisch eine spastische Spinalparalyse.

Bruns warnt vor einer leichtfertigen Diagnose auf multiple Sclerose bei Kindern und erzählt in humorvoller Weise, wie er sich bemüht hat, einen derartigen von ihm selbst beschriebenen Fall wieder aus der Litteratur herauszubringen.

Strümpell ist mit Mendel und Bruus in Bezug auf ihre Bemerkungen einverstanden.

Eine weitere Ausführung der hier berührten Punkte: hereditäre Systemerkrankung, Scheidung und Zusammenordnung klinischer Typen, Systematik und Nicht-Systematik der hereditären R. M.-Erkrankungen, morphologisch nachweisbare Abnormität der Systeme etc. bot der Vortrag von **Sommer-Würzburg**: Anatomischer Befund bei einer mit allgemeinem Spasmus, clonischen Zuckungen und Incoordination einhergehenden Nervenkrankheit sui generis.

Der Fortschritt in der Lehre von den Krankheiten geht stets vom Symptomatischen zum Anatomischen. Zuerst werden mehrere Krankheitsfälle auf Grund der symptomatischen Aehnlichkeit zu einer Krankheitseinheit zusammengefasst, sodann sucht man nach der Veränderung eines bestimmten Organs, welche die organische Ursache der Krankheitssymptome ist. Es ist deshalb immer als nützliche Vorarbeit zu begrüssen, wenn ähnliche Krankheitszustände zunächst zusammengefasst werden, weil nur so symptomatische Einheiten gewonnen werden können.

Dieser Trieb zur Zusammenfassung des Aehnlichen kann nun aber sehr schädliche Folgen haben, wenn dadurch symptomatisch ähnliche Zustände in Verbindung gebracht werden, welche genetisch ganz verschieden sind. Es taucht nun öfter ein Begriff in der Neurologie auf, welcher geeignet ist, dieses Princip der Zusammenfassung vollständig zu absurden Uebertreibungen zu führen, nämlich der Begriff der Stufenfolge, der graduellen Abstufung von Krankheitssymptomen. Mit diesem Begriff kann die Grenze einer einzelnen kleinen Gruppe von ziemlich gleichen Krankheits-

fällen derartig erweitert werden, dass schliesslich aus dem scharf definierten Krankheitsbegriff ein sehr dehnbarer Name wird, mit welchen die verschiedensten Zustände belegt werden.

Ein klassisches Beispiel für diese alle Grenzen verwischende Uebertreibung des Princips der „ähnlichen Fälle“ ist die Geschichte der Lehre von der „Myoclonie“. Durch ungerechtfertigte Erweiterung der empirischen Kategorie, welche durch Friedreich's Hervorhebung des *Paramyoclonus multiplex* geschaffen war, ist dieses ganze Gebiet der myoclonischen Zustände in eine kaum lösbare Verwirrung gerathen.

Das einzige Mittel, um in dem Chaos der Myoclonie einige feste Stellen zu finden, auf welche wirkliche Krankheitseinheiten Fuss fassen könnten, ist eine sorgfältige Analyse einzelner Fälle und sehr vorsichtige Zusammenfassung derselben mit den in einer Mehrzahl von wesentlichen Symptomen damit übereinstimmenden.

Ich will im Folgenden einen Krankheitsfall beschreiben, welcher eine Reihe von Beziehungen zur Myoclonie, Hysterie und hereditären Ataxie hat, während er pathogenetisch nach Ausweis des anatomischen Befundes eine völlige Sonderstellung einnimmt. Principiell kommt es mir darauf an, darauf hinzuweisen, dass symptomatisch bei den einzelnen Zügen des zu beschreibenden Falles grosse Verwandtschaften mit anderen Krankheiten vorhanden sind, während der eigentliche Krankheitsprocess mit denselben durchaus keine Verwandtschaft hat. Und zwar möchte ich diese Thatsache besonders im Hinblick auf das bisher in der Lehre von der Myoclonie betonte Princip der Zusammenfassung entfernt verwandter Zustände zur Geltung bringen.

S. schildert zunächst ausführlich das Krankheitsbild bei einer Patientin, die im 16. Jahre erkrankt war und im 24. in neurologische Beobachtung kam. Der Vater war im mittleren Lebensalter unter ähnlichen Erscheinungen, wie die Patientin sie darbot, erkrankt und nach ca. 20 Jahren daran gestorben. Die Kranke zeigte allgemeinen Spasmus an der Extremitäten-Muskulatur, am Rumpf und Hals — ohne Paralysen. Strecker und Benger waren gleichmässig betheilt. Kniephänomene sehr gesteigert. Blasen- und Mastdarm-Functionen normal, nur urinirte sie selten (ein Mal am Tage) und musste dabei pressen. — Dabei zeigten die Glieder und der Kopf heftiges Schlottern. Fibrilläre Zuckungen und isolirte Muskelzuckungen, sowie symmetrische Erscheinungen fehlten. Electricische Reactionen normal. Schreiben wegen der Zuckungen unmöglich. — Es waren nun ferner Facialis und Hypoglossusgebiet, sowie Gebiet der Augenbewegungen betheilt. Beim Sprechen schoben sich erstens in die gewollten Articulationsbewegungen unwillkürliche ein, so dass falsche Laute producirt wurden, welche eine Art von Paraphasie bedingten.

(Z. B. sagte sie für „Spital“ öfter Spitam, indem die Lippen nach dem „a“ einfach zuschnappten). Andererseits zeigte sich im oberen Facialisgebiet ein sonderbares Grimassiren, welches völlige Incoordination der Bewegungsimpulse anwies und in ganz gesetzmässiger Weise mit photographischer Aehnlichkeit immer wieder auftrat. S. nennt dieses Symptom Stereotypie incoordinirter Mitbewegungen. Die Zunge machte beim Sprechen oft unwillkürliche Bewegungen. Der Blick hatte et was

starres, die Augen wurden ruckweise bewegt und zeigten Zuckungen nach verschiedenen Richtungen. Die Pupillenverhältnisse waren normal.

Sensibilitätsstörungen fehlten völlig.

Die Kranke war aus der inneren Klinik in Würzburg mit der Diagnose Hysterie in die psychiatrische geschickt worden. Diese Auffassung gründete sich wohl hauptsächlich auf die Thatsache, dass die Muskelzustände der Kranken eine grosse Beeinflussbarkeit zeigten.

Während sie zuerst immer im Bett lag oder auf dem Stuhl sass und nur wenige Schritte in ganz spastischer Art zu gehen vermochte, so lernte sie durch andauernde Uebung allmählich, die Treppe hinabzusteigen. Ferner konnte man sie durch consequente Uebung der Articulation zu besserer Aussprache bringen, wenn auch der Erfolg sich meist bei der nächsten Uebungsstunde schon wieder verloren zeigte. Jedenfalls waren die Muskelzustände in einer Weise beeinflussbar, dass die functionelle Natur der Erkrankung festzustehen schien. Bemerkenswerth ist noch, dass die Kranke eine ausgedehnte enorme Ichthyosis zeigte und dass sie einmal nach einer Zahnextraction eine lange und trotz Tamponade wiederholte Nachblutung gehabt hatte, auf Grund deren in der inneren Klinik in W. Hämophilie constatirt war.

Das beschriebene Krankheitsbild zeigt folgende 5 bzw. 6 Hauptzüge:

1. Allgemeine Myotonie ohne Paralysen,
2. Zuckungen (Myoclonie),
3. Stereotypie incoordinater Mitbewegungen (im Facialisgebiet),
4. eine grosse Beeinflussbarkeit, wodurch das Bild eines rein hysterischen Zustandes vorgetäuscht wurde,
5. trophische und vasomotorische Störungen. Dazu kommt 6. das Moment der Heredität.

Von diesen Grundzügen, aus welchen sich die einzelnen klinischen Symptome, z. B. die peripherisch bedingte Paraphasie, ferner das „Grinmassiren“ etc. ableiten lassen, bedarf das dritte Symptom einer Erläuterung. Es handelt sich nicht um Mitbewegungen allein, auch nicht um Incoordination der Bewegungen oder Mitbewegungen, auch nicht um blosses Stereotypie von Bewegungen, wie wir sie z. B. bei Zwangshandlungen etc. finden, sondern um eine stets gleichbleibende (stereotype) Ablenkung der Bewegungsimpulse auf benachbarte Nervengebiete, welche dabei in vollkommen incoordinirter Weise functioniren. Das Wesentliche ist dabei das Gleichartige, Gesetzmässige dieser Ablenkung. Vielleicht ist gerade dieser Zug wichtig für die Abgrenzung des Krankheitsbildes von den symptomatisch ähnlichen Bildern der Hysterie, multiplen Sclerose etc.

S. grenzt nun das Krankheitsbild gegen die verschiedenen Formen von Myoclonie und Myotonie ab. Er verneint nicht nur jeden Zusammenhang mit dem Paramyodonus multiplex, sondern auch mit den Unverricht'schen Fällen, den tics convulsifs, der Maladie des tics. Ebenso weist er die Thomsen'sche Krankheit als Analogon zurück. Etwas näher steht der myotonische Theil des Krankheitsbildes der Paramyotonia congenita (Eulenburg), am nächsten der atactischen Paramyotonia (Gowers). S. selbst legt noch die Photographien eines 2. Falles vor, der nachträglich vielleicht als verwandt mit dem vorliegenden aufgefasst werden kann. Das Bild zeigt

eine Patientin liegend, während die Beine heraufgezogen und gebeugt sind, wobei sich eine starke Adductorencontractur bemerkbar macht. Arme auch gebeugt. Alle Muskeln treten wie an einem anatomischen Präparat hervor. Electricisch normal. Die Kranke war im 45. Lebensjahre erkrankt mit Vergesslichkeit, übertriebenem Eigensinn, Schamlosigkeit, Unreinlichkeit. Gehörte anamnestisch in das Gebiet der paralytischen Intelligenzstörungen. Im 62. Jahre, also 13 Jahre nach der Erkrankung, in der sie allmählich ganz verblödet war, in psychiatrische Beobachtung, wobei sie die genannten motorischen Zeichen bot. Sensibilität wegen Blödsinn nicht zu prüfen. — Bemerkenswerth war noch grosse Knochenbrüchigkeit. Nach einer Luxation Chloroformnarcose, wobei die Muskelspannung selbst in tiefster Narcose unverändert blieb. S. vermuthet, dass dieser mit Geistesstörung auftretende Fall der von ihm beschriebenen Krankheit sehr nahe steht. Der anatomische Befund im ersten Fall, den S. in Schnittserien mit Weigert'scher Färbung demonstrirt, ist bei dem beschriebenen Symptomencomplex im wesentlichen folgender: I. Eine Randdegeneration der Seiten- und Vorderstränge bei völliger Intactheit der Randzone der Hinterstränge, in wechselnder Ausdehnung nach innen reichend von der Mitte des Lendenmarks bis in das Halsmark. Diese nach innen reichende Zone kehrt sich nicht an einen bestimmten systematischen Begriff (Kleinhirnseitenstr.). Am besten erhalten ist der Py.-Seitenstrang. II. Eine leichte Degeneration der Goll'schen Stränge. III. Eine morphologische Abnormität, nämlich eine geringere Ausbildung des l. Vorderstranges. Es liegt also eine Verbindung von systematischer mit un-systematischer Degeneration vor bei Bestehen einer morphologischen Abnormität.

S. kommt zu folgendem Satze:

Es giebt eine Form von hereditärer Rückenmarkserkrankung, welche klinisch folgende Merkmale hat: Allgemeiner Myotonie mit starker Reflexsteigerung, verbunden mit arhythmischen, ungleichseitigen, veränderlichen Zuckungen, krampfhaften uncoordinirten Mitbewegungen und Stereotypie dieser, keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen, Harnverhaltung. Diese Erkrankung ist in ihren einzelnen Aeusserungen so beeinflussbar, dass sie dadurch klinisch einen von sonstigen organisch bedingten Störungen entschieden abweichenden Eindruck macht. Vielleicht hängt dieser Zug des Krankheitsbildes mit der relativen Normalität der Py. S.-Bahn zusammen. S. fasst die Erkrankung als coordinirtes Glied neben der Friedreich'schen hereditären Ataxie in der Gruppe der hereditären R. M. Degenerationen auf.

Von grosser Wichtigkeit in Bezug auf die Lehre von der Entstehung abnormer Muskelzustände durch organische Hirnzerstörung war der Vortrag von Prof. Anton-Innsbruck: Ueber die Betheiligung der basalen Gehirnganglien bei Bewegungsstörungen, insbesondere bei der Chorea.

I. 9jähriger Knabe, nach Scharlach mit choreatischen Bewegungen erkrankt. Steigerung bei willkürlichen Bewegungen. Im Schlaf völlige Ruhe. Sitzen, Stehen, Sprechen durch unwillkürliche Bewegungen unmöglich gemacht. Exitus durch erneute Scarlatina. Bei Section ergiebt sich im äusseren Gliede beider Linsenkerne eine weisse Narbe, welche zahlreiche Nervenfasern in vielem Bindegewebe zeigt. Capsula interna, oblongata und

Rückenmark intact. A. erklärt die Narben für Reste einer alten Erweichung und fasst sie als Ursache der doppelseitigen Chorea auf.

II. 65jähriger Mann. Homonyme Hemianopsie für links, Sensibilitätsstörungen, Verwirrtheit. Keine Paralysen. Dabei jedoch auffallend wenig spontane Bewegungen der linken Körperhälfte. Section: Thrombose der Arter. cerebri post. dextra; ebenso die hinteren zwei Drittel des (Rinde und Mark des Cerebrum erweicht) Thal. optic. u. Corpor. gen. int. et ext. Motorische Bahnen intact.

Beide Fälle bieten eine scharfe Antithese: der erste zeigt ein plus, der zweite ein minus von Bewegungen. Durch die Linsenkernaffection scheint eine Hemmung und Coordination, durch die Thalamus-Affection eine Quelle von Bewegung verloren gegangen zu sein. Durch das Zusammenwirken dieser beiden Componenten kommt die normale Bewegung zu Stande. A. erklärt die basalen Ganglien für einen zusammengehörenden bzw. synergischen Reflexapparat. Daraus folgt nicht im Hinblick auf den ersten Fall, dass Chorea immer localisierbar sei. Es muss eine anatomische und physiologische Localisation unterschieden werden; die physiologische bezieht sich auf das System, die anatomische nur auf einzelne Niveaux eines Systems. Chorea kann auch von anderen Stellen aus durch Reizwirkung auf die motorische Bahn zu Stande kommen. — Darauf entspinnt sich eine Discussion über die Natur der Narben im Linsenkern zwischen Edinger und Anton.

Hiermit zusammenhängend ist der Vortrag von v. Monakow: Zur Lehre von den secundären Degenerationen.

M. bespricht zunächst allgemein die verschiedenen Formen der secundären Degeneration nach Exstirpation der Hemisphäre eines Hundes.

Darauf demonstrirt M.

1. Degeneration des äusseren Sehhügelkernes nach Porencephalie des Occipito-Temporaltheiles,
2. Atrophie der Haubeustrahlung von einem Hund mit einer Hemisphäre,
3. Degeneration des ganzen Sehhügels bei porencephalischem Defect des Parieto-Occipitallappens.

Zum Schluss weist M. auf die Verbindung von Methoden für die Untersuchung des Gehirns hin. —

Für das rein klinische Gebiet kamen folgende Vorträge in Betracht:

Eulenburg: Ueber Erythromelalgie.

E. hält die E. nicht für eine selbstständige Krankheit, sondern für einen sensitivo-vasomotorischen Symptomencomplex, welcher bei verschiedenen Erkrankungen auftreten kann. I. Fall. 30jährige Dame, neuropathisch belastet. Die Anfälle kamen meist Nachts nach stärkeren Anstrengungen der Hände. Ausser der Erythromelalgie Erkrankung der Muskulatur an Schulter und Oberarm (nach Form der juvenilen Dystrophie). II. Fall. 45jähriges Fräulein, neuropathisch belastet, hysterisch. Plötzlicher Anfall von Erythromelalgie Nachts. An den Gliedmassen leichte Sensibilitätsstörungen (Abschwächung des Temperatur- und Schmerzgefühls). Dabei Symptome eines Cerebralleidens. III. Fall. 54jähriger Mann. Die Erythromelalgie trat zuerst im rechten Fuss auf, angeblich nach Erkältung. Schweissausbrüche und Blutungen der betr. Gliedmassen. Die Mutter hatte dasselbe Leiden.

Wahrscheinlich ist der Ausgangspunkt der vasomotorisch-secretorischen Störungen in dem intermedio-lateralen Zelltractus zu suchen.

Edinger berichtete über einen Fall von Erythromelalgie bei Tabes.

Gewisse Beziehungen zu diesen Ausführungen über Erythromelalgie bot ein von Stein vorgestellter Fall. 37jähriger Mann. Seit 5 Monaten Schmerzen am rechten Schulterblatt. Dabei Perversion der Temperaturempfindungen. Er empfand Wärmereize als kalt, Kältereize als warm. Status: Motilitätsverhältnisse des rechten Armes normal. In der rechten Schulterblattgegend und an der Rückseite von Hand und Arm Schmerzempfindung erloschen. Temperaturempfindung bei mittleren Reizgrößen normal, bei hohen pervers. Neben diesen Empfindungsstörungen zeigte der Mann ein Symptom, welches einige Verwandtschaft mit den Circulationsstörungen der Erythromelalgie hat, nämlich Neigung zu localen Blutungen. Tiefer Druck und tiefe Stiche erzeugen ausgebreitete Suffusionen. Der linke Arm und das linke Schulterblatt schwitzen niemals. Neben den Schmerzen gewöhnlicher Art hat der Mann ein schmerzhaftes Kältegefühl, wesshalb er im Sommer Handschuhe anzieht. Dieser Fall stimmt mit dem von Grasset beschriebenen Symptomencomplex, abgesehen von der fehlenden Beteiligung der bulbären Nerven.

Eulenburg hebt die Beziehung dieses Symptomencomplexes zu der Erythromelalgie hervor und fasst ihn als theoretisches Bindeglied zwischen dieser sowie der symmetrischen Asphyxie einerseits und der Syringomyelie und Morvan'schen Krankheit andererseits auf.

In diesen Gedankengang gehören die anderen beiden von Stein vorgestellten Fälle.

II. Frau von 60 Jahren. Vor 40 Jahren Contusion des Nackens und des oberen Theiles vom Rücken durch einen herabfallenden Gegenstand. Sofort darauf pelziges Gefühl auf der ganzen rechten Seite, welches mehrere Jahre lang immer wiederkehrte. Nach ca. 10 Jahren Auftreten von Wasserblasen an der Haut der Brust. Mehrere Jahre danach fingen die Arme an schwächer zu werden. Seit ca. 18 Jahren ausgesprochene Muskelatrophie (Typus Duchenne-Aran) mit Sensibilitäts- speciell Temperaturempfindungsstörungen. Zur Zeit typischer Befund wie bei Syringomyelie. Gehirnnerven frei. St. nimmt einen Causalzusammenhang zwischen dem Trauma und der Krankheit an.

Der III. Fall Stein's betrifft eine glöse Bulbäraffection. Mann von 26 Jahren; im 22. Jahr plötzlich heftige Kopf- und Nackenschmerzen, leichtes Fieber, Schlingbeschwerden. Status: Atrophische Lähmungen im Gebiet der Finger Muskulatur. Linke Zungenhälfte stark atrophisch mit fibrillären Zuckungen, linke Kehlkopfhälfte zeigt atrophische Lähmungen, rechts fast völlige Taubheit. Dabei sehr complicirte Sensibilitätsstörungen. Spastisch-pletische Zustände der unteren Extremitäten. Sphincteren normal, Potenz erhalten. Linke Pupille viel enger als rechte. St. nimmt eine links bis in das oberste Brustmark reichende glöse Erkrankung an.

Zur Lehre von der Epilepsie waren folgende Vorträge von Wichtigkeit:

1. Mendel: Ueber Epilepsia tarda. M. grenzt zunächst den Begriff „tarda“ ab. Nach M.'s Erfahrungen beginnen $\frac{2}{3}$ aller Fälle vor dem 20. Jahr, auch im Alter von 30—40 Jahren ist der Anbruch nicht so selten.

Nach dem 40. Jahr entstanden von 904 Fällen nur 53 = 5,8⁰/₀. Desshalb schlägt M. das 40. Jahr als Grenze vor, hinter welcher das Epitheton *tarda* gerechtfertigt erscheint. Dieselbe ist bei Männern (6,8⁰/₀) häufiger als bei Frauen (4,3⁰/₀ seiner Statistik). Heredität spielt eine grosse Rolle. In 25⁰/₀ mit Sicherheit nachweisbar. Aetiologie wie bei der früher ausbrechenden Epilepsie. Syphilis spielt, wenn man die symptomatischen Epilepsien bei *Päralys. progress. etc.* abrechnet, keine Rolle. Diagnostisch wichtig ist der Umstand, dass oft schon lange vorher Neuralgien, Asthma psychicum etc. vorhergehen. Manchmal zeigt sich die *Epil. tarda* als Recidiv einer im Kindesalter vorhanden gewesen und dann verschwundenen Epilepsie. Manchmal waren lange Zwischenräume zwischen den Anfällen. Gefahr der Verblödung viel geringer als bei der früh ausbrechenden Epilepsie. — Die Debatte, an der sich Eulenburg, Rehm, Moeli, Mendel und Sommer theilnahmen, drehte sich wesentlich um folgende Punkte:

1. Die Aetiologie, bei welcher u. a. *Interruptio Coitus* und Schreck genannt werden;
2. die statistischen Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit bei Männern und Frauen;
3. das Ausbleiben der Verblödung bei der *Epilepsia tarda*.

2. **Stein:** Zur Behandlung der Epilepsie. St. hat die Flechsig'sche Opium-Brom Methode bei 6 Fällen angewendet. Verwerthbar sind 3 Fälle. 2 davon sind seit dem Einsetzen des Broms (also ca. 4 Monate) von Anfällen frei geblieben. Im 3. Fall nach dem Einsetzen des Broms 4 Wochen Pause, dann schwere Anfälle wie früher.

Die Debatte, an welcher sich Anton, Smith, Rosenbach, Mendel, Poehl, und Sommer theilnahmen, bezog sich auf folgende Punkte:

1. Ob man von einem Heilerfolg reden kann, wenn bei einem Epileptischen aus inneren oder äusseren Ursachen die Anfälle eine Zeit wegbleiben;
2. die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie einerseits, Hysterie und Selbsthypnose (bei Kindern!) andererseits;
3. Theorie der Bromwirkung („*Leucomaïne*“), speciell der scheinbar günstigen Beeinflussung nach Opiumbehandlung, welche eigentlich als „*Bromfreiheit*“ aufzufassen ist.

3. Dr. **Heinrich Rosin:** Epilepsie im Gefolge von Herzkrankheiten. (Section für innere Medicin.)

Der Vortragende beschreibt auf Grund einer eigenen vom Beginn des Leidens bis zum Tode geführten Beobachtung und mehr als 12 aus der Litteratur gesammelter Fälle einen eigenthümlichen, in Deutschland noch unbekanntem Symptomencomplex, der offenbar auch selten, aber ätiologisch und klinisch von Interesse ist, nämlich die Combination von Epilepsie und Herzerkrankung.

Der Umstand, dass alle anderen für die Entstehung von Epilepsie bekannten Ursachen, die Votr. kurz zusammenstellt und in Intoxications-epilepsien, Infectionsepilepsien, traumatische E., E. durch Circulationsstörungen im Hirn, z. B. bei Tumoren, Embolien, Apoplexien, *Dementia paralyt.*, multipler Sclerose, bei acuten Hirnanämien, Reflexepilepsien und endlich gemeine Epilepsien gruppirt, hier nicht in Betracht kommen konnten, sowie

die erwähnten in der Litteratur gefundenen gleichartigen Fälle führten ihn zu der Annahme eines directen Zusammenhanges zwischen Herzleiden und Epilepsie. In Frankreich hat bereits Lemoine 1887 die epilepsie d'origine cardiaque beschrieben. R. ist geneigt, diese Herzepilepsie in die Gruppe der Epilepsieen durch Circulationsstörungen einzureihen. Die bei Morbus Basedowii jüngst von Ballet beobachtete Epilepsie gehört nach der Annahme des Vortragenden ebenfalls hierher. Auch macht er auf die Verwandtschaft mit der Chorea bei Herzleiden aufmerksam. Seinen Vortrag fasst R. in folgende Sätze zusammen:

1. Eine Ursache für die Entstehung epileptischer (epileptiformer, Binswanger) Anfälle können Erkrankungen des Herzens und der grossen Gefässe bilden.
2. Man muss die Epilepsie auf das Herzleiden zurückführen, wenn alle übrigen Ursachen der Epilepsie ausgeschlossen werden können.
3. Diese Herzepilepsie kann zu allen Formen der Herzerkrankungen hinzutreten, jedoch scheint die Arteriosclerose und Myodegeneratio cordis eine besonders häufige Ursache zu bilden.
4. Sie beruht auf einer Ernährungsstörung des Hirns, speciell der für sie in Betracht kommenden motorischen Centren. Sie gehört demgemäss in die Gruppe der Epilepsieen in Folge von Circulationsstörungen. Ob in denjenigen Fällen, in denen neben Herzleiden auch noch eine Gefässaffection besteht, die Erkrankung von Hirngefässen eine Rolle spielt, bleibt dahingestellt.
5. Eine noch unaufgeklärte individuelle Disposition scheint noch bei der Entstehung dieser Complication eine Rolle zu spielen, da dieselbe bei Herzleiden relativ selten ist.
6. Auf die Entstehung der epileptischen Anfälle wirkt der Schlaf in eigenartiger Weise begünstigend.
7. Therapeutisch ist Digitalis einerseits, Brom andererseits in Anwendung zu bringen.

(Autoreferat.)

In Bezug auf die Krampfkrankheiten war noch von Interesse der in der Abtheilung für Kinderheilkunde gehaltene Vortrag von **Gutzmann**. Berlin: „Die öffentliche Fürsorge für stotternde und stammelnde Schulkinder“.

Bevor Referent auf sein Thema eingeht, stellt er eine Anzahl sprachgebrechlicher Kinder der Nürnberger Volksschulen vor. Sieben davon stottern in höherem und geringerem Grade, zwei sind Stammer, einer von den Stotterern stammelt zugleich. Ref. zeigt, dass das Stottern in unwillkürlichen Muskelbewegungen besteht, welche im Sprachorganismus beim Sprechen eintreten, also Krämpfe der Athmungsmuskulatur, der Stimm-muskulatur und der Articulationsmuskulatur. Er zeigt ferner, wie das Stottern durch Uebung der normalen Muskelfunctionen unter Selbstcontrole des Stotterers in einfacher, rationeller Weise beseitigt werden kann. Die psychischen Erscheinungen (Angst u. s. w.) sind bei kleineren Kindern wenig ausgebildet. Sie sind aber stets secundärer Natur und verschwinden von selbst, sowie der Patient die Ueberzeugung gewonnen hat, dass er auf Grund der Uebungen stets sprechen kann, wenn er auf sich

selbst achtet. Ref. zeigt dann, wie das Stammeln nur in fehlerhafter oder mangelhafter Aussprache besteht und demnach durch sprach-physiologische Uebung der fehlenden oder fehlerhaften Laute beseitigt wird. Votr. macht auch auf die vielfachen körperlichen Abnormitäten (alenoiden Vegetationen) unter den vorgestellten Kindern aufmerksam.

Ref. geht dann auf sein Thema ein. Seit dem Jahre 1885 hat Ref. in Gemeinschaft mit seinem Vater, dem Taubstummenlehrer Albert Gutzmann, auf Veranlassung des preussischen Cultusministeriums Lehrer ausgebildet, welche unter den stotternden und stammelnden Volksschülern ihrer Heimath Curse einrichteten, um die Sprachfehler zu beseitigen. Seit 1885 sind 230 Cursisten in Berlin in der Gutzmann'schen Methode ausgebildet worden. Die Resultate, welche von den Lehrern erreicht und vor den vorgesetzten Behörden in öffentlicher Prüfung der Kinder vorgeführt wurden, sind ausgezeichnete. Selbst wenn man die niedrigste Zahl annimmt, so sind mindestens 80% dauernd geheilt. Ref. geht dann auf die Ursachen der manchmal auftretenden Rückfälle ein. Er schildert, wie diese Rückfälle in der Natur des Uebels liegen, wie sie aber durch geeignete Controle der Kinder mit Sicherheit vermieden werden können. Auch bei idiotischen und schwachsinnigen Kindern hat die Methode gute Erfolge zu verzeichnen. Piper-Dalldorf hat danach gearbeitet und Gutes erreicht. Auffallend scheint, dass Piper gar keine Rückfälle hat, erklärt sich aber sofort, wenn man berücksichtigt, dass die Kinder hier in geschlossener Anstalt unter fortwährender Controle stehen.

Ref. geht dann darauf ein, Vorschläge zu machen, wie man die Entstehung der zahlreichen Sprachstörungen unter der Jugend verhindert. (Es giebt in Deutschland ca. 8,000 stotternde Schulkinder.) Dazu schlägt er vor, die Lehrer auf dem Seminar in der Kenntniss der gewöhnlichen Sprachstörungen zu unterweisen, da hierdurch beim ersten Leseunterricht vieles Uebel in der Entstehung unterdrückt werden könnte. Ferner sei die Kenntniss der Aerzte in Bezug auf diese Sprachstörungen sehr mangelhaft. Selbst in der neuesten Auflage der Eulenburg'schen Real-Encyclopädie wird Stottern mit Stammeln einfach identificirt. Auf den Universitätspolikliniken können leicht auch die Sprachstörungen in das Lehrgebiet eingezogen werden.*) Der Hausarzt, der einige Kenntniss dieser Sprachstörungen besitzt, kann durch einen rechtzeitigen Rath viel nützen. Endlich seien die Eltern selbst oft Schuld an der Entstehung von Sprachfehlern ihrer Kinder. Daher seien auch die Eltern genügend auf die Sprachentwicklung ihrer Lieblinge aufmerksam zu machen. —

Aus den in der chirurgischen Section gehaltenen Vorträgen bietet neurologisches Interess:

Heinlein (Nürnberg): Dehnung und Resection im Bereiche des Plexus brachialis.

Totale Continuitätsresectionen an diesem Geflecht kommen in der Litteratur nicht vor, es handelt sich in den veröffentlichten Fällen nur um

*) In der Discussion hob Prof. v. Ranke-München hervor, dass er seine Studenten auch stets mit den gewöhnlichsten Sprachstörungen der Kinder bekannt mache. Er könne nur wünschen, dass der Vorschlag des Referenten überall Anklang finde.

Entfernung des Perineurium und der oberflächlichen Nervenfasern, zu welchen Tumoren der Oberschlüsselbeingrube, mit jungen Gebilden verschmolzen, Anlass gegeben hatten. Die besonderen anatomischen und klinischen Eigentümlichkeiten, welche in einem Falle den oben erwähnten Eingriff zugelassen hatten, bestanden in äusserst quälenden Schmerzen und anhaltendem clonischen Krampfstand der linken Schulter eines 23jährigen Potators, dessen linke Oberextremität wegen der Folgen eines schweren Trauma $\frac{3}{4}$ Jahre vor dem Eingriff exarticulirt worden war. Die vorhandenen klinischen Erscheinungen berechtigten zu der Annahme eines Reizzustandes bezw. einer Neuritis in dem Plexus cervicalis und brachialis. Da letzterer in der Oberschlüsselbeingrube sich auf Druck stark schmerzhaft erwies, wurde nach völlig erfolglos lange fortgesetzter interner äusserer und electricischer Behandlung der obere Theil des Plexus brachialis freigelegt, derselbe, um auf dessen unteren Antheil und den Plexus cervicalis einzuwirken, central und peripher gedehnt und dann resecirt. Dabei Schnittführung wie zu der Unterbindung der A. subclavia oberhalb des Schlüsselbeines, vor der Isolirung des Plexus Unterbindung der den Plexus von hinten nach vorn durchbohrenden A. transversa colli. Vollständiger Erfolg, seit 3 Jahren bis heute anhaltend. Krämpfe seit dem Eingriff völlig verschwunden, Schmerzen nur noch bei Witterungswechsel in gleich geringem Grade, wie sie durchschnittlich an jedem Amputationsstumpf empfunden werden.

(Autoreferat.)

Sommer.

Anhang.

Entgegnung auf Kurella's Kritik.

Von Dr. P. Näcke-Hubertusburg.

Im Octoberhefte dieser Zeitschrift hat Kurella meine criminal-anthropologischen Arbeiten einer eingehenden Kritik für werth genug gehalten.

K. bemängelt zunächst meine Litteraturkenntniss. Im Anhange meines eben erschienenen Buches*) wird er nun sehen, dass ich unterdessen sehr viel Neues, auf die Disciplin Bezügliches, gelesen und was wichtiger ist, verarbeitet habe, auch verschiedene Sachen Lombroso's, theilweise im Originale. — Hier gilt es nun, ein wichtiges litterarisches Gesetz festzustellen. Jeder Forscher sucht selbstverständlich, so viel er kann, auf die Quellen zurückzugehen; dies kann aber theils durch Unkenntniss der Sprache, theils vor Allem, weil jene schwer oder nicht zu erlangen sind, vereitelt werden und so muss er sich mit Uebersetzungen, eventuell mit Referaten begnügen. Man wird ihm darob um so weniger einen Vorwurf machen können, als die Hauptwerke die Specialarbeiten ja berücksichtigen und in ihrer Gesamtheit wohl den richtigen Inhalt der letzteren wiedergeben. Dies ist nun speciell mit Lombroso der Fall. Sein Hauptwerk „Der Verbrecher“, von Fränkel, der als gewandter und gewissenhafter Uebersetzer bekannt ist, liegt deutsch

*) Näcke: Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe, mit Ausblicken auf die Criminalanthropologie überhaupt. Wien u. Leipzig, W. Braumüller. 1894.

vor uns; durch K. erfahren wir jetzt, dass seine deutsche Bearbeitung „an Fehlern überreich“ sein soll, was jedenfalls für Fränkel wenig schmeichelhaft ist. L. hat nun in diesem Buche dafür gesorgt, dass alles bis dahin Erschienene, besonders soweit es für ihn zu sprechen schien, angeführt wurde und die neuesten Erscheinungen hat er dann in seinem Buche: „L'anthropologie criminelle et ses récents progrès, Paris 1891“ und in seiner „Donna delinquente etc, Torino e Roma 1893“ nachgetragen. Seine Meinung ist in allen diesen Werken klar niedergelegt und variiert im Grossen und Ganzen, wie ich glaube, nicht allzusehr, besonders bezüglich des „geborenen Verbrechers“ und des „Verbrechertypus“. Die meisten Kritiker und Referenten haben nun im Allgemeinen Lombroso so verstanden wie ich und ich verliere desshalb keine Worte.

Ferner tadelt K., dass ich das Verbrechen als einen sociologischen, daher nicht anatomisch fixirbaren Begriff hinstellte. Ich gebe nun gern zu, dass das Wort „Begriff“ nicht recht glücklich gewählt war. Manouvrier, dem ich in der ganzen Sache vornehmlich folgte, spricht nämlich von einer „matière sociologique“, was besser mit Sache, Thatsache zu übersetzen gewesen wäre, etwa noch mit dem Zusatze, „welche sich historisch entwickelt hat und auch jetzt noch nicht überall feststeht.“ Jeder Leser wird mich aber wohl verstanden haben, seinem Nachdenken überlasse ich die Beurtheilung, ob meine Auffassung richtig ist oder nicht.

Der Haupteinwand K.'s besteht aber darin, dass ich an geisteskrank gewordenen Verbrecherinnen gearbeitet hätte. Ich will hier nicht näher darauf eingehen, da ich in meiner Entgegnung auf L.'s Angriffe die Sache ziemlich eingehend behandelte. Die Hauptpointe ist, dass selbst nach Abzug der offenbar Geisteskranken in einem Gefängnisse, die es schon vor der That waren oder im Strafhouse es wurden und desshalb eventuell einem Lazarethe oder einer Irrenanstalt etc. überwiesen wurden, doch noch genug Defectzustände, Epileptische, „Paranoide (Leppman) etc.“ übrig bleiben, die nicht erkannt wurden oder einer verschiedenen Beurtheilung auch seitens Sachverständiger unterliegen können. Ist K. sicher, dass nicht zahllose von den anthropologisch untersuchten und verwertheten Gefangenen dahin gehören, also mit Unrecht untersucht wurden? Man dürfte schliesslich aus Angst vor Fehlerquellen gar keine Gefangenen und Vagabunden mehr vornehmen! Schon in meiner Arbeit hatte ich den Einwurf K.'s vorgesehen und geschrieben: „Immerhin wird der Unterschied kein grosser sein“. Ich glaube also auch jetzt noch nicht, dass derselbe ein so fundamentaler ist, um die Resultate wesentlich zu trüben.

Und nun zu den „Normalen“! Hier muss ich — die meisten Leser werden mir darin wohl Recht geben — entschieden K. widersprechen, dass die sogen. „normalen Weiber“, als welche ich Wärterinnen und Pflegerinnen hinstellte, eigentlich abnorm wären. Freilich habe ich ja auch gezeigt, wie voll von Degenerationszeichen sie sind, behaupte aber trotzdem, dass sie immer noch eine Auslese darstellen. Unter den Wärtern sind viele Soldaten, Handwerker, Knechte gewesen; unsere Wärterinnen stammen meist vom Lande und waren Vieh- oder Dienstmägde und bekanntlich wählt man die kräftigsten unter den sich Anbietenden aus. Gerade weil unter den 50 Pflegerinnen relativ mehr Schwächliche waren (es gab dort manche

Schneiderinnen, Näherinnen und viele aus der Stadt), wählte ich zur Correctur 50 gewöhnliche Wärterinnen aus und glaube wohl mit vollem Rechte, dass der Gesamtdurchschnitt immer noch besser ist, als der der gesammten weiblichen Bevölkerung, besonders noch, wenn man die Gebildeten mit einrechnet. Mein Material ist also eher ein „übernormales“. Uneheliche Schwängerungen sehe ich noch nicht ohne weiteres als Degenerationszeichen an und wenn die Wärterinnen mehr Fallkinder, als sonst üblich ist, besaßen, so hängt dies einfach damit zusammen, dass mit Vorliebe sich solche mit Anhang meldeten wegen des höheren Verdienstes. Und dass ca. 10% beschränkt waren, will auch wenig besagen, da 1. der Begriff „beschränkt“ immerhin subjectiv ist und 2. vielleicht ebenso viele Beschränkte, wenn nicht noch mehr, in den entsprechenden Volksklassen sich vorfinden.

Damit wären die Haupteinwände K.'s hoffentlich abgethan. Ist aber mein krankes und gesundes Material, wenn nicht ganz, so doch sicher nicht sehr zu beanstanden, so habe ich wohl 3 Thatsachen erhärtet: 1. dass die Zahl der Degenerationszeichen von den „Normalen“ zu den Geisteskranken und Criminellen ansteigt, womit 2. ein „Verbrechertypus“ illusorisch wird, zumal da die dafür angegebenen Combinationen von Stigmen schon bei Normalen sich vorfanden und endlich dass 3. die Frau, auch schon die „normale“, eine grosse Zahl von Entartungszeichen besitzt, die gewiss nicht so stark hinter den bei den Männern gefundenen zurücksteht, wie Lombroso und Andere es sagen, womit selbstverständlich der Werth der Stigmata wesentlich eingeschränkt wird. Ob mit dieser Nachweise der Criminalanthropologie ein Dienst erwiesen wird, das überlasse ich ruhig der Beurtheilung der Fachleute.

Dass ich von dem riesigen Einflusse des milieus¹⁾ auch jetzt in meinem Buche, nachdem ich unterdessen weitere vergleichende Studien über Degenerationszeichen gemacht habe, nicht abgesehen und diesen Factor über den individuellen zu stellen geneigt bin, erkläre ich offen; für weitere Details verweise ich den Leser auf mein Buch. Jedenfalls hat mich, wie gewiss auch die meisten Anderen, die Lectüre von Kurella's Werk nicht vom Gegentheil überzeugen können, was auch von seiner Vertheidigung der Lombroso'schen Lehre in ihren Hauptsätzen gilt. Auch erinnere ich daran, dass Kirn in seiner milden Kritik von Kurella's Buch, im 50. Bd. von Laehr's allgem. Zeitschr. f. Psych. etc. wörtlich sagt: „... Es kann doch dem nüchternen Sachverständigen nicht entgehen, dass in den wichtigsten Schlussfolgerungen der Euthesiasmus für die Sache zu sehr die Kritik überflügelt.“ Es klingt also eigenthümlich, wenn mir K. „kühne Behauptungen“ und unvorsichtige Kritik vorwirft.

Weiter muss ich gegen K. erwähnen, dass bekanntermassen im Zucht hause, wo die Gewohnheitsverbrecher und Verbrechernaturen doch vorwiegen, welche wohl hauptsächlich bei der Lehre des „Delinquente nato“ in Frage kommen, die gebildeten Stände viel seltener als die unteren vertreten sind. Und ganz unglücklich gewählt erscheinen K.'s Beispiele. Sicher ist

¹⁾ Ich habe nicht „ignorirt“, dass L. das sociale Uebel auch als Ursache der Degeneration anerkennt, indem ich deutlich sagte; „Uebrigens hat L. nie vergessen, auch auf die Wichtigkeit des milieu social aufmerksam zu machen, wenngleich bei ihm das Individuelle, Anthropologische vorwiegt“.

die Criminalität der einzelnen Berufsarten eine sehr verschiedene und die Bankiers sind z. B. stark gefährdet. Spricht man aber im Allgemeinen von „Verbrechen“, so muss man die Gebildeten der verschiedensten Berufsarten zusammen den Ungebildeten gegenüberstellen. Dass die Bildung einen gewissen Schutz gegen das Verbrechen bietet, dafür spricht wohl schon die obige Thatsache aus dem Zuchthause.

Um zu beweisen, ich hätte theilweise falsche Schlüsse gezogen, führt K. ein schlecht gewähltes Beispiel an. Aus meiner Tabelle des „Horizontalumfanges“ habe ich bezüglich des grössten H. (d. h. 54 cm und darüber) einen absolut richtigen Schluss gezogen; der, welchen K. zieht, bezieht sich auf die Werte unter 54 cm. worüber ich Specielles gar nicht ausgesagt habe. Auch bestritt ich durchaus nicht, sondern stellte gleichfalls als wahrscheinlich hin, dass der Normalkopf durchschnittlich etwas grösser ist, als der der Verbrecherin. —

Endlich komme ich zur craniologischen Arbeit. Ich hatte unter den untersuchten Schädeln sehr viel pathologische gefunden. Die meisten der von den Autoren untersuchten Verbrecherschädel dürften aber bezüglich der Anamnese nicht viel besser ausfallen, als unsere kleine Reihe; dass ferner die anscheinend pathologischen Cranien von der Untersuchung ausgeschlossen wurden, dürfte wohl nur selten gewesen sein.¹⁾ Der Vorwurf K.'s ist also unbegründet. Einen „Verbrechertypus“ erkennt Lombroso noch letztthin in seiner „Donna delinquente“ an. Jeder, der meine Arbeit liest, wird nun, wie es die meisten Referenten ohne Beanstandung thaten, aus ihr herauslesen: 1. dass nichts bei dieser kleinen Reihe für Aufstellung eines besonderen Typus sprach und 2. die Abweichungen ungeheuer häufig waren, häufiger, als sie L. angiebt. Dass meine Resultate mit verschiedenen italienischen Angaben übereinstimmen, freut mich, schwächt aber, wie ich meine, obige Schlüsse keineswegs ab. —

So glaube ich denn den meisten Einwendungen K.'s begegnet zu sein und hoffentlich mit Erfolg. Schlimm aber steht es um eine Disciplin, in der die Forscher und bloss von solchen spreche ich, bezüglich der Hauptpunkte so schroff sich gegenüberstehen, wie in der Criminalanthropologie. Wenn man aber sieht, dass die meisten berufenen Autoren auf Grund ehrlicher Arbeit und doch auch im Besitze einiger Kritikfähigkeit zu Ergebnissen gelangten, die denen Lombroso's entgegengesetzt sind, so ist es doch mehr als wahrscheinlich, dass sie Recht behalten werden und es gehört wahrlich keine grosse Sehergabe dazu, um vorauszusagen, dass alle Anstrengungen, selbst eines Kurella, nicht im Stande sein werden, den tipo criminale, den reo-nato etc. zu retten.

¹⁾ Lombroso führt in einer Tabelle seines „Verbrechers“ (deutsch bearbeitet von Fränkel, Hamburg 1887). p. 164, unter seinen 383 untersuchten Verbrecherschädeln auch „pathologische“ mit an und die Aufzählung der „Schädelanomalien“ lässt vermuthen, dass auch unter den übrigen Schädeln viel pathol. Material da war.

Zu vorstehender Entgegnung erhalten wir folgendes Schreiben:

Zu Herrn Dr. Näcke's Entgegnung, deren Manuscript ich Ihnen verdanke, nur einige Worte:

Näcke kann ganz gut italienisch; wenn er Lombroso so wegwerfend kritisirt, hätte er ihn vor allem im Original lesen sollen; das Original hätte er von mir ebenso gut bekommen können, wie er von mir die „Donna delinquente“ bekommen hat.

Dass Fränkel's Uebersetzung viele Versehen, Fehler und vor allem Auslassungen hat, habe ich früher nachgewiesen (Die Nation, 1888, Nr. 35. Humboldt. 1888, Heft 11). Wer so hyperkritisch in seinem Urtheile ist, wie Näcke, muss vorher an die Quellen gehen. Lombroso's „Uomo Delinquente“ ist aber nur eine halb populäre und wenig durchgearbeitete Compilation von seinen und seiner Schüler Originalarbeiten.

Wären diese Näcke bekannt, so wäre ihm nicht eine Ausserung auf Seite 203 dieses Blattes entschlüpft, in der sich eine sehr unberechtigte und fast komische Ueberhebung ausdrückt, nämlich Lombroso habe „schwerlich je eine so genaue craniometrische Untersuchung geliefert, wie ich (nämlich Näcke) an den 16 Frauenschädeln.“

N. weiss also wirklich nichts von den massenhaften, sorgfältigen Einzeluntersuchungen Lombroso's an Verbrecherschädeln, weiss nicht, dass Lombroso bis 1883 bereits 177 Verbrecherschädel genau beschrieben hat, dass seitdem sehr viel andere von ihm allein oder mit seinen Schülern zusammen untersucht, auf das subtiiste gemessen und publicirt worden sind! Er weiss also nichts von den zahlreichen von Lombroso gemessenen Irrenschädeln, weiss von Lombroso's meisterhafter langer Arbeit „Cranio“ in Vallardis „Enciclopedia medica italiana“ von 1881, der gründlichsten Arbeit, die es bis dahin über Irrenschädel gab.

Ich kann Näcke nur rathen, sich, wenn er lernen will, was Gründlichkeit ist, in Zukunft mit den Originalarbeiten zu befassen. Er wird dann sterile Craniographen, wie Topinard, nicht mit Lombroso mehr vergleichen.

Die übrigen Einwände N.'s überlasse ich getrost dem Urtheile der Leser.
Brieg 28./11. 93. Kurella.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 Februar.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Aus der psychiatrischen Klinik in Heidelberg.

Ueber das Zustandekommen von Gehörstäuschungen.

Von Dr. C. Fürer, Assistent der Klinik.

(Nach einem auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 12. November 1893 gehaltenen Vortrag.)

Zu einer Zeit, in der ich an einer noch nicht völlig verheilten traumatischen Perforation des linken Trommelfells litt, machte ich an mir einen Versuch mit Aetherinhalation. Ich hatte damals noch keine Kenntniss von dem Vorhandensein der im Folgenden näher zu besprechenden eigenthümlichen Form von Gehörstäuschungen. Im Verlauf des Aetherversuches nun trat, verbunden mit lebhaftem, von links nach rechts gehenden Drehschwindel um die Längsaxe, heftiges, namentlich links localisirtes Ohrensausen auf, das schliesslich eine grosse Intensität erreichte. Dann machte sich eine starke Hyperakusis bemerkbar (Hämmern, Gehen, Thürschliessen etc. wurden als enorm laute Geräusche empfunden). Im weiteren Verlaufe stellte sich immer lebhafter werdendes Pulsiren im linken Ohre ein. Durch diese pulsirenden Geräusche wurden zwangsmässig, in steter Wiederholung die Worte „tom tom s s, tom tom s s.“ in Form von hartnäckigen Gedankenvorstellungen hervorgerufen. Diese Wort. resp. Lautvorstellungen wurden dauernd lebhafter, bis sich schliesslich, zu einer Zeit, wo ich wirkliche von aussen kommende Geräusche recht gut zu erkennen im Stande war, auf dem linken Ohre ganz deutliche Hallucinationen einstellten. Ich glaubte ganz deutlich zu hören, wie aus der dem linken Ohre zugekehrten Oeffnung des Hörschachtes eine Person die genannten Worte mit überlauter Stimme rief. Auch diese Hallucination, wenn ich das so nenne darf, fand völlig im Rhythmus und Synchron mit den pulsirenden Geräuschen statt. In diesem Stadium wurde der Versuch unterbrochen. — Später wiederholt vorgenommene Versuche nach Verheilung der Perforation hatten völlig negatives Resultat. Es kam niemals zu den lebhaft pulsirenden Geräuschen, obwohl die Inhalationen auf mehr als 30 Minuten ausgedehnt

wurden und lebhafter Aetherrausch mit noch lange nachher bestehender Uebelkeit sich einstellten. Eine Combination mit Einathmung von Amylnitrit hatte ebenso wenig Erfolg wie Verstopfen des Gehörganges, Einnahme verschiedener Positionen etc.

Kurze Zeit nun nach dem oben berichteten ersten Versuche wurde in die Klinik ein an acutem hallucinatorischen Wahnsinn in Folge von Alcoholismus leidender Mann aufgenommen. Der Kranke reproducirte seine lebhaften Gehörhallucinationen im Anfang stets in einem eigenthümlich scandirenden Rythmus. Er gab an, dass er die „Stimmen“ auch im selben Rythmus höre. Er hörte z. B.: Sieben Eide — Vater kein Meineid — Sohn kein Meineid — Sieben Meineide — Vier Meineide — Nein zwei — Nicht ganz gewiss — Brave Leute — Ordentliche Leute — Brave Leute — Ehrliche Leute — Vater Mutter Hals zgedrückt — Bruder ein, Bruder ein — Gar kein Bruder — Vater hat Mutter Hals zgedrückt — etc.

Der Kranke gab an, dass er während dieser Hallucinationen heftiges Klopfen im Kopf verspüre. Die Worte würden „telegraphirt“. Begonnen habe das Halluciniren damit, dass er mit dem Auftreten stärkeren Ohrensausens gehört habe, wie „telegraphirt“ worden sei: Frische Eier, gute Eier — Frische Eier, gute Eier etc., oder auch: „Ende gut, alles gut“ in steter Wiederholung. Ob er damals auch solches Klopfen im Kopfe gehabt habe, wisse er nicht. — Ich denke mir, dass der Ausdruck, „die Stimmen werden telegraphirt“ in diesem Falle wohl auf eine Coincidenz gewisser klopfender Geräusche mit dem Auftreten der Hallucinationen hinweist. — Eine Ohrenuntersuchung wurde in diesem Falle leider nicht vorgenommen.

In einem 2. Falle, der ein imbecilles Mädchen betrifft, ist die Sache noch prägnanter. Sie hörte nach ihrer Angabe nur dann Stimmen, wenn sie den Kopf auf das Kissen legte und dann jedesmal mit dem aufliegenden Ohre. Wiederholt gelang es, dadurch, dass man ihr ein Ohr in das Kissen drückte oder auch nur den Kopf auf eine Seite neigte, Gehörhallucinationen hervorzurufen, die dann stets auf dem unten befindlichen Ohre auftraten. Der Verlauf eines solchen Versuches war folgender: Pat. äusserte zunächst, dass sie nichts höre; nach einiger Zeit: „es rauscht nur“; später: „es klopft“ (zugleich fing Pat. an zu lachen, behauptete aber, nichts zu hören). Dann hörte Pat., dass folgende Worte gesagt wurden: Sollst nicht wissen, sagen, warum, wesshalb, wozu — Nicht wissen, lassen, können, sollen — Sollst nicht thun — Sollst nicht sagen — Musst merken, wissen, wie, wo, was, warum — Musst's merke, wisse, dass du thust — Kannst es mir nicht

sprechen, kannst es mir nicht thun — Weisst nicht wie, wo, wer, warum etc. Diese Hallucinationen wurden in deutlich rythmischer Weise reproducirt und bestanden zumeist, wie die Beispiele zeigen, aus mehr oder weniger sinnlos zusammengestellten Worten, wie auch bei dem zuerst angeführten Kranken. — Die von Herrn Professor Moos gütigst vorgenommene Ohrenuntersuchung ergab beiderseits chronische bindegewebige Veränderungen circumscripeter Stellen beider Trommelfelle, eine Affection, die oft von Ohrensausen begleitet sei. Feinere Gehörsprüfungen konnten wegen des während der Untersuchung gerade besonders ungünstigen psychischen Zustandes der Kranken nicht ausgeführt werden.

Der 3. hierher gehörige Fall betrifft eine aus gebildeter Familie stammende Kranke, die an circulärem Irresein leidet. Sie hat sehr häufige Gesichts- und Gehörstäuschungen, über deren Character sie sich zu jener Zeit vollkommen klar war. Längere Zeit hindurch traten diese Sinnes-täuschungen ganz in den Hintergrund. Es gelang jedoch dann, durch Fixiren der Aufmerksamkeit auf Auge oder Ohr Sinnestäuschungen hervor-zurufen. Ueber das Auftreten der Gehörstäuschungen und die begleitenden Nebenumstände gab Pat. folgende Aufschlüsse: Im Anfang stellte sich beiderseits Ohrensausen ein, später drängen sich zwangsmässig Wort-vorstellungen auf. An das erste derartige Wort (Pat. war am Ende der manischen Epoche) schliesse sich dann ein anderes Wort, das meist dem ersten klangähnlich sei oder auch mit ihm zusammen einen Begriff bilde. Nach und nach stellt sich lebhafter werdendes Pulsiren im Ohr ein. Die sich nun immer schneller und schneller in gedankenflüchtiger Weise ablösenden Worte mit dem Character zwangsmässiger Gedankenvorstellungen treten deutlich im Rythmus des im Ohre vernommenen Geräusches auf und sind demselben synchron. Das pulsirende Geräusch behält nicht immer denselben Character bei, sondern wechselt z. B.: $\circ \text{---} \circ \text{---} \circ$; $\circ \text{---} \circ$; $\circ \text{---}$; $\text{---} \circ$ etc. Nach und nach mischen sich anscheinend wirklich gehörte Worte dazwischen, bis schliesslich in derselben Weise, wie die oben erwähnten zwangsmässigen Gedankenvorstellungen, lange Reihen ideenflüchtig aneinandergereihter Worte gehört werden. Die Worte folgen sich schneller und schneller, bis endlich nur noch sinnlose Lautzusammenstellungen gehört werden. Das Tempo kann auch durch Aussetzen oder Beschleunigung der Respiration willkürlich verändert werden gemäss dem Tempo des Pulses. Rythmische, lange Zeit wiederholte, von aussen kommende Geräusche wirken ebenso wie das Pulsiren. Der Rythmus der Hallucinationen ist dann stets abhängig von dem des lautesten Geräusches. So kommt z. B. beim Fahren auf der Bahn der Rythmus des Pulses nicht zur Geltung.

Die Richtigkeit der obigen Angaben wurde wiederholt durch Versuche bestätigt, die stets dieselben Resultate ergaben.

Die Ohrenuntersuchung, welche ebenfalls Herr Professor Moos die Güte hatte, auszuführen, ergab auf der einen Seite eine chron. Mittelohr-, auf der anderen eine chron. Labyrinthaffection. Die Hallucinationen waren meist auf einem Ohre stärker als auf dem anderen. Doch wechselte dies innerhalb desselben Versuches, ohne dass bestimmte Gründe hierfür angegeben werden könnten.

Es ist nun eine alte, oft gemachte Erfahrung, dass an gewisse, längere Zeit in rythmischer Weise wiederkehrende Geräusche sich zwangsmässig auftauchende Gedankenvorstellungen anschliessen. Ich erinnere nur an das rythmische Geräusch eines fahrenden Wagens oder Eisenbahnzuges, dem man in oft peinlicher Weise sich abmüht, irgend eine Melodie oder Satz etc. anzupassen. Die entotischen Geräusche scheinen nun, wie die berichteten Beobachtungen zeigen, in ganz ähnlicher Weise zu wirken. Wenn dann ausserdem noch irgendwelche, nicht näher bekannte Bedingungen gegeben sind, kommt es zu wirklichen Hallucinationen oder Illusionen, oder wie man dies sonst nennen will. Diese Sinnestäuschungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie rythmisch gehört und reproducirt werden, mehr oder weniger sinnlos zusammengestellte Wort- oder Lautreihen repräsentiren und sich stetig wiederholen. Der Rythmus ist abhängig von dem im Ohre als doppeltes oder mehrfaches Geräusch wahrgenommenen Pulsschlage.

Dass irgendwelche entotische Wahrnehmungen das Auftreten von Sinnestäuschungen einleiten, ist eine vielfach erwähnte Beobachtung. Ueber den näheren Zusammenhang derartiger Geräusche jedoch mit den Sinnestäuschungen ist es mir nicht gelungen, etwas in der mir zugänglichen ziemlich umfangreichen Literatur aufzufinden. Ich glaube aber annehmen zu dürfen, dass die von mir geschilderte Art von Gehörstäuschungen oder dem Aehnliches nicht selten ist und dass es sich vielleicht darum in einer grossen Zahl von den nicht seltenen Fällen handelt, in denen Kranke ganz sinnlose Worte und Lautzusammenstellungen in rythmischer Weise halluciniren resp. wiedergeben.

Ob und welche Rolle ein etwa bestehendes Ohrenleiden in diesen Fällen spielt, muss eine auf einer grösseren Zahl von Beobachtungen basirende Statistik lehren. In den 3 von mir im Vorstehenden berichteten Fällen (incl. Aetherversuch) wurde ein Ohrenleiden nachgewiesen.

II. Aus der Praxis.

Die Stellung der Irrenärzte.*)

Von Dr. Hoppe-Allenberg.

Es ist stets etwas missliches, in eigener Sache das Wort zu ergreifen. Für vornehmer gilt es, sich in massvoller Ruhe zu gedulden und abzuwarten, bis anderweitig eine Verbesserung der Lage herbeigeführt wird. Dass aber auf diese Weise ein Fortschritt, wenn nicht unmöglich gemacht, so doch dem Zufall überlassen und auf ungewisse Zeit hin verzögert wird, liegt klar auf der Hand. Ich glaube daher, dass es nicht nur nicht Missbilligung verdient, sondern im Gegentheil als wünschenswerth bezeichnet werden muss, dass diejenigen, welche unter Missständen zu leiden haben und dieselben aus eigener Erfahrung am besten kennen, ohne Scheu auftreten, die Schäden klarlegen und energisch auf Beseitigung derselben dringen. Dies will ich denn bezüglich der Stellung der Irrenärzte thun, selbst auf die Gefahr hin, mich Missdeutungen auszusetzen und des Mangels an idealem Sinn beschuldigt zu werden. Man wird den Gymnasiallehrern gewiss nicht einen Mangel

*) Anm : Diese Zeilen wurden im September 1893 geschrieben.

an Idealismus vorwerfen können, und doch haben dieselben jahrelang in Wort und Schrift, in Fach- und Tageblättern für die Besserung und Sicherung ihrer Existenz gekämpft, bis endlich ihre Bestrebungen im vorigen Jahre mit Erfolg gekrönt wurden.

Bis vor Jahresfrist waren die Gymnasiallehrer auf Avancement angewiesen. Sie mussten, um in eine höhere und besser besoldete Stellung aufzurücken, abwarten, bis eine solche durch Versetzung oder Tod eines Vorgängers frei wurde, ohne doch dann an und für sich Anspruch auf dieselbe zu haben, wenn sie auch nach Dienstalter (und Befähigung) zumeist dazu berechtigt waren; ich brauche wohl nicht näher aus-einanderzusetzen, welche Factoren beim Avancement mitspielten und häufig den Ausschlag gaben. Jedenfalls war das ganze Avancement dem Zufall überlassen; einzelne, durchaus nicht immer die befähigsten und die würdigsten rückten schnell auf, während andere, häufig weit tüchtigere Lehrer jahrelang in untergeordneten und gering besoldeten Stellungen festgehalten wurden.

Aehnlich liegen die Verhältnisse noch jetzt bei den Irrenärzten. Die Lage derselben ist nur noch insofern schlimmer, als den Gymnasiallehrern (mit Ausnahme vielleicht der an den städtischen Anstalten angestellten) das Avancement im ganzen Staate offen steht, während die Irrenärzte (wenigstens die preussischen, die ich hier zunächst im Auge habe) nicht Staats-, sondern Provinzialbeamte sind und als solche im Allgemeinen nur in der Provinz avanciren. Da die einzelnen Provinzialverwaltungen völlig unabhängig von einander sind und keine wesentlichen Beziehungen unterhalten, so konnte sich leider das Prinzip ausbilden, frei werdende Assistenzarztstellen durch Anrücken der jüngeren, im Irrendienste der betreffenden Provinz angestellten Aerzte zu besetzen und nur, wenn durchaus keine geeigneten Persönlichkeiten in der eigenen Provinz vorhanden sein sollten, auch Bewerbern aus anderen Provinzen (oder deutschen Staaten) zugänglich zu machen. Auf diese Weise erklärt es sich, dass die meisten höheren Assistenzarztstellen gar nicht ausgeschrieben werden, und wenn es auch für gewöhnlich nicht die geringste Schwierigkeit hat, die Stelle eines Volontärarztes oder eines unteren Assistenzarztes in einer Provinz zu bekommen, so hält es doch sehr schwer, nunmehr von hier aus in einer anderen Provinz zu avanciren; dass aber Jemand die Stelle eines zweiten Arztes (Oberarztes), welche doch erst eine einigermaßen auskömmliche Lebensstellung gewährt und einen Hausstand zu gründen erlaubt, in einer fremden Provinz erhält, ist ein seltener und nur durch eine günstige Combination von Umständen erklärbarer Zufall. Die Folge dieser Verhältnisse liegt auf der Hand. In denjenigen Provinzen, welche zahlreiche Irrenanstalten besitzen, avanciren die Irrenärzte im Allgemeinen sehr schnell, in den Provinzen mit wenigen Anstalten dagegen geht das Avancement gewöhnlich ausserordentlich langsam von Statten. Während an den Irrenanstalten jener grösseren Provinzen (z. B. Schlesien) die Aerzte meist schon nach 3—4 Jahren in Oberarztstellen aufrücken, müssen die Irrenärzte in Provinzen mit wenigen Anstalten manchmal bis zu 10 Jahren in gering besoldeten Assistenzarztstellen ausharren, ehe sie diesen ersten Gipfel irrenärztlichen Strebens erklimmen. So sehen sich häufig genug ältere practisch und wissenschaftlich bewährte Irrenärzte von viel jüngeren Collegen überholt, welche im wesentlichen kein anderes Verdienst aufweisen können, als dass sie das Glück hatten, ihre

irrenärztliche Laufbahn in einer Provinz mit zahlreichen Irrenanstalten zu beginnen.

Dass in dieser durch nichts als durch Zufälligkeiten begründeten Ungleichheit eine grosse Ungerechtigkeit liegt, wird Niemand in Abrede stellen. Dieselbe dient weder dem Stande der Irrenärzte noch den Irrenanstalten zum Vortheil. Neben dem jahrelangen Warten auf Avancement ist es besonders die völlige Unsicherheit desselben, welche lähmend auf die irrenärztliche Thätigkeit wirkt, die Berufsfreudigkeit unterdrückt, den Muth nimmt, Verbitterung hervorruft und oft gerade die tüchtigsten Elemente, welche nach jahrelangem Zuwarten unter dem Drucke der Verhältnisse noch nicht alle Energie verloren haben, dazu bringt, die psychiatrische Carriere aufzugeben und in die Praxis überzutreten.

Eine wesentliche Verbesserung würde in der Lage der (preussischen) Irrenärzte herbeigeführt werden, wenn die preussischen Irrenanstalten, wie die Irrenanstalten in den meisten anderen deutschen Staaten, Staatsanstalten und die Irrenärzte Staatsbeamte würden, so dass das Avancement ungehindert im ganzen Staate vor sich gehen könnte. Doch davon kann selbstverständlich, wenigstens in absehbarer Zeit, gar keine Rede sein.

An Stelle dessen könnte man an ein Cartell zwischen den einzelnen Provinzialverwaltungen oder an eine Vereinbarung zwischen allen Irrenanstaltsdirectoren denken, dahingehend, dass frei werdende Stellen principiell zur Bewerbung für alle deutschen Irrenärzte ausgeschrieben und nur mit Rücksicht auf Anciennität (und Befähigung) besetzt werden. Mir ist jedoch nicht zweifelhaft, dass ein solcher Gedanke trotz der in ihm liegenden Billigkeit bei der augenblicklichen Lage der Dinge wenig Aussicht auf Verwirklichung hat.

Es bleibt nunmehr ein Mittel übrig, welches einfacher, zweckmässiger und weitgreifender als die genannten alle Schwierigkeiten zu beseitigen im Stande ist, dies ist die Umgestaltung der Besoldungsverhältnisse durch Einführung der Dienstalterszulagen, wie sie bei den Richtern schon lange bestehen und den Gymnasiallehrern vor einem Jahre zugestanden worden sind *) Ich habe Gelegenheit, viel in Lehrerkreisen zu verkehren und weiss aus eigener Anschauung, wie diese Reorganisation der Besoldungsverhältnisse von der Lehrerschaft als wahre Erlösung begrüsst wurde, wie die Lehrer, von dem schweren Druck der Sorgen um die Existenz und um eine ungewisse Zukunft befreit, erleichtert aufathmeten, und mit welcher

*) Anm. Es besteht nun allerdings ein anscheinend wesentlicher Unterschied zwischen den bezeichneten Beamtencategorien und den Irrenärzten (in Preussen) insofern als jene auf Lebensdauer angestellt werden und mit ihrem Staatsexamen ein gewisses Recht auf Anstellung im Irrendienst erlangen, während die Aerzte selbstverständlich ein Recht auf Anstellung im Irrendienst nicht haben und gewöhnlich auf Kündigung angestellt werden. Der Unterschied ist aber nur ein formeller, denn es ist ja hier nicht von Aerzten im Allgemeinen, sondern nur von Irrenärzten die Rede, also von Aerzten, die nun einmal angestellt im Irrendienst gefunden haben; andererseits kann zwar die Kündigung wie von Seiten des Arztes so auch von Seiten der Verwaltung in bestimmten Fristen erfolgen, im Allgemeinen geschieht letzteres aber stets nur auf Grund einer Disciplinaruntersuchung wegen schwerer disciplinärer Vergehen, wie bei den lebenslanglich angestellten Staatsbeamten. Es würde also nur die Umwandlung einer zur Gewohnheit bestehenden Institution in eine rechtliche bedeuten, wenn die Irrenärzte auf Lebensdauer angestellt würden. Es wird vielleicht gut sein, diese Forderung zugleich mit der Forderung von Dienstalterszulagen zu erheben.

Freude und Genugthuung sie eine Institution willkommen hießen, welche endlich den bestehenden Unbilligkeiten ein Ziel setzte und allen in ihrer Weise gerecht wurde. An Stelle des willkürlichen, von dem Gutachten der vorgesetzten Behörden abhängigen Avancements ist der einzig gerechte und sichere Massstab der Anciennität getreten, die Rangstufen im eigentlichen Sinne haben aufgehört, die Lehrer (mit Ausnahme der Directoren) rangiren nur nach dem Dienstalter und dem mit demselben steigenden Dienstehkommen. Das jährliche Einkommen beträgt an allen öffentlichen höheren Lehranstalten Preussens (neben einem Wohnungsgeldzuschuss von 500—600 Mark) im Anfang 2100 Mark und steigt zunächst alle 3 Jahre, nach 15 Jahren aber alle 4 Jahre um 300 Mark, bis nach 27 Dienstjahren das Maximum von 4500 Mark erreicht ist. Dazu kommt aber noch nach Ablauf von 12 Dienstjahren eine sogenannte Functionszulage von jährlich 900 Mark, die allerdings von dem Ermessen der vorgesetzten Behörden abhängig ist, gewöhnlich aber jedem Lehrer (mit voller Facultas) gewährt wird, gegen den nicht gerade etwas besonderes vorliegt. Demnach können die Lehrer im Allgemeinen nach 12 Dienstjahren auf ein Gehalt von 4200 Mark und nach 27 Dienstjahren auf ein Maximalgehalt von 5400 Mark (neben dem Wohnungsgeldzuschuss) rechnen. Damit ist zwar die Lage der Gymnasiallehrer bei den heutigen socialen Zuständen noch keine glänzende, aber doch immerhin derartig, dass dieselbe bei bescheidenen Ansprüchen die standesgemässe Existenz sichert.

Wir Irrenärzte sind auch nicht so unbescheiden, dass wir höhere Ansprüche stellen, aber ich glaube, dass wir berechtigt sind, dasselbe zu fordern. Es dürfte auch kein unbilliges Verlangen sein, dass den Assistenzärzten nach einer bestimmten Reihe von Dienstjahren (ca. 5) eine Familienwohnung eingeräumt werde, damit ihnen die Möglichkeit gegeben ist, einen Hausstand zu gründen. Wie die Gehaltsnormen im Einzelnen sich gestalten sollen, kann weiterem Ermessen überlassen bleiben, die Hauptsache ist das Aufsteigen in höhere Gehaltsstufen mit zunehmendem Dienstalter (wie dies übrigens schon bei den Subalternbeamten an den meisten Irrenanstalten der Fall ist*).

Damit würde gleichzeitig ein Uebelstand beseitigt werden, welcher meiner Ansicht nach ein schwerer Schaden für das Irrenwesen ist. Jeder Arzt, welcher die psychiatrische Carriere zu seinem Lebensberufe gewählt hat, erwartet und macht Anspruch darauf, dereinst Director einer Irrenanstalt zu werden. Wenn er die Stelle eines zweiten Arztes erreicht hat, ist er bald darauf angewiesen, mit allen Kräften nach einem Directorat zu streben, weil er als zweiter Arzt sein Leben lang bei dem mässigen Gehalt (von gewöhnlich 3000 Mark nebst freier Wohnung, Beheizung und Beleuchtung) stehen bleibt, welches besonders für einen verheiratheten Arzt auf die Dauer unzureichend ist. Nun eignet sich aber durchaus nicht jeder Irrenarzt zum Director. Man kann ein recht tüchtiger und wissenschaftlich

*) Anm.: An den Irrenanstalten des Königreichs Sachsen ist übrigens, wie ich kürzlich erfahren habe, das System der Dienstalterszulagen bei allen Beamten eingeführt. Jeder Assistenzarzt fängt mit einem Gehalt von 2700 Mark an und steigt, wenn er nicht avancirt, bis auf ca. 5100 Mark. Die Oberärzte bekommen ein Anfangsgehalt von ca. 4000 Mark, die Directoren von ca. 5700 Mark und steigen nach ähnlicher Norm zu höheren Gehaltsstufen.

anerkannter Psychiater und doch ein herzlich schlechter Irrenanstaltsdirector sein, während umgekehrt der Director, welcher vor allen Dingen Verwaltungsbeamter sein muss, durchaus kein wissenschaftlich bedeutender sondern nur ein erfahrener Irrenarzt zu sein braucht. An den höheren Lehranstalten hat man von jeher die Directoren mit weisem Vorbedacht unter den jüngeren, durch Thatkraft und Umsicht, durch pädagogisches und organisatorisches Talent sich auszeichnenden Lehrern ausgesucht, während die übrigen kaum etwas dabei fanden, ihr Leben lang einfache Lehrer zu bleiben und in ihren späteren Jahren viel jüngeren Directoren untergeordnet zu sein. Würden die Oberärzte an den Irrenanstalten die Aussicht haben, wie die Lehrer mit der Zeit auf ein Gehalt von 5400 Mark zu steigen, so würden sicher viele von denjenigen, welche für das Verwaltungswesen weder Befähigung noch Interesse fühlen, sondern mehr Befriedigung in wissenschaftlichen Studien finden, nie daran denken, sich um die verantwortungs- und dornenvolle Stellung eines Directors zu bewerben, und manche Irrenanstalten würden davor bewahrt werden, Directoren zu erhalten, welche ihren Aufgaben und ihrer Stellung nicht gewachsen sind.

In jeder Beziehung entspricht somit die Einrichtung der Dienstalterszulagen den Forderungen der Gerechtigkeit und der Zweckmässigkeit. Ich bin deshalb fest überzeugt, dass ihre Einführung nur eine Frage der Zeit sein kann. Wenn alle Irrenärzte zusammenstehen und die Irrenanstaltsdirectoren einmüthig dafür eintreten, so ist diese Zeit nicht mehr fern.

III. Referate und Kritiken.

34) Thos. G. Stevens: A contribution to the Physiology of Fever.
(The Lancet, 26. Aug. 93, pg. 492.)

Ein 2 Jahr 11 Monate altes Mädchen war vor 6 Monaten auf den Hinterkopf gefallen und seitdem nicht mehr gesund. Sie war langsam, verdriesslich, litt an Verstopfung. Letztere nahm zu. Schliesslich 6 Tage vor der Aufnahme im Krankenhaus liess sie Urin und Stuhl unwillkürlich, hatte ferner einen Anfall, der in der linken Hand und Arm begann, sich schnell nach rechts ausbreitete, begleitet von Strabismus convergens. Nach diesem Anfall war das Kind bewusstlos, lag mit zurückgebogenem Kopf. Drei Tage vor der Aufnahme Erbrechen. Bei der Aufnahme ist das Kind comatös, hat unregelmässige Athmung, rigide Beine, deutliche Retraction des Kopfes. Häufige Krampfanfälle, hauptsächlich die Arme betreffend und links mehr als rechts. Keine Neuritis optica. Temperatur 101 F; Puls 103, Respiration 48. Diagnose: Meningitis tuberculosa. Die Temperatur stieg morgens 9 Uhr auf 100 F, Mitternacht auf 103,8, 1 Uhr Nachts 104,2, 2 Uhr 104,8°, 3 Uhr 104° F. Dann stieg die Temperatur beständig bis zum Tode um 4 Uhr 45 morgens auf 108,2° F. in der Achselhöhle.

Die Section ergab einige Miliartuberkel in Lunge, Leber, Milz, Nieren. Gehirn im Allgemeinen blutreich. Dura am Cortex an einer Stelle über einigen Tuberkeln an der rechten Fiss. Rolandi. verwachsen. Tuberculöse und eitrige Basalmeningitis. Kleine Tuberkeln in den Centren des rechten Arms und Gesichts, ebenso links. In der äusseren Partie des rechten

Streifenhügels ein fünf Millimeter grosser Tuberkel; ebensolche zwei in dem inneren Theil des linken Streifenhügels.

Nach Hale White befindet sich in den Streifenhügeln ein thermogenetisches Centrum, dessen Läsion Temperatursteigerung verursacht. Die Steigerung der Temperatur von 104° F auf 103,2° F erklärt S. durch die Tuberkel in den Streifenhügeln. Wichmann.

35) **C. S. Sherrington**: Further experimental note on the correlation of action of antagonistic muscles.

(The Brit. med. Journ., 10. Juni 93, pg 1218.)

Der Patellarreflex wird beeinflusst von der Anspannung resp. der Erschlaffung der antagonistischen Flexoren. Um festzustellen, ob die Lebhaftigkeit des Patellarreflexes sich mit dem Grade des Tonus der Flexoren ändert, benützt S. die Schnelligkeit des Eintritts der Todtenstarre als Massstab für den Grad des Tonus in den Muskeln. S. wiederholt die Versuche von Brown-Séquard, Kölliker und Hermann und bestätigt, dass Durchschneidung eines Muskelnerven kurz vor dem Tode eines Thieres die Zeit des Beginns der Todtenstarre in dem Muskel beträchtlich hinausschiebt. Auch Durchschneidung der vorderen oder hinteren Rückenmarkswurzeln wirkt ebenso. Die Verzögerung war grösser, wenn das Rückenmark selbst in der Gegend des 1. Bündelsegments nicht quer durchtrennt war. Bei flectirt gehaltenem Knie verzögert sich der Eintritt der Todtenstarre in den Extensoren, bei extendirt gehaltenem Knie verzögert er sich in den Flexoren. Des weiteren spricht S. über die antagonistische Wirkung gewisser Hirnnerven.

Wichmann.

36) **Henry Head**: On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease.

(Brain. Spring-Sommer 1893.)

Die Ergebnisse dieser wichtigen Arbeit stellen einen entschiedenen Fortschritt in der Neurologie dar. Doch auch die übrigen Disciplinen der internen Medicin ziehen aus ihr wichtige Lehren, die für die Diagnostik von grossem Nutzen sein können. Head ging von dem Studium der Localitäten des Schmerzes aus, der von Kranken mit Affectionen der inneren Organe der Brust und Bauchhöhle, speciell des Magens, geklagt und in der Haut mit empfunden wird. Es zeigte sich, dass die Hautbezirke, welche jenen Schmerz einnehmen, deutlich und nachweisbar überempfindlich sind. Head dehnte dann seine Untersuchungen auf sämtliche innere Organe aus und fand, dass die stets vorhandene Empfindlichkeit der Haut eine regelmässige, dem erkrankten inneren Organ speciell zugehörige ist, oder mit anderen Worten, dass bei Erkrankung bestimmter Organe immer bestimmte Hautgebiete jene Ueberempfindlichkeit zeigen. Um zu entscheiden, ob diese Hautgebiete den Hautnerven entsprächen, studirte H. die Ausbreitung des Herpes Zoster. Beide Gebiete decken sich und stellen Gebiete dar, welche von einer einzelnen hinteren Rückenmarkswurzel (Rückenmarkssegment) versehen werden. Auf solche Weise gelang es H., die Rückenmarkssegmente als Sensibilitätsbezirke auf der Haut zu projectiren und schliesslich brachte er hiermit die sensorischen Sympathicusfasern der inneren Organe, sofern sie einen Reflexbogen mit den Rückenmarkssegmenten bilden, in Verbindung.

Um die bei Erkrankung innerer Organe auf der Haut vorhandenen Zonen von Schmerz oder Empfindlichkeit aufzusuchen, bedient sich H. einfach des Kneifens der Haut mit den Fingerspitzen oder ihres Berührens mit dem Knopf einer Nadel. Das Kneifen wird schmerzhaft, die Berührung als Stich empfunden. Auch mit warmem Wasser gefüllte Reagenzgläser können als Tastobjecte dienen; der Kranke giebt dabei auf den empfindlichen Stellen starkes Hitzegefühl an. Die Reflexe in diesen Zonen sind gesteigert. Die so gefundenen Zonen sind scharf begrenzt und greifen nicht in einander über. Nun sind aber nicht immer vollständige Zonen solchen Schmerzes oder Empfindlichkeit vorhanden (oft giebt der Patient nur einzelne Stellen als schmerzhaft und empfindlich an). Diese liegen dann in dem Gebiet der Zone und stellen sogen. Maximumpunkte dar. Jede der Hautzonen hat einen oder mehrere Maximumpunkte, die stets ein und dieselbe bestimmte topographische Lage einnehmen.

Es hatte sich herausgestellt, dass die Vertheilung der Bläschen beim Herpes Zoster nicht der Vertheilung der peripheren Nerven entspricht; sie musste vielmehr auf die Versorgung der Haut durch die hinteren Wurzeln zurückgeführt werden. Head studirte nun eine grosse Anzahl Herpes Zoster-Fälle und fand, dass deren Grenzen nicht übereinander greifen. Oft geht dem Ausbruch der Bläschen des Herpes Zoster Schmerz resp. Empfindlichkeit in der Haut vorher. An bestimmten Punkten stellen sich die Herpesbläschen zuerst ein und sind an ihnen am stärksten entwickelt, wenn der Herpes die ganze Hautzone ergriffen hat. Diese Punkte entsprechen nun genau den oben erwähnten Maximumpunkten. H. fand, dass die Zonen des Herpes den obigen Zonen der Empfindlichkeit genau entsprechen. Sie haben die nämliche Ausbreitung; ihre Grenzen greifen nicht übereinander; ihre Maxima sind dieselben. Head konnte also durch das Studium des Herpes Zoster ganz genau die Zonen der Empfindlichkeit innerer Organe feststellen. Zu diesem Zwecke benutzte er 62 Herpesfälle.

Für gewöhnlich ist nun nicht eine einzelne solcher Zonen besonders empfindlich, sondern mehrere nebeneinander liegende. Das ist für die Praxis wichtig.

Head führt nun ganz genau und mit Illustrationen versehen die Topographie dieser Zonen der Empfindlichkeit mit ihren Maximumstellen und mit der Lage des Schmerzes an und giebt dazu einen Beleg durch Mittheilung einschlägiger Herpesfälle.

Die so gewonnenen Zonen sind folgende:

1. Subscapulo-Inframammary. Obere Grenze hinten am VII. Dors.-Dornfortsatz; zieht nach vorn unter dem Winkel der Scapula zu einem Punkt vorn im IV. Intercostalraum. Untere Grenze hinten am VIII. Dors.-Dornfortsatz beginnend; zieht nach vorn zur Basis des Schwertfortsatzes. Maximumpunkt 1. neben dem hinteren Rande der Scapula in der Höhe des VII. Dors.-Dornfortsatzes und $1\frac{1}{2}$ Zoll (englisch) von der Mittellinie; 2. vorn auf der 5. Rippe 1 Zoll nach innen von der Mamillarlinie. Der Schmerz wird gefühlt „zwischen den Schultern“ und „unter dem Herzen“.

2. Subscapulo-ensiform. Zwischen VII. resp. VIII. und IX. resp. X. Dors.-Dornfortsatz. Obere Grenze $1\frac{1}{2}$ Zoll unter dem unteren Schulterblattwinkel durchgehend zur Basis des Schwertfortsatzes. Die untere Grenze vorn und hinten etwa 2 Zoll tiefer. Ein Maximumpunkt

in der Magengrube genau über dem Schwertfortsatz; 2. Max. von der Mittellinie am Rücken, sich bis zum Scapulawinkel erstreckend. Schmerzempfindung „in der Magengrube“ und „innen vom Schulterblatt“.

3. Middle epigastric. Gewöhnlich mit den folgenden zusammen. Der wichtigste Theil liegt an der vorderen Rumpfseite. Die obere Linie beginnt vorn $2\frac{1}{2}$ Zoll unter dem Schwertfortsatz und verläuft nach hinten aufwärts über die 7. Rippe zu dem IX.—X. Dornfortsatz. Die hintere untere Grenze beginnt einen Wirbel tiefer. 2 Maxima. Eines im 8. Intercost.-Raum dicht neben der Mamillarlinie lateral und eines $2\frac{1}{2}$ Zoll unterhalb des Winkels der Scapula. Schmerzempfindung „in der Seite“ in etwa dem 8. Intercost.-Raum und „unter dem Schulterblatt“.

4. Supra-umbilical. Die obere Grenze geht vom X. oder XI. Dornfortsatz fast direct nach aussen quer über die Basen der XI., X., IX., VIII. Rippe zu einem Punkt $2\frac{1}{2}$ Zoll über dem Nabel in der Medianlinie. Die untere Grenze wird gebildet durch eine Linie vom Nabel anfangend nach rück- und aufwärts zu dem äusseren Ende der X. Rippe und verläuft von hier fast horizontal zum XII. Dornfortsatz. Zwei Maxima. Eines über dem äusseren Ende der IX. Rippe an dem Rippenrand und eines auf dem Rücken in der Höhe des XI. Dornfortsatzes etwas nach aussen. Schmerzempfindung „über dem Rippenbogen“ und „in der Mitte des Rückens“ in der Höhe des XI und XII. Dornfortsatzes.

5. Subumbilical. Obere Grenze stellt eine schräge Linie dar, die rings um den Körper geht vom 1. Lumbal-Dornfortsatz zum Nabel. Die hintere Grenze erstreckt sich vom 1. bis 4. Lumbalwirbeldornfortsatz; die vordere vom Nabel bis $2\frac{1}{2}$ —3 Zoll unterhalb des Nabels in der Medianlinie. Die untere Begrenzung ist nicht parallel der oberen, sondern zeigt an der Seite des Rumpfes eine Ausbuchtung nach unten. Ein Maximum über der Spitze der XII. Rippe und ein zweites vorn nach innen von der Spin. sup. anter. ilei. und etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll auswärts und 1 Zoll nach unten vom Nabel. Schmerzempfindung „in den Lenden“ und vorn zwischen „Nabel und Darmbein“.

6. Sacro-iliacal. Ist schwer rein zu erhalten, da meist mit Nachbarzonen auftretend. Zerfällt in eine vordere und eine hintere Portion. Hinten reicht sie nach oben bis zum 5. Lumbaldornfortsatz. An der Seite des Rumpfes ebenfalls ein nach abwärts ziehender Zipfel. Ein Maximum hinten über dem 5. Lumbal- und 1. Sacraldornfortsatze etwa 2 Zoll nach aussen. Ein zweites vorn gerade gegenüber dem inneren Leistenkanal. Schmerzempfindung „in dem unteren Theile des Rückens“ und vorn in der „Leistengegend“.

7. Sacro-femoral. Kommt fast stets mit anderen Zonen zugleich vor; gewöhnlich mit der vorigen. Die untere Linie zeigt hinten und seitlich des Rumpfes 2 grössere Ausbuchtungen nach unten. Zwei Maxima. Eines unter der Crista ilei etwa 4 Zoll von der Mittellinie des Rückens und ein zweites stets deutlich ausgeprägtes Maximum über der äusseren Grenze des Scarpa'schen Dreiecks dicht unter dem Poupart'schen Bande. Schmerzempfindung „auf dem Gesäss“ und in der „Leistengegend“.

8. Gluteo-crural. Kommt nie allein vor. Die untere seitliche und vordere Ausbuchtung erstrecken sich bis auf den Oberschenkel. Zwei

Maxima. Eines sehr deutlich dicht oberhalb des Knies an der Innenseite des Oberschenkels und eines genau auf dem Trochanter. major. Der Schmerz schießt „durch die Schenkel nach deren Innenseite zu den Knien“.

9. **Sacral-Zonen.** Sie kommen immer zusammen vor und betreffen Perineum, Scrotum, Penis, Gesäss, hintere Fläche der Oberschenkel, oberen Theil der Waden und Fusssohlen. Eine Zone des 2. Sacralsegments hat ein Maximum unterhalb der Kniekehle, ein Maximum auf der Fusssohle unter der Ferse und eines an der Innenseite des Metatarsus der grossen Zehe.

10. **Dorso-ulnar.** Wenigstens 3 Maxima. Das hinterste liegt über dem I. Dorsalwirbel und etwas seitwärts von der Mittellinie. Das vordere Maximum liegt über dem 2. Intercostalraum und der 3. costo-sternal-Verbindung dicht neben der Medianlinie. Ein drittes liegt an der Innenseite des Vorderarms dicht oberhalb der Ellenbogenbeuge. Schmerzempfindung vom „kleinen Finger nach dem Ellbogen hinaus durch die Brust von hinten nach vorn“.

11. **Dorso-brachial und Scapulo-brachial.** Kommen wohl stets zusammen vor. Die erste Zone liegt oberhalb der zweitgenannten. Die Maxima der Dorso-brachial-Zone liegen: ein hinteres genau in der Höhe und über dem hintersten Punkte der Schulterblattgrube, ein vorderes im 3. Intercostalraum genau in der Mamillarlinie. Von der Scapulo-brachial-Zone liegt das Maximum genau in der Mitte der Fossa infraspinata des Schulterblattes. Schmerzempfindung strahlt von hinten nach vorn durch die Brust und durch den Arm, das eine Mal bis zum Ellbogen, im anderen Fall bis zur Mitte des Oberarms.

12. **Dorso-axillary.** Maximum: eines dicht innen vom hinteren Schulterblattrande; das 2. an der hinteren Begrenzung der Achselhöhle, ein drittes an der Brustwarze.

13. **Scapulo-axillary.** Ein Maximum auf dem Rücken, eines in der Axillarlinie und eines in der Höhe und innen von der Brustwarze. Schmerzempfindung „zwischen den Schulterblättern“ und „dicht unter der Brustwarze“.

In dem nun folgenden Kapitel weist Head zunächst nach, dass diese Zonen nicht vom Gehirn abhängig sein können, ferner dass sie aber auch nicht durch die peripheren Nerven verursacht werden. Sherrington hatte gefunden, dass die Hautgebiete, welche den hinteren Rückenmarkswurzeln entsprechen, ineinander übergreifen. Bei den Zonen von Head ist dies aber nicht der Fall. H. erklärt diese Verschiedenheit so: Sherrington habe die Berührungsempfindung, H. die Schmerzempfindung, Temperaturempfindung und das trophische Verhalten der Haut geprüft. Während nun die Fasern für die Berührungsempfindung ineinander übergreifen, thäten das die Fasern für die Schmerz- und Temperaturempfindung und die trophischen Fasern im Gebiet der hinteren Wurzeln nicht. Doch fand H., dass die Grenze der Analgesie weniger scharf war in Fällen, wo man Grund hatte zu vermuthen, dass thatsächlich die Wurzeln afficirt waren, als in solchen Fällen, wo das Rückenmark hauptsächlich afficirt war. Deshalb ist H. der Ansicht, dass die Sherrington'schen Zonen die wirkliche hintere Wurzelversorgung, dass aber seine (Head's) Zonen nicht die Wurzeln, sondern die Rückenmarkssegmente anzeigen. Ein Studium von Rückenmarksverletzungen zeigt, dass die centralen Verbindungen der Fasern für die Schmerzempfindung und

die für die Berührungsempfindung beträchtlich differiren, denn der Verlust der Schmerzempfindung ist fast immer deutlicher und ausgebreiteter als der Verlust der Berührungsempfindung.

An den Armen und Beinen sind grosse Hautbezirke, welche sich bei Erkrankung der inneren Organe nicht durch die Empfindlichkeit betheiligen. Um hier die Segmentvertheilung zu bestimmen, benützt H. Rückenmarksaffectionen. Es lassen sich durch kurze Beschreibung die so gewonnenen Zonen kaum angeben. Ich muss deshalb auf die im Original mitgetheilten Abbildungen verweisen, wie denn überhaupt ein Studium dieser Arbeit von Head im Original unerlässlich ist und keineswegs durch dieses Referat ersetzt werden kann und soll.

Nachdem die Segmentation festgestellt ist, führt H. statt der oben gebrachten Namen die kürzere Bezeichnung mittelst Buchstaben ein, z. B. statt dorso-ulnare Zone: I. Dorsalsegment, statt gluteo-crural-Zone: 1 Lumbalsegment u. s. w.

Bei Erkrankung innerer Organe der Brust und Bauchhöhle ist der Schmerz nicht bloss auf diese Organe beschränkt, sondern strahlt auf die Umgebung, speciell nach der Haut aus. Mackenzie wies zuerst auf die so häufige Empfindlichkeit in der Haut bei solchen Erkrankungen innerer Organe hin. Es fand sich nun, dass dieser Schmerz immer in den vorher aufgeführten Zonen liegt, deren Empfindlichkeit nur eine oberflächliche (cutane oder subcutane) ist. Die Empfindlichkeitszonen stehen nun in bestimmter Beziehung zu den verschiedenen inneren Organen, obwohl sie häufig in beträchtlicher Entfernung von dem erkrankten Organ liegen. Head führt dann eine grosse Anzahl Krankengeschichten auf, die besonders durch ihre Illustrirung die Zonen der Empfindlichkeit bei Erkrankung der einzelnen Organe der Brust und Bauchhöhle erkennen lassen. Die Nervenwurzeln, durch welche der Schmerz vom erkrankten Organ nach der Haut hin projectirt resp. reflectirt wird, zeigen uns zugleich auch an, dass durch die entsprechenden Rückenmarkssegmente resp. zu ihnen die sensorischen Sympathicusfasern zu den inneren Organen verlaufen. Bei manchen Organen, nämlich Lunge, Herz, Leber, Darm und Magen strahlt der Schmerz auch in den Cervicalplexus und nach den Hirnnerven aus, so dass sich auch Schmerzpunkte am Hals und am Kopfe befinden. Sie dürften hierhin durch Vagus und nervus depressor projectirt werden. H. fasst in folgender Tabelle die Ergebnisse zusammen:

Herz. 1., 2., 3. Dorsalsegment.

Cervicalplexus (= Depressor?)

Lunge. 1., 2., 3., 4., 5. Dorsalsegment.

Cervicalplexus (= vagus?)

Magen. 6., 7., 8., 9. Dorsalsegment.

Cardia-Ende vom 6. und 7. Segment.

Pylorus-Ende vom 9. Segment.

Därme. A. Abwärts bis zum obern Theil des Rectum.

9., 10., 11. und 12. Dorsalsegment.

B. Rectum.

2., 3., 4. Sacralsegment.

Leber und Gallblase. 7., 8., 9., 10. Dorsalsegment.

Vielleicht 6. Dorsalsegment. Cervicalplexus (= vagus?)

Niere und Ureter. 10., 11. und 12. Dorsalsegment.

Je näher die Läsion nach der Niere hin liegt, desto mehr ist Schmerz und Empfindlichkeit an das 10. Segment geknüpft. Je weiter die Läsion nach dem Ureter hin liegt, desto mehr pflegt das 1. Lumbalsegment sich zu betheiligen.

Blase. A. Schleimhaut und Blasengrund.

(1.), 2., 3., 4. Sacralsegment.

B. Uebermässige Ausdehnung und Blasenkrampf.

11., 12. Dorsal. und 1. Lumbalsegment.

Prostata. 10., 11., (12.) Dorsalsegment.

1., 2., 3. Sacral- und 5. Lumbalsegment.

Epididymis. 11. und 12. Dorsal- und 1. Lumbalsegment.

Testis. 10. Dorsalsegment.

Ovarium. 10. Dorsalsegment.

Parovarium, Tuben. 11. und 12. Dorsal- und 1. Lumbalsegment.

Uterus. A. In Contraction.

10., 11., 12. Dorsal- und 1. Lumbalsegment.

B. Os uteri.

(1.), 2., 3., 4. Sacral- (und 5. Lumbalsegment selten).

Interessant ist zu wissen, dass Affectionen der serösen Höhlen des Körpers — Pleura und Peritoneum — keinen Reflexschmerz oder Hautempfindlichkeit verursachen, sondern nur localen Schmerz, der dem Verlaufe der peripheren Nerven folgt und nur bei Druck auf das Organ selbst in der Tiefe hervorgebracht wird.

Die von H. erlangten Resultate stimmen mit denen, welche Edgeworth bei seinen anatomischen Studien an Hunden erzielte, gut überein. Ebenfalls steht die sensorische Innervation der Eingeweide in Einklang mit Gaskell's Schema über deren Innervation durch motorische und Hemmungsnerven.

Die sensorischen Eingeweidennerven gehen zum Centralnervensystem in drei grossen Gruppen, von denen die oberste Kopf und Nacken betrifft. Die mittlere Gruppe liegt zwischen dem 1. Dorsal- und 1. Lumbalsegment, die unterste Gruppe reicht vom 5. Lumbal- zum 4. Sacralsegment. Man sieht, dass 2 Bezirke des Rückenmarks nicht durch sensorische Fasern mit den Eingeweiden in Verbindung stehen, nämlich oben das Gebiet des 5., 6., 7. und 8. Cervicalsegments und unten das des 2., 3. und 4. Lumbalsegments. Diese letztgenannten Gebiete versorgen die Extremitäten.

Es besteht nun bei einseitiger Erkrankung die Tendenz, dass der Schmerz und die Empfindlichkeit sich reflectorisch nicht bloss auf die Haut derselben Seite erstreckt, sondern auch in der gleichen Segmenthöhe auf die andere Körperseite übergreift. So ist z. B. bei einseitiger Hoden- oder Nierenerkrankung doppelseitiger Schmerz vorhanden. Ferner besteht namentlich bei Anämie und bei schwächlichen Personen die Neigung, dass der Schmerz von dem erkrankten Organ sich weiter verbreitet, z. B. von einem schmerzenden Zahne über den halben Kopf. Das nennt Head „Generalisation“ des Schmerzes und der Empfindlichkeit, was wir wohl besser mit „Ausstrahlung“ als mit „Verallgemeinerung“ übersetzen würden.

Des weitern lässt sich H. über den Unterschied zwischen den Bezeichnungen functionell und hysterisch aus. Er wünscht das Wort „hysterisch“

nur für den psychischen Typus der Störungen der Hautempfindung angewendet zu wissen, während er „functionell“ auf alle jene Formen von allgemeiner Schmerz- und Empfindungsstörung anwenden will, die bestimmten cerebro-spinalen Nervenlinien folgen, mag nun die Störung im Nervensystem durch Anämie, Fieber oder Menstruation bedingt sein oder durch eine wirklich nervöse Beeinflussung, wie durch Shock oder lang anhaltenden Eingeweideschmerz.

Auf zwei farbigen Tafeln sind die Ergebnisse der Segmentation nochmals zusammengestellt. — Ein genaues Studium der sehr fleissigen und inhaltsreichen Arbeit im Original, die so wichtige neue Ergebnisse geliefert hat, ist für jeden Arzt eine dringende Nothwendigkeit.

Wichmann (Braunschweig).

37) G. Pommer: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blutgefässe (Mitth. d. Vereins d. Aerzte Deutschlands 1892.)

Von den mitgetheilten Fällen ist von neuropathol. Interesse:

I. Ein Fall von gummöser Hirnarterienerkrankung.

Bei einem 29jährigen Patienten, der unter apoplectiformen Erscheinungen erkrankte und am 6. Tage starb, fanden sich an beiden Carotides internae und ihren Aesten die Wände starr, verdickt und von graugelbem salzigen Aussehen, die Lunina durch ältere Thromben verstopft.

Die Folge davon waren Circulationsstörungen im Gehirn: Oedeme, Hämorrhagien und beginnende diffuse, nicht herdförmige Erweichung, die hauptsächlich die Rinde des Scheitellappens und der Insula, weniger die grossen Ganglien betraf. Anamnese und die übrigen Befunde sprachen für die luetische Aetiologie des Erkrankungsprocesses.

Die microscopische Untersuchung der erkrankten Arterien ergab im Hauptstamm der R. Carotis: Bildung junger Gummaknoten in der Adventitia und ausgedehnte, necrotisirende, zellige Infiltration der Media und Adventitia, welche an einer Stelle die Intima durchsetzte. Sonst war die letztere hier intact. Eine Zellwucherung der Intime, also eine Endarteriitis syphilitica nach Heubner, begann erst an den Aesten der Carotis. Die Thromben waren in ihrer Aussenzone bindegewebig organisirt, während centrale Theile und an der Theilungsstelle der Carotis auch ein Theil der Peripherie nur rothe Blutkörperchen enthielten, also bis kurz vor dem Tode der Circulation noch zugänglich waren. Daraus erklärt Verf. die geringe Ausdehnung der Erweichung, namentlich im Bereich der centralen Hirnganglien.

Eine Anzahl der feineren Aeste der art. fossae S. fand sich durch die Adventitia- und Mediawucherung völlig obliterirt. Am Stamm der l. Carotis fand sich nur geringe zellige Infiltration der Adventitia und an derselben Stelle circumscribte Wucherung der Intima, an der art. fossae Sylvii in der Adventitia eine Gummabildung ohne nekrotischen Zerfall.

An der Theilungsstelle der l. Carotis sass ein nicht obturirender, wandständiger Thrombus, der auf der Gabel zw. art. f. Sylvii und art. corporis callosi ritt und so das Bild eines Embolus gewährte. Die feste Verklebung mit der Wand und die oben erwähnte Veränderung der Gefässwand machte aber die autochthone Entstehung wahrscheinlicher.

Zusammenfassend bezeichnet Verf. den Fall als eine necrotisirende gummöse Arteriensyphilis und reiht ihn den wenigen von Baumgarten, Marchand und Kehler beobachteten Fällen an. Zugleich spricht er die Vermuthung aus, dass die häufiger beobachtete Endarteriitis syphilitica (Heubner) vielleicht das Endstadium oder $\frac{1}{2}$ Residuum der zur Heilung gekommenen gummösen Arteriensyphilis sei. Die klinischen Erscheinungen erklären sich so, dass eine hochgradige, plötzlich einsetzende Circulationsstörung erst eintrat, nachdem in Folge der theilweisen Necrose von der Wandung eine Thrombose beider art. fossae S. erfolgt war.

Im Fall III: „Embolie der Piaenen bei puerperaler Sinusthrombose“ handelt es sich um Bildung eines marantischen Thrombus zunächst im linken sinus transversus mit allmählicher Verstopfung des Bulbus der vena jugularis. Nachdem so der Abfluss des Venusblutes völlig behindert, sogar eine Umkehr des Blutstromes eingetreten war, konnten von den Thromben Stückchen abgerissen werden, welche sich dann in den Piaenen der Convexität des Gehirns auf den Theilungsstellen reitend fanden.

Diese regionären, venösen Embolien hatten weiterhin Thrombose des sin. falciformis major zur Folge. Ausserdem veranlassten die Circulationsstörungen Blutungen in den Maschen der Pia und unter der Dura und beginnende Erweichung der Hirnsubstanz. Die klinischen Symptome sprachen ausschliesslich für eine Rindenaffection, indem Schwindel, Erbrechen, Kopfschmerz, Zuckungen und Zwangsbesegungen beobachtet wurden.

Weber-Würzburg.

38) **Déjerine et Vialet:** Cécité corticale.

(Le Bullet. m^{éd.} 1893, Nr. 99.)

Recht typischer Fall von corticaler Blindheit. 64jähriger Mann wurde eines Tages plötzlich ohne vorausgegangenen apoplectischen Insult bei vollem Bewusstsein von Blindheit befallen. Specialärztliche Augenuntersuchung konnte keine oculäre Läsion nachweisen. Diagnose: Corticale Blindheit, bedingt durch eine doppelseitige Läsion der inneren Flächen der Occipitallappen. Der Kranke blieb unter ärztlicher Beobachtung bis zu seinem Tode, der nach einigen Monaten in Folge von Pneumonie eintrat. Bis dahin vollständige Integrität beider Augen, Erhaltenbleiben des Pupillenreflexes: der Kranke sah zwar nichts, allein wenn er geheissen wurde, auf seine Nase zu blicken, contrahirte sich die Iris.

Die Obduction bestätigte die intra vitam gestellte Diagnose. Es fanden sich zwei vollständig getrennte Läsionen auf der Innenfläche der beiden Occipitallappen: rechts nahm dieselbe den Cuneus, den lob. lingualis und den lob. fusiformis ein, links war sie auf die beiden letzten Lobuli beschränkt. Sonst bestand keine Alteration am Gehirn.

Buschan.

39) **Sternberg:** Ein Fall von geheilter organischer Hirnerkrankung. (Vortr. i. d. Ges. d. Aerzte in Wien.)

(W. med. W. 93., 25.)

Ein 17jähriges Mädchen erkrankte vor 2 Jahren allmählich an folgenden Zuständen: Kopfschmerzen; Abnahme des Sehvermögens bis zur

vollständigen Amaurose; der Augenspiegel ergab Anfangs Stauungspapille, jetzt völlige Opticusatrophie; conjugirte Lähmung des Blicks nach links, Facialisparese, Anosmie, Schwanken beim Stehen, krampfhaftes Zuckungen und choreatische Bewegungen der Extremitäten; später auch Parese des rechten Armes und zeitweilige Anfälle von Bewusstseinsstörung und clonischen Zuckungen halbseitigen Characters.

Es waren also Symptome einer chronischen progressiven raumbeschränkenden Hirnerkrankung vorhanden. Seit Beginn 1892 besserten sich die Symptome allmählich und gingen ganz zurück bis auf die Anosmie und Amaurose bei erhaltener Pupillenreaction.

Syphilis ist auszuschliessen. Verf. nimmt an, dass der Patient tuberkulös ist, dass es sich um einen Hirntuberkel handelte, der unter Bildung von Producten der regressiven Metamorphose abgeheilt sei, ein Process, der ja in den Lungen häufiger beobachtet wird. Die Amaurose bei erhaltener Pupillenreaction (nicht hemiopisch) spricht dafür, dass in beiden tractus opt. Fasern erhalten und dass beide Hinterhauptslappen geschädigt sein müssen. Verf. verlegt den Herd in den linken Präcuneus an die mediale Hemisphärenfläche.

Lehmann (Werneck).

40) E. Weill: Les traumatismes légers de la tête chez l'enfant.

(Lyon méd. 1893, Nr. 47.)

Nach der allgemeinen Annahme gilt das Kindesalter für immun gegen nervösen Chok, insbesondere gegen traumatische Neurose. Hingegen hat W. Gelegenheit gehabt, 2 Fälle zu beobachten, die beweisen, dass schon nach ganz geringfügigem Trauma schwere hysteroneurasthenische Zustände sich bei Kindern einstellen können.

1. Fall. Bis dahin vollständig gesunder 10 $\frac{1}{2}$ jähriger Knabe ohne hereditäre Antecedentien fällt aus einem Kinderwagen in einer Höhe von 50 cm auf die linke Seite des Hinterhaupts. Keine Wunde oder Ekchymose, nur vorübergehender Schmerz. Nicht die geringste Emotion. Erst am Abend Kopfweh, das des Nachts verschwand. 2 Tage später wieder in die Schule. 10 Tage nach dem Unfall Torticollis, der einige Tage anhielt, und leichte Dyspnoe. Nach weiteren 12 Tagen plötzlich schwerere Erscheinungen: ausser neuem Anfall von Torticollis, die nach einigen Tagen wieder verschwand, heftiges Herzklopfen und Athemnoth. Am demselben Abend stellte sich ein Anfall ein, der vier Stunden dauerte und an angina pectoris erinnerte: heftige Schmerzen in der Präcordialgegend, ohne Irradiation in die Arme, heftige Dyspnoe, Angstgefühl. Von da an bis zur Spitalaufnahme (5 Wochen später) jeden Tag derselbe Zustand: mässige Dyspnoe mit Palpitationen und Herzklopfen (110—120 Schläge) während des Tages, Augstanfälle, heftige Schmerzen auf der linken Brusthälfte und langsamer Puls (65 Schläge) von mehrstündiger Dauer am Abend. — Bei der Untersuchung starke und tiefe (bis auf Knochen und Gelenke) Hyperästhesie der linken Körperhälfte, besonders der Herzgegend; keine Gesichtsfeld-einengung, wohl aber fehlender Pharynxreflex; Erhöhung der Reflexe und der faradischen Muskelerregbarkeit linkerseits. Herz absolut gesund. Ausserdem fand sich, dass bei dem vorher artigen und ganz geweckten Kinde seit dem Falle eine plötzliche Characterveränderung angefallen war:

Nachlässigkeit, Unaufmerksamkeit, dabei Schlaflosigkeit, ferner beängstigende Träume u. a. m. — Die Behandlung bestand in hydropathischem Verfahren und Aetherspray auf Herzgegend. Schon nach wenigen Tagen hörten die Krisen und die Dyspnoe auf. Nach Jahresfrist waren alle Erscheinungen geschwunden, auch die Hyperästhesie; nur blieb eine leichte Gedanken-schwäche und Unaufmerksamkeit zurück.

2. Fall. Gleichfalls bis dahin vollständig gesunder 12¹/₂jähriger Knabe aus gesunder Familie. Glitt aus und fiel mit der rechten Stirnhälfte auf den Boden. Keine unangenehmen Erscheinungen. Erst in der darauffolgenden Nacht stellte sich intensives, mehrere Tage anhaltendes Kopfweh über der Stirngegend ein. Am anderen Morgen ohne Uebelbefinden plötzliches Erbrechen. Nach 3 Tagen bei der Untersuchung ausser Kopfschmerzen eine tiefgehende Hyperästhesie der ganzen rechten Seite, keine Sensibilitätsstörung, keine Sehstörungen, Patellarreflexe auf beiden Seiten gleich, Pharynx-Anästhesie, faradische Ueberempfindlichkeit der Muskeln rechterseits, Hyperästhesie des Gehörs. 18 Tage später nachweisbare Zunahme der rechtsseitigen Hyperästhesie, erhöhter Patellarreflex rechts. Seit dem Unfall jede Nacht Alpdrücken, ausserdem leichte geistige Erschöpfung, Abnahme des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit etc. Nach einem Jahre waren die geschilderten Erscheinungen noch sämmtlich vorhanden, wenn auch nicht mehr beständig und in geringerem Maasse.

Verf. stellt die einseitige Hyperästhesie auf Grund der vorliegenden Beobachtungen als ein diagnostisch äusserst werthvolles Symptom bei nervösen Erscheinungen in Folge von leichtem Trauma auf.

Buschan.

41) **Pietro Guizetti** (Parma): Sull'atrofia muscolare precoce negli emiplegici e sul polso lento permanente.

(Riv. sper. di freniatr. Bd. 19, H. 1, 1893.)

Bei einer 64jährigen Frau, welche ohne ictus an einer rechtsseitigen Hemiplegie und vorübergehender Aphasie erkrankt war, beobachtete Verf. am 40. Tage nach Eintritt der Lähmung eine beträchtliche Atrophie des Armes. Ausserdem fiel bei der Kranken die Pulszahl auf, welche nur 36 in der Minute betrug. Als die Patientin kurze Zeit darauf starb, fand man bei der Autopsie die erwartete Erweichung im Gebiete der thrombosirten linken arteria fossae Sylvii, die sowohl die Rinde wie die subcorticalen Partien der Centralwindungen betraf. Die atrophirten Muskeln boten das Bild einer typischen fettigen Degeneration dar. Ebenso sind die Armer-nerven degenerirt, und zwar um so weniger, je weiter von den Muskeln ab sie untersucht werden. Im Rückenmark waren die Pyramidenstränge normal, dahingegen war das rechte Vorderhorn deutlich kleiner als das linke, aber weder an den Ganglienzellen, noch an dem Nervenfasernetz oder an den Gefässen desselben war irgend etwas Abnormes zu finden; die Verkleinerung des Vorderhornes beschränkte sich auf die Cervicalanschwellung. Durch den Vergleich mit anderen Sectionsergebnissen, wie er sie bei Hemiplegieen theils selbst, theils in der Litteratur verzeichnet fand, kommt Verf. zu dem Schluss, dass im vorliegenden Falle die frühzeitige Muskelatrophie von der Läsion des Vorderhornes abhängig sei; dieser Fall nimmt eine Zwischen-

stellung ein zwischen jenen Fällen, bei denen die frühzeitige Muskelatrophie allein von Störung cerebraler trophischer Centren abhängig erscheint, und jenen Fällen, bei denen die Atrophie allein auf einer Vorderhornkrankung beruht. In unserem Falle hat der trophische corticale Einfluss zunächst nur auf das graue Vorderhorn und nicht direct auf die Muskeln gewirkt. Es giebt auch Fälle von später Muskelatrophie bei Hemiplegie, welche von einer Vorderhornkrankung abhängen, bei denen aber die Veränderungen der Zellen so unbedeutend sind, dass sie übersehen werden können, so dass man die Atrophie für eine cerebrale zu halten geneigt ist.

Was den beobachteten sehr langsamen Puls der Kranken angeht, so bezieht Verf. denselben auf eine bulbäre Störung und zwar ist er der Ansicht, dass es sich um eine lediglich dynamische Störung des cardialen Hemmungscentrums handle.

Strauscheid.

42) **H. Royet et J. Collet**: Sur une lésion systématisée du cervelet et de ses dépendances bulbo-protubérantielles.

(Archive de Neurol. 1893, Nr. 81.)

R. und C. beobachteten einen Kranken, der klinisch vollkommen das Bild der multiplen Sclerose darbot (Steigerung der Reflexe, tonische Starre der unteren Extremitäten, Intentionzittern, Nystagmus, Sprachstörungen etc.) und bei dem die Section Sclerose des Kleinhirns ergab, während Grosshirn und Rückenmark intact waren. Die microscopische Untersuchung von Hirnstamm und Medulla ergab beiderseits Degeneration der mittleren Kleinhirnschenkel und der unteren Oliven und Nebenoliven bei völliger Unversehrtheit der oberen Oliven, der Nervenkerne und Nervenwurzeln. Bezüglich der Einzelheiten des microscopischen Befundes und der an diesen geknüpften Bemerkungen über die Beziehungen der unteren Oliven zum Kleinhirn sei auf das Original verwiesen. Hier sei noch auf eine interessante klinische Beobachtung aufmerksam gemacht: auf einen laryngoscopisch nachweisbaren fast continuirlichen Tremor der wahren Stimmbänder. Diese befanden sich fast beständig in oscillirender Bewegung, die bei der Phonation nicht zunahm. Eine Erklärung für diese Erscheinung, die übrigens gleich oder ähnlich auch bei Chorea, Bleivergiftung, multipler Sclerose und Tremor cerebelli beobachtet worden ist, finden die Verfasser in dem Wegfall der Wirkung des Kleinhirns, des Organs für die Coordination. Für die Differentialdiagnose zwischen Kleinhirnerkrankung und multipler Sclerose wird als besonders wichtig auf das Schwanken und Taumeln beim Gehen und Stehen hingewiesen.

Falkenberg-Lichtenberg.

43) **Rushton Parker und Francis Goch**: A case of focal epilepsy; trephining, electrical stimulation and excision of focus; primary healing improvement.

(The Brit. med. Journ., 27, Mai 1893, pg. 1101.)

Ein 9jähriger Knabe ist wegen Krampfanfällen Ende September 1892 im Liverpool Royal Infirmary aufgenommen. Keine hereditäre epileptische Belastung. October 1891 war er auf die rechte Schädelseite gefallen und erbrach danach. Drei Wochen darauf leichter Tremor der linken Hand, welche später an jenem Tage mehrmals zuckte. Dieser Tremor und

die Zuckungen werden häufiger. Nach der Mitte December 91 werden diese Krämpfe von längerer Dauer und betreffen den Vorderarm mit. Später betheiligt sich der Kopf und März 92 werden die Augen nach rechts verdreht. Zu dieser Zeit treten 20 oder 30 Krampfanfälle pro Tag auf. Juni 92 fiel der Knabe zum ersten Mal im Anfall hin und im Juli 92 fiel er an einem Tage 2mal und hatte hinterher Erbrechen. Schliesslich wird das Fallen so häufig, dass man ihn nicht mehr allein gehen lassen kann. Die Zuckungen blieben stets dieselben und betrafen immer linke Hand und Arm, Kopf und Augen. Kein Krampfanfall dauerte länger als 10 Secunden. Kein Schwach- oder Stumpsinn, Verlust der Kraft, Kopfschmerz. Niemals ein Schrei, Zungenbiss, Urinlassen. Er merkte das Nahen des Anfalls, indem er eine eigenthümliche Empfindung im linken Arm von der Schulter zum Handgelenk hatte, aber nicht in der Hand. Die Beobachtung ergab, dass der Krampf im Daumen und Handgelenk anfang. Der Kopf wurde bei den Zuckungen gegen die rechte Schulter gezogen. Untersuchung der Augen ergab nichts abnormes.

7. Dec. 92. Trepanation (mit Trepan) über der rechten Rolando'schen Windung, um das motorische Centrum des linken Daumens und Handgelenks zu exstirpiren. Das Knie der aufsteigenden Stirnwindung lag fast genau in der Mitte der Trepanöffnung. In leichter Narcose wurde mit faradischem Strom das Centrum des Daumens aufgesucht, indem die aufsteigende Stirnwindung an 4 verschiedenen Punkten gereizt wurde. Die Reizung dauerte stets 5 Secunden. Man musste so starke Ströme anwenden, dass man sie mit der Zunge nicht ertragen konnte. Die Resultate waren:

1. Reizung einer Stelle der rechten aufsteigenden Stirnwindung unter dem Genu bewirkte eine Bewegung des Kopfes gegen die rechte Schulter.
2. Reizung einer Stelle gegenüber dem Knie bewirkte selbst bei starkem Strom keine Zuckungen.
3. Reizung direct oberhalb des Knies bewirkte Extension, Abduction und Flexion des Daumens.
4. Reizung noch etwas höher bewirkte Bewegung des Handgelenks und einige Zuckungen in den Fingern.

Die reactionslose Zone (2) ist bei Affen und Menschen schon einige Male beobachtet. Die gesunden Centren des Daumens und Handgelenks wurden mit dem scharfen Löffel herausgenommen. Am selben Tage nach der Operation hatte der Kranke 9 Krampfanfälle, am 2. Tage 27, am 3. 6, am 4. 3, am 5. 3 und später 30—40 pro Tag. Aber seit März 1893 hatte er wieder „bloss“ 4—10 Anfälle pro Tag. Die motorische Kraft in der Hand und dem Daumen hatte sich nach kurzer Zeit wieder hergestellt. Es war keine Sensibilitätsstörung vorhanden.

Wichmann.

44) H. Charlton Bastian: Three cases of multiple Paralysis of Cranial nerves.

(The Brit. med. Journ., 3. Juni und 10. Juni 1893, pg. 1148 n. 1214.)

Bastian beschreibt genau folgende 3 Fälle von Tumoren an der Schädelbasis, wo er Tuberculose für selten, Carcinom oder Sarcom für häufiger vorkommend hält.

1. T. H., 42jähriger Mann. Die Krankheit begann März 91 mit Taubsein am rechten Mundwinkel, der sich in 3—4 Monaten über die Gesichtseite ausbreitet. Gleichzeitig Schmerz über dem Unterkiefer, an der Seite des Kopfes und in der Warzenfortsatzgegend, sowie zwischen dieser und Hinterhaupt. Januar 92 Verziehung des Gesichts nach links. März 92 Ptosis des rechten Auges, Schwierigkeit beim Schlucken und Sprechen. Dann Verlust des Sehvermögens rechts. Gelegentlich heftiger Schmerz über dem rechten Auge. Unvermögen, den Kopf von einer Seite auf die andere zu bewegen, Unfähigkeit, die Kiefer zu öffnen und zu schliessen, also zu kauen. In den letzten 3 Wochen wird das Gehör schlechter, er wird auf dem rechten Ohr taub. Die Untersuchung ergibt folgendes Verhalten der Hirnnerven: Rechter Olfactorius: Geruch herabgesetzt, rechtes Auge blind, völlige Lähmung der Augenmuskeln rechts mit Ptosis. Complete Anästhesie der rechten Gesichtshälfte. Der Unterkiefer kann nicht geschlossen werden. Complete rechtsseitige Facialislähmung. Herabsetzung des Gehörs rechts. Verlust des Geschmacks auf der rechten Zungenhälfte. Gefühl an rechtem Gaumen und Schlund fehlt. Kein Reflex von hier auszulösen. Vagus: Schluckbeschwerden, schwache Stimme, kein Erbrechen, Athmung 24, Puls 60. Abmagerung des Sternocleidomast. und Trapezius rechts. Hypoglossus-parese und Atrophie der rechten Zunge. In den betroffenen Muskeln besteht Entartungsreaction. Das Epithel der rechten Cornea geschwollen und getrübt. B. theilt ausführliche Krankengeschichte und Section mit. Letztere ergab ausgedehntes Carcinom der rechten Schädelbasisknochen.

2. W. K., 41jähriger Mann, ward am 8. Juni 87 im University College Hospital aufgenommen, nachdem er 12 Monate vorher erkrankt war an Schmerzen im Kopf und Nacken (Warzenfortsatzgegend), einseitigem Kopfschmerz rechterseits, im Nacken doppelseitig. Nachts ist der Schmerz heftiger, Ohrensausen rechts. Dann tritt Schwerhörigkeit rechts auf, die Sprache wird undeutlich, nach einigen Monaten verliert er den Geschmack. Im März 87 traten Augensymptome ein. Zuerst kleben die Augenlider morgens zusammen, dann Doppelsehen. Schwäche in den Beinen. Keine Verletzung, keine Lues. Status praesens: Gehbeschwerden, beträchtliche Verdickung der Knochen beiderseits der Pfeilnaht in der hinteren Schläfengegend. Geschwollene Lymphdrüse in der rechten Nackengegend. Heftiger Schmerz in beiden Kiefergengenden und in der rechten Schädelseite. Pulsationsgeräusch im rechten Ohr, welches durch Druck auf die Carotis schwindet. Vor der Aufnahme öfters Schwindelgefühl. Undeutliche, langsame Sprache. Beide Papillae optic. geröthet, Pupillen mässig eng, reagiren. Rechter Abducens paretisch. Trigemimus und Facialis frei. Die Uhr wird beiderseits nur dicht vor dem Ohr gehört. An den vorderen zwei Dritteln der Zunge wird süß und salzig nicht unterschieden, aber wohl sauer. An dem hinteren Theil der Zunge und Gaumen ist der Geschmack erhalten. Etwas Schluckbeschwerden. Linke Gaumenhälfte höher als linke. Zunge weicht nach rechts ab. Sonst nichts abnormes. Nach 3monatlichem Spitalaufenthalt Tod, nachdem noch Parese des rechten Armes und Lähmung des linken Abducens aufgetreten war; die Knierreflexe fehlten, ebenso kein Fussclonus. Man fühlte eine Anschwellung über dem linken weichen Gaumen und eine diffuse Schwellung hinter dem linken Unterkieferast. Die

Section ergab grosses Sarcom an der Basis vom Keilbein bis zum Foramen magnum hin.

3. B. H., 42 Jahre alt, wurde am 27. Mai 73 im National Hospital for the Paralyzed and Epileptic aufgenommen. Im April 1872 scheint er ein Geschwür am Penis gehabt zu haben. Später viel Kopfschmerz linksseitig, zuerst hinter dem Ohr. Im Juli Lähmung des linken Facialis, October des rechten Facialis. Dann wird er plötzlich über Nacht taub auf dem linken Ohr und nach 3 Wochen auch auf dem rechten Ohr. Gleichzeitig wird die Zunge schwach. Subjective Gehörsempfindungen in beiden Ohren. Die Untersuchung ergab: Beide Faciales absolut gelähmt, Entartungsreaction. Er kann kein gesprochenes Wort hören, Der Gaumen hängt flach herab, beim Intoniren nach links verzogen. Die Abductoren der Stimmbänder beiderseits gelähmt (geprüft von Morell Mackenzie), aber rechts mehr als links; Articulation unvollkommen, Sensibilität im Kehlkopf herabgesetzt. Berührung des Gaumens erzeugt keinen Reflex. Geschmack sehr herabgesetzt. Der M. trapezus rechts sehr abgemagert, ebenso der Sterno-cleido-mastoidens rechts schmaler als links. Section fehlt.

B. glaubt, dass es sich hier nicht um einen Tumor, sondern um eine chronische Verdickung der Dura über der Basis der Occipital- und der benachbarten Theile der Schläfenknochen handelt (einfache Pachymeningitis oder eine Hyperostose).
Wichmann.

45) **Brissaud et Marie:** Diplégie faciale totale avec paralysie glosso-laryngo-cervicale chez deux frères.

(Le Bulletin médical 1893, Nr. 96.)

Ausführliche Schilderung eines interessanten Falles von gleichzeitiger Lähmung des musc. levator palpebrarum, sämtlicher Muskeln, die vom Facialis innervirt werden, der Zungenmuskulatur, der Kehlkopfmuskulatur und gewisser Muskeln am Halse, der dadurch noch mehr an Interesse gewinnt, dass der Bruder des Kranken von demselben Leiden befallen ist.

Es handelt sich um einen von gesunden Eltern abstammenden Knaben von 8 $\frac{1}{2}$ Jahren, der hinsichtlich seiner persönlichen Antecedentien nichts besonderes darbietet (Schenkelbruch, Masern, Mandelxstirpation). Im April 1892 nahm derselbe an einem pecuniären Verlust, der die Eltern stark betroffen hatte, regen Antheil; gleichzeitig wurde er von seinen Kameraden bei kalter Witterung mit dem Kopf unter einen Springbrunnen gesteckt und der Kopf darauf mit Schnee eingerieben. Damals stellten sich die ersten Störungen und zwar von Seiten des musc. orbis ein. Im Juni desselben Jahres fielen häufiges Verschlucken beim Trinken, im August Sprachstörungen, im October das ausdruckslose Gesicht auf. Ende December wurde folgender Status an dem Kinde aufgenommen: Das ganze Gesicht, sowie die Stirn sind absolut glatt, fibrilläre Zuckungen nur am Kinn vorhanden. Die Augen sind nicht weit zu öffnen, unvollständig zu schliessen, das Blinzeln selten und schwach. Pupillen reagiren prompt. Stirn und Augenbrauen vermögen keine Bewegung auszuführen. Die Haut auf dem Nasenrücken lässt sich noch runzeln; die Nasenflügel bleiben bei der Respiration unbeweglich, mit dem rechten Flügel sind schwache spontane Excursionen möglich, der linke bleibt absolut bewegungslos. Der Mund ist

für gewöhnlich geschlossen; zeigt normale Conturen, erscheint jedoch ein wenig weiter zu sein als nöthig ist. Lachen und Pfeifen sind nicht möglich, wohl aber Lichtausblasen. Beim Weinen vollzieht sich eine lebhaftere Bewegung der Kinnmuskeln. Oeffnen und Schliessen der Kiefer gelingt mit normaler Kraft, Zähne zeigen ist nicht möglich. Bei sitzender oder aufrechter Haltung verliert das Kind keinen Speichel, wohl aber passirt dies manchmal beim Liegen. Die Zunge wird herangestreckt, weicht jedoch nach links ab, ist sehr flach, klein, höckrig und zeigt überall fibrilläre Zuckungen. Das Zahnsystem ist für das Alter rudimentär entwickelt. Velum und Isthmus des Gaumens normal, desgleichen die Bewegung des Velums; Sensibilität bei Berührung und Reflexe erhalten, Schlingen beim Trinken erschwert; feste Speisen gehen glatt hinunter. Aussprache der Consonanten leidlich, ausgenommen das r. Stimmbänder von normaler Farbe; in der Ruhe, d. h. bei ruhigem Athmen ist der dreieckige Raum der Glottis schmaler, nicht wie gewöhnlich; bei der Phonation kommen sie gut aneinander. Die Stimme ist normal, aber defect wegen der fehlenden Resonanz im Munde und besonders in Folge der Zungenatrophie. Gehör-, Gesichts- und Geruchssinn intact. — An der Vorderseite des Halses fällt eine deutliche Abplattung desselben auf; es ist dies die Folge von Muskelatrophie. Besonders davon ergriffen zu sein scheinen die m. thyroidei und sternomastoidei; der Trapezius ist erhalten. In allen gelähmten Muskeln ist die faradische Erregbarkeit stark herabgesetzt, die galvanische nicht erhöht, eher herabgesetzt; Umkehr der Zuckungsformel besteht nicht.

An den Extremitäten besteht keine Atrophie oder Lähmung oder fibrilläre Zuckungen. Patellarreflexe erhöht, kein Fussclonus, keine Steigerung des Massetoren-Reflexes. Hautsensibilität erhalten, Herz und Lungen gesund.

Die vorliegende Beobachtung steht einzig in ihrer Art da, einmal wegen des gleichzeitigen Zusammentreffens der Lähmungen so verschiedenartiger Muskeln bezw. Nerven, im besonderen der Glossolabialparalyse mit der Paralyse des oberen Facialisastes einerseits, sowie dieser letzteren (m. orbicularis) mit der Paralyse des m. levator palpebrarum andererseits, zum zweiten wegen des Auftretens derselben Erscheinungen beim Bruder des uns hier interessirenden Kranken. In welcher Weise dieses eigenthümliche Befallensein zweier Brüder von demselben morbiden Prozesse aufzufassen ist, bleibt noch unaufgeklärt; eine Intoxication, wie sie für andere Fälle von Bulbärparalyse angenommen wird, ist hier nicht nachzuweisen.

Buschan.

46) **R. Gurrieri (Reggio):** Degenerazione del midollo spinale nell'avvelenamento sperimentale per fosforo.

(Riv. sper. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 2, 3.)

Bei einem Hunde, der während eines Monats täglich Phosphor gefressen hatte, fand Verf. bei der Section ausser der fettigen Degeneration der Eingeweide eine durch das ganze Rückenmark sich erstreckende Degeneration der Pyramidenseitenstränge wie auch der Hinterstränge. Da bisher noch keine Degenerationen des Nervensystems in Folge von Phosphorvergiftung beschrieben sind, so verdient diese Beobachtung besondere Beachtung.

Strauscheid.

47) **E. Sonnenburg:** Ein Fall von Erkrankung des Schultergelenks bei Gliomatose des Rückenmarks. (Nach einem Vortrag in der Charité-gesellschaft 13./VII. 1893.

(Berl. klin. Wochenschrift.)

Die Arthropathien bei Syringomyelie oder Gliomatose des Rückenmarks unterscheiden sich in keinem wesentlichen Punkte von den tabetischen Arthropathien. Wie diese entwickeln sie sich meist spontan, plötzlich, ohne Fieber, ohne Schmerzen und führen bald zur Bildung von Schlottergelenken und Luxationen, bald zu osteophytischen Neubildungen, und ebenso wie bei Tabes ist die hypertrophische Form häufiger wie die atrophische. Der einzige Unterschied beruht in der verschiedenen Localisation. Während bei Tabes, die vorzugsweise im unteren Dorsal- oder Lendenmark beginnt, gewöhnlich die unteren Extremitäten befallen sind, betreffen die Arthropathien bei Gliomatose, deren Sitz vorzugsweise das Cervical- und obere Dorsalmark ist, naturgemäss die oberen Extremitäten. Am häufigsten wird das Schultergelenk afficirt. Einen solchen Fall beschreibt S. näher.

Patient, ein 50jähriger Drehorgelspieler, welcher mit der linken Hand zu spielen pflegte, zeigt völlige Atrophie des linken Humeruskopfes; das deutlich abgerundete Ende des Humerus ist frei beweglich, die passiven Bewegungen in allen Richtungen möglich (Schlottergelenk), die activen sehr vermindert; die linke Schulter deutlich abgeflacht, die Muskeln besonders des Oberarms links stark atrophisch. Im übrigen bei Fehlen tabetischer Symptome Herabsetzung der Temperatur und Schmerzempfindung am linken Arm, die Thermoanästhesie nimmt ausserdem noch einen Theil des Halses und Brustkorbes ein.

Hoppe.

48) **James B. Coleman und Joseph O'Carroll:** A case of Syringomyelia.

(The Lancet, 12. Aug. 1893, pg. 362.)

Die Autoren theilen einen Fall von Syringomyelie bei einem 36jähr. Mann mit. Er hatte folgende charakteristischen Symptome: Complete Atrophie des rechten claviculo-occipitalis, diffuse trophische Veränderungen in den meisten Structuren des rechten Armes und in geringerem Grade in jenen des linken, deutliche spastische Erscheinungen am rechten Bein, geringe im linken, Verlust der Berührungsempfindung in einer breiten Zone des rechten Armes und an der rechten Rumpfseite, Verlust der Schmerzempfindung in einer entsprechenden hypästhetischen Zone des linken Armes und linken Rumpfes. Verlust der Temperaturempfindung in beiden Zonen der Anästhesie und Analgesie und ferner auf der rechten Wange; Verlust des Muskelgefühls im rechten Arm, Empfindlichkeit auf Druck in der rechten unteren Rippengegend. Abbildungen erläutern das.

Wichmann.

49) **Ad. Schüle:** Die Lehre von der spastischen Spinalparalyse.

(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., IV. Bd., 3. Heft, pg. 161, 1893.)

Die Arbeit ist eine gedrängte Wiedergabe der über dasselbe Thema handelnden Inaugural-Dissertation des Verfassers. Er kommt darin zu folgenden Schlüssen: Die spastische Spinalparalyse ist eine klinisch wohl characterisirte, von anderen spinalen Affectionen unschwer abzugrenzende

Krankheit, die sich über lange Jahre (bis zu 17) hin erstreckt. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Systemerkrankung, wenn auch noch keine ganz genau beweisende Sectionsfälle vorliegen. Die spastische Spinalparalyse muss als eine Krankheit sui generis aufgefasst werden, wenn es auch selten ist, dass die Krankheit intra vitam pathologisch-anatomisch bestimmt diagnosticirt wird, da in ihrem weiteren Verlauf stets Symptome auftreten können, welche neben der Erkrankung der Pyramidenbahnen noch auf die Affection anderer Zellgruppen oder Fasern im Mark schliessen lassen. Die Arbeit S.'s giebt den dormaligen Standpunkt der Anschauungen von Erb wieder, in dessen Klinik sie angefertigt wurde. Ref. bekennt sich auf Grund mehrerer Beobachtungen von Fällen von langer Krankheitsdauer ebenfalls zu diesem Standpunkte.

R. Wichmann.

50) **Strümpell**: Ueber die hereditäre spastische Spinalparalyse.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk., IV. Bd., 3. Heft, pg. 173, 1893.)

Im Anschluss an eine ausführlich mitgetheilte neue Beobachtung mit ausgesprochener Heredität kommt St. zu nachstehendem Resultat: Unter dem Einfluss einer abnormen angeborenen Veranlagung entwickelt sich zuweilen eine sehr langsam fortschreitende primäre systematische Degeneration in der Pyramidenbahn. Dieses Leiden tritt in der Regel familiär auf. Ein Fall bei einem weiblichen Individuum sei noch nicht beobachtet. Die ersten Anzeichen der Krankheit beginnen am häufigsten ca. im 20.-30. Lebensjahre in Form einer rein spastischen Bewegungsstörung der Beine (spastischer Gang). Erst nach vielen Jahren kommt es zu wirklicher spastischer Parese und Paraplegie der Beine. Die zu den obern Extremitäten, zu der Zunge, den Lippen etc. gehörigen Abschnitte der Pyramidenbahn erkranken viel später und seltener. In der Regel scheint sich die Erkrankung der Pyramidenbahn schliesslich mit leichten Degenerationen anderer Systeme, besonders der Kleinhirnseitenstrangbahn und der Goll'schen Stränge zu verbinden, worauf besonders Temperatursinn und Blasenstörungen hinweisen.

R. Wichmann.

51) **W. E. Tresidder**: Three cases of hereditary ataxie (Friedreich's disease).

(The Lancet, 5. Aug. 93, pg. 304.)

T. beschreibt drei Geschwister, welche an hereditärer Ataxie leiden. Die drei Krankengeschichten gleichen einander sehr.

1. Fall. 50jährige Frau. Im Alter von 12 Jahren wird ihr Gang im Dunkeln unsicher, bis zum 18. Jahre wird sie wegen Scoliose behandelt. Im 23. Jahre wird ihr Betruhe verordnet; sie liegt 15 Monate. Das hat keinen Einfluss auf den schlechten Gang. Im 24. Jahre werden auch die Arme afficirt, so dass ihr das Schreiben beschwerlich wird. Im 30. Jahre Betheiligung der Sprache. Vom 34. Jahre kann sie wegen der Unsicherheit nicht mehr ausgehen. Sie hat niemals Schmerz gehabt, ausser bei kalter Witterung in den Beinen. Niemals Parästhesien. Status praes.: Guter Ernährungszustand, Unvermögen, allein zu gehen und zu stehen, die Füsse haben talipes-varus-Stellung, Bewegung der Beine langsam und unregelmässig, Schreiben mit grosser Schwierigkeit, Bewegungen des Kopfes auch unregelmässig, Sprache undeutlich, keine Muskelatrophie, links convexe

Dorsal-Scoliose, Händedruck gut, Patellarreflexe fehlen, kein Fussclonus, Berührungs- und Schmerzempfindung normal, sie ist nicht immer über die Stellung und Lage ihrer Extremitäten orientirt, an den Kopfnerven nichts abnormes, Pupillen gleich, klein, reagiren normal.

2. Fall. 49jährige Frau, Schwester der vorigen. Die Gehbeschwerden beginnen im Alter von 13—14 Jahren. Scoliose. Auch die Arme werden später ergriffen. Gelegentlich unwillkürliche Krämpfe in den Armen und Beinen, denen mitunter eine momentan prickelnde Empfindung vorhergeht. Sprache schon von Kindheit an undeutlich. Zeitweise Kopfschmerz.

3. Fall. 42jähriger Mann, Bruder der vorigen. Gut gebaut, gesund aussehend. Mit 19 Jahren Unsicherheit beim Gehen. Mit 29 Jahren kann er nicht mehr allein ausgehen. Hat keine Schmerzen gehabt, dagegen Parästhesien (Prickeln) in den Händen, besonders Nachts, aber niemals in den Beinen.

Wichmann.

52) H. Senator: Ueber hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit). Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 16/III. 1893.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 21.)

Patient, 19jähriger Bursche, hat (neben 4 gesunden Geschwistern) eine 32jährige, von Kindheit an mit derselben Krankheit afficirte Schwester, deren Leiden bereits so weit vorgeschritten ist, dass sie sich kaum noch rühren kann. Auch beim Patienten selbst scheint die Krankheit von Jugend an zu bestehen, doch konnte er trotz schlechten Ganges die Schule besuchen und später sich als Gärtner beschäftigen. Erst in den letzten Jahren hat sich das Leiden so gesteigert, dass er arbeitsunfähig wurde.

Bei der Vorstellung zeigte der Kranke beim Stehen starkes Schwanken, welches bei geschlossenen Augen sich noch steigert und ihn in Gefahr bringt, hintertüber zu fallen. Gang mit vorgebeugtem Oberkörper breitbeinig, unsicher, ein wenig stampfend, leicht zickzackartig. Bei langem Stehen oder Gehen tritt Zittern und Schwindelgefühl ein, worüber auch sonst noch oft geklagt wird. Beim Sitzen oder Liegen keine motorischen Störungen; keine Ataxie, grobe Kraft und Sensibilität ungestört, Patellarreflexe sehr herabgesetzt, dagegen Cremaster und Bauchreflexe verstärkt. Electriche Erregbarkeit in mässigem Grade herabgesetzt. An den oberen Extremitäten ist nur leichte Ermüdbarkeit zu constatiren. An den Augen geringer horizontaler Nystagmus. — Sprache langsam zögernd schwerfällig, etwas monoton. Dadurch wird geistige Schwerfälligkeit vorgetäuscht. Psyche aber normal.

An die Besprechung dieses Falles schliesst S. einige interessante Bemerkungen. Gegenüber dem Missbrauch, jede in der Kindheit erstandene oder auf hereditärer Anlage beruhende Schwäche und Steifigkeit der unteren Extremitäten mit irgendwelchen Coordinationsstörungen als Friedreich'sche Krankheit zu bezeichnen, betont S., dass diese Krankheit characterisirt ist durch einen auf hereditärer Basis in der Kindheit oder um die Pubertätszeit auftretenden Complex von Erscheinungen, unter welchen die wichtigsten sind: Schwäche und Unsicherheit in den Beinen mit „statischer“ Ataxie, Nystagmus, Schwerfälligkeit der Sprache und Abschwächung oder Aufhebung der Patellarreflexe (während Pupillenstarre und Störungen der Sensibilität, der Blase und des Mastdarms fehlen).

Des weiteren sucht S. aus der Litteratur und aus den Symptomen zu beweisen, dass die Friedreich'sche Krankheit nicht, wie die allgemeine Ansicht geht, eine combinirte Systemerkrankung des Rückenmarks ist (daher auch nichts mit der atactischen Paraplegie von Gowers zu thun hat), sondern auf einer meist durch familiäre Anlage bedingten congenitalen Atrophie des Kleinhirns beruht, die wahrscheinlich mit einer ebensolchen Atrophie der Medulla und des Rückenmarks einhergeht. Dazu können dann noch wie in allen Kleinhirnaffectationen secundäre Degenerationen hinzutreten, welche das Krankheitsbild compliciren.

Der vorgestellte Fall hat den Vorzug, dass er das uncomplicirte Krankheitsbild giebt. Hoppe.

53) **John Mc Gaw**: Notes of a case of Friedreich's disease or hereditary ataxie in a girl eight years of age.

(The Lancet, 26. Aug. 93.)

Nach Angabe der Mutter ist das 8jährige Mädchen bis vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren gesund gewesen und zur Schule gegangen. Dann bekam sie Masern, Keuchhusten und acute Bronchitis. Während der Reconvalescenz hiervon stellte sich Schwäche in den Beinen ein. Sie ist das älteste von 3 Kindern, von denen 2 Knaben sind. Der eine Junge starb früh an Bronchopneumonie, der andere ist 5 Jahre alt und gesund. Ausser Tuberculose liegt keine Heredität in der Familie vor. Interessant ist, dass das an Friedreich'scher Ataxie leidende Mädchen auch an choreiformen Bewegungen leidet.

Wichmann.

54) **Mendel**: Ein Fall von Hemiatrophia faciei.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 51.)

Die Krankheit begann bei der 60jährigen Frau October 92 ausgeblüht in Folge von Gemüthserschütterungen mit ziemlich heftigen und ausgebreiteten Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte, welche ihr in den ersten Monaten ungemein kalt, wie abgestorben, erschien. April 93 zeigten sich einzelne gelbe Flecke an den Verzweigungsstellen des 2. und 3. Astes des rechten Trigemini und M. konnte eine Anästhesie der ganzen rechten Gesichtshälfte constatiren. Seitdem konnte M. die Entwicklung der Atrophie deutlich verfolgen. Dieselbe ist besonders ausgeprägt im Bereiche der Zygomatici und des Levator anguli oris (nicht betheiligt ist vorläufig die Zungenmuskulatur, nicht erheblich die vom motorischen Trigeminiaste versorgte Muskulatur). Dagegen ist die Hemianästhesie allmählig bis auf geringe Spuren geschwunden. So erklärt sich, warum man bei veralteten Fällen, die gewöhnlich in Beobachtung kommen, die auf Neuritis zurückweisende Sensibilitätsstörung meist nicht mehr findet. Hoppe.

55) **Stabsarzt Hochstetter**: Ein Fall von Erb-Duchenne'scher Lähmung in Folge Zangendrucks bei hoher Zangenanlage. — Vortrag in der Ges. der Charité-Aerzte am 4. Mai 1893.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 42.)

Die Simpson'sche Achsenzugzange wurde bei der 18jährigen Erstgebärenden mit allgemein verengtem Becken nach 30stündigem Geburts-

verlauf angelegt, als die Herztöne anfangen schlecht zu werden und zwar wegen Hochstand des Kopfes nur wenig im schrägen Durchmesser. Der Kopf folgte der Zange nur schwer und langsam. Obgleich die Zange, um Druckverletzungen zu vermeiden, nach jedem Zuge geöffnet wurde, zeigte das Kind zwei Druckmarken, die eine über dem rechten Auge, die andere im linken Nacken am vorderen Rande des *M. cucullaris* wenig über dem Schlüsselbein. Die Zange hatte augenscheinlich dabei einen Druck auf den Plexus brachialis ausgeübt. Am nächsten Tage zeigte sich nämlich eine deutliche Lähmung des linken Armes, welche am 5. Tage noch zunahm, um am 3. wieder etwas abzunehmen. Die genauere Untersuchung ergab eine unvollständige Lähmung der Schultermuskeln und der Strecker des Armes. Die Muskeln lassen sich nur direct, aber nicht von den Nerven aus durch electriche Reize zur Contraction bringen.

Hoppe.

56) **H. Jacoboëus**: Om periferø Neuriter ved kronisk Alkoholisme. (Afhandling for Doktorgraden. Kjöbenhavn 1893.)

In der vorliegenden Abhandlung giebt der Verf. eine Uebersicht über die multiple Neuritis, welche sich auf der Basis des chronischen Alcoholismus entwickelt. Hauptsächlich stützt er sich auf die in der Litteratur vorliegenden Mittheilungen, indem er seine Darstellung durch einige Krankengeschichten aus dem Communehospital illustriert.

Koch (Kopenhagen).

57) **Noble Smith**: The treatment of spasmodic torticollis by excision of nerves.

(The Lancet, 26. Aug. 93, pg. 493.)

S. berichtet über 5 Fälle von Accessoriuskrampf, welche durch Resection des Accessorius bedeutend gebessert wurden.

Wichmann.

58) **A. D. Rockwell** (New-York): The treatment of exophthalmic goitre, based on forty-five cases. (Ueber die Behandlung des Morbus Basedowii an der Hand von 45 Fällen.)

(The Med. Record, 30. Sept. 93.)

Während bei der Behandlung der Basedow'schen Krankheit die gewöhnlich angewandten Arzneimittel wenig Nutzen, nicht selten sogar Schaden bringen (nur in gewissen seltenen Fällen erweist sich Eisen, Digitalis, Strophanthus, Ergotin, Brom hilfreich), besitzen wir, abgesehen von gewissen hygienischen und diätetischen Massregeln, in der Electricität ein mächtiges Hilfsmittel zur Bekämpfung der Krankheit. Doch soll man sich nach B. in vielen Fällen nicht auf den übrigens stets genügend kräftig anzuwendenden galvanischen Strom beschränken, sondern zugleich die allgemeine Faradisation in längerer Dauer benutzen. Von 45 Fällen, die Verfasser der combinirten Behandlung mit Arzneimitteln und dem galvanischen und faradischen Strom unterzog, wurden 14 vollständig oder nahezu geheilt und 27 mehr oder weniger gebessert. Die mitgetheilten 14 Krankengeschichten bieten manches Interessante.

Voigt (Oeynhausen).

59) **Paul Flechsig**: Ueber eine neue Behandlungsmethode der Epilepsie.*)
(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 7.)

Trotz der Wichtigkeit, welche die Mittheilungen Flechsig's über eine neue Behandlung der Epilepsie zu beanspruchen schienen, war das Referat darüber bisher vertagt worden, weil Verf. noch eine Fortsetzung seiner Mittheilungen verkündet hatte. Da aber seitdem ein halbes Jahr verstrichen ist, ohne dass die versprochene Fortsetzung erschienen ist, glaubt Ref. dieselbe nicht länger abwarten zu dürfen und vorläufig das wesentlichste der neuen Behandlungsmethode, von welcher F. die eclatantesten Erfolge erzielt haben will, anzuführen.

Dieselbe besteht in einer Verbindung der Opiumbehandlung mit der Bromtherapie.

Der Kranke bekommt zuerst 6 Wochen lang 2—3mal täglich Opium (Pulv. od. Extr.) in langsam steigenden Dosen von 0,05 bis 0,35. Dann wird das Opium plötzlich entzogen und dafür sofort Brom in grossen Dosen (7,5 pro die) eingesetzt und ca. 2 Monate lang fortgesetzt, um allmählig entzogen zu werden. Wenn auch in manchen Fällen schon während der Opiumbehandlung die Anfälle vermindert wurden oder aufhörten (präparatorische Wirkung des Opium), trat die volle Wirkung doch erst nach Einleitung der Bromtherapie ein. Die plötzliche Entziehung des Opium unter Einsetzung des Brom scheint F. das wesentlichste zu sein.

Hoppe.

60) **Gautier et Larat**: Méthode hydro-électrique.
(Bericht in Le Bull. méd. 1893, Nr. 95.)

Die Verf. fassen ihre Resultate über die Wirksamkeit der hydro-electrischen Bäder mit dem courant alternatif sinusoidal (farad. Wechselstrom?), die sie an 207 Kranken gewonnen haben, unter folgende Gesichtspunkte zusammen.

1. Das hydroelectrische Bad, auf die ganze Körperoberfläche angewandt, ist ein mächtiges Anregungsmittel für die Ernährung.
2. Es bessert oder heilt die Affectionen, die auf Ernährungsstörungen beruhen, wie Eczem, subacuten oder chronischen Rheumatismus, Ischias, Gicht, die verschiedenen Formen der Arthritis, die Obesitas, Chloroanämie, lymphatische Zustände und die Rachitis.
3. Es ist ebenfalls von günstigem Einfluss in Fällen von (selbst allgemeiner) Muskelatrophie und infantiler Paralyse.

Buschan.

61) **Mansell Moullin**: A case of nerve transplantation; remarks.
(The Lancet, 23. Juni 1893. pg. 1516.)

Mittheilung eines Falles, in dem einige Jahre nach einer Nervenverletzung die Transplantation und Einnähung eines Stückes thierischen Ischiadicus gemacht wird, aber ohne Erfolg bleibt, weil der transplantierte Nerv resorbirt wird.

Wichmann.

*) Anm.: Cfr. Bericht über die Naturforscherversammlung in Nürnberg 1893, dieses Centralblatt 1894, pg. 49.

62) **Zwardemaker (Utrecht):** Zur Methodik der klinischen Olfactometrie. (Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 21.)

Unter Kritik der bisher angegebenen Methoden (von Valentin-Passy, Fröhlich, Aronsohn, Zwardemaker, Henry und Savelieff) glaubt Z. folgende Forderungen für eine olfactometrische Methode, die sich klinisch bewähren soll, aufstellen zu müssen:

1. dass sie erlaubt, mit den schwächsten Reizen anzufangen und erst allmählig zu den stärkeren überzugehen.
2. dass man sehr schnell und in continuirlicher Reihe von den schwächsten zu den stärksten Riechreizen steigen kann.

Während der ersteren Forderung die Methoden von Valentin-Passy und Fröhlich entsprechen, glaubt Z., dass seine Methode der in einander zu schiebenden Cylinder beide Forderungen erfüllt. Dieselbe besteht kurz darin, dass ein poröser Porzellancyliner von bestimmtem Kaliber mit irgend einer Riechflüssigkeit getränkt (Z. benützt gewöhnlich 1⁰/₀ Aqua laurocerasi) über ein Glasrohr geschoben wird, an welchem man riecht. Statt dessen kann man auch ein weites Glasrohr nehmen und dessen Wand mit Filtrirpapier bekleiden, welches die Riechflüssigkeit aufnimmt. Jedenfalls erlaubt das Princip, auf welchem diese und andere Variationen beruhen, die Reizintensität in wenigen Augenblicken von 0 bis zu beliebiger Höhe zu steigern. Der Genauigkeit wegen ist es zweckmässig, die Reihe von Intensitätsstufen auf 3 Cylinder mit ganz schwacher, mittelstarker und concentrirter Lösung zu vertheilen.

H o p p e.

63) **San.-Rath v. Foller:** Ein Maassstab für die sogenannte grobe motorische Kraft.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 22.)

Als solchen Maassstab nimmt F. die Kniebeuge resp. die Kraftaufwendung der bei der Kniebeuge beteiligten Muskeln des Ober- und Unterschenkels (die Waden- und Gesässmuskeln, biceps, semimembranosus, semitendinosus und quadriceps), welche bei der Kniebeuge dem Körpergewicht das Gleichgewicht halten müssen. Wird die Gesamtwirkung aller dieser Muskeln bei der Kniebeuge als grobe motorische Kraft bezeichnet, so gilt nach den Gesetzen der Mechanik, wie F. mathematisch entwickelt, der Satz:

Die grobe motorische Kraft (Q) ist gleich dem doppelten Körpergewicht (P) mal der Cotangente des halben Beugewinkels (α) oder in einer Formel $Q = 2 P \cot \alpha/2$.

Dieses Gesetz gilt aber nur unter der Voraussetzung, dass die Halbirungslinie des Beugungswinkels horizontal verläuft, was nach F. bei Winkeln über 110° der Fall sein soll (jedenfalls verläuft auch dann die Halbirungslinie nur annäherungsweise parallel. R. f.) Da aber selbst Tabiker und Apoplectiker das Knie bis zum Rechten und weiter beugen können, so muss man den Patienten so viel Gewichte (P_1) anhängen, bis die Patienten nicht mehr im Stande sind, die Kniee unter 110° zu beugen. Die Formel lautet dann: $Q = (2 P + P_1) \cot \alpha/2$.

H o p p e.

64) **C. Rossi (Reggio):** Le alterazioni del respiro nei psicopatici.

(Riv. sperim. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Bei der graphischen Untersuchung der Athmung einer grossen Zahl von Geisteskranken fand B., dass man in der That häufig Aenderungen in den Athmungsbewegungen findet, die aber nicht von der einzelnen Krankheitsart abhängen, sondern durch die ja bei vielen Krankheitsformen vorkommenden fundamentalen Symptome der geistigen Depression oder Exaltation bedingt sind. In dem ersteren Zustande beobachtet man verlangsamte und oberflächliche, in dem letzteren schnelle und vertiefte Athembewegungen. Gesellt sich zu der geistigen Depression starkes Angstgefühl, so werden die Athembewegungen noch oberflächlicher, aber zugleich ausserordentlich rasch; zuweilen beobachtet man in ähnlichen Zuständen einen deutlichen Tremor der Respirationsmuskulatur, der von Zitterbewegungen anderer Natur sich sehr deutlich unterscheidet. Bei der Dementia paralytica beobachtete Verf. ausser denjenigen Athemstörungen, welche, wie schon gesagt, von der veränderten geistigen Functionirung abhängen, in jedem Falle (20 Kranke), auch im Beginne der Krankheit, eine ganz charakteristische, sonst nicht beobachtete Zitterbewegung, die vielleicht von diagnostischer Bedeutung im Anfange der Krankheit sein dürfte, wenn andere Beobachtungen in grösserem Umfange die Befunde des Verf. bestätigen.

Strauscheid.

65) **A. Pieraccini:** Mutismo accessuale in donna alienata da stato allucinatorio del centro verbale psico-motore.

(Riv. sperim. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 1)

Bei einer 62jährigen Nonne, welche seit 4 Jahren an Paranoia erkrankt ist und zahlreiche Verfolgungs- und Grössenideen, sowie viele Sinnestäuschungen hat, treten von Zeit zu Zeit (etwa alle Monate) Anfälle von Stummheit auf, welche einige Stunden bis zu 2 Tagen dauern. Während dieser Zeit hat Patientin meist ihr gewöhnliches, ruhiges und geordnetes Benehmen, ist nur ärgerlich und zornig über diejenigen, welche sie alsdann fragen; im Anfange dieses Zustandes sieht man auf eine Frage hin das Gesicht einen bestimmten Ausdruck, der von Gesten begleitet wird, annehmen und zugleich die Lippen von einem feinen Zittern bewegt werden. Fragt man die Patientin nach überstandenen Anfalle, wesshalb sie nicht gesprochen habe, so antwortet sie, dass in der Zeit, wo sie an das Wort, welches sie sagen wollte, dachte, das Wort ihr schon aus dem Munde entschlüpfte, so dass sie es nicht mehr laut aussprechen könnte. Bei dieser Erklärung blieb sie stets, führte übrigens das Ganze auf Machinationen der feindlichen Aerzte zurück.

Verf. erklärt die interessante Krankheitsäusserung derart, dass er annimmt, in Folge eines periodisch auftretenden Reizzustandes des psychomotorischen Wortcentrums entstehen bei der Kranken psychomotorische Worthallucinationen (Séglas, Tamburini), so dass sie Dinge gesagt zu haben glaubt, die sie in Wirklichkeit nicht sagte. Dieser hallucinatorische Zustand braucht nicht während der ganzen Zeit der Stummheit anzuhalten, vielmehr ist es wahrscheinlich, dass, nachdem die Kranke einmal in den Zustand der Stummheit gerathen ist, sie darin verharret in Folge ihrer wahnhaften feindlichen Interpretation dieser Erscheinung.

Strauscheid. 

66) **E. Morselli**: Sul cloralosio nell'insonnio dei neuropatici e degli alienati. (Bolletino della r. Accad. med. die Gen., Bd. 8, Nr. 27.)

67) **C. Rossi** (Reggio): Sull'azione ipnotica e terapeutica del cloralosio nelle malattie mentali.

(Riv. sper. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Von Hanriot und Richet wurde zu Anfang dieses Jahres ein neues Schutzmittel empfohlen, welches aus Chloral ($C_2 H Cl_3 O$) plus Glycose ($C_6 H_{12} O_6$) minus Wasser besteht, also die Formel $C_8 H_{11} Cl_3 O_6$ hat und von den Verf. Chloralose genannt wurde. Nach den bis jetzt vorliegenden Berichten von 12 französischen und italienischen Beobachtern scheint es sich hier um eine wirkliche Bereicherung des Arzneischatzes zu handeln. Nach den physiologischen Untersuchungen der ersten Beobachter wirkt das Mittel wesentlich nur auf die Hirnrinde lähmend, während die Erregbarkeit der weissen Substanz unverändert bleiben soll; demnach wäre es ein besonders die Psyche lähmendes Gift, während die übrigen Hypnotica zugleich die übrigen Theile des Centralnervensystems mehr in Mitleidenschaft ziehen. Chloralose führt bei Gesunden schon in Dosen von 0,2—0,4 gr oft Schlaf herbei, während bei Geisteskranken meist 0,5—0,8 nöthig ist; übrigens hängt die schlafmachende Dosis nicht etwa von der Krankheit, sondern von der Individualität des Kranken ab und tritt die ja auch sonst oft beobachtete verschiedene Reaction der einzelnen Individuen auf eine gleiche Dosis bei diesem Medicamente noch stärker hervor. Der Schlaf tritt spätestens nach einer Stunde ein und ist ein ruhiger, leiser; viele Personen werden durch leichte Geräusche aufgeweckt, schlafen dann aber auch meist wieder ruhig ein. Nach dem Schlafe fehlen irgend welche unangenehme subjective Sensationen meist völlig, vielmehr fühlen sich die Individuen erquickt und gestärkt. Rossi hat insbesondere die Wirkung des Mittels auf Puls, Athmung und Temperatur genauer studirt. Er fand, dass bei seinen Kranken sich keinerlei Einfluss auf Puls und Respiration feststellen liess; ebenso wenig wurden Verdauungsstörungen beobachtet, dahingegen konnte R. mehrmals eine Temperaturniedrigung um 2 bis 6 Decigrad feststellen. Nur in sehr wenigen Fällen wurde nach dem Gebrauche von Chloralose das Auftreten motorischer Störungen, wie Ataxie, Tremor und Muskelzuckungen beobachtet. Ferranini und Casaretti beobachteten einmal das Auftreten von Hallucinationen, Schwindel und Blasenincontinenz. Lombroso sah einmal Zittern und völligen Gedächtnissverlust, in einem anderen Falle lebhaftes Zucken und in einem dritten Falle leichte Lähmungserscheinungen mit drohender Asphyxie; trotzdem ist auch Lombroso der Ansicht, dass Chloralose zu den unschädlichsten Narcoticis gehört.

Wie alle übrigen eigentlichen Hypnotica hat auch Chloralose keinerlei deutlichen Einfluss auf den Ablauf der Geisteskrankheiten; öfters gegebene fractionirte Dosen scheinen in hallucinatorischen Zuständen günstig zu wirken; so sah R. in einem Falle die Hallucinationen nach 0,1 Chl. stets auf einige Stunden verschwinden zur grossen Freude des Kranken.

Strauscheid.

68) **G. Mingazzini (Roma):** Intorno ad un caso di psicosi transitoria post-influenzale.

(Bolletino della Acc. med di Roma 1893, Bd. 9, H. 3.)

Ein 30jähriger kräftiger Mann, der sich trotz eines Influenzaanfalles gar nicht geschont, sondern seine Geschäfte voll verrichtet hatte, wurde am 7. Tage nach Ueberstehen dieser Krankheit plötzlich Morgens verwirrt, verwechselte die Personen, redete verkehrt mit ihnen, zeigte minutenlang ein ganz erschrecktes Gesicht etc. Abends war er wieder wohl und gab an, fremde Personen, einen grossen Hund etc. gesehen zu haben. Er blieb in der Folge gesund, so wie er es früher stets war. Eine ähnliche kurz dauernde hallucinatorische Psychosis transitoria nach Influenza scheint von anderer Seite noch nicht veröffentlicht worden zu sein.

Strauscheid.

69) **G. Amadei:** Un omicida-suicida.

(Riv. sper. di freniatria, Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Verf. hatte ein Gutachten abzugeben über einen 28jährigen Ziegelbäcker, welcher eines Tages anscheinend ganz ruhig zuerst seine 24jährige Geliebte, mit welcher er jahrelang in einem Liebesverhältniss gestanden hatte, mit 2 Revolverschüssen in die Brust, dann sich selbst mit einem Schusse in die rechte Schläfe schwer verletzt hatte. Der des Mordversuches Angeklagte entstammt einer Familie, in der eine Reihe Trinker, Geisteskranke und Sonderlinge vorkamen. Er selbst zeigte immer einen Hang zur Einsamkeit, zur Melancholie; er war überspaunt sentimental, schwelgte in überschwänglichen Gefühlen und Ideen. Auf diesem Grunde entwickelte sich bei dem Angeklagten eine Melancholie. Er wurde in Folge einiger Widrigkeiten, die er in seinem Liebesverhältniss erfuhr, lebensüberdrüssig, pries in seinen Briefen und Reden das Glück des Todes, und da er seine Geliebte auf ewig an sich gebunden glaubte, so beschloss er, auch diese des Glückes (d. i. des Todes) theilhaftig werden zu lassen, sie ebenso wie sich dem irdischen Jammer und Elend zu entziehen. Er war fest überzeugt, dass seine Geliebte durchaus von denselben Ideen böseelt werde wie er und dass sie also unzweifelhaft gern sein Schicksal theilen wolle. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die That des Angeklagten eine directe Folge seiner geistigen Störung war, so dass er nicht dafür verantwortlich gemacht werden könne.

Strauscheid.

70) **G. C. Ferrari (Reggio):** La degenerazione nello stile dei paranoici erotici.

(Riv. sper. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Bekanntlich giebt es eine grosse Anzahl von Paranoikern, welche nicht nur gern schreiben und alle Papierfetzen mit ihren Ideen bedecken, sondern auch nicht selten in ganz absonderlicher Weise, wie sie sonst nirgendwo Brauch ist, ihre Gedanken ausdrücken. Verf. hat bei einer besonderen Species der Paranoiker, den Erotomanen, eine ganz besonders grosse Fülle von Eigenheiten des Stils gefunden; die mitgetheilten Proben zeigen, wie verwickelt, wunderlich und dunkel ihre Schreibweise ist, wie sie sonderbare Interpunctionszeichen an den mannigfachsten unsinnigen

Stellen häufen, wie sie neue orthographische und syntactische Constructionen machen, wie zuweilen neben einer normalen zugleich eine bei anderen Gelegenheiten gebrauchte barocke Schreibweise existirt etc. Verf. sucht nachzuweisen, dass diese Eigenheiten in früheren Zeitperioden grossentheils gebräuchlich waren und demnach als einfache atavistische Rückfälle zu betrachten seien; dieselben seien nur der Ausdruck des fundamentalen Degenerationszustandes derjenigen, welche sie anwenden. Vielleicht kann diese seltsame und absichtliche Dunkelheit und Verdrehtheit des Stiles, wenn sie bei Geisteskranken beobachtet wird, unter Umständen die Diagnose einer erotischen (oder religiösen) Paranoia mit stützen. Verf. bespricht im Vergleiche mit diesen Leistungen von Irren die Schriften einer Reihe neuerer mystischer, französischer Schriftsteller, sogen. Symbolisten, in denen er theils die Werke echter Paranoiker, theils die Werke von Imbecillen etc. erkennt.

Strauscheid.

71) **L. Daraszkiwicz**: Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. (Diss. Dorpat 1892, 151 S.)

Die durch eine sehr sorgfältige Uebersicht der bezüglichen deutschen, französischen, englischen und russischen Litteratur eingeleitete Arbeit gelangt zu dem Resultat, dass der Begriff der Hebephrenie aufrecht zu erhalten und in gewissem Sinne zu erweitern sei. — Obgleich Niemand die Richtigkeit und Realität der Kahlbaum-Hecker'schen Beobachtungen in Frage gestellt hat, ist der Krankheitsbegriff Hebephrenie nicht zu allgemeiner Anerkennung gekommen. Ganz genau dem von Hecker entworfenen Bilde entsprechende Fälle finden sich nicht allzu häufig und nicht in jedem Material. Dagegen scheint es die verschiedensten Uebergänge zu Störungen leichteren und schwereren Grades und zu andersartigen klinischen Typen zu geben, sowohl was den Verlauf als auch was den Ausgang betrifft. Daraus erklärt sich die Anschauung vieler Autoren, dass die Hebephrenie nur eine Erscheinungsform des Pubertätsirreseins sei.

Verf. erklärt auf Grund seiner Untersuchungen an 17 Fällen (unten ca. 1000 erstmaligen Aufnahmen der Dorpater Klinik) die Hebephrenie für „eine Gruppe von Fällen, die vor allem wegen ihres eigenthümlicher Terminalzustandes zusammengehören“. Er beschreibt 5 Fälle, die dem Hecker'schen Typus nahe stehen und 12 andere, die einen einfacheren, kürzeren Verlauf und im Endstadium durchweg einen sehr tiefen Grad von Blödsinn zeigen. Durch diese Erweiterung des Begriffs der Hebephrenie werde nicht ein vorübergehendes Zustandsbild, sondern derjenige Process als Krankheit bezeichnet, welcher das betreffende Individuum von seiner geistigen Gesundheit durch eine Reihe vorübergehender Zustände zu einem eigenartigen Terminalstadium führt. D. definiert die Hebephrenie also als idiopathische, im jugendlichen Alter auftretende unheilbare Demenz besonderen Characters. Heredität und im frühen Lebensalter überstandene Schädigungen des Gehirns disponiren dazu. Das Characteristische der anfangs progressiven, später stabilen Demenz ist das einseitige Ergriffensein bestimmter psychischer Functionen. Am meisten gestört ist die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit activ auf ein bestimmtes Ziel hin zu richten. Dadurch wird das Individuum unfähig, sich geordnet zu benehmen, auszudrücken, zu denken.

Der Beginn der progressiven Demenz kann unter dem Bilde einer acuten Psychose⁷ (melancholische, manische Symptome, oberflächliche Wahnideen) oder schleichend eintreten. Remissionen kommen vor, doch folgen Exacerbationen, die zum Terminalstadium führen. Die Hecker'sche Beschreibung betrifft einen Typus dieser Demenz, wie er bei mässigem Grade von Schwachsinn bei Patienten gebildeter Stände sich ausbildet. Die Fälle mit Ausgang in tiefe Verblödung stellen ebenfalls einen besonderen Typus dar, dessen Färbung von den äusseren Verhältnissen weniger abhängig sein dürfte.

Mercklin.

72) **Heinrich Pust:** Ueber 2 Fälle von traumatischer Psychose. (Aus der Jolly'schen Klinik.)

(Berliner Dissertation 1892.)

1. Fall. 47jähriger hereditär nicht belasteter Mann hatte im Jahre 1887 einen Schlaganfall erlitten, dessen Folgen nach 5 Monaten allmählig ganz zurückgingen. Aus Furcht vor einem zweiten Schlaganfall machte er am 4. Februar 1891 einen Selbstmordversuch, indem er sich 2 Schüsse in die Stirn und in die rechte Schläfe beibrachte, ohne das Bewusstsein zu verlieren. Auch bei seiner Einlieferung in die Charité zeigte er vollkommen klares Bewusstsein. Die Heilung der Schläfenwunde verlief ohne Reaction, während die Stirnwunde noch einige Wochen Eiter secernirte, ehe sie sich vollständig schloss. — Etwa 10 Tage nach der Verletzung traten die ersten Symptome einer Geistesstörung ein: er wurde unruhig und verwirrt, hatte Visionen, besonders von Thieren, von denen er sich verfolgt und angegriffen glaubte. Unter dem Einfluss von Gehörs- und Gesichtshallucinationen wechselten stuporöse Zustände mit Zuständen ängstlicher Erregung. — Nach 2 Monaten allmähliche Klärung und Beruhigung.

2. Fall. Der 30jährige in unglücklicher Ehe lebende Mann schoss in Folge eines ehelichen Zwistes im höchsten Affect auf seine Frau und richtete dann die Waffe gegen sich selbst. Schussverletzung über dem linken Ohr, aus dem sofort etwas Blut drang. Die sofort eintretende Bewusstlosigkeit dauerte mehr oder minder intensiv eine Woche an. Es zeigten sich nun Lähmung beider Beine und des linken Armes, Sprachlosigkeit, Nackensteifigkeit, Unvermögen, den Mund zu öffnen, angeblich auch Selbststörungen und Incontinentia urinae; daneben bestanden Kopfschmerzen. Im Krankenhaus, wo die Erscheinungen allmählig zurückgingen, wurden noch Parästhesien am Thorax constatirt. Beim Verlassen des Krankenhauses war noch das linke Bein gelähmt. — April 1890 wurde bei ihm eine gewisse Gedächtnisschwäche neben Zeichen allgemeinen Schwachsinn constatirt: Apathie, später Euphorie mit melancholischen Anwandlungen; es bestand noch starke Parese des linken Beines, geringere im linken Facialisgebiet und Parästhesie im linken Thoraxgebiet.

Juni 1890 Trepanation: Wesentliche Besserung der Motilitätsstörung, obgleich die Kugel nicht gefunden wurde.

Mai 1891 (1³/₄ Jahre nach der Kopfverletzung) traten furchtbare Angstzustände, Verfolgungsideen, Gehörs- und Geruchshallucinationen auf. Es bildete sich ein stuporöser Dämmerzustand aus, der zeitweise von schweren Angstanfällen unterbrochen wurde. September 1891: Zwei schwere

epileptische Anfälle, im November ein dritter. Die hallucinatorische Verwirrtheit bestand fort, es zeigten sich aber nunmehr wieder starke Motilitätsstörungen in den unteren Extremitäten, geringere auch im linken Arm, und Beschränkungen der Augenbewegungen nach aussen und oben.

Beide Fälle betreffen also geistig nicht ganz intacte Individuen und zeigen das Bild der hallucinatorischen Verwirrtheit, welche im 1. Fall sich direct an das Trauma anschloss, während die Psychose im 2. Fall erst nach längerer Zeit ausbrach.

Hoppe.

73) **A. Tamburini**: In causa di lacerazione di testamento. (Lipemania con delirio di rovina.) Parere medico-legale.

(Riv. sper. di freniatr. 1893, Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Ein Mann, der durch Selbstmord endete, hatte wenige Tage vor seinem Tode sein früheres Testament zu Gunsten seiner Ehefrau zerrissen; da derselbe nach der Aussage von vielen Zeugen (Freunden und Feinden der Frau) deutliche Symptome von Geistesstörung gezeigt hatte, so wurde T. aufgefordert, sein Gutachten darüber abzugeben, ob der Verstorbene zur Zeit der Zerreißung des Testaments geistesgestört war oder nicht. In seinem scharfsinnigen und geistvollen Gutachten weist nun T. nach auf Grund zahlreicher Zeugenaussagen, dass der Verstorbene in den letzten Monaten seines Lebens an schwerer Melancholie litt. Er hielt sich für geschäftlich ruinirt, gänzlich besitzlos (trotzdem er 200,000 L. sicher-gestelltes Vermögen besass), glaubte nie mehr sich emporzuschwingen zu können, war stets ängstlich, jammernd, schlaflos, machte verschiedene Selbstmordversuche etc. In diesem Zustande hat er auch das Testament zerrissen, so dass also dieser Act als die unmittelbare Folge seines melancholischen Delirs eine rechtliche Gültigkeit nicht haben kann.

Strauscheid.

74) **v. Rindfleisch**: Demonstration einer Schädeldeformität. (Vortrag in der Festsitzung der Berlin. med. Gesellsch. 25./X. 1893.

(Berl. kl. Wochenschr. 1893, Nr. 46.)

Der Schädel rührt von einem an Lungentuberculose gestorbenen 11jährigen Mädchen her, welche während ihres Lebens geistig völlig intact und ein gewecktes Kind gewesen sein soll. Auch das Gehirn ergab nicht die geringste pathologische Veränderung.

Der skeletirte Schädel zeigte nun eine ausgedehnte und vollständige Verknöcherung der Nähte (Pfeilnaht, Lambdanaht, die linke Schuppennaht und beide Mastoidealnähte), welche schon sehr früh eingetreten sein muss. Die Synostose der Pfeilnaht hatte eine exquisite Dolichocephalie (Höhendurchmesser 14 cm), die Verknöcherung der linken Schuppennaht eine schiefe Sattelform hervorgerufen.

Die compensatorischen Vorgänge zeigten sich einmal durch ein mächtiges Wachstum in den wenigen von der Verknöcherung frei gebliebenen Nähten, dann durch das gänzliche Fehlen der Diploe und besonders durch eine buckelförmige zur Papierdünnne führende Aufblähung der hinteren Theile des Schädels (der Schwere des Gehirns entsprechend). So markiren sich die beiden Schläfenlappen durch entsprechende Längst-

wülste in der Hinterohrgegend, besonders aber die beiden Occipitallappen durch zwei halbkuglige Prominenzen des Occiput, welche ebenso wie die Schläfenwülste rechts bedeutend stärker ausgeprägt ist als links (entsprechend der einseitigen Verknöcherung der Schuppennaht).

Hoppe.

75) **Hans Daal**: Bidrag til frets Anthropologi hos Forbrydere). Beiträge zur Anthropologie des Ohrs bei Verbrechern.)

(Norsk Mag. for Laegevidenskaben 1893, S. 824—831.)

Der Verf. hat Messungen des Ohrs bei 250 Verbrechern, besonders bei Recidivisten im Alter von 18—65 Jahren im Correctionshause zu Christiania vorgenommen. Seine Resultate hat er mit den von Schwalbe in der „Festschrift für Virchow“ 1891 mitgetheilten Messungen verglichen und zieht daraus die folgenden Schlüsse:

1. Die Grösse des Ohrknorpels variirt bei einem und demselben Individuum mit dem Alter;
2. die Form des Ohrknorpels variirt bei einem und demselben Individuum mit dem Alter;
3. das Abstehen des Ohrs vom Kopfe bei einem und demselben Individuum nimmt mit dem Alter zu;
4. Der Ohrknorpel norwegischer Verbrecher scheint kleiner zu sein als der deutscher Nicht-Verbrecher, noch kleiner scheint er bei lappländischen Verbrechern zu sein;
5. der Ohrknorpel von Verbrechern steht anthropologisch auf derselben Stufe wie der anderer Menschen, indem der anthropologische Index bei Verbrechern, sowie bei anderen ungefähr derselbe ist;
6. ein eigener Typus des Verbrecherohres kann hiernach nicht angenommen werden.

Koch (Kopenhagen).

76) **A. Forel**: Zum Entwurf eines schweizerischen Irrengesetzes.

(Zeitschrift für schweizer. Strafrecht, 1893, 6. Jahrgang.)

Die Schweiz gehört zur Zeit noch zu den Ländern, in welchen ein Irrengesetz nicht existirt. Der Verein schweizerischer Irrenärzte hat deshalb mehrere Herren beauftragt, einen Entwurf zu einem solchen auszuarbeiten; Forel hat in der vorliegenden Arbeit einen solchen Entwurf zu einem administrativen Irrengesetze verfertigt. Derselbe enthält im wesentlichen folgende Bestimmungen:

Zunächst werden von den eigentlichen Geisteskranken die „geistig Gebrechlichen mit moralischen Defecten und perversen Trieben“ (also moralische Idioten, Verbrecher) abgetrennt, die in eigenen Anstalten versorgt werden sollen. Ferner bilden eine besondere Kategorie die Alcoholisten, Morphinisten und ähnliche „Narcotisirte“. Alle 3 Arten von Kranken, sofern sie gegen Entgelt gepflegt werden, sollen von der „eidgenössischen Commission für Geistesranke und Geistesschwache“ beaufsichtigt werden. Diese Commission soll aus 2 erfahrenen Psychiatern und 1 Juristen bestehen; sie hat das gesammte Irrenwesen zu überwachen, alle Anstalten zu besichtigen, alle Streitigkeiten zwischen Kranken und deren rechtlichen

Vertretern einerseits und den Anstaltsleitern andererseits beizulegen, erkannte Missbräuche eventuell durch Strafen etc. abzustellen, genaue Listen über alle Irren zu führen etc. (Vielleicht darf man hier daran erinnern, dass die gesammte Schweiz an Einwohnerzahl z. B. hinter der preussischen Rheinprovinz weit zurücksteht). Der Irrencommission sind alle Irre (die 3 Categorien), die in Pflege sind, anzuzeigen; die Directoren der Irrenanstalten haben wöchentlich die Aufnahmen und Entlassungen zu melden. Directoren von staatlichen Irrenanstalten können nur erfahrene Irrenärzte sein; bei Privatanstalten ist dies facultativ (siehe unten). Zur Aufnahme in eine Irrenanstalt bedarf es des Attestes eines practischen Arztes; Geisteskranke dürfen freiwillig nie aufgenommen werden, wohl aber Nervenkrankte und „Narcotisirte“ (siehe oben); diese können, falls eine bestimmte Behandlungsfrist mit ihnen vereinbart worden ist, auch thatsächlich so lange zurückgehalten werden. Die Vorschriften über Entlassung enthalten nichts erwähnenswerthes, nur die selbstverständliche, bei uns allerdings nicht ausgeführte Vorschrift, dass Verbrecher, gegen die das Verfahren wegen Geistesstörung eingestellt worden ist, so lange in eine Anstalt gehören, bis deren Direction im Einvernehmen mit der Irrencommission ihre Entlassung für angebracht hält, wird betont. Zwangsmassregeln sind den modernen Grundsätzen gemäss möglichst zu beschränken; sie dürfen nur angewandt werden in Staatsanstalten und in solchen Privatanstalten, welche von erfahrenen Psychiatern geleitet werden; also sind alle Kranke, bei denen Zwangsmassregeln nöthig werden, in solche Anstalten zu überführen. Als Privatanstalt wird jedes Haus betrachtet, wo mehr als ein Geisteskranker gegen Entgelt gepflegt wird; alle Privatanstalten bedürfen zur Begründung der Genehmigung der Commission und unterstehen deren Controle. Auch sonstige Hospitäler, Correctionshäuser, welche Irre beherbergen, haben diese wöchentlich anzuzeigen und dürfen keine zwangsbedürftigen Kranken behalten. Der Staat soll die Gründung von Anstalten für moralisch Defecte fördern, ebenso bestehende Anstalten für „Narcotisirte“ unterstützen. Verheimlichungen von anzuzeigenden Irren sind strafbar. Gegen die Anstaltsdirectionen recurirt man an die Commission, gegen diese an den Bundesrath.

Auf einige Einzelheiten des Entwurfes, die zu Meinungsverschiedenheiten führen können, wollen wir hier wegen ihrer geringen Wichtigkeit nicht eingehen; sie sind desshalb auch gar nicht aufgeführt worden; nur einige allgemeinere Punkte wollen wir hier berühren. Verf. lässt Privativrenanstalten in beliebiger Grösse ohne ärztliche Leitung zu, mit der einzigen Einschränkung, dass sie keine Zwangsmassregeln erfordernde Irre behalten dürften; letzteres ist bei einer zweimaligen jährlichen Controle seitens der Commission nur schwer festzustellen; aber auch principiell glauben wir, dass alle Privatanstalten, wie auch familiale Verpflegung von Irren (bei Fremden), welche nicht unter Leitung eines Irrenarztes oder im Anschluss und unter Controle einer irrenärztlich geleiteten Anstalt bestehen, zu unterdrücken sind. Ferner vermissen wir in dem Entwurfe die Begutachtung aller neu einzurichtenden Irrenanstalten durch die Commission; einige eingestreute Vorschriften vermögen wohl die Verwendung eines Stalles, einer Scheune, nicht aber eines aus dem vorigen Jahrhunderte stammenden Armen- oder Correctionshauses zu einer Irrenanstalt zu

verhindern. Mag die relativ geringe Einwohnerzahl der Schweizer Kantone zur Zeit auch die Ueberfüllung der Irrenanstalten resp. die Anstellung einer ungenügenden Anzahl von behandelnden Aerzten an einer grossen Anstalt verhüten, so dürfte es sich doch in einem auch für die Zukunft bestimmten Gesetze sicherlich empfehlen, durch bestimmte Vorschriften zu verhüten, dass nicht später auch einmal, wie jetzt noch zum Theil in Preussen, auf fast 300 Kranke ein behandelnder Arzt angestellt wird. Sehr wünschenswerth wäre es gewiss, wenn es gelänge, die obligatorische Mitwirkung des Gerichtes, die Verf. fast nur bei Verbrechern in Betracht gezogen hat, möglichst einzudämmen; aber in Deutschland wenigstens ist bei der Machtstellung der Juristen im öffentlichen Leben zur Zeit an dergleichen gar nicht zu denken.

Strausscheid.

77) **R. v. Krafft-Ebing**: Zur Psychopathia sexualis.
(Jahrb. f. Psych., Bd. 12, H. 1 u. 2.)

Vier casuistische Beiträge, die nichts wesentlich Neues bringen.
(Fall von ideellem Masochismus, Fall von Stercoracismus, Fall von Fussfetischismus und erworbener conträrer Sexualempfindung mit Uebertragung des fetischistischen Vorstellungskreises in die Homosexualität, Fall von Fussfetischismus.)

Behr-Biga.

78) **Debove et Bouloche**: De la basophilie.
(Le Bulletin méd. 1893, Nr. 92.)

Unter Basophilie oder Staso-Basophilie verstehen die Verf. eine eigenartige Gehstörung, die auf der Furcht beruht, ohne Unterstützung nicht gehen oder stehen zu können. Folgende Beobachtung dient zur Illustration. 38jährige, bis dahin vollständig gesunde, nach ihrer Aussage auch keineswegs nervöse Frau, bemerkte nach einer äusserst heftigen Gemüthsbewegung, dass sie nicht die Treppe zu steigen vermochte. Von da an versagten die Beine den Dienst. Die Kranke konnte sich über einen offenen Platz nur wagen, wenn sie sich auf Jemand stützte. Zehn Jahre lang blieb dieser Zustand; in den letzten 2 Monaten verschlimmerte er sich so weit, dass die Kranke allein zu gehen oder zu stehen absolut unfähig war. — In der Rückenlage sind alle Bewegungen möglich. Beim Versuche zu gehen oder zu stehen knickt sie zusammen; ein Reichen der Hand hilft jedoch dartüber hinweg. Keine Störung der allgemeinen Sensibilität, keine Schwäche der Motilität, fehlende Kniereflexe, keine Anzeichen von Hysterie. — Allmählich wurde die Kranke im Spital wieder dahin gebracht, dass sie allein zu gehen vermochte, ausgenommen, wenn sie die Strasse überschreiten oder Treppen steigen sollte.

Hysterie, Astasie-Abasie, Agoraphobie erklären nicht das Krankheitsbild: es handelt sich um eine psychische Erscheinung, eine Art Furcht, die indessen mit der Agoraphobie enge Beziehungen hat, denn das Leiden äusserte sich anfangs als solche.

Buschan.

79) Dr. **Charles A. Oliver** of Philadelphia: Ocular Reflexes in General Paralysis of the Insane. (American Ophthalmological Society. 29. Jahres-sitzung 1893.

Oliver führt eine Reihe von Beobachtungen an über die Beziehungen zwischen Patellar-Sehnenreflex und Unregelmässigkeiten in der Form und Reaction der Pupille bei den verschiedenen Stadien genannter Krankheit. Es konnte kein constantes Verhältniss zwischen beiden festgestellt werden.
Bach.

80) **Morel**: The treatment of degenerative psychoses.

(The American Journal of Insanity, Oct. 1893. Separatabdruck.)

Verf. lehnt sich an Koch's Lehre von den psychopathischen Minderwerthigkeiten an, verwirft mit Koch Lombroso's Lehre, hebt neben dem individuellen Factor auch den Einfluss des Milieus hervor und giebt Winke zur Behandlung jener Zustände. Diese sollte mit der frühesten Jugend beginnen, der Hausarzt, eventuell ein Psychiater von der Familie zugezogen werden. Nervös Beanlagte können heirathen, aber nicht gleichfalls Nervöse, körperliche und geistige Ueberbürdung ist zu vermeiden, der Körper zu stählen, wie auch der Wille der Kinder; hygienische Verhältnisse sind zu schaffen. Am besten sind specielle Anstalten für Schwachsinnige und Idioten unter einem Psychiater, oder Annexe für schwachsinnige Kinder an Irrenanstalten. Selbst in verzweifelten Fällen kann man noch viel schaffen. Der Erzieher muss streng individualisiren, Geduld und Einsicht besitzen, das Vertrauen seiner Patienten ganz besitzen. Weniger gut ist der Aufenthalt solcher Defectmenschen in Gefängnissen und Besserungsanstalten, doch liesse sich auch hierin viel mit rationeller Erziehung und Behandlung machen. Nie sind solche Schwachsinnige zu früh aus den Anstalten zu entlassen, sonst ist alles Bemühen vergeblich gewesen. Eine rationelle Erziehung in speciellen Anstalten wird die Gefängnisse, Besserungsanstalten, aber auch Irrenhäuser entlasten. Sogar moralische Idiotie bietet noch einige Chancen der Besserung dar. Unerziehbare Idioten müssen in eigene Anstalten gebracht werden und so lange dort bleiben, als es nöthig erscheint.

Näcke (Hubertsburg).

IV. Original-Vereinsberichte.

25. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe

am 11. und 12. November 1893.

1. Sitzung am 11. November, Nachmittags 3 Uhr.

Anwesend 32 Mitglieder und 11 Gäste. Geschäftsführer: Geh. Rath Schüle (Illenau) und Med.-Rath Wittich (Heppenheim).

Die Versammlung wird durch den 1. Geschäftsführer (Herrn Geh. Rath Schüle) eröffnet. Er gibt einen Ueberblick über das, was der Verein während seines Bestehens in 24 seithen abgehaltenen Versammlungen geleistet hat. Nur noch drei der Begründer des Vereins weilen unter den

Lebenden: Geb. Rath Ludwig (Heppenheim), Prof. Kirn (Freiburg) und Redner selbst. Am 26. März 1867 wurde die erste Versammlung in Karlsruhe abgehalten. Auf Vorschlag Ludwig's trennte sich der Verein. Die „Süd-deutsche psychiatrische Vereinigung“ wurde von da ab in eine Versammlung „südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte“ umgewandelt, die ihre jährliche Zusammenkunft in Baden-Baden zumeist abhielten. Die Irrenärzte allein veranstalteten ausserdem noch eine jährliche Sitzung, in der neben wissenschaftlichen Fragen jeglicher Art in erster Reihe auch speciell psychiatrische Themata erörtert wurden. Redner hebt hervor, dass neben den wissenschaftlichen Leistungen durch diese enger Vereinigung der Psychiater Südwestdeutschlands in ganz hervorragender Weise das Gefühl der Gemeinschaft der Interessen und der Zusammengehörigkeit der Irrenärzte gefördert worden sei. Zum Schlusse wünscht er der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu ihrem Jubeltage ein weiteres Gedeihen.

Zum Vorsitzenden wird Prof. Kirn (Freiburg) gewählt, zu Schriftführern Dr. Aschaffenburg (Heidelberg) und Dr. Vorster (Stephansfeld).

1. Ueber Besuche der Angehörigen in den Anstalten.
Referent: Director **Dittmar** (Saargemünd), Correferent: Director **Schüle** (Illenau).

Dr. Dittmar behandelt in seinem Referat die bei den Besuchen bei Geisteskranken in Irrenanstalten in Frage kommenden allgemeinen Gesichtspunkte:

Zunächst erörtert Redner, wesshalb in der Frage ausschliesslich der Grundsatz der leitende sein solle, dass das höchste Gesetz die „salus patientis“ sei. Es heische natürlich ein solcher Grundsatz eine dauernde ebenso humane, wie sachverständige Rücksichtnahme sowohl auf den augenblicklichen Zustand des Kranken, wie auch auf seine anderweitigen vitalen Interessen. Sodann müssten auch besonders berücksichtigt werden die Angehörigen und deren Wohl, sowie die Umgebung des Kranken in der Anstalt und die Anstalt selbst. — Vortragender meint, dass man im Allgemeinen alle die Personen zu solchen Besuchen zulassen solle, die ein vernünftiges und loyales Interesse an dem Kranken und dessen Ergehen nehmen. Man dürfe wohl in der Regel annehmen, dass ein solches bei den Besuchen der Angehörigen bestehe. Ausser diesem Interesse muss natürlich noch ein richtiges Verhalten des Besuchenden bei, ja auch vor und nach dem Besuche verlangt werden. Der Anstaltsarzt muss hier durch Beachtung einer Reihe von Punkten, die näher erörtert werden, ebensowohl der Berücksichtigung des Wohles des Patienten wie auch der Rücksichtnahme auf den besuchenden Angehörigen selbst gerecht werden. Namentlich ist hier, was den letzten Punkt anlangt, bei Besuchen durch Kinder sehr vorsichtig zu verfahren.

Nach Erörterung der Frage, welche von den Angehörigen sich dazu eignen, Zugang zu Kranken zu erhalten, wendet sich Redner zur Besprechung der Frage, welche von den Kranken soll man in Anstalten Besuche empfangen lassen.

Unbedenklich kann man wohl im Allgemeinen Besuche Angehöriger gestatten bei sterbenden Kranken, ferner bei tief Blödsinnigen, denen die Auffassung der Aussenwelt ganz oder zum grössten Theil verloren

gegangen ist, sowie schliesslich solche, die ausserhalb der Anstalt sich frei bewegen und somit schon so wie so mit den verschiedensten Elementen der Aussenwelt in Berührung kommen.

Direct geboten sei die Zulassung geeigneter Besucher ausser in den Fällen, bei welchen ein günstiger Einfluss bereits speciell constatirt wurde, namentlich im Stadium der Reconvalescenz von geistigen Störungen. Eine Contraindication biete krankhaftes Heimweh, das besonders durch Besuche von Kindern bei erkrankten Frauen so oft hervorgerufen resp. gesteigert werde; sodann sei Besuch nicht zuzulassen bei agitierten Kranken oder solchen, die zu Gewalthätigkeit neigen; ferner bei solchen, die einen natürlichen oder krankhaften Hass gegen den Besucher hegen; dann bei Kranken, die voraussichtlich zu unliebsamen Szenen oder Weiterungen Veranlassung geben; schliesslich bei denen, die überhaupt keinen Besuch empfangen wollen.

Beim näheren Eingehen auf die Verhältnisse, Umstände und Bedingungen, die sonst noch hier in Frage kommen, hebt der Vortragende hervor, dass die Erlaubniss zum Besuch im Einzelfalle womöglich von der ärztlichen Entscheidung abhängig sein müsse. Des weiteren erörtert er die Nothwendigkeit vorheriger schriftlicher Anfragen von Seiten der Besucher, die Fragen, an welchem Orte, wann und wie oft ein Besuch stattfinden solle, wie viel Besucher zu gleicher Zeit zuzulassen seien, die Nothwendigkeit von Besuchszeugen, schliesslich die Nothwendigkeit und die beste Art der Belehrung der Besucher über die Natur des betreffenden Krankheitsfalles und das Benehmen des Besuchers dem Kranken gegenüber.

Correferent Geh. Rath **Schüle** spricht über die speciellen Indicationen und Contraindicationen von Besuchern bei den verschiedenen Erkrankungen.

1. An frischer Melancholie Erkrankte dürfen nicht besucht werden, wenigstens nicht während des Ansteigens und des Höhestadiums der Krankheit. Bei Angstzuständen mit und ohne Zwangsvorstellungen sollen je nach der Intensität der Angst Besuche nicht stattfinden. Sie sind erst in der Reconvalescenz zulässig. Manchmal sind Besuche geradezu erwünscht, um den Kranken die Orientirung zu erleichtern und bei natürlichem Heimweh. Nahrungsverweigerung wird nicht selten durch vernünftigen Zuspruch besuchender Angehöriger, wenigstens vorübergehend, günstig beeinflusst.

2. Bei schweren Manien sind Besuche selbstverständlich nicht zuzulassen. In frischen Fällen leichter Manie sei es besser, dass Besuche nicht stattfinden, eine Ausnahme machen nur Kranke, die von nicht überwindlichem Heimweh befallen werden oder bei denen als psychischer Reiz fortwirkende, begründete geschäftliche und auch persönliche Angelegenheiten eine Besprechung mit (am besten entfernten) Angehörigen wünschenswerth machen.

3. Fälle von acuter Paranoia sind je nach dem Character der Erkrankung wie Manien resp. Melancholien zu behandeln, wobei Rücksicht auf den speciellen Inhalt der Sinnestäuschungen zu nehmen ist, sofern er sich gegen bestimmte Personen richtet, die dann fern zu halten sind. Letzteres gilt auch für die acuten Erregungszustände des chron. Wahnsinns.

4. Bei Stupor und atonischen Zuständen kein Besuch; womöglich bis zur vollen Reconvalescenz.

5. Bei acuter Demenz ist noch grössere Vorsicht am Platze.

6. Chronische Paranoia erheischt eine Entscheidung von Fall zu Fall je nach Stimmung und jeweiligem Bewusstseinszustand des Kranken, Zuverlässigkeit des Kranken und der Besucher. Auch ist zu untersuchen, ob die Besucher in irgend welcher Beziehung zum Wahne des Patienten stehen. An Beobachtungs- und physikalischem Wahne Leidende dürfen nur zu Zeiten der Remission besucht werden. In expansiven Formen wirkt Besuch oft wahnkorrigierend, doch soll gewartet werden; bis deutlich beginnende Besserung zu constatiren ist.

7. Bei chron. Demenz kann man sowohl mit Rücksicht auf den Kranken wie auch das Publikum Besuche häufig zulassen.

8. Im Anfang, sowie den Erregungszuständen der Paralyse sind Besuche contraindicirt, später unbedenklich zu gestatten.

9. Alcohol-Psychosen verlangen sorgfältige Auswahl der Besucher und event. Besuchszengen.

10. Bei Hysterie und constitutionellen Psychosen, speciell moral insanity sind Besuche höchstens von ganz zuverlässigen Personen zuzulassen.

Epilepsie macht Besuchszeugen nothwendig.

Discussion: Zu These 2 bemerkt Kräpelin (Heidelberg), es sei wohl schwierig, natürliches und krankhaftes Heimweh zu unterscheiden. Es betheiligen sich an der Discussion Schüle, Dittmar, Kreuser. — Bei acuter Demenz haben Kräpelin wie auch Kirn oft günstigen Einfluss des Besuches constatirt. Schüle meint, man müsse namentlich wegen Unvernunft der Angehörigen vorsichtig sein. — Darauf werden die Thesen einstimmig angenommen.

Zum Referat Dittmar's erklärt Nissl (Frankfurt), man habe in Frankfurt bei einer Zahl von 260 Pat. 510) Besuche zugelassen und 4900 mündliche Auskünfte ertheilt und trotz solcher Liberalität keine schlechten Erfahrungen gemacht. Kreuser (Winnenthal) und Beyer (Strassburg) berichten, dass bei Zulassung der Besuche auf die Abtheilungen keine schlechten Erfahrungen gemacht worden seien. — Karrer erwähnt, dass 2 Frauen vor Gericht angegeben hätten, sie seien gelegentlich Besuchen bei ihren kranken Männern von diesen geschwängert worden.

2. Prof. Kirn (Freiburg): Ueber Criminal-Anthropologie.

Redner kommt in seinem Vortrage, der in der „Allg. Zeitschr. für Psychiatrie“ veröffentlicht worden ist, zu folgendem Schlusse:

„Heute muss das Dogma vom geborenen Verbrecher als gründlich widerlegt betrachtet werden. Das Verbrechen ist zum grossen Theile Folge der socialen Verhältnisse. So weit der Anthropologe dabei in Betracht kommt, handelt es sich vorwiegend um die Lehre von der menschlichen Entartung. Es bildet somit die Criminal-Anthropologie nur ein Capitel in der Degenerescenz-Anthropologie.“

Dr. Wilser (Karlsruhe) hält im Gegensatz zu der Weismann'schen Theorie, wonach nur gute Eigenschaften sich vererben, Uebertragung einer gewissen verminderten Widerstandsfähigkeit, sowie gemeinsamer Instincte auf die Nachkommen für erwiesen. — Kirn hält nicht die Neigung zum Verbrechen, sondern eine gewisse psychische Inferiorität für angeboren.

3. Dr. **Friedmann** (Mannheim): Ueber die primordiale, menstruelle Psychose.

Bei 2 Mädchen von 14 und 16 Jahren beobachtete der Vortragende kurz dauernde, periodische, in 3—4wöchentlichen Terminen ablaufende Zustände lebhafter psychischer Depression mit Trübung des Bewusstseins, die nach einer einmaligen Reihe von 2 bzw. 10 Anfällen mit Regelung der Menstruation in Genesung übergingen. Die Fälle glichen vollkommen den von Schönthal (Arch. f. Psych., Bd. XXIII, pg. 799) geschilderten. Von der typischen Menstrualpsychose unterscheiden sie sich nur durch das, so weit nachweisbar, vollständige Fehlen einer psychopathischen Prädisposition. Als Analoga sind die gelegentlichen, kurzen und einmal auftretenden transitorischen Anfälle von schwerer psychischer Störung während der Menstruation zu betrachten, bei denen hereditäre Belastung oder nervöse Anlage fehlen können. Die vom Vortragenden geschilderte „menstruale Entwicklungspsychose“ zeichnet sich durch günstige Prognose aus und gehört somit nicht unter die typischen periodischen Psychosen. Ausserdem erwähnt Redner noch den günstigen Einfluss der menstrualen Entwicklung auf Epilepsie als seltenes Vorkommniss und bringt einen beweisenden Fall eigener Beobachtung bei. —

An der Discussion betheiligen sich Kirn, Wildermuth, der nur Verschlechterung der Epilepsie durch die Menstruation sah, Kräpelin, welcher gleiche Zustände bei jungen Männern beobachtete und sonach der Menstruation nur eine Rolle als auslösendes Moment zuschreibt, Friedmann und Schönthal.

4. Dr. **Hecker** (Wiesbaden): Ueber larvirte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. (Der Vortrag ist in der Decemhernummer 1893 dieses Blattes erschienen.)

Die Beobachtungen des Vortr. werden von Wildermuth bestätigt.

(2. Sitzung, am 12. November, Vormittags 9 Uhr.)

Vorsitzender: Prof. Kräpelin (Heidelberg). Als Ort der nächstjährigen Versammlung wird wieder Karlsruhe gewählt, als Geschäftsführer Director Sioli (Frankfurt) und Dr. Landerer (Illenau). — Im Auftrage des am Erscheinen verhinderten Prof. Rieger (Würzburg) findet eine Vertheilung von Separatabdrücken der Eingabe statt, die im Auftrage des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte an die Regierungen von Bayern, Baden, Elsass-Lothringen und Hessen gerichtet wurde.

5. Ueber Ueberwachungsabtheilungen. Ref. Director Sioli (Frankfurt a. M.), Correferent: Prof. Kräpelin (Heidelberg).

Referent giebt zunächst einen kurzen geschichtlichen Ueberblick über die Entstehung der Ueberwachungsstation. Parchappe bildete zuerst aus der infirmerie unter Hinzuziehung der suicidalen Kranken und solcher, die an „unmoralischen Gewohnheiten“ litten, das „quartier de surveillance continue“. Ausser den Aerzten, die, wie Gudden und in neuerer Zeit Pätz und Scholz, litterarisch auf diesem Gebiete thätig waren, sei eine solche Einrichtung von Anderen theils gefordert worden, z. B. Griesinger für das Stadtasyl, theils in's Leben gerufen worden, z. B. von Ludwig, Meyer, Hitzig. In der Charité, in Marburg und in Schwetz habe sie schon längst bestanden. In Nietleben sei anscheinend durch Hitzig zuerst ein gesonderter Bau zu dem Zwecke aufgeführt worden. Nach des Referenten Darlegung

liegt ein Fortschritt in der Ausbildung der Idee darin, dass man den Begriff der Ueberwachungsbedürftigkeit immer weiter ausdehnte. Damit machte sich eine Theilung in verschiedenen Stationen für Ruhige, resp. frisch Erkrankte, Sieche und Unruhige nothwendig. Pätz stellt in dieser Richtung die grössten Anforderungen, indem er getrennte Gebäude für die einzelnen Kategorien verlangt. Scholz dagegen vereinigt alle Ueberwachungsbedürftigen auf einer Station ohne Isolirzimmer.

Die Bettbehandlung ist nicht identisch mit dem Begriff der Ueberwachungsstation; sie wird sogar von ihren Hauptverfechtern zum Theil ohne permanente Ueberwachung ausgeführt. Jedoch wird wohl das Bedürfniss nach dauernder Ueberwachung und Fürsorge um so grösser werden, je nachdem man auf mehr Kranke, z. B. auch auf die Unruhigen die Bettbehandlung erstreckt.

Um ein Urtheil über den heutigen Stand der Ueberwachungsstation an Irrenanstalten zu ermöglichen, wurden erschöpfende Fragebogen an alle deutschen und einige ausländische Irrenanstalten verschickt. Es zeigte sich da, dass in den meisten Privatanstalten, einigen reinen Pflegeanstalten und 6 grossen Irrenanstalten überhaupt keine Ueberwachungsstation besteht. In den letzteren Anstalten sind im Durchschnitt recht zahlreiche Zellen vorhanden. Ueber 70 Anstalten bejahten die Frage nach dem Vorhandensein einer Wachtstation, die sich bei einigen nur bei den weiblichen Kranken findet, bei anderen wird nur nach Bedürfniss gewacht, meist sind besonders hergerichtete Räume vorhanden, zum Theil, namentlich in den neueren Anstalten, eigene Gebäude. Die Betten der Wachtstation betragen 1,23⁰/₀—83,33⁰/₀ der Gesamt-Bettenszahl, im Durchschnitt ca 7⁰/₀. Es lassen sich da 3 Klassen unterscheiden: 1. solche mit 1,23⁰/₀—4⁰/₀, 14 grosse Anstalten mit ca. 636 Kranken und einer Aufnahmeziffer von 33⁰/₁₀ des Bestandes. — 2. Solche mit 4⁰/₀—20⁰/₀, vertreten durch 53 Anstalten mit einem Bestand von 579 und 43⁰/₀ Aufnahmen. — 3. Solche mit über 20⁰/₁₀, vertreten durch 10 Anstalten mit einem Bestand von weit über 300 und ca. 168⁰/₀ Aufnahmen. — Die Zahl der Paralyseu übt einen Einfluss auf die Grösse der Wachtstation aus. Die Zahl der Heilungen wird durch die Wachtstation nicht alterirt. — 12 Anstalten haben mehr als je 2 Wachtstationen, davon 3 je 3 und 4 je 4. Das Bedürfniss nach einem Tagraum auf der Wachtstation besteht in den Anstalten, die weniger frisches Material haben. Je grösser die Zahl der zu Bette liegenden Kranken, desto geringer das Bedürfniss eines Tagraums, der in Anstalten mit vielen selbstmordstüchtigen Kranken für contraindicirt gilt. Die Einrichtung der Closets, Badezimmer, Isolirzimmer, Ventilation, Heizung und Beleuchtung etc. zeigen charakteristische Unterschiede, auf die Ref. näher eingeht. Das Wartepersonal steht zum Bestand im Verhältniss von 1 : 3 bis 1 : 7. Die Angaben über die auf der Wachtstation zu Bette liegenden Kranken sind sicher zu verwerthen, in 4 Anstalten sind 30—50⁰/₀ des Bestandes zu Bett, in 5 Anstalten 20—30⁰/₁₀, in 11 Anstalten 10—20⁰/₀, in den übrigen weniger. In der ersten Klasse ist die Indication für Bettbehandlung die, „dass alle zu Bette liegen, welche nicht völlig ruhig, reinlich und deren Körperformationen nicht normal sind, ausser wenn bestimmte Indicationen für körperliche Bewegung vorliegen“ (Rieger). In den übrigen liegen zu

Bett: frisch Erkrankte, Suicidiale, Melancholische, Aufgeregte, körperlich Kranke und Unreine.

Kräpelin als Correferent schildert den Betrieb der Wachtstation der Heidelberger Irrenklinik (Stadtasy). Um möglichst genaue Resultate zu bekommen, wurden an 250 Tagen ausführliche Fragebogen über alle in Betracht kommenden Punkte täglich ausgefüllt. Die Räume der Wachtstation bestehen aus einem breiten Corridor, auf den ineinandergehend 3 grössere und ein kleinerer Schlafsaal, 2 Isolirzimmer, Bad, Abort, Waschraum mit einem Zimmer für einen Reservewärter münden. Durchschnittlich war der tägliche Bestand der Klinik 108,34, davon waren auf der Wachabtheilung im Mittel 42,66⁰/₀. Letztere recrutirten sich aus solchen, die wegen der Pflege (körperl. Kranke, Unreine, Gelähmte, Abstürende), Ueberwachung (Deprimirte, Stuporöse, Aengstliche, Suicidale), Behandlung (Manische), oder Beobachtung (frisch Erkrankte, Morphinisten, Epileptiker, Untersuchungs- gefangene etc.) des Aufenthaltes auf der Wachabtheilung bedurften. Die Möglichkeit, diese verschiedenen Elemente eventuell vollkommen von einander durch Abschluss der einzelnen Räume zu trennen, genügte nicht, da bei der gegebenen baulichen Anordnung die ruhigen Kranken durch die unruhigen gestört werden. Es resultirte daraus erstlich des Bestreben die störenden Kranken wenigstens bei Tage auf einer anderen Abtheilung unterzubringen, und zweitens eine vermehrte Anwendung von Schlafmitteln. Bei den Männern mit 8,48⁰/₀ Unruhigen pro die bekamen 11,45⁰/₀ täglich Beruhigungs- oder Schlafmittel, bei den Frauen mit 24,40⁰/₀ Unruhigen 15,74⁰/₀. Curmässig gegebenes Brom und Opium sind mitgerechnet. Die Frequenz der Isolirungen, die anfangs eine geringe war, stieg allmählich etwas, namentlich Nachts, weil man bestrebt war, den unruhigen Kranken der Wachabtheilung lästige Störungen möglichst zu sparen. Bei den Männern werden im Durchschnitt bei Nacht 1,16⁰/₀, bei den Frauen 2,86⁰/₀ isolirt, tags 0,36⁰/₀ bzw. 0,39⁰/₀, wobei alle Arten von Isolirung, auch die freiwilligen und solche mit vollständigem Bett eingerechnet sind. Sehr häufig wurden protrahirte Bäder als Beruhigungsmittel angewendet. Fast alle Bettlägerigen (M. 26,78⁰/₀, Fr. 45,61⁰/₀) befanden sich auf der Wachabtheilung. Nur bei den Fr. befanden sich zeitweise einige Kranke über Tag auf der unruhigen Abtheilung im Bett. Ausser Bett waren auf der Wachabtheilung bei den M. ca. 4—5, bei den Fr. 2—3 Kranke, so dass ein besonderer Tageraum überflüssig erschien. Es erhellt aus Obigem, dass man womöglich wenigstens 2 Wachabtheilungen einrichten sollte, je eine für ruhige und für unruhige Kranke, damit man des Gebrauches von Schlafmitteln und Isolirungen möglichst entzathen und die segensreiche Wirkung der Wachabtheilungen ungetrübt sich entfalten lassen könne.

Die beiden Referenten haben sich über folgende Thesen geeinigt:

1. Die Wachabtheilung mit dauernder controlirter Ueberwachung und Fürsorge bei Tag und Nacht ist ein unerlässlicher Bestandtheil der modernen Irrenanstalt.
2. Dieselbe soll bei grösseren Provinzial-Anstalten mindestens 7—10⁰/₀, von da an steigend bei Stadtasylen 20⁰/₀—30⁰/₀ und selbst noch mehr ⁰/₀ umfassen. Massgebend ist in erster Linie die Aufnahmeziffer.

3. Auf die Wachstation gehören: die frisch Erkrankten, Abstinirenden und Suicidialen; die Unreinen, Gelähmten und körperlich Kranken; aufgeregte Kranke, die im Bett. behandelt werden sollen; endlich solche Krauke, die aus einem besonderen Grund einer fortgesetzten Ueberwachung bedürfen.
4. Zur Unterbringung dieser verschiedenen Formen von Kranken sind mindestens 2 getrennte Wachabtheilungen nothwendig, eine für ruhige, die andere für unruhige Kranke.
5. Jede Wachabtheilung besteht am zweckmässigsten aus einem grossen Schlafsaal mit daran stossendem Tageraum, 1—2 Einzelzimmern, Badezimmer und Closet; in der Nähe Spülküche und Garderobe.
6. Die Wachabtheilung soll sich in ihrer Einrichtung so wenig wie möglich von dem Krankensaal eines modernen Krankenhauses unterscheiden, abgesehen von den allernothwendigsten Massregeln zur Sicherung der Kranken. (Sicherung der Fenster, Verschluss von Closet und Badezimmer eventuell Zimmercloset und fahrbare Badewanne.)
7. Das Personal der Wachabtheilung soll mindestens 1 : 5 betragen.

Zu These 1 spricht Dittmar. Ueber These 4 entspinnt sich eine Discussion, an der sich Dehio, Sommer, Sioli, Kräpelin, Landerer und Aschaffenburg betheiligen.

6. **Dr. Smith** (Marbach a. Bodensee). Welche Stellung sollten wir Aerzte der Alcoholfrage gegenüber einnehmen?

Vortragender wendet sich scharf gegen die Aerzte, welche die Alcoholfrage in Misscredit bringen, ohne dieselbe überhaupt weiter zu kennen. Durch jedes dem Alcohol gespendete Lob ladet der Arzt eine grosse Schuld auf sich und schädigt die kommenden Generationen. — In den Anstalten vor allem solle man die Alcoholverordnungen unterlassen, deren Schädlichkeit Vortragender mittels Beispielen zeigt; man werde damit auch erzieherisch wirken. Die Aerzte sollten von doppeltem Gesichtspunkte aus mit gutem Beispiel vorangehen. Erstlich wegen des sich mehrenden Alcoholismus unter den Aerzten (von 1500 bei dem Votr. eingelaufenen Anfragen wegen Unterbringung von Alcoholisten in seiner Anstalt betrafen 436 Aerzte) und zweitens deshalb, weil die Aerzte die wissenschaftliche Autorität besitzen, um der Alcoholbewegung den Boden zu ebnen. Die sogenannte Mässigkeit verwirft Vortragender. Totale Abstinenz sei das Einzige, was Erfolg im Kampfe gegen die Alcoholverseuchung bringe und prophylactisch wirken könne bei dieser Erkrankung, die ebensoviele Opfer fordere wie die Phthise, aber in 90 % heilbar ist. Der vierte Theil der Irrenhausinsassen und $\frac{3}{4}$ der Gefängnis- und Zuchthaussträflinge verdankten ihr Loos dem Alcohol.

An der Discussion betheiligen sich: Dittmar, Smith, Kräpelin, der dem Vortragenden warm zustimmt, und Kirn.

Die „Alcoholfrage“ wird auf Vorschlag Kräpelin's als Thema für die nächstjährige Versammlung bestimmt, Smith (Marbach) und Sommer (Würzburg) werden zu Referenten ernannt.

7. **Dr. Beyer** (Strassburg). Zur Pathologie der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit.

Aus der grossen Zahl der unter diesem Namen zusammengefassten Krankheiten grenzt Vortragender eine Gruppe ab, die sich auszeichne durch

raschen Verlauf, Auftreten zwischen dem 48. und 56. Lebensjahre und bei der eine specielle Aetiologie fehle. Nach allerlei nervösen Beschwerden, die sich über einige Jahre erstrecken können, folgt ein kurzdauerndes Prodromalstadium mit depressivem Charakter. Dann tritt acute Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen, entsprechender Stimmung und motorischer Erregung ein. Die Symptome sind nicht so heftig wie bei der typischen Form. Nach 2 bis 3 Wochen Beruhigung, nach weiteren 2—4 Wochen Genesung. Recidiv wurde nach 4 resp. 6 Jahren beobachtet. — Redner bespricht die Differentialdiagnose zwischen Melancholie, Paranoia acuta, Dementia acuta, Collapsdelir, Period. Delir und den abortiven Formen der Verwirrtheit im jüngeren Lebensalter.

8. Dr. **Aschaffenburg** (Heidelberg). Ueber Initialdelirien bei Typhus.

Vortragender berichtet über eine 30jährige Kranke, die unter den Erscheinungen von lebhaftem motorischem Drang, Ideenflucht, Hallucinationen und totaler Verwirrtheit, verbunden mit einer der Trunkenheit ähnlichen Benommenheit acut fieberlos erkrankte und am Tage nach dem Ausbruch der Psychose in die Heidelberger Irrenklinik eingeliefert wurde. Noch vor Constatirung von Fieber wurde die Diagnose auf Initialdelir bei Typhus gestellt. Die Section bestätigte die Diagnose Typhus. — An der Hand von 17 Fällen, darunter 2 noch nicht publicirten, bespricht Votr. die genannte Krankheitsform. Er unterscheidet 2 Formen, die nicht scharf sich trennen lassen. Erstens eine solche, die durch das Auftreten deliriöser, traumähnlicher Zustände ausgezeichnet sind (ähnlich den conceptions délirantes der Franzosen) und zweitens eine solche mit völliger Verwirrtheit und intensiver Erregung. Hallucinationen sind häufig. — Die Differentialdiagnose mit der Amentia, Paralyse und epileptischem Delir wird besprochen. Die Aehnlichkeit mit den Intoxicationsdelirien bei Sepsis, Malaria und Lyssa komme wohl daher, dass es sich beim Typhus ebenfalls um eine Intoxication handle. Die Ansicht, dass durch Congestion der Meningen, Meningitis oder das Fieber diese Delirien zu Stande kämen, verwirft Vortragender. — Gestützt auf die specielle Beobachtung in obigen Fällen hält es Votr. für angezeigt, therapeutisch ev. von subcut. Kochsalzinfusionen Gebrauch zu machen.

Im Anschluss an den Vortrag berichtet Nissl, der ein Stück Hirnrinde des obigen Falles untersuchte, über seine Befunde. Die Ganglienzellen waren durchweg verändert und befanden sich in allen Stadien des Zerfalls, die Kerne waren rareficirt, die Zellleiber der Gliazellen succulent, einige Gliakerne zeigten Kariokinesen.

9. Dr. **Fürer** (Heidelberg). Ueber das Zustandekommen von Gehörstärkungen. (Der Vortrag ist in der vorliegenden Nummer dieser Zeitschrift veröffentlicht.)

10. Dr. **Nissl** (Frankfurt a. M.). Mittheilungen über Karyokinese im centralen Nervensystem.

Vortragender nimmt Stellung gegen die Behauptung Binswanger's, dass bei der Paralyse die Gliaelemente nicht proliferiren, sondern nur eine scheinbare Vermehrung vorliege. Er theilt mit, dass Weigert in einem exquisiten Fall von frischer Paralyse mit seiner neuen Glia-Methode eine

ausserordentlich hochgradige Vermehrung der Glia-Fasern nachweisen konnte. Kariokinesen der Gliazellen fand Redner in Paralytikergehirnen. Die Wanderzelle ist nur bei infectiöser Entzündung häufiger, sonst äusserst selten zu constatiren. Die pericellulären Räume sind Härtungsphänomene, die Pick'sche cystöse Degeneration konnte Redner bis zu einem gewissen Grade künstlich erzeugen. — Eine neue von Weigert erfundene Methode mit der man nach Alcoholhärtung im menschlichen Centralnervensystem Kariokinesen findet, selbst wenn die Section 12—15 St. p. m. stattgefunden hat, theilt Redner mit und berichtet, dass er mit derselben Mitosen im Centralorgan erwachsener Thiere, Hirnrinde von Paralytikern, senil Dementen, Alcoholisten, und in einem Falle rasch verlaufender Urämie gefunden habe. — Die Methode ist folgende. Härten in 90⁰/₀ Alcohol. Ohne Einbettung schneiden. Die sehr feinen Schnitte $\frac{1}{2}$ St. lang in Tet. ferri aceti-i Rademacheri (Einhornapotheke Frankfurt a. M.). Schnell Abspülen mit Wasser. $\frac{1}{2}$ St. in Weigert's Hämatoxylinlösung (Hämatox. 1:Alcohol 100:Wasser 100). Schnell Abspülen in Wasser. Zur Differenzirung kurz in Salzsäure-Alcohol (Salzsäure 1:100 Alcohol 70⁰/₀). 10 Minuten in Wasser. Alcohol, Oel, Balsam.

11. Dr. Sommer (Würzburg). Die Wärterfrage und die ärztliche Aufsicht.

(Der Vortrag wurde in der Decemhernummer 1893 dieser Zeitschrift veröffentlicht).
Dr. Fürer (Heidelberg).

V. Zur Tagesgeschichte.

Die Ausführung des Griesinger'schen Programms.

Von Dr. Sommer.

Mit der Frage über die psychiatrischen Kliniken ist die nach der Beschaffenheit der Stadtasyle, welche auf der diesjährigen Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe von den Referenten Sioli und Kraepelin sehr in den Vordergrund gestellt worden ist, eng verbunden. Griesinger hat sich über die Verbindung dieser beiden Angelegenheiten besonders in folgenden beiden Aufsätzen ausgesprochen: 1) Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland, 2) Weiteres über psychiatrische Kliniken — in der Fortsetzung der neulich von uns citirten Aeusserungen.

Aus dem sub 1) genannten Aufsatz (Gesam. Abh. I, 1872) citire ich folgende Stellen:

Seite 267, Zeile 11 bis 17.

Wenn die Wissenschaft neue Gesichtspunkte aufstellen kann, wenn sich dringende Bedürfnisse herausstellen, die mit den Mitteln der gegenwärtigen öffentlichen Irrenpflege nicht befriedigt werden können, so dürfen, weil dies der Fall ist, nicht die Bedürfnisse ignorirt oder in Abrede gestellt, sondern die Mittel müssen den Bedürfnissen angepasst werden.

Seite 267, Zeile 19 bis 30.

Man beachte doch, was vor wenigen Jahren ein Mann, der für den grössten Theil der Gegner der Reform eine Autorität ist, Damerow (Zeitschrift f. Psychiatrie XIX. 1862 S. 187), sagte: „Mit den jetzigen öffentlichen Irrenheil- und Pflegeanstalten allein ist für die Zukunft nicht mehr aus- und durchzukommen.

Warum nicht? — Gewiss auch aus den Gründen nicht, die Damerow selbst bei dieser Aeusserung im Auge hatte, nämlich weil die Masse der in die öffentlichen Anstalten drängenden Kranken immer höher anschwillt und weil es immer unmöglicher wird, auf bisherigem Wege die Mittel für die Versorgung dieser Aller zu beschaffen

Seite 269, Zeile 23 bis pg. 270, Zeile 37.

Eine richtige öffentliche Fürsorge für die sogen. Geisteskranken bedarf zweier Haupt-Verpflegungsmodi, also wenn man will, zweierlei Haupt-Arten von Anstalten, die deswegen auseinandergehalten werden müssen,*) weil sie ganz verschiedene Lage, Einrichtung und Organisation haben sollen, die eine bestimmt für einen bloß transitorischen, die andere für einen langen Aufenthalt der Kranken. Die praktischen Einrichtungen für diese beiden Zwecke sind total verschieden, weit verschiedener, als bisher die Heil- und die Pflegeanstalten unter sich differirten; nur für die eine, nämlich für die letztere Bestimmung eines langen Aufenthaltes sind diejenigen speciellen Institute erforderlich, die man heutzutage allgemein meint, wenn man von den modernen Irrenanstalten spricht. Das Scheidungsmoment selbst aber ist ein rein praktisches Bedürfniss, das sich ebenso leicht erkennen als in seinen weiteren Consequenzen handhaben lässt.

pg. 270, Zeile 22 bis Zeile 31.

Oft genügt eine ganz kurze Zeit von wenigen Wochen, selbst wenigen Tagen, um den Kranken wieder in den Zustand zu versetzen, in dem er sich seit Jahren befand, ehe die vorübergehende Exacerbation, vielleicht auf eine äussere Ursache hin eintrat.

Jeder Irrenarzt weiss, dass man deshalb doch solche Individuen nicht so schnell wieder entlassen kann, aber eine grosse Zahl derselben bedarf doch nur einer temporären Behandlung und Verpflegung und eine solche kann unmöglich den ganzen weitläufigen Apparat erfordern, welchen man in der modernen Irrenanstalt für nothwendig und zum Wesen derselben gehörig hält.

Seite 272, Zeile 19 bis Zeile 30.

Vor Allem muss jede grosse Stadt in ihrer allernächsten Nähe einen solchen Ort zur richtigen Unterbringung und Behandlung acuter Fälle besitzen, und es muss die Aufnahme an diesen Ort in jeder denkbaren Weise erleichtert sein. Die Verlegenheiten und Störungen, die durch die acuten Zustände, hochgradige Melancholie, Selbstmordversuche, Manieausbrüche, alkoholische, erotische und dergl. Er-

*) Natürlich nur da, wo überhaupt irgend eine Scheidung möglich ist. In Miniaturverhältnissen, wo man nur ein paar Dutzend Kranke zu versorgen hat, wird man auf jede Scheidung verzichten. (Anm. im Griesinger'schen Text.)

regungen in den Familien der niederen und mittleren Stände angerichtet werden, verlangen augenblickliche Abhilfe und für manche Fälle, namentlich bei accidentellen Hirnleiden, kann wirklich die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit des Kranken von ein paar Tagen früherer oder späterer Entfernung von Hause abhängen.

Seite 272 Zeile 3 von unten bis 276 Zeile 16.

„Es muss also durch möglichst viele Gratis-Aufnahmen und durch niedrige Verpflegungs-Sätze die Aufnahme erleichtert werden. Alle öffentlichen Anstalten sollen für Arme, nicht für Reiche sein, aber man denke bei jenen nicht immer blos an die unteren Volksklassen. In Deutschland ist vielleicht noch grösser als in andern Ländern die Klasse der Bevölkerung, die bei guter Erziehung und sorgfältiger Geistesbildung ohne weitere Mittel auf den steten Ertrag ihres einzigen Kapitals, ihrer geistigen Kräfte angewiesen ist, deren Einnahme alsbald mit ihrer Erkrankung stockt, wo daher die Unterbringung in Privatasyle meistens unmöglich ist. Für diesen in den grossen Städten massenhaft sich zusammenfindenden, wichtigen und interessanten Theil der Bevölkerung, kleinere Gelehrte, Künstler, Aerzte, Beamte, Literaten, Kaufleute u. s. w., für Frauen, Töchter und Wittwen mit Bildung, aber ohne Vermögen, muss die Aufnahme in diese öffentlichen Anstalten sehr erleichtert und müssen die Verhältnisse im Innern derselben auf einen anständigen Fuss gestellt sein.

Nichts von den kostspieligen, weitläufigen Raum einnehmenden Mechanismen und Einrichtungen, die für die moderne „Irrenanstalt“ nöthig befunden werden, braucht das nur zu transitorischem Aufenthalte bestimmte Haus. Ein grosses Areal verbietet sich von selbst durch die enormen Preise in unmittelbarer Nähe einer grossen Stadt! wozu sollte auch ein solches dienen? Land- und Feldbau wird man weder an diesem Platze, noch mit dieser flottirenden Bevölkerung treiben wollen; ein kleiner, aber freundlicher und schattiger Garten (für beide Geschlechter getrennt) ist in der Nähe grosser Städte leicht zu haben; für reichlichen Luftgenuss kann aber namentlich auch durch grössere Verandas gesorgt werden. Keine Werkstätten; man weiss heutzutage überall, dass sie nur für „Pfleger-Anstalten“ nöthig sind; keine Kirchen, sondern ein freundlicher Betsaal; keine grossen Speisesäle, Spielplätze, Turnanstalten, Kegelbahnen, Raum zu grossen geselligen Vereinigungen, zum Theater-spielen u. s. w., was Alles für acute Zustände unbrauchbar, für die relativ kurze Zeit der Reconvalescenz oder Beruhigung unnöthig ist. Dagegen ruhige Lage in möglichst freundlicher Umgebung, Entfernung von Geräusch und Treiben der Stadt ohne die Affectation, als ob hier Geheimnisse verborgen würden. Diese Erfordernisse, Stille und Schutz vor der Ueberfluthung durch die grosse Stadt, sind am schwersten vollständig zu befriedigen, aber es muss geschehen, und hierfür rechtfertigt sich ein grösserer Kostenaufwand vollständig; auf jeden Gedanken ländlicher Abgeschlossenheit ist natürlich für diese Art von Anstalten gänzlich zu verzichten. Ist es ausnahmsweise möglich, noch in einer Stadt selbst, nur nicht in Mitten, sondern an der Peripherie, einen stillen, freundlichen, vor Zudringlichkeit geschützten, in allen Haupterfordernissen befriedigenden Platz zu bekommen, so ist ein solcher schon viel besser, als wenn man eine

halbe Stunde vor den Thoren einer grossen Stadt baut. Ich weiss, dass ich mit diesem Satze nichts als Gegner unter den heutigen Irrenärzten finde, aber ich spreche das aus, was ich nach Erfahrung und reiflicher Ueberlegung als Wahrheit erkenne. Das ärztliche Personal dieser Anstalten muss relativ gross und mit der Wissenschaft vertraut sein; der Dienst ist bei so vielen acuten Fällen anstrengend und die Verantwortung bedeutend. Es ist aber ganz unnöthig, ja für diese Art von Anstalten selbst unzutraglich, dass der Oberarzt der Anstalt selbst im Hause wohne. Wenn dies an sich einige Vortheile hätte, so wird durch die Errichtung eines eigenen Hauses — und dies müsste einem Arzt in dieser Stellung doch gegeben werden — für einen ärztlichen Director, das auch wieder seine Appertinenzen, Garten u. s. w. beansprucht, die ganze Sache wieder complicirt, weitläufig und in nächster Nähe einer grossen Stadt oft unmöglich. Es genügt vollständig, wenn der Oberarzt die Verpflichtung hat, täglich die Anstalt zu besuchen, in ihr zu verweilen, dringende Fälle Abends noch einmal zu sehen, auch die ganze Leitung auf seine Verantwortlichkeit zu nehmen, und wenn 2—3 tüchtige jüngere Irrenärzte nebst einem geeigneten und die Erfordernisse einer solchen Anstalt in humanem Sinn verstehenden Verwalter im Hause wohnen; tüchtige Oberwärter und Oberwärterinnen verstehen sich von selbst.

In hohem Grade empfehlenswert wird die Einrichtung sein, dass bei jeder Anmeldung eines Aufnahmefalles einer der Assistenzärzte der Anstalt die Obliegenheit hat, sobald als möglich den Kranken selbst in seiner Wohnung zu besuchen, um sich von der Sachlage, der Dringlichkeit der Aufnahme und der wirklichen Geeignetheit des Falles zu überzeugen. Es wird hierdurch auch der bedeutende Vortheil erreicht, dass der Arzt die bisherigen Verhältnisse des Kranken selbst sieht und mit den Angehörigen über die Anamnese conferiren, aber auch die richtigen Anordnungen für den Transport nach dem Orte seiner Bestimmung berathen kann.

Diese Anstalten können und sollen klein sein; je nach der Grösse der Stadt genügen 60, 80—150 Plätze. Der Wechsel der Kranken ist relativ rasch, keiner darf über 1 Jahr, in ganz besonderen Ausnahmefällen 1½ Jahre an diesem Orte verweilen. Die acuten Zustände dauern selten lange an (einzelne Fälle sogen. protrahirter, aber noch einfacher Manie beim weiblichen Geschlechte mögen eine Ausnahme machen); sie gehen entweder in Genesung oder doch Beruhigung, oder in den Tod, oder einen schleppenden chronischen, beruhigten Zustand über; die wirklichen Heilungen in den Irrenanstalten kommen in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle in den ersten 6—9 Monaten zu Stande; auch diejenigen bedeutenden Besserungen und Beruhigungen, die dem unheilbaren Kranken gestatten, in Privatverhältnisse zurückzukehren, sind durchaus Sache derselben Zeit. In derselben Zeit auch lässt sich mit Leichtigkeit entscheiden, ob der Zustand oder die Verhältnisse des Kranken eine dauernde Verpflegung in einer Anstalt für chronische Fälle bedarf; nach meiner Erfahrung in der K. Charité können nicht wenige der wirklich frischen, acuten Fälle schon nach 2—3 Monaten ohne Nachtheil wieder entlassen werden. Ein Hauptpunkt aber muss der sein, dass die Familien nicht ohne Bewilligung der Anstalt ihre Kranken zurücknehmen können und dass für den freien Abfluss der Unheilbaren gesorgt ist. Es

ist also absolut nothwendig, dass die Anstalt mit den Anstalten anderer Art in nahe Beziehung gesetzt werde, so dass nach getroffener Uebereinkunft in ihnen eine alsbaldige Aufnahme der nicht mehr geeigneten Fälle stattfinden kann. Ist dies nicht der Fall, so bricht auch über die Anstalten für acute Zustände das Verderben der Ueberfüllung herein, sie verlieren ihren wesentlichen Sinn und Character und werden ordinäre Irrenhäuser.

Die Nähe der grossen Stadt bietet den unschätzbaren Vortheil, dem ruhig gewordenen Kranken das Bewusstsein der Nähe seiner Familie und seiner Freunde und damit eines der wesentlichsten Mittel des physischen Wohlbefindens, der Beruhigung, des inneren Haltes, des Sich-Wieder-Einlebens in das Alte zu gewähren und einen häufigen, natürlich ärztlich wohl regulirten Verkehr mit seiner Familie zu gestatten. Es kann ihm durch diese Nähe schon öfters eine Beschäftigung ausser dem Hause verschafft werden, und erwächst ihm durch sie vor allem der hohe Nutzen, dass der beruhigte Kranke durch mehrtägige Besuche zu Hause die Probe seines Zustandes machen, dann blos beurlaubt und im Nothfalle sofort wieder aufgenommen und längere Zeit von der Anstalt aus mit Leichtigkeit überwacht werden kann.

Für die innere Einrichtung dieser Asyle ist der Behandlungszweck allein massgebend; sie unterscheiden sich nicht sehr weit von den sonstigen gewöhnlichen Hospitalern. Keinerlei Luxus im Bau und in der Einrichtung, sondern Einfachheit, aber Behaglichkeit — muss das erste Prinzip sein. Aeusserlich braucht sich das Haus von einem grossen Privathause kaum zu unterscheiden (also keine Thürmchenspitzen und andere dergl. thörichte Schnörkel!), oder es kann je nach dem Terrain aus mehreren kleineren Häusern (Pavillons) bestehen, die aber nimmermehr durch Hallen und Bogengänge zu verbinden sind. Für die innere Einrichtung muss die Thatsache leiten, dass unter der Bevölkerung dieses Hauses eine Menge körperlich Leidende, mit schweren Hirn- und Nervensymptomen, mit allgemeinen Ernährungskrankheiten, mit erheblichem Schwächezustande behaftete Kranke sind, dass ferner hier viele Fälle vorkommen, die in einem hohen Erregungszustande aufgenommen worden. Es ist also nicht zu viel, sondern vielleicht noch zu wenig, wenn auch die Bewohner des Hauses circa 25 Procent gerechnet werden, die eine anhaltende Wache und Pflege Tag und Nacht, also eine hierfür bestimmte Abtheilung (à surveillance continue Wachsäle) bedürfen. Es muss überhaupt jeder frisch hereinkommende Kranke zum mindesten für einige Tage dieser Abtheilung zugewiesen werden, bis man ihn näher kennt. Es ergiebt sich also für jedes Geschlecht eine solche relativ grosse, aus je zwei freundlichen und bequem eingerichteten Sälen bestehende Wachabtheilung (vereinigte Infirmerie und division à surveillance continue), der noch für einzelne bettlägerige Kranke, die besondere Ruhe bedürfen, mehrere Einzelzimmer beizugeben sind. Der eintretende Kranke soll nicht lange Hallen und Corridore zu durchschreiten haben, sondern unmittelbar vom Aufnahmezimmer, fast von der Hausthüre aus tritt er in die genannte Beobachtungsstation, mit der ein Bade- und ein Toilettezimmer, ein einfaches, leeres Isolirzimmer

und eine Matrazenzelle verbunden sind, die also eine ganz eigens organisirte Abtheilung bildet, in grossen derartigen Häusern einen eigenen Pavillon einnehmen kann. Brauche ich zu sagen, dass ich die Zellenabtheilungen der heutigen Irrenanstalten mit ihren Doppelcorridoren (!), ihren trüben Räumen und — ihrem eigenthümlichen Parfum gänzlich verwerfe? Die Psychiatrie der „Tobabtheilungen“ ist so wenig die meinige wie die der Zwangsjacken. Für die nöthigen kurzen Isolirungen, zuweilen auch für den Aufenthalt einer ganzen Nacht dienen die zwei genannten Räume. Diese kurz beschriebene wichtigste Abtheilung des Hauses muss die besten und zuverlässigsten Wärter haben und kann gar nicht genug ärztliche Besuche bekommen. Die übrigen Abtheilungen des Hauses sind leichter zu organisiren; sie sind für die nicht bettlägerigen, nicht aufgeregten, ruhigeren und schon mehr in die Verhältnisse des Hauses eingelebten, für die relativ zahlreichen, zwischen acuten und chronischen Zuständen so oft längere Zeit schwankenden Kranken bestimmt; sie können in 3 Sälen mit jedesmal eigenem Zubehör, wo möglich auch eigener Veranda, aber nicht eigener Gartenabtheilung bestehen, mehr peripher liegen, je nach den Umständen kleine Flügel, selbst eigene Pavillons einnehmen; ein wesentliches Erfordernis, das sie von gewöhnlichen Hospitälern unterscheidet, besteht in mehreren freundlich decorirten, hellen Tagesräumen und Speisezimmern und in einer relativ grossen Zahl von Einzel-Schlafzimmern, die besonders für die oben näher bezeichnete Klasse gebildeter Kranken ein dringendes Bedürfnis sind. Geräumige, freundliche Bäder, zu allen möglichen Modificationen der Wasseranwendung eingerichtet, bilden einen allein noch besonders zu erwähnenden, sehr wichtigen Bestandtheil des Hauses. Nicht das Geringste steht im Wege, dass das Haus mit dieser Bestimmung und mit der hier in grossen Umrissen gezeichneten Einrichtung mit einem anderen, schon bestehenden oder erst zu errichtenden Krankenhause aufs nächste verknüpft werde, worauf ich schon unten weiter zu sprechen komme. — Die Anstalten selbst können Stadt-Asyle genannt werden, weil sie für den Bedarf und Gebrauch der Stadt und für ein specielles Bedürfnis derselben errichtet sind; ob sie von städtischen Behörden oder vom Staat gebaut werden, hängt ganz von localen Verhältnissen und von anderweitig dabei zu erreichenden, namentlich klinischen Lehrzwecken ab. Wo ein ganzes Land nicht grösser ist, als eine grosse Stadt, da sind sie natürlicherweise Landesanstalten und sind dann an die Kapitale oder an die Universität eines solchen Landes zu verlegen. Ob an der Benutzung des Stadt-Asyls einer grösseren Stadt auch umgebende Landgemeinden Antheil nehmen sollen, darüber lässt sich nichts Allgemeines oder Principielles sagen.

An die Errichtung dieser Art von Anstalten knüpft sich nun ein anderes Bedürfniss und ein neues, mächtiges Interesse, das des psychiatrischen Unterrichts. — Es geht nicht mehr anders. Diejenigen, welche die Familien bei den Erkrankungen ihrer Angehörigen richtig berathen und welche die Gerichte in den Fragen der zweifelhaften Gemüthszustände wirklich aufklären sollen, müssen dies endlich irgendwo erlernen.“ — — — — —

Auf diese Ausführungen bezieht sich Griesinger direct in dem Aufsatz über die psychiatrischen Kliniken.

In der Fortsetzung der im December-Heft 1893 citirten Aeusserungen sagt Griesinger:

Was die Einrichtung des klinischen Asyles betrifft, so habe ich über dieselbe bereits in meiner ersten Arbeit die Hauptdaten beigebracht. Ich füge hinzu, dass man leicht zu Plänen von zu complicirter Beschaffenheit gelangen kann, wenn man sich nicht stets den Unterschied vor Augen hält, den die verschiedene Bestimmung des klinischen Asyles gegenüber manchen anderen Anstalten mit sich bringt. Ich habe kürzlich Gelegenheit gehabt, mich in dieser Richtung auszusprechen, als mir die Pläne für das klinische Asyl einer der ersten deutschen Universitäten vorgelegt wurden. — So wird es in kleineren klinischen Asylen geradezu unzweckmässig, in grösseren wenigstens meistens unnöthig sein, mehrere Verpflegungsklassen in Bezug auf Wohngelasse einzuführen, wodurch eine grosse Complication des Baues bedingt wird. So ist es ganz unnöthig, eine Directorialwohnung mit allen ihren Appertinenzen in dem Hause selbst einzurichten; für den medicinischen und chirurgischen Kliniker werden solche nur selten mehr in die klinischen Hospitäler gebaut, für den Lehrer der Geburtshilfe, welcher sehr oft bei Nachtgeburten operativ und demonstrativ thätig sein muss, ist es an den meisten Orten allerdings mit Recht gebräuchlich; in den Irren-Asylen kommen Fälle, wo der Kliniker selbst bei Nacht wirklich gebraucht wird, nicht öfter vor als etwa in der chirurgischen Klinik. — Es wäre ja schon Recht, wenn man Alles mit einander verbinden könnte; man kann es wünschenswerth finden, dass nicht nur der Lehrer, sondern auch die Schüler in den Asylen wohnen, um in jedem Augenblicke Alles, was etwa vorkommt, mit beobachten zu können, aber alle Dinge in der Welt haben ihre Grenze an gegebenen Verhältnissen und überall sind die Hauptsachen und die Hauptaufgaben zuerst ins Auge zu fassen.

Hiermit werden wohl immer 2 Stockwerke, Parterre und Bel-Etage ausreichen, wozu das Souterrain für häusliche Zwecke hinzukommt. Das Parterre wird gewöhnlich den Hörsaal, je eine Wachabtheilung (à surveillance continue) für jedes Geschlecht und die Tagesräume für die ruhigeren Kranken aufnehmen können, die Bel-Etage wird die Schlafzimmer für die letzteren, die Dienstwohnungen des Haus-Arzttes und des sonstigen Personals enthalten; ich sage jetzt nicht, dass dies nur so und unter keinen Umständen anders sein könne, aber gewöhnlich wird sich diese Einrichtung als die geschickteste darbieten.

Unendlich vereinfacht wird die ganze Einrichtung des klinischen Asyles, wenn dasselbe mit dem in nächster Nähe befindlichen anderweitigen klinischen Hospitals in nächste administrative Verbindung gesetzt werden kann, so dass die ganze finanzielle administrative Gebahrung, Beköstigung, Wäsche u. s. w. beiden Anstalten gemeinsam ist, womit auch der grosse Vortheil gewonnen wird, dass das Wärterpersonal des Asyls sich aus den guten Wärtern des Hospitals ergänzen und rekrutiren kann und dass den arbeitsfähigen Kranken des Asyles ein grösseres Feld der Arbeit in allerlei

Hausgeschäften zugewiesen werden kann. Alles dies setzt natürlich die grösste räumliche Nähe des klinischen Asyls bei den anderen klinischen Anstalten voraus.

Wenn nach diesen allgemeinen leitenden Grundsätzen verfahren wird, geht die Sache. Will man aber von vornherein für die psychiatrische Klinik Verhältnisse schaffen, die sie von allen anderen Kliniken unterscheiden, so wird man nichts erreichen. Stundenweit vor den Thoren einer Stadt kann man Häuser bauen, kann man Directoren anstellen, kann man Kranke aufnehmen, ja man kann selbst durch absoluten Zwang widerwillig Studierende hinausdecretiren; ein freudiges und erfolgreiches Aufblühen dieses klinischen Unterrichts kann man nimmermehr erreichen.

(Fortsetzung folgt.)



CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 März.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Nachprüfung des der Theorie vom buchstabirenden Lesen und Schreiben zu Grunde liegenden Falles von Sprachstörung.*)

Von Privatdocent Dr. Sommer-Würzburg.

Die Lehre von den Sprachstörungen, welche wesentlich auf Grund von Erfahrungen über herdartige Gehirnerkrankungen ausgebildet worden ist, hat in neuerer Zeit dadurch eine bedeutende Grenzerweiterung erfahren, dass man auch geistige Erkrankungen, welche nicht von anatomisch greifbaren Gehirnläsionen bedingt waren, vom Standpunkt der Sprachcentrenlehre aufgefasst hat. Vor allem waren es die hallucinatorischen Erkrankungen, welche sich leicht unter das Schema des cerebral bedingten Reizes bestimmter Centren bringen liessen. Dachte man sich nun als den zuleitenden Weg, auf welchem diese Reize vermittelt wurden, bestimmte, von anderen Centren herkommende Associationsbahnen, und suchte man den Grund der übermässigen Erregung in einer abnormen Leichtigkeit der

*) Anm. Verfasser hatte die Absicht, seine Nachprüfung des Grashey'schen Falles in Verbindung mit anderen Studien über die Sprache in Form einer Monographie (sfr. dieses Centralblatt 1893, pg. 545) herauszugeben und wollte deshalb seine im Folgenden abgedruckte Habilitationsschrift, in welcher derselbe dargestellt war, überhaupt nicht veröffentlichen. Da ich jedoch einerseits zur Abfassung dieser Monographie wegen dringender Aufgaben der klinischen Psychiatrie so bald nicht kommen werde, da ich andererseits aus der völligen Ignorirung, welche meiner in der Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane veröffentlichten Arbeit zu Theil wird, sehe, dass diese in neurologischen Kreisen fast ganz unbekannt ist, so veröffentliche ich hier meine Weihnachten 1891 der Würzburger Facultät eingereichte Schrift, obgleich ich mit mehreren Sätzen derselben nicht mehr ganz einverstanden bin. Im Wesentlichen ist der Fall richtig dargestellt; es handelt sich um eine Herderkrankung mit periodischen Störungen.

Associationsvorgänge, so musste man mit Nothwendigkeit auf den Gedanken kommen, dass durch eine Unterbrechung oder wenigstens Hemmung dieser Bahnen eine Milderung, wenn nicht gar Heilung der hallucinatorischen Erkrankung zu erreichen sei. In der Consequenz dieser Ideen ist in neuerer Zeit bei dem Mangel an medicamentösen Stoffen, welche in Stande wären, bestimmte Gehirnbahnen ausser Thätigkeit zu setzen, der kühne Schritt gewagt worden, das Gehirn von Geisteskranken, welche kein chirurgisches Leiden im gewöhnlichen Sinne, Tumor, Abscess etc. hatten, mit dem Messer anzugreifen, um durch Schwächung von Centren und Hemmung von Leitungsbahnen bestimmte Psychosen zu heilen.

Burckhardt suchte bei einer tobsüchtigen Kranken die Centren der Bewegungsvorstellungen von denjenigen Gehirnpartien zu trennen, in welchen er die Ursachen der übermässigen Reize suchte und zog deshalb zunächst nach seinem eigenen Ausdruck durch Rindenexstirpation einen „Graben“ occipitalwärts von der motorischen Zone. Er sagt darüber in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie (Bd. 47, p. 478, Ueber Rindenexcisionen, als Beitrag zur operativen Therapie der Psychosen): „Ich erhoffte davon eine ausgiebige Unterbrechung vieler Associationsvorgänge, speciell der aus den Sinnesgebieten des Auges und Ohres in die motorische Zone der Körpermuskulatur übergehenden.“

Nach 3 Operationen meinte Burckhardt, aus dem Weiterbestehen von Verbigeration folgern zu müssen, dass (p. 490) in den motorischen Centren der Wortbildung überhaupt ein pathologischer Erregungszustand herrsche. Nachdem er also noch einen Theil der Broca'schen Windung abgetragen hatte, gelang es ihm in der That, durch diese Gehirnbearbeitung aus einer tobsüchtigen eine ruhige Blödsinnige zu machen.

Ein anderer Kranker zeigte oft explosive Handlungen auf Grund von Grössenwahn und Beeinträchtigungsideen. Auch hier versuchte Burckhardt die impulsiven Handlungen durch Unterbrechung der Associationsfasern zwischen den Reiz erzeugenden und den die Bewegungsvorstellungen beherbergenden Rindentheilen zu beseitigen, und da er den Beeinträchtigungswahn im Stirnhirn localisirte, so machte er Rindenexcisionen an der ersten und zweiten linken Stirnwindung.

Am deutlichsten stützt sich Burckhardt auf die Sprachcentrenlehre in vier weiteren Fällen, in welchen er bei Kranken mit verbalen Hallucinationen Rindenexstirpationen im Bereich der Wernicke'schen und Broca'schen Windung vornahm.

Das Leitmotiv der Burckhardt'schen Ausführungen ist das felsenfeste Vertrauen auf die unumstössliche Richtigkeit der Localisationsschemata speciell der über den Sprachvorgang aufgestellten.

Es ist mir nun ein Fall von Sprachstörung zur Beobachtung gekommen, in welchem ich bei dem Versuch, die zur Zeit giltige*) Lehre über die Sprachcentren zur Erklärung heranzuziehen, auf die grössten Schwierigkeiten stiess. Wenn natürlich auch eine Theorie durch einen einzigen Fall, der sich schwer der Erklärung fügt, niemals erschüttert werden kann, so können wir dadurch doch wenigstens zur Vorsicht in der Anwendung der Theorie auf die Praxis gemahnt werden. Ich habe den von mir beobachteten Fall

*) Anm.: Geschrieben 1891. Zur Zeit müsste es heissen: „nicht mehr giltige“. —

in der Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane (Bd. II, pg. 143—163) von einem rein psychologischen Gesichtspunkt aus beschrieben. Da ich an jener Stelle das Verhältniss der Beobachtungen zu den bestehenden Lehren über den Sprachvorgang nicht erörtern und die Schwierigkeit der Auslegung im Sinne der Localisationstheorien nur kurz andeuten konnte, so erscheint es angebracht, den Fall nunmehr vom gehirnpysiologischen und medicinischen Standpunkt aus noch einmal zu betrachten, besonders da diese Auseinandersetzung ein Beitrag zur vorurtheilslosen Kritik der Sprachcentrenlehre sein kann.

Es handelt sich um denselben Krankheitsfall, welcher im Jahre 1885 Herrn Professor Grashey die Gelegenheit gab, seine bekannte Abhandlung „über Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung“ zu schreiben. Jene Arbeit ist, abgesehen von der speciellen Lehre über amnestische Aphasie und über das buchstabirende Lesen, dadurch von der grössten principiellen Bedeutung, dass der Begriff des zeitlichen Ablaufes der psychischen Vorgänge speciell bei der Wortfindung in pathologischen Zuständen darin eingeführt worden ist. In Bezug auf die Schemata, welche nur das solide Gerüst des Gehirnes als Abbild der geistigen Verknüpfungen zu geben suchen, verhält sich Professor Grashey's Abhandlung ungefähr wie in der Physik die Dynamik zur Statik. Der Begriff der allmählichen Entstehung dessen, was uns psychologisch als Einheit erscheint, muss als das principiell Neue in dieser Arbeit in Bezug auf die Sprachstörungen hervorgehoben werden.

Die Grashey'sche Auffassung des Falles steht so im Vordergrund des Interesses, dass eine nochmalige Darstellung nothwendiger Weise von ihr ausgehen muss.

Ich weiche also von der sonst bei der Mittheilung von Krankheitsfällen üblichen Weise der Darstellung ab, indem ich die Krankengeschichte erst nach Erörterung der Sprachcentrenfrage im Anschluss an Grashey's Abhandlung — später anfügen werde. Der dort behandelte Kranke ist noch z. Z. in Würzburg als Brauknecht thätig, so dass sich mir also Gelegenheit bot, fünf Jahre nach jenen Feststellungen eine erneute Aufnahme des geistigen Zustandes jenes Kranken zu machen.

Der Mann stürzte im November 1893 von einer Leiter mit dem Kopfe voran auf das Steinpflaster und zeigte neben den Symptomen einer Basisfractur psychische Abnormitäten, welche auf cerebrale Ursachen deuteten, ohne dass bisher in den 4 über ihn vorliegenden Veröffentlichungen ein sicherer localdiagnostischer Schluss gemacht wurde.

Der Mann heisst Voit, ist jetzt id est 1891 32 Jahre alt und abgesehen von den nachher zu beschreibenden Störungen körperlich wieder ganz gesund; er arbeitet wieder in seinem Beruf als Brauknecht wie vor seinem Unfall, hat auch keine Entschädigung aus der Unfallversicherung bekommen aus dem principiellen Grunde, weil er nicht „im Betrieb“ verletzt wurde, so dass er nicht das mindeste Interesse daran hat, seinen abnormen Zustand zu übertreiben.

Grashey hat selbst schon damals aufmerksam gemacht, dass der Erklärung des Falles im Sinne des bestehenden Localisationsschemas die grössten Schwierigkeiten im Wege ständen und dass verschiedene Leitungs-

bahnen und Leitungsunterbrechungen postuliert werden müssten, wenn sich nicht eine andere Erklärung finde. In Bezug auf die Thatsache, dass der Kranke immer Schreibbewegungen zum Finden von Objectnamen zu Hilfe nahm, sagte Grashey damals im Hinblick auf das Localisationsschema Folgendes (cfr. Archiv für Psychiatrie, Bd. XVI, pg. 667): „Dieses sehr auffällige Symptom nun scheint auf den ersten Blick das Vorhandensein einer directen Bahn BG (d. h. also eine directe Verbindung des Objectbild-centrums mit dem Schreibbewegungscentrum) zu beweisen, oder mit anderen Worten, dieses Symptom liesse sich durch Annahme einer solchen Bahn BG scheinbar erklären.“ Ausserdem hätten schon damals nach Grashey's Ausspruch noch andere vom Normalschema abweichende Verbindungsbahnen und Leitungsunterbrechungen postuliert werden müssen. Nun heisst es bei Grashey weiter: „In Wirklichkeit aber wäre mit einer solchen Annahme doch nichts erklärt, sondern lediglich eine Umschreibung der zu erklärenden Thatsachen vollzogen. Auf solche Weise liesse sich schliesslich jedes Symptom erklären. Von dieser Ueberzeugung ausgehend habe ich mich mit der willkürlichen Ein- und Ausschaltung leitungsfähiger Verbindungsbahnen nicht begnügt, sondern den Kranken eingehender untersucht.“

Hierbei gelangte Hr. Prof. Grashey zu folgendem Resultat (Archiv für Psychiatrie, Bd. XVI, 1885, S. 684): „Hiermit glaube ich bewiesen zu haben, dass es eine Aphasie giebt, welche weder auf Functionsunfähigkeit der Centren noch auf Leitungsunfähigkeit der Verbindungsbahnen beruht, sondern lediglich auf Verminderung der Dauer der Sinneseindrücke und dadurch bedingter Störung der Wahrnehmung und der Association.“

Voit erfasste nach der damaligen Feststellung bezw. Erklärung beim Anblicke z. B. eines Hundes zuerst den Anfangsbuchstaben H. Um nun sein mangelndes Lautgedächtniss zu ersetzen, fixirte er ihn schreibend, während sich der zweite Buchstabenlaut „u“ bei dem continuirlichen Anblick des Hundes bildete, und fügte ablesend die durch Niederschreiben fixirten Buchstaben mit den innerlich entstehenden zu dem Namen zusammen.

Wurde ihm plötzlich vor Vollendung des Namens das Object entzogen, so blieb wegen des Mangels an optischem Gedächtniss auch das Wort unvollendet, selbst wenn ihm das Hilfsmittel des Schreibens zu Gebote stand (cfr. Archiv für Psychiatrie, XVI, pg. 680).

„Der Kranke kann nun in der That, wie bereits oben (S. 671) erwähnt ist, von den Objectbildern zu den Klangbildern übergehen, wenn er das Object beständig vor sich hat und von dem immer wieder erneuerten Objectbilde aus Buchstaben für Buchstaben des Klangbildes hervorrufft und jeden Consonanten oder Vocal des Klangbildes durch wirkliches Niederschreiben oder durch Schreibbewegung und gleichzeitiges Aussprechen festhält.“

Das Wesentliche der beobachteten Störung bestand nach Grashey's eigenem Ausdruck darin, dass Voit die Namen zu gesehenen Objecten „schreibend fand“ (cfr. Seite 656). Ich hebe diesen Ausdruck „schreibend finden“ besonders hervor, weil die zur Zeit vorhandene Abnormität damit sehr gut bezeichnet ist.

Ich habe nun bei der erwähnten Nachuntersuchung festgestellt, dass bei Voit auch jetzt noch eine hochgradige Schwäche des Gedächtnisses für

Gesichtseindrücke und Lautgebilde vorhanden ist. Es lässt sich jedoch sicher nachweisen, dass jene Gedächtnisschwäche nicht in einem Causalverhältniss zu der wesentlichen Störung steht.

Es liess sich über das Verhältniss von vorgezeigten Bildern zu den zugehörigen Worten Folgendes feststellen: Voit kann auch heute noch zu dem Bilde eines Gegenstandes, das er sieht, nur dann das zugehörige Wort finden und aussprechen, wenn er Schreibbewegungen zu Hilfe nimmt. Diese werden für gewöhnlich mit der rechten Hand auf dem Tische ausgeführt. Ob Voit dabei hinsieht oder nicht, ist gleichgiltig. Im Stehen schreibt er mit dem rechten Zeigefinger gegen den Oberschenkel, ohne hinunterzusehen. Bei genauer Beobachtung kann man an diesen Schreibbewegungen das den einzelnen Buchstaben entsprechende Auf- und Niederführen des Fingers unterscheiden. Hält man die rechte Hand fest, so bewegt er die linke schreibend, hält man sie beide, so malt er die Buchstaben mit den Füssen und zwar stets in der gewöhnlichen Schreibweise von links nach rechts.

Dieser Zwang zum Schreiben ist ein so starker, dass Voit, wenn man ihm die Finger nicht ordentlich festhält, mit seinem Zeigefinger sogar auf dem Rücken der festhaltenden Hand des Beobachters schreibt. Bei der Untersuchung wurde in der ersten Zeit vorausgesetzt, dass, wenn Voit's Arme und Beine festgehalten seien, die Möglichkeit, Schreibbewegungen auszuführen, nun vollkommen fehle.

Es führten jedoch eigenthümliche Mundverziehungen, welche Voit machte, wenn man ihm in dieser Stellung das Wort zu einem ihm vorgehaltenen Bild oder Gegenstand suchen liess, auf die überraschende Wahrnehmung, dass Voit in diesem Falle mit der Zunge in der Mundhöhle Schreibbewegungen macht. (!) Die Zunge wird hierbei wirklich nach Art eines schreibenden Fingers auf- und niederbewegt.

Um ihn also jeder Möglichkeit der Schreibbewegung und damit des Hilfsmittels zum Auffinden der Worte sicher zu berauben, blieb nichts anderes übrig, als ihn bei festgehaltenen Händen und Füssen die Zunge herausstrecken und ausgestreckt halten zu lassen. Die meisten der folgenden Versuche erforderten diese Stellung. Ich will diesen durch Fixirung von Händen, Füssen und Zunge herbeigeführten Zustand kurz als totale Fesselung, nämlich der von ihm zum Schreiben benutzten Organe, bezeichnen. Fesselt man nun Hände, Füsse und Zunge, so ist Voit überhaupt nicht mehr im Stande, das Wort innerlich zu finden.

Nach Lichtheim's Methode wurde Voit im Zustand der Fesselung gefragt, wie viel Silben das Wort habe, welches zu einem ihm dauernd vorliegenden Object gehörte. Niemals konnte er das angeben. Ferner verneinte er in diesem Zustande die Frage, ob er den Namen innerlich wisse, durch Kopfschütteln ausnahmslos. Lässt man ihn, nachdem er, bei vollkommener Fesselung vergeblich versucht hat, das Wort zu finden, die Zunge zurückziehen, so bemerkt man an seinen Mundbewegungen deutlich, dass er jetzt mit der Zunge in der Mundhöhle schreibt. Und erst nach Vollendung dieser Bewegungen, welche mehrere, oft bis 10 Secunden, in Anspruch nehmen, sagt Voit das richtige Wort.

Zur Erklärung der bis jetzt geschilderten Erscheinungen, wie sie bei Voit jederzeit beobachtet werden können, ist die frühere Hypothese aus

folgendem Grunde zur Zeit nicht mehr verwendbar, womit übrigens über ihre frühere Giltigkeit in Bezug auf den im Jahre 1885 beobachteten Zustand nichts ausgesagt ist. — Sie besagt: Weil Voit jeden Buchstabenlaut, welcher in ihm beim Ansehen eines Gegenstandes hervorgerufen wird, sofort vergessen würde, so schreibt er den Buchstaben nieder, um durch Ablesen den Laut wieder zu finden. Also könnte Voit offenbar nur dann ein ganzes Wort (eine Lautcombination) schreibend finden, wenn er die einzelnen Buchstaben sich in einer dauernd sichtbaren Weise fixirte. Nun vergisst er sie aber durchaus nicht, sondern findet ein Wort gerade so gut auch dann, wenn er es so geschrieben hat, dass überhaupt keine sichtbaren Buchstaben zu Stande kommen.

Zweitens: Nach der Hypothese müsste Voit auch bei totaler Fesselung den Anfangsbuchstaben finden, wenn ihm nur das Bild dauernd vorliegt.

Es zeigte sich jedoch Folgendes: Nannte man ihm im Zustande der Fesselung von dem zu dem Object gehörenden Worte den ersten Buchstaben unter einer Reihe beliebiger unrichtiger und fragte bei jedem, ob das betreffende Wort so begänne, so konnte er dies niemals richtig beantworten.

Ja sogar er erkannte im gefesselten Zustande selbst ganze Silben und grössere Bruchstücke des Namens beim Vorsprechen nicht als zu dem Objecte gehörig.

Ich stellte also fest, dass in Voit beim Anblick eines Gegenstandes im Zustande der Fesselung kein Lautgebilde, weder das ganze Wort, noch ein Bruchtheil, ja nicht einmal der Anfangsbuchstabe ausgelöst wird, dass also bei ihm vor den Schreibbewegungen, welche er sofort nach Lösung der Fesselung vornimmt, keine Klanggebilde vorhanden sind, als deren Ausdruck die Schreibbewegungen zu betrachten wären.

Es lässt sich nun ferner leicht zeigen, dass in Voit im Zustande der Fesselung auch keine Buchstabenbilder bei dem dauernden Anblick des Objectes entstehen, welche in den nach der Lösung bemerkbaren Schreibbewegungen zum Ausdruck kommen könnten. Legt man Voit im Zustande der Fesselung ein Bild vor und schreibt ihm sichtbar den Anfangsbuchstaben des Namens hin mit der Frage, ob das Wort so anfangt, so zuckt er stets mit der Schulter. Hierbei muss bemerkt werden, dass er fliessend lesen konnte.

Würde von dem Objectbild der erste Laut des Wortes und von diesem das zugehörige Buchstabenbild innerlich direct erzeugt, so würde in beiden Fällen Voit das innerlich entstandene Buchstabenbild mit dem ihm vorgeschriebenen identificiren; dieses tritt jedoch nicht ein. Ja sogar man kann, entsprechend wie man ihm oben Bruchstücke von den Namen vorsprach, nun auch diese Bruchstücke sichtbar hinschreiben, ohne dass eine Erkenntniss der Zugehörigkeit zu dem angeschauten Object eintritt.

Es geht daraus hervor, dass dem nach der Lösung bemerkbaren Schreiben bei Voit keine Buchstabenbildvorstellungen innerlich vorausgehen, ebenso wenig als im Zustande der Fesselung Klanggebilde beim Anblick eines Objectes in ihm wachgerufen werden.

Nichtsdestoweniger hat das, was bei den Schreibbewegungen Voit's, die sofort nach der Lösung eintreten, äusserlich zu Stande kommt, das Ansehen derjenigen Buchstaben, welche das Wort bezeichnen, was nachgewiesen werden konnte, indem man ihn unter der Tafel schreiben liess.

Ogleich Voit jetzt noch hochgradige Gedächtnisschwäche zeigt und auch im weiteren Sinne des Wortes aphasisch ist, kann er doch zur Zeit nicht mehr als ein Typus der amnestischen Aphasie im Sinne Grashey's betrachtet werden.

Ich will nun den vorliegenden Befund zunächst im Sinne der Localisationstheorie auszudrücken suchen.

Das erste ist, dass man in diesem Falle, an welchem die Lehre von der amnestischen Aphasie entwickelt worden ist, zur Zeit im Sinne der Schemata gerade eine Leitungsunterbrechung und zwar vom optischen Objectbildcentrum zum Klangbildcentrum annehmen muss.

Nur auf dem Umweg über das Centrum der Bewegungsvorstellungen ist von dem optischen Centrum aus das acustische zu erreichen. Ferner müsste man annehmen, dass die Leitung, welche vom Klangbildcentrum über das Schriftbildcentrum zum Schreibbewegungscentrum angenommen wird, in diesem Fall in umgekehrter Richtung leitet, weil Voit durch Schreibbewegungen die Laute findet. Drittens aber müsste man eine directe Verbindung vom Begriffcentrum zum Centrum der Schreibbewegungen annehmen, welche von Wernicke mit Recht für sehr unwahrscheinlich angesehen wird. Diese Verbindung müsste so innig gedacht werden, dass der Verlust der Sprachklänge und der Buchstabenbilder, welcher bei Voit im gefesselten Zustande sich nachweisen lässt, nicht im mindesten die Production richtiger Buchstaben gestört hätte.

Diese Annahme widerstreitet den gebräuchlichen Lehren über das Zustandekommen von Paraphrasie völlig. Denn bei dem Fehlen des regulirenden Einflusses der Buchstabenbilder müsste Paraphrasie eintreten, ebenso, wie bei dem Fehlen der Lautgebilde beim Sprechen Paraphrasie eintreten würde.

Der vorliegende Befund steht also im Widerspruch mit dem gewohnten Schema über die Schriftsprache. Diese Widersprüche erscheinen mir vorläufig unlösbar, wenn man nicht eine Hilfshypothese einführen will, um trotz des Befundes das Schema unangetastet zu lassen.

Man müsste den Begriff des „Unbewussten“ einführen und eine unbewusste Regulirung der Schreibbewegungen durch Klanggebilde und Schriftbilder, welche unter der Schwelle des Bewusstseins bleiben, annehmen. Man könnte sich vorstellen, dass vermöge einer Schädigung derjenigen Gehirnpartien, welche bei dem Wachwerden acustischer Erinnerungen speciell von Worten eine Rolle spielen, beim Anblick der Objecte die Namen gewissermassen nebelhaft und verschwommen entstehen, so dass sie zwar für unser deutliches Bewusstsein nicht wahrnehmbar werden, aber doch Actualität genug besitzen, um die zugehörigen Schreibbewegungen auszulösen. Dies ist die einzige Annahme, bei welcher man das normale Schema im vorliegenden Fall aufrecht erhalten und die Grashey'sche Hypothese auch jetzt noch für zureichend erklären könnte. Es ist jedoch in der Physiologie unter leichtsinniger Verwendung psychologischer Thatsachen mit diesem Begriff des Unbewussten oder Halbbewussten ein solcher „Missbrauch“ getrieben worden, dass man ihn mit grösster Vorsicht auffassen muss und dass es besser erscheint, im vorliegenden Fall unerklärte Beobachtungen mitzutheilen, als die Mittel der Erklärung aus der speculativen Metaphysik herzunehmen.

Allerdings spricht mehreres dafür, dass es sich bei der beschriebenen Erscheinung wirklich um eine schwere Schädigung des acustischen Gebietes, nicht um eine Leitungsunterbrechung vom optischen zum acustischen Centrum handelt; und in diesem Punkte komme ich mit Grashey überein, welcher auch eine functionelle Schädigung der verschiedenen Centren annimmt. Bei dieser Uebereinstimmung kann die zur Zeit nicht mehr anwendbare Theorie vom buchstabirenden Lesen und Schreiben ganz unberührt gelassen werden. Dem Kranken fehlen nicht bloss die Namen von Gegenständen, sondern auch oft die Bezeichnungen für Eigenschaften und zwar nicht bloss in der optischen Sphäre, sondern in allen Sinnesgebieten, ferner auch die Bezeichnungen für Thätigkeiten, und auch hier bieten ihm Schreibbewegungen das Mittel zur Auffindung der Namen. Man müsste also überhaupt von allen centralen Sinnesgebieten aus die Leitungen zum Centrum der Lautgebilde speciell der Worte unterbrochen sein lassen; und da die Thätigkeitsvorstellungen als wesentlichen Inhalt Bewegungsempfindungen haben, so müsste man auch vom Centrum der letzteren die Leitung zum acustischen Centrum unterbrochen sein lassen, während doch andererseits gerade durch eine bestimmte Art von Bewegungsempfindungen in Voit die Worte rege werden. Die gemeinsame Voraussetzung dazu, dass Voit für Gegenstände, Eigenschaften und Thätigkeiten die Namen schreibend sucht, scheint eine functionelle Schwäche des cerebralen Mechanismus der Worterinnerung zu sein.

Ohne die oben angedeutete Hypothese von den halb-bewussten Vorstellungen näher in Betracht zu ziehen, können wir in der That feststellen, dass das centrale Gebiet der Worterinnerungen schwer geschädigt sein muss.

Zunächst kann die hochgradige Gedächtnisschwäche für Lautgebilde, welche von Grashey nach den Feststellungen vom August bis September 1884 zur Erklärung verwendet worden ist und welche jetzt noch, wenn auch in geringerem Grade vorhanden ist, als Symptom herabgesetzter Functionsfähigkeit aufgefasst werden. Am meisten tritt die Störung des acustischen Gebietes hervor in der von mir hervorgehobenen Thatsache (cfr. Zeitschrift für Psych. und Phys. der Sinnesorgane, II, pg. 155), dass Voit durchaus nicht im Stande ist, zu einem vorgesprochenen oder niedergeschriebenen Bruchstück eines Namens die Ergänzung zu finden. Die Bruchstücke „Bierwa“, „Kleiderstand“, „Zeit“, „Bleist“ sind ihm völlig fremde Gebilde, während er die Aufgabe, ein Wort zu ergänzen, im Allgemeinen gut versteht. Dementsprechend liess sich nachweisen, wenn man Voit's Schreibbewegungen beim Auffinden von Namen unterbrach, dass er dann ein Bruchstück des Namens gefunden hatte, ohne dass dieser Theil für ihn ausreichend gewesen wäre, um innerlich eine Ergänzung des Namens zu ermöglichen. Legte man ihm z. B. eine Trompete vor und unterbrach ihn beim Schreiben, so hatte er z. B. das Bruchstück „Tromp“ oder „Trompe“ gefunden; mit diesem Theil war ihm jedoch noch nicht geholfen, weil er nicht im Stande ist, was Kinder schon sehr zeitig können, das Bruchstück „Trompe“ zu „Trompete“ zu ergänzen.

Psychologisch ausgedrückt stehen ihm die Lautassocationen, welche beim normalen Menschen z. B. in dem bekannten Kinderspiel die innere Vervollständigung von theilweise vorgesprochenen Namen bewirken, nicht

mehr zu Gebote. In den anatomischen Vorstellungen der Localisationstheorie könnte man diese Thatsache so ausdrücken, dass bei Voit die associativen Fasern im Innern des Centrums des Laut- bzw. Wortgedächtnisses functionsunfähig sind, dass es sich also um eine schwere Störung im Inneren des Centrums des Wortgedächtnisses handelt. Ich werde später bei der Besprechung der krankengeschichtlichen Daten anführen, dass dieses Symptom der „intracentralen Associationslosigkeit“ der Erscheinung der Paraphasie direct entgegengesetzt ist.

Zunächst wollen wir nur feststellen, dass diese Betrachtung auf eine schwere Schädigung des Gebietes, von dessen Unverletztheit die Worterinnerung abhängt, hinweist. Was die übrigen Centren betrifft, welche zur Ausübung des Schreibens, Lesens und Sprechens in dem bekannten Schema von Wernicke postulirt werden, so konnte ich den Befund von Grashey durchaus bestätigen. Voit kann fließend lesen: die Bahnen vom Schriftbildcentrum zum Buchstabenlautcentrum und von da zum motorischen Sprachcentrum sind also erhalten. Nur muss bemerkt werden, dass Ziffern für ihn mit Objectivbildern gleichwerthig sind.

Entsprechend kann man sich die Beschaffenheit der einzelnen Centren des Wernicke'schen Schemas leicht aus folgenden Thatsachen abstrahiren:

Fähigkeiten zu copiren, Lesen mit Verständniss, Sprachverständniss, Nachsprechen, Schreiben nach Dictat, spontanes Schreiben zeigen keine Störung, nur die spontane Sprache, welche von Paraphasie völlig frei ist, wird manchmal dadurch unterbrochen, dass Namen schreibend gefunden werden müssen.

Ebenso schwer als die Erscheinungen der Schriftsprache fügen sich bei Voit die Beobachtungen über seine Fähigkeit zu zählen und zu rechnen in die bestehenden Localisationsschemata. Wenn man ihn die Zahlreihe aufsagen lässt, so kommt er ohne Schreibbewegungen bis 4, dann muss er jede folgende Zahl wieder schreibend finden, und zwar schreibt er in diesem Fall Ziffern, nicht Buchstaben.

Man käme hier wieder am einfachsten über die Schwierigkeit weg, indem man ein Zahlbegriffscentrum postulirte und annähme, dass von den Zellen, in welchen die Zahlbegriffe von 1—4 sitzen, die Verbindungsbahnen zu dem Theil des acustischen Centrums, welches den Zahlworten dient, erhalten seien, während die directen Verbindungen aller weiteren Zahlbegriffe nach 4 mit dem acustischen Centrum vernichtet sein müssten. Um nun aber ferner zu erklären, dass Voit von den Zahlbegriffen ausgehend durch Schreibbewegungen die Zahlworte findet, müsste man wieder eine Verbindung vom Zahlbegriffscentrum zum Centrum der Schreibbewegungsvorstellungen annehmen und von diesem dann die Erregung auf einer Associationsbahn zum acustischen Centrum laufen lassen. Diese Postulate wären aber im Grunde nichts als eine Umschreibung der Thatsachen in einer etwas geheimnissvollen Terminologie und würden im Grunde daran nichts erklären.

Vielleicht könnte nun eingewendet werden, dass die Zahlreihe im Grunde keine Reihe von Begriffen, sondern von Wortklängen darstellt, so dass also die Misslichkeiten eines Zahlbegriffscentrums umgangen werden können. Aber bei dieser Annahme werden die Erscheinungen erst recht unerklärlich. Denn wenn von „5“ an die Glieder der Reihe, die man sich

als kettenförmig verknüpfte Ganglienzellen denken könnte, verloren gegangen sind, so ist nicht einzusehen, wie von demselben acustischen Centrum aus dann das Schreibbewegungscentrum derartig innervirt werden kann, dass durch Rückwirkung auf das acustische Centrum plötzlich die weitere Zahlwortreihe lebendig wird.

Nimmt man aber an, dass in Bezug auf die weitere Zahlreihe von 5 an zwar die Zellen erhalten sind, in denen die Zahlworte sitzen, aber deren Verbindungen unter einander gelöst sind, so kommt man zu einer schematischen Darstellung der Beziehungen zwischen acustischem Centrum und Centrum der Schreibbewegungsvorstellungen, welche die Grenze des Abentenerlichen überschritten hat.

Jedenfalls liess sich feststellen, dass Voit durch sein Hilfsmittel alle Zahlworte finden kann. Unter diesen sonderbaren Verhältnissen war eine Prüfung seines Rechenvermögens von grossem Interesse, besonders da hierbei, wenn man die Fähigkeit, seine Rechenresultate auszusprechen, in Betracht zog, ein neues Feld für die Untersuchung der Aphasie im weiteren Sinne gewonnen wurde. Entsprechend der principiellen Anregung, welche Grashey in seiner erwähnten Abhandlung gegeben hat, wurde hier besonders der zeitliche Ablauf der Prozesse in's Auge gefasst und eine Analyse der Bewegungsvorgänge versucht, welche sich bei Voit zwischen Stellung einer Aufgabe und deren meist richtige Lösung einschoben.

Wenn man ihn, ohne seine Schreibbewegungen zu fesseln, rechnen lässt, so zeigt sich ein geradezu überraschender Unterschied zwischen Addiren und Subtrahiren einerseits, Multipliciren andererseits und Dividiren an dritter Stelle. Multiplicationsexempel im Gebiet des kleinen Einmaleins löst er fast ausnahmslos richtig, indem er in ca. 3 Secunden das Zahlwort schreibend findet. Und zwar schreibt er in diesem Falle Ziffern, nicht Zahlworte. Nur sehr selten laufen Fehler unter: $5 \text{ mal } 6? = 30$. — $10 \text{ mal } 3? = 30$. — $6 \text{ mal } 6? = 36$. — $7 \text{ mal } 8? = 56$. — $4 \text{ mal } 3? = 12$. — $9 \text{ mal } 4? = 32$. (!) — $3 \text{ mal } 9? = 27$. — $2 \text{ mal } 3? = 6$.

Während diese Multiplicationen innerhalb weniger Secunden gelöst werden, dauert die Lösung eines einfachen Additionsexempels, z. B. $36 + 4 = 40$ (was er schliesslich richtig sagt), 15 Secunden. Dabei sehen wir zunächst ab von der merkwürdigen Thatsache, dass Voit die Zahl 36 überhaupt behält.

Ferner zeigte sich bei einer grossen Reihe von Versuchen, dass das Addiren um so besser ging, je kleiner der Addend war. Ging der Addend über 10 hinaus, so blieb die Lösung mit grosser Regelmässigkeit ganz aus. Es zeigte sich also, dass die Zeit, welche erforderlich war, um das Exempel richtig zu lösen, in einer ziemlich gesetzmässigen Weise wuchs mit der Grösse des Addendus, derart, dass mathematisch ausgedrückt bei der Abscisse 10 die Curve der Zeitdauer ihren messbaren Höhepunkt erreichte und dann plötzlich im Unendlichen verschwand.

Die Addition $5 + 1$ wurde in 4 Secunden, $4 + 3$, $5 + 3$, $16 + 3$ in 10 Secunden, $8 + 4$ in 15 Secunden, $36 + 4$ in 15 Secunden, $6 + 5$ in 20 Secunden, $26 + 5$ in 20 Secunden, $15 + 6$ in 25 Secunden jedesmal richtig ausgerechnet.

Ebenso zeigte sich beim Subtrahiren ein allmähliches Anwachsen der Zeit je nach Grösse des Subtrahendus, während die Grösse des Minuendus ziemlich ohne Einfluss war.

Im Verhältniss zu diesen enorm langen Zeiten rechnete er Multiplicationen, z. B. 2 mal 2, 5 mal 6, 3 mal 6, 9 mal 8 in der relativ verschwindenden Zeit von ca. 2 bis 3 Secunden richtig aus bezw. fand schreibend das richtige Zahlwort. Abgesehen von der relativ geringen Zeit fiel besonders der Umstand auf, dass die Grösse der zu multiplicirenden Zahlen, sofern die Resultate im Bereich bis Hundert lagen, fast gar keinen Einfluss auf die nothwendige Zeit ausübten.

Während also sich ein grösserer Unterschied zwischen Multipliciren einerseits, Addiren und Subtrahiren andererseits erwies, war das Vermögen, im Kopf zu dividiren, geradezu verloren gegangen.

Offen gestanden war mein erster Gedanke nach Wahrnehmung dieser Thatsachen der, dass es sich in Bezug auf die Addition um verlangsamte Leitungen, um wachsende Hemmungen irgend welcher Bahnen handelte.

Besonders das gesetzmässige Anwachsen der Zeiten je nach der Höhe des Addendus brachte mich unwillkürlich auf den Gedanken, dass es sich um gesetzmässig wachsende Leitungshemmungen handeln könnte. Ferner gestehe ich zu, dass ich schon angefangen hatte, im Hinblick auf das völlig verschiedene Verhältniss des Additions- und Subtractionsvermögens einerseits, des Multiplicationsvermögens andererseits und des fehlenden Divisionsvermögens an dritter Stelle eine verschiedene Localisation dieser Vermögen im Gehira zu postuliren. Ich war mir allerdings darüber klar, dass mit dem Augenblick, wo in der Gehirnphysiologie „Seelenvermögen“, „Fähigkeiten“ oder „Facultäten“ localisirt werden, der Standpunkt der Associationspsychologie verlassen und die alte Theorie der Seelenvermögen wieder beraufbeschworen war, aus welcher als eine Erweiterung die Gall'sche Phrenologie mit Nothwendigkeit hervorgegangen ist.

Glücklicherweise führte eine genauere Beobachtung zur Entdeckung des Grundes einer so erstaunlichen Gesetzmässigkeit. Voit machte beim Rechnen und zwar nur beim Addiren und Subtrahiren heimlich an seinem Oberschenkel eigenthümliche Klavierbewegungen, während er bei Multiplicationsaufgaben einfache Schreibbewegungen ausführte.

Nach Anlegen seiner Hände auf eine Tischplatte wurden seine Manipulationen deutlicher und das Räthsel enthüllte sich in einer sehr einfachen Weise als einer von den Kunstgriffen, welche dieser Mann zur Verhüllung seiner Sprachstörung in virtuoser Weise ausgebildet hat.

Voit hält nämlich zum Ersatz für sein Gedächtniss den Addendus fest, indem er die betreffende Anzahl von Fingern mit den Spitzen auf die Unterlage auflegt. Z. B. bei der Aufgabe $5+8$ hält er sämmtliche 5 Finger der linken Hand und die ulnaren drei der rechten fest auf der Tischplatte. Das erste Zahlwort 5 spricht er leise vor sich hin. Nun sieht man, wie er mit dem Zeigefinger der rechten Hand eine Zahl zeichnet und wie sich gleichzeitig der kleine Finger der linken Hand abhebt. Die gezeichnete Zahl kann man deutlich als 6 erkennen. Nun malt er die Ziffer 7 hin, während sich gleichzeitig der 4. Finger der linken Hand abhebt. So schreibt er Zahl für Zahl nieder, während sich immer ein Finger mehr abhebt.

Im Augenblick, wo er den letzten Finger abgehoben hat und die betreffende Ziffer gezeichnet hat, spricht er das Zahlwort aus, welches in der That die richtige Lösung der Aufgabe $5+8$ bedeutet. Er findet also durch das Zeichnen der Ziffer immer das nächstfolgende Zahlwort zu dem anfänglich festgehaltenen und da er, von der genannten ersten Ziffer ausgehend, so lange weiter zählt, bis alle zuerst festgehaltenen Finger aufgehoben sind, so muss er in der That zu der richtigen Lösung des Additions-exempels kommen, obgleich er keine Zahlbegriffe hat.

Die Feststellung, dass Voit erst im letzten Augenblick, beim Aufheben des letzten Fingers das richtige Zahlwort findet, war von Wichtigkeit, um jeden Gedanken betreffend Leitungshemmungen und langsamer Uebermittlung von Reizen auszuschliessen. Zu diesem Zweck wurde Voit mitten während seines Rechnens der Aufgabe $5+8$ gefragt, ob $5+8 = 10, 13, 18$ oder 6 wäre.

Er war in diesem Stadium seines eigenthümlichen Rechnens völlig ausser Stande, zu erkennen, dass das vorgespochene „13“ sich mit der Aufgabe $8+5$ deckt.

Nach der Erkenntniss des von ihm angewendeten Kunstgriffs wurde das gesetzmässige Ansteigen der Zeit je nach Höhe des Addenden verständlich, da Voit natürlich zum allmählichen Aufheben von 8 Fingern und zu dem entsprechenden Zahlenschreiben mehr Zeit braucht, als zum Zuzählen von sieben und weniger. In Bezug auf das Multipliciren zeigte es sich bald, dass es sich hier um einen ganz anderen Vorgang handelte, nämlich um eine einmalige Wortfindung.

Die Multiplicationen im Bereich des kleinen Einmaleins scheinen eben reine Wortassocationen zu sein. So bekommt man ja z. B. von ganz blöden Paralytikern, die kaum noch auf 3 zählen können, auf die Frage, was ist 6 mal 6?, oft die richtige Antwort „sechsenddreissig“. Ist somit der grösste Theil der eigenthümlichen Beobachtungen verständlich, so ist es doch auch hier eine durch die Localisationsschemata unerklärt bleibende Thatsache, dass Voit auch diese Zahlworte schreibend finden muss.

In Bezug auf Divisionen scheinen solche reine Assocationen, z. B. 12 durch $4 = 3$ nicht vorhanden zu sein. Bei einem guten, mathematisch geschulten Rechner, der in der gleichen Weise wie Voit getroffen wäre, würden diese Lösungen vielleicht ebenso durch Schreiben gefunden werden, wie bei Voit die Multiplicationslösungen.

Wenn also die merkwürdigste Erscheinung in Voit's Rechnen, nämlich die Gesetzmässigkeit der Zeit, sich sehr einfach erklärt, so bleibt immer noch als unerklärliches Residuum die Auffindung der Zahlworte durch Schreibbewegungen beim Aufsagen der Zahlworte nach 4 und beim Rechnen.

Bei der Untersuchung von Voit's Zahlenvermögen drängte sich unwillkürlich die Idee eines Zahlbegriffscentrums an. Im Anschluss daran suchte ich mir über das „Begriffscentrum“ klar zu werden und kam darauf, zu untersuchen, wie weit Voit im wortlosen Zustand abstracte Begriffe bilden kann.

Schon früher hatte ich öfter bei Geisteskranken Versuche darüber gemacht, wie weit ihre Fähigkeit reicht, zu zwei Gegenständen den nächst höheren Begriff zu finden, wie weit sie im Stande waren, zwei Gegenstände mit einem Namen zu nennen. Ich möchte hier auf diese Methode der

Intelligenzprüfung, welche, so viel ich weiss, bisher in der Psychopathologie noch nicht geübt worden ist, hinweisen.

Es wurden Voit im Zustande graphischer Fesselung je zwei Bilder von Gegenständen gezeigt mit der Frage, ob sich beide unter einen Namen bringen liessen. Wenn man ihn nicht fesselte, so fand er jedesmal schreibend rasch den nächst höheren Begriff zu den gesehenen Gegenständen.

Nun wurde er graphisch gefesselt und war dann niemals im Stande, das zusammenfassende Wort zu den beiden Gegenständen innerlich zu finden, während er das Urtheil über ihre Zusammengehörigkeit in diesem wortlosen Zustand ganz richtig zu fällen im Stande war.

Ob er das Wort innerlich wisse, liess man ihn mit Nicken oder Schütteln des Kopfes beantworten. Es liess sich erkennen, dass in Voit eine begriffliche Combination beider Gegenstände zu Stande kam, selbst wenn er das zusammenfassende Wort noch nicht gefunden hatte.

Ich lasse hier ganz unberührt, was sich aus diesen Versuchen in Bezug auf die Max Müller'sche Identification von Denken und Sprache ergibt. Hier wollen wir den Befund nur in Bezug auf die Localisationsschemata betrachten.

Um diese Thatsachen widerspruchslos mit den bestehenden Schematen in Uebereinstimmung zu bringen, brauchte man nur annehmen, dass vom optischen Centrum eine Bahn zum Begriffscentrum ginge und dieses wieder direct mit dem Centrum der Schreibbewegungsempfindungen verknüpft sei. Es zeigt sich aber bei näherem Zusehen, dass diese Postulirung eines Begriffscentrums die Reichhaltigkeit der Thatsachen nur verdecken würde.

Damit zwei Gegenstände unter einen abstracten Begriff subsumirt werden können, muss erstens aus den beiden optischen Bildern das gemeinsame herausgezogen und das ungleiche Individuelle vernachlässigt werden. Dieses durch Abstractum entstandene Etwas muss aber mit einem schon vorhandenen Begriff identificirt werden, wenn ein Erkennen und eine Subsumption stattfinden soll. Hier beginnen schon die Schwierigkeiten, denn im Sinne der Associationspsychologie, welche die einzig brauchbare Grundlage der Localisationstheorien bildet, können nicht Seelenthätigkeiten, sondern nur seelische Elementartheile localisirt werden, welche unter einander in einem associativen Zusammenhange stehen. Es wird aber Niemand behaupten wollen, dass die Association zweier Objectvorstellungen die Bildung eines abstracten Begriffes aus denselben eo ipso bedingt.

Aber nehmen wir jetzt einmal an, dass sich im Gesichtsbildcentrum der abstracte Begriff beim Zusammentreffen zweier Gesichtsbilder, z. B. Hund und Schaf bildet, dass dieser abstracte Begriff nun auf einer Associationsbahn zu dem Begriffscentrum gebracht wird, und da von dem schon installirten Begriff „Thier“ als Doppelgänger begrüsst wird: so muss man nun noch in einer sehr künstlichen Weise durch verschiedene postulierte Verbindungsfasern die Thatsache begreiflich machen, dass der Name zu diesem wortlosen Begriff erst durch Schreibbewegungen gefunden wird. Man muss eine Leitung zum Schreibbewegungscentrum vom Begriffscentrum postuliren und muss das Wort durch Weiterleitung der Erregung in das acustische Centrum entstehen lassen.

Die directe Leitung vom Begriffscentrum zum Wortcentrum wäre also gestört, während andererseits die Leitung vom Wortcentrum zum Begriffscentrum erhalten sein würde, da ja der Mann das Wort „Thier“ ganz gut begrifflich versteht, ja sogar Specialerscheinungen des abstracten Begriffes Thier auffinden kann.

Man müsste also schon wieder einige Verbindungsbahnen und Leitungsunterbrechungen postuliren.

In der That hätte ich diese Consequenzen nicht gescheut, wenn nicht bei der weiteren Untersuchung sich das Begriffscentrum als sehr problematisch erwiesen hätte.

Es wurde dem Manne im gefesselten Zustande die Seite eines Bilderbuches gezeigt, auf welcher Löwe, Tiger, Wildschwein und Hirsch zu sehen waren. Auf die Frage, ob die alle zusammengehören, schüttelte er den Kopf. Auf die Frage welches nicht zu den anderen passe, weist er auf den Hirsch. Nach Lösung der Fesselung antwortet er auf die Frage, weshalb die drei anderen zusammengehören: Weil sie alle „wild“ sind.

Diese Antwort ist sehr bemerkenswerth. Man könnte sich denken, dass bei der Auffassung von Zusammengehörigkeit als Tertium comparationis wieder anschauliche Vorstellungen gefunden würden, in welche die gesehenen Gegenstände hineinpassen. Zum Beispiel: Wenn man nach der Zusammengehörigkeit von Gabel und Messer fragt, könnte man denken, dass in ihm die Vorstellung eines zum Essen bereitgestellten Tisches auftaucht, auf welchem Messer und Gabel neben dem Teller liegen.

Im vorliegenden Fall, wo als das zusammenfassende Wort nach der Lösung „wild“ gefunden wird, kann man es viel weniger wahrscheinlich finden, dass dieser Namenfindung eine vereinigende anschauliche Vorstellung in Voit vorausgegangen ist.

Viel eher wird man annehmen, dass das Vergleichsmoment, welches das Urtheil der Zusammengehörigkeit bestimmt, in dem Gefühlseindruck liegt, welchen der Anblick der drei Thiere auf ihn macht. Es zeigt sich also, dass Voit's Subsumtionen in diesem Falle nicht in eine zoologische Systematik hineingehören, was man eigentlich mit der Fragestellung verlangt, sondern dass sich bei ihm andere combinatorische Gesichtspunkte geltend machen. Sehr bemerkenswerth in dieser Beziehung ist seine Auffassung eines Bilderbuchblattes, auf welchem Hase, Pfau, Auerhahn, Perlhuhn u. s. w. in bunten Farben dargestellt sind. Auf die Frage, ob das alles zusammengehört, ob sie alle mit einem Namen genannt werden können, nickt er lebhaft. Auf die Frage weshalb, sagt er nach Lösung der wortlos machenden Fesselung: „Weil sie alle schön sind“. Auch hier ist das Vergleichsmoment, welches das Urtheil der Zusammenfassbarkeit bedingt, nicht ein zoologisches, sondern liegt in der Gefühlssphäre.

Es zeigte sich also, dass mit dem Worte Begriffscentrum hier gar nichts gesagt war und dass bei einigen Combinationsversuchen das Begriffscentrum sich plötzlich in ein Gefühlscentrum verwandelte.

Es zeigte sich also bei den Untersuchungen über begriffliche Combination, dass das Begriffscentrum nur ein Collectivname für ein grosse Menge verschiedener Vorgänge ist, welche sich in ganz verschiedenen Gehirnthteilen abspielen können.

Eine wirkliche Vorstellung des vorliegenden Falles unter Anwendung des Localisationsschemas speciell des über den Sprachvorgang aufgestellten, in welchem das Begriffscentrum die Spitze bildet, ist also vorläufig unmöglich. Unter dieser Voraussetzung können wir jedoch ruhig von der Anwendung eines Schemas Gebrauch machen, um das bisher Festgestellte in klaren optischen Zeichen auszudrücken.

Es empfiehlt sich bei solchen Beschreibungen, das künstliche Schema der anatomischen Beschaffenheit des Gehirnes einigermaßen anzupassen und sich die einzelnen Centren auf der Seitenfläche der linken Hemisphäre aufgetragen zu denken.

Man denke sich rechts ungefähr dem Hinterhauptslappen entsprechend das optische Gebiet, links, ungefähr der Inselgegend entsprechend, das acustische Gebiet und links oben das Gebiet der Bewegungsvorstellungen. Auf dieser dreieckigen Grundfläche denke man sich eine Pyramide mit der Spitze nach aussen, welche das Begriffscentrum vorstellen soll. Dieses stereometrisch, nicht planimetrisch gedachte Schema ist bei seiner Beziehung auf die wohlbekannte Gehirnoberfläche so leicht vorzustellen, dass man sich in den einzelnen Fällen leicht verständigen kann, ohne jelesmal eine besondere Zeichnung zu entwerfen, welche schon wegen ihrer planimetrischen Beschaffenheit im Verhältniss zu wirklichen Gehirnerhältnissen ganz unnatürlich erscheint.

Mit diesem gedachten Schema kann man den vorliegenden Fall folgendermassen darstellen:

Im optischen Gebiet rechts denke man sich 3 gesonderte Gebiete herausgehoben, für Buchstabenbilder, Objectivbilder und Ziffern, — welchen drei gesonderte acustische Gebiete für die zugehörigen Laute und Lautcombinationen (Buchstabenlaute, Objectnamen, Zahlworte) entsprechen. Die Leitung vom Buchstabenbildcentrum zum Buchstabenlautoentrum ist erhalten, denn der Kranke liest fliessend. Die Leitung vom Objectbildcentrum zum Centrum der Namen ist unterbrochen, während die umgekehrte anatomisch gesondert zu denkende Leitung vom Centrum der Namen zum Centrum der Objectbilder erhalten ist, weil Voit die Aufforderung zu einem ihm gesagten Namen den Gegenstand zu finden, richtig ausführt. Die Leitung vom Centrum der Ziffern zum Centrum der Zahlworte ist auch gestört, weil der Kranke auch zu gesehenen Zifferbildern die Worte nur schreibend findet. Das Centrum der Objectnamen ist vom Objectbildcentrum nur auf dem Umweg über das Schreibbewegungseentrum zu erreichen, ebenso kommen die Reize vom Centrum der Zifferbilder zu dem Centrum der Zahlworte nur über das Schreibbewegungseentrum. Denkt man sich in dieser Weise die Leitungsdrähte nebeneinander, so springt sofort in's Auge, dass es sich wesentlich um eine ganz isolirte Leitungsunterbrechung zwischen der optischen und acustischen Sphäre und zwar in der für die Sprache wichtigen linken Hemisphäre handelt, wenn man nicht in der oben angedeuteten Weise die Beobachtungen auf eine functionelle Schwäche des Centrums der Worterinnerungen zurückführen will. Diese Thatsache ist für die Frage der anatomischen Localisation, welche von allen Theorien ganz unabhängig ist, von Bedeutung, da sich noch andere Zeichen finden lassen, welche auf eine Läsion der linken Hemisphäre deuten. — An der Spitze unserer schematischen

Pyramide denke man sich zwei Gebiete, eins für die Begriffe aus Combination von optischen Vorstellungen, eins für Zahlbegriffe ausgesondert. Das erstere hat eine wohlerhaltene Verbindung mit dem Centrum der Objectbilder, während die Verbindung zum Centrum der Begriffsnamen, welches man in der acustischen Sphäre noch anfügen muss, unterbrochen ist. Das Centrum der Worte, welche abstracte Begriffe bedeuten, ist vom Begriffscentrum aus nur auf dem Umweg über das Gebiet der Schreibbewegungsverstellungen zu erreichen. Das Zahlbegriffscentrum muss man sich zum grössten Theil als zerstört vorstellen, weil Voit nur bis 4 zählen kann. Auch vom Zahlbegriffscentrum führt die Leitung zu den entsprechenden Zahlworten nur auf dem Umweg über das Centrum der Schreibbewegungsverstellungen. Das alles ist aber keine Erklärung, sondern eine schematische Bildersprache.

Nach der Erörterung über die Stellung der Beobachtungen zu den Localisationsschematen und der Localisationstheorie im Allgemeinen wenden wir uns nun zu der mehr pathologisch-anatomischen Frage, ob sich wenigstens ein localdiagnostischer Schluss aus der Combination der jetzigen Beobachtungen mit dem actenkundigen Verlauf der Erkrankung machen lässt. Es liegen bisher folgende Veröffentlichungen über den Fall vor:

1. Ein Beitrag zur Lehre von den Basisfracturen. Inauguraldissertation von August Haupt, Würzburg 1884.
2. Zwei Fälle von Kopfverletzungen mit Herdsymptomen. Dr. Morian. Laugenbeck's Archiv 1885, pg. 898—914.
3. Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung. Von Prof. Grashey 1885. Archiv für Psychiatrie, Bd. XVI. p. 654—658.
4. Zur Psychologie der Sprache. Dr. Sommer 1891. Zeitschrift für Psych. u. Physiol. der Sinnesorgane II, p. 143—163.

Die ersten beiden Veröffentlichungen sind wesentlich medicinisch, die letzten beiden wesentlich psychologisch.

Im Uebrigen ist es mir nicht möglich gewesen, irgend welche andere Documente über den Unfall, weder die Originalkrankengeschichte, noch die Acten über Voit in Bezug auf Unfallsversicherung und Entmündigung zu erlangen. Aus den obeugenannten Veröffentlichungen, von denen hier wesentlich die ersten drei in Betracht kommen, wollen wir die für die Localisationsfrage wichtigen Momente herausheben und wollen in die Erzählung des Krankheitsverlaufes gleich einige Erläuterungen einflechten, um Wiederholungen zu vermeiden (cfr. Morian L. A., 1885, p. 903, und Haupt, p. 23): Voit fiel am 14. XI. 83 Nachts 11 $\frac{1}{2}$ Uhr schlaftrunken eine ca. 3 Meter hohe steile Treppe hinab. Sein Stubengenosse fand ihn bald nach dem Fall mit dem Kopf in der Gosse liegend (L. A. 1885, p. 903), mit den Beinen noch auf der Treppe.

Bei Haupt, p. 23, findet sich merkwürdiger Weise die bei Morian fehlende Angabe, „mit der linken Kopfhälfte in der Gosse liegend“, eine Bemerkung, welche für die Localisationsfrage nicht unwichtig ist. Angaben, aus denen man nachträglich schliessen könnte, an welcher Stelle eine Contusion des Schädels stattgefunden hat, fehlen im Uebrigen. Voit wurde bewusstlos und stöhnend aufgehoben und gleich in's Spital gebracht. In Bezug auf die Erinnerungsfähigkeit des Kranken heisst es bei Haupt: „Patient hat weder von dem Vorfall selbst, noch von seinen Erlebnissen des ganzen

Abends vor demselben eine Erinnerung“. Man kann zunächst zweifelhaft sein, ob man diese Erinnerunglosigkeit als Folge einer Betrunktheit an dem betreffenden Abend oder als cerebrales Symptom nach einer Hirnerschütterung auffassen soll.

Die Entscheidung dieser Alternative wird dadurch erleichtert, dass sich bei Morian (L. A. 1885, p. 904) folgende von Haupt's Worten abweichende Notiz findet: „Der Kranke hatte weder von dem Vorgang selbst, noch von den vorhergegangenen 8 Tagen eine Erinnerung“. Dadurch gewinnt die Annahme an Boden, dass es sich um eine jener chronologisch abgegrenzten Erinnerungslosigkeiten gehandelt hat, wie sie nach Hirnerschütterungen öfter vorkommen. —

Nun heisst es weiter (L. A. 85, 904): „Der muskelstarke Mann lag bei der Aufnahme bewusstlos da, mit einer schnarchenden Respiration von 14 Athemzügen, einem gespannten Pulse von 48—52 Schlägen in einer Minute.“ —

„Aus dem rechten Ohre sickerte blutigseröse Flüssigkeit beständig aus Am Morgen reagierte der immer noch soporöse Kranke auf laute Anrufe träge. Eine rechtsseitige Facialislähmung war zu bemerken, und zwar waren alle Gesichtszweige mit sammt der Chorda tympani gelähmt, während Uvula und weicher Gaumen gerade standen und normal functionirten; die Zunge wurde schief nach links vorgestreckt.“ Es wurde zugleich eine Ruptur des rechten Trommelfells im hinteren oberen Quadranten festgestellt. Es ist bemerkenswerth, dass der Ausfluss, welcher von beiden, Haupt und Morian, als Liquor cerebrospinalis in Anspruch genommen wird, schon am Nachmittag des ersten Tages nachgelassen hat (cfr. L. A. 85, p. 904), ferner, dass schon am Nachmittag des ersten Tages nach Morian Puls und Respiration zur Norm zurückgekehrt waren. Diese Angabe ist wichtig, weil in der weiteren Erörterung die Frage brennend wird, ob der Kranke, abgesehen von der sicher festgestellten Basisfractur, eine starke basale Blutung gehabt hat oder nicht, in welchem Fall man auf eine directe Gehirnläsion als Ursache einer Reihe von Erscheinungen verwiesen wird. Die rasche Rückkehr zur Norm in Bezug auf Puls und Respiration nach der anfänglichen Zahl von 14 Athemzügen und ca. 50 Pulsschlägen in der Minute, scheint anzudeuten, dass letztere Störungen durch die directe Erschütterung bedingt waren, während eine starke die medulla oblongata quetschende Extravasation nicht aufgetreten ist.

Ueber die Temperatur findet sich in Bezug auf den Tag nach dem Fall kein Vermerk, weder bei Haupt noch bei Morian.

Bei Morian findet sich für den 15. XI. Nachmittag noch folgende Notiz: „Rechte Pupille weiter und reactionsloser als die linke. Urin frei von Zucker und Eiweiss.“ — Am folgenden Tage war Patient immer noch somnolent, „gab auf Befragen seinen Namen richtig, seinen Stand falsch an. Nachmittag wurde eine Venaesection vorgenommen. Abends hatte er T. 38,1.

Nach dem vorliegenden Material ist das Vorhandensein von Fieber am 16. XI. Abends festgestellt. In Bezug auf den 18. XI. wird von Haupt und Morian übereinstimmend $T = 39,2$ angegeben. An diesem Tage, also 3 Tage nach der Verletzung, war das Sensorium erheblich freier. „Er gab seinen Stand richtig an, antwortete, wenn auch schleppend, in ganzen Sätzen,

Erst am 28. XI. 83 findet sich bei Morian eine deutlich characterisirte Sprachstörung, beschrieben (cfr. L. A. 1885, p. 904).

Betrachten wir Morian's Befund vom 18. November 1883 im Verhältniss zu den jetzt vorliegenden Thatsachen. Zunächst ist jetzt von der Störung beim Nachsprechen, wie sie Morian beschreibt, nicht mehr die Rede, Voit spricht ziemlich lange Worte tadellos nach, ohne eine successive Lautfindung, von welcher bei Morian die Rede ist.

In Bezug auf das Lesen, welches damals fliessend und mit Verständniss von Statten ging, ist keine Veränderung eingetreten. Der Mangel beim Finden von Namen zu gesehenen Objecten war schon damals vorhanden. Da auch Grashey von dieser Thatsache ausging und seine Theorie gerade aufstellte, um diese Thatsache zu erklären, so ist dieser Defect als das constante psychische Ausfallssymptom im Gegensatz zu manchen Veränderungen, welche im Uebrigen nachzuweisen sind, aufzufassen. Völlig im Widerspruch mit dem gegenwärtigen Befund steht die Bemerkung über die Schrift. „Er wartete, bis ihm das betreffende Wort einfiel, ehe er schrieb.“ (Cfr. L. A. 85, pg. 905.) Zur Zeit findet er das Wort eben nur durch Schreibbewegungen.

Jedenfalls haben zu jener Zeit, also 14 Tage nach der Verletzung, die Schreibbewegungen für den Mann noch keine so grosse Rolle gespielt, als später bei der durch Grashey ausgeführten Untersuchung. Bedenkt man, dass zur Zeit von dem Kranken sogar mit der Zunge Schreibbewegungen zum Auffinden der Namen gemacht werden, so kommt man zu der Idee, dass dieses Finden von Namen durch Bewegungsempfindungen eine Art Kunstgriff ist, den Voit im Laufe von Jahren zu einer erstaunlichen Virtuosität ausgebildet hat, um den von Anfang an bestehenden und constant gebliebenen Defect in Bezug auf die „Verbindung seines optischen und acustischen Centrums“ zu corrigiren. Erinnern wir uns an unsere schematische Darstellung, so wird klar, dass die postulierte directe Verbindung vom optischen Centrum zum Centrum der Schreibbewegungsempfindungen später entstanden bzw. benützt worden ist, als die „Leitungsunterbrechung“ zwischen optischem und acustischem Centrum entstanden gedacht werden muss. Wir haben hier den sonderbaren Fall vor uns, dass ein Schema, um der Natur zu entsprechen, nicht bloss das räumliche Nebeneinander, sondern auch eine chronologische Ordnung ausdrücken müsste.

Besonders muss bemerkt werden, dass die Angabe, wonach Voit das Wort, wenn er beim Schreiben bis zur Hälfte gekommen war, ganz aussprechen konnte, einen totalen Gegensatz zu dem gegenwärtigen Befund bildet, denn jetzt kann Voit Bruchstücke von Worten, selbst solche, die er schreibend gefunden hat, absolut nicht vervollständigen. Hier haben wir einen Punkt, in welchem offenbar eine Verschlechterung des psychischen Zustandes bei Voit eingetreten ist. Die letzte über die Sprachstörung gemachte Angabe, dass er keine Paraphasie hatte, stimmt zu dem später von Grashey und mir aufgenommenen Befunde vollständig. „Dass er ein falsches für das fehlende Wort einsetzte, z. B. statt „Säule“ „Säudel“ schrieb oder sprach, passirte ihm so selten, dass man diesen Umstand füglich übergehen darf“ (cfr. L. A. 1885, pg. 905.) — Dieser Befund muss der Thatsache gegenüber, dass dem Kranken zur Zeit alle Lautassocationen,

welche das Bruchstück eines Wortes vervollständigen könnten, fehlen, in's rechte Licht gesetzt werden.

Das Einsetzen von klangähnlichen Worten für die eigentlich nothwendigen muss theoretisch aufgefasst werden als ein ungeordnetes und unregulirtes Ueberspringen von Associationen im Innern des acustischen Gebietes. Der von mir beobachtete Zustand der acustischen Associationslosigkeit ist also diametral dem Zustande der Paraphasie entgegengesetzt, bei welchem ja gerade das Ueberspringen auf Associationsbahnen in reichlichem Maasse vorhanden ist. Während also theoretisch hier directe Gegensätze vorhanden sind, könnte man sich vorstellen, dass die Zustände gehirnpysiologisch nur verschiedene Grade in der Schädigung des acustischen Gebietes bedenten, derart, dass die Associationslosigkeit die Vorstufe zu dem absoluten functionellen Defect wäre. Jedenfalls ist es, falls die Voraussetzung richtig ist, von vornherein verständlich, dass sich Associationslosigkeit und Paraphasie ausschliessen.

Kehren wir zu dem Bericht über die krankengeschichtlichen Ueberlieferungen zurück.

Am 13. XII., also ca. 4 Wochen nach dem Fall, bestand rechts ausgesprochene Entartungsreaction im Facialisgebiet (ofr. Morian, pg. 905). „Gleichzeitig gab Patient selbstständig an, wohl Appetit, aber keinen Geschmack beim Essen zu haben, und zwar seit dem Falle.“ . . .

„In der That ergaben Geschmacksprüfungen mit Chinin-, Zucker-, Essigsäure- und Kochsalzlösungen auf der Zunge keine oder falsche Angaben, zog er die Zunge zurück, so behauptete er links hinten an einer Stelle am Gaumen zu schmecken, er machte aber meist falsche Angaben.“ Hierzu giebt nun der Krankheitsbericht von Haupt, welcher aus der gleichen Quelle geschöpft hat wie Morian, eine wichtige Ergänzung.

Während bei Morian nur einmal der Begriff „links hinten“ vorkommt, ist bei Haupt deutlich ein Unterschied der Geschmacksfähigkeit zwischen rechts und links hervorgehoben. Es ist ganz unwahrscheinlich, dass Haupt bei dem Verfassen seiner Dissertation eine Bestimmung zu den Angaben der Krankengeschichte hinzugefügt haben soll; viel glaubhafter ist es, dass Morian bei seinem Auszug aus der Krankengeschichte etwas weggelassen hat. Obgleich also im Allgemeinen der Auszug Morian's genauer ist, trage ich kein Bedenken, dieser retrospectiven Krankengeschichte an dieser Stelle den Text Haupt's (pg. 25) unterzulegen: „Geschmacksproben mit starken Chinin-, Salzsäure-, Kochsalz- und Zuckerlösungen erzielten auf der rechten Hälfte keine, links unsichere und falsche Angaben. Zieht Patient die Zunge zurück, so schmeckt er mit dem linken Gaumen, macht aber dieselben Angaben.“

Am gleichen Tage, 13. XII. 83, ist von Morian in Uebereinstimmung mit Haupt folgender Befund notirt (L. A. 1885, pg. 905): „Auch der Geruch mangelte zugleich: Proben mit Jodoform und Kampfer, Schwefelkohlenstoff und Parfüm bewiesen dieses.“ Eine Verschiedenheit zwischen rechts und links ist hier nicht bemerkt. Wir werden auf die Frage der peripheren oder centralen Natur der Geruchsstörung später eingehen müssen, wenn die Annahme eines Blutextravates an der Basis behandelt wird.

Am 18. XII. 83 wurden nun, während von den bis dahin beobachteten Erscheinungen, abgesehen von der Sprachstörung, höchstens die rechtsseitige Geschmacksstörung auf einen linksseitigen Hirnherd deutete, motorische Störungen bemerkt, welche die Annahme eines solchen näher bringen (L. A. 1885, pg. 905). Es zeigte sich Parese der gesamten Skelettmuskulatur rechterseits, sowie Störungen im Tast- und Temperatursinn der ganzen rechten Körperhälfte. Ferner zeigte sich als cerebrales Symptom Schwindel beim Stehen und Gehen.

Am 13. I. 84 wurde eine eingehende Augenuntersuchung vorgenommen: Rechts: Sehvermögen auf die Erkennung von Handbewegungen herabgesetzt; grosse farbige Papierquadrate werden in ihrer Farbe nicht erkannt. Links $S = \frac{2}{3}$ des Normalen; das Gesichtsfeld zeigte eine hochgradige concentrische Einschränkung, Farbenperception intact, doch für alle Farben hochgradige concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes. Accomodative und reflectorische Pupillenbewegungen nicht gestört. — Es muss hier gleich die Frage aufgeworfen werden, ob es sich in Bezug auf die im Vordergrund stehende Functionsstörung des rechten Auges um eine Läsion des rechten Opticus gehandelt haben kann. Die Thatsache, dass die Functionsstörung jetzt noch besteht, ohne dass Sehnervenatrophie vorliegt, ist der sicherste Gegenbeweis.

Die Functionstörung des rechten Auges muss als contralaterale Amaurose bei einem centralen Herd aufgefasst werden.

Nun muss zweitens gefragt werden, ob für die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung des linken Auges, an dem ebenfalls Sehnervenatrophie dauernd fehlte, ein besonderer Herd rechts gefordert werden muss. Wer Gesichtsfeldaufnahmen bei Geisteskranken speciell Schwachsinnigen gemacht hat, wird von vornherein bei der Auslegung der concentrischen Einschränkung bei einem Manne, der zu jener Zeit schon Spuren von geistiger Schwäche zeigte, vorsichtig sein. Diese concentrischen Einschränkungen sind meistens Folge der Unfähigkeit der Kranken, angespannt aufzupassen, was Voraussetzung zu einer richtigen Gesichtsfeldaufnahme ist. Die Annahme einer Herderkrankung zur Erklärung der linksseitigen Functionsstörung würde die localdiagnostische Frage sehr verwirren. Da ausserdem nichts auf einen Herd in der rechten Hemisphäre weist, so machen wir vorläufig die Annahme, dass es sich in der That nur um eine durch pathologisch gesteigerte Unaufmerksamkeit bedingte Einschränkung des linken Gesichtsfeldes gehandelt hat.

Am schwierigsten ist die Frage nach der peripherischen oder cerebralen Ursache der Riechstörung zu beantworten. Von Anfang an ist man geneigt, bei einem Mann, welcher notorisch eine Basisfractur hatte, seine Riechstörung mit einer Fractur des Siebbeines zusammenzubringen. Eine Blutung im vorderen Abschnitt der Schädelbasis anzunehmen, geht jedoch kaum an, weil dann die Optici gedrückt sein müssten, was bei der andauernd normalen Beschaffenheit des Augenhintergrundes nicht denkbar ist. Ebenso müsste man bei einer Verletzung des Siebbeines und bei der sicher erwiesenen Verletzung des rechten Felsenbeines annehmen, dass ein verbindender Sprung nach vorn gegangen sei, in welchem Fall es schwer begreiflich wäre, dass der nervus opticus dexter nicht gelitten hat.

Allerdings lautet der ophthalmoscopische Befund vom 13. I. 84: „Die beiden Eintrittsstellen der Sehnerven in normaler Weise scharf contourirt; rechts ist die Färbung der Papille röthlich und das Aussehen ein leicht trübes.“

Und in der That hat Morian (Lang. Arch. 1885, p. 913) hieraus auf eine in den *canalis opticus dexter* fortgesetzte Basisfractur schliessen wollen. „Die Beobachtung ergibt aber nicht die erfahrungsgemäss sichtbare Atrophie des Sehnerven, sondern einen bleibenden entzündlichen Zustand, hervorgerufen entweder durch eine Callusbildung oder eine meningeale exsudative Entzündung, oder durch beide Momente zugleich.“ — Es ist jedoch hervorzuheben, dass die Veränderungen an der rechten Papille nur sehr minimale gewesen sein können. Zudem muss man in solchen Fällen bei aller Hochachtung vor der Exactheit der Beobachter immer die entfernte Möglichkeit der Antosuggestion offen lassen. In dem vorliegenden Fall lag bei der längst constatirten Thatsache einer Fractur des Felsenbeines der Gedanke einer die Sehstörung bedingenden basalen Blutung so nahe, dass es nicht zu verwundern wäre, wenn an Stelle der erwarteten Sehnerventrophie wenigstens eine Circulationsstörung „hineingesehen“ worden wäre — Nimmt man im Hinblick auf den Verlust des Geruches ferner an, dass ohne erhebliche basale Blutung ein einfacher Sprung sich vom *canalis opticus dexter* nach vorn in die Siebbeinplatte fortgesetzt hätte, so ist bei der charakteristischen Vielheit der Riechnervenausläufer nicht fassbar, wie doch eine solche nicht mit Blutung complicirte Rissfractur ein totaler Defect des Geruches zu Stande kommen soll.

Es ist also weder der Zustand des Sehvermögens auf dem rechten Auge noch der Befund in Bezug auf die Riechfähigkeit in eindeutiger Weise für die Construction einer basalen Blutung und einer das Siebbein durchsetzenden Basisfractur zu verwerthen, so dass wir also auch hier auf eine intracerebrale Ursache verwiesen werden.

Fassen wir nun zusammen, was sich von den bisher berichteten Symptomen auf peripherische oder centrale Störungen beziehen lässt.

Cerebral.
Schwindel beim Stehen und Gehen.
Gedächtnisschwäche.
Mangel an Zahlensinn.
Sprachstörung.
Parese des rechten Armes u. Beines.
Rechtsseitige Hypoglossusparese.
Störungen der Sensibilität rechts.
Amaurose des rechten Auges.
Verlust des Geruches?
Verlust des Geschmackes rechterseits.

Peripherisch.
Rechtsseitige Facialislähmung.
Rechtsseitige Taubheit.
Leichte vorübergehende Circulationsstörung am Augenhintergrund rechts, (?)

Ueber den weiteren Verlauf der Erkrankung erfahren wir durch Morian (cfr. L. A. 1885, p. 907) Folgendes:

„Obwohl die Spuren des Schwachsinnns allmählich immer deutlicher an dem Patienten zu Tage traten, musste Ende Februar v. J. (d. h. 1884) aus äusseren Gründen ein Versuch gemacht werden, ihn ambulatorisch

weiter zu beobachten. Da sich dieses jedoch bald als unzutraglich erwies, so wurde er Anfang März auf der Irrenabtheilung des Juliusspitals aufgenommen, wo von Herrn Dr. Rieger im Wesentlichen der frühere Status bestätigt, aber schon eine hochgradige Gedächtnisschwäche und Abnahme der Intelligenz constatirt wurde. Ein Wort, einen Auftrag behielt Patient kaum eine halbe Minute in der Erinnerung, seine Rechenkunst beschränkte sich auf die mühsame schriftliche Ausführung der 4 Species mit kleinen Zahlen, eine mehr als dreistellige Zahl konnte er nicht lesen, eine mehr als fünfstellige nicht schreiben. Wo er konnte, nahm er die Finger zu Hilfe, im Kopf rechnete er nicht das kleinste Exempel, vom kleinen Einmaleins konnte er bloss 2 mal 2 und 3 mal 3. Mit dem Gelde wusste er in Folge dessen nicht umzugehen, obwohl er die Münzen von einander unterschied.“

Der geistige Zustand des Mannes hat sich also im Lauf der ersten 4 Monate nach dem Unfall so verschlechtert, dass er in der Irrenabtheilung Aufnahme finden konnte.

Es handelt sich also bei der Intelligenz- und Gedächtnisstörung des Mannes nicht um einen Zustand, der plötzlich nach dem Unfall in ausgebildeter Form aufgetreten ist, sondern um eine allmähliche Entwicklung, welche zur Zeit, als Grashey untersuchte, vom August bis December 1884, ihren Höhepunkt erreicht, dann aber sich allmählich wieder gebessert hat.

Nach Grashey (Arch. f. Psych. XVI, p. 685) liess sich Ende December 1884 nachweisen, „dass die Dauer der Sinneseindrücke wieder normal geworden war.“ Gleichzeitig hatte sich die Wortfindung gebessert. Zur Zeit ist die Wortfindung wieder sehr mangelhaft, während das Gedächtniss sich bedeutend gebessert hat. Mathematisch ausgedrückt zeigen die Curven des Gedächtnisses und der Wortfindung keine Abhängigkeit von einander, sondern haben sich nur eine Zeit lang genähert. Die Gedächtnisskraft war im August und September 1884 so weit gesunken, dass sie sozusagen in die Nähe der von Anfang an sehr mangelhaften Wortfindung gelangt war, wodurch der Anschein einer causalen Abhängigkeit erweckt werden konnte.

Vor allem muss betont werden, dass die allmähliche Verschlechterung des geistigen Zustandes des Patienten erst im Lauf eines Jahres nach dem Unfall sich vollzogen hat. Dieser Verlauf, welcher die Annahme eines zum exitus letalis tendirenden pathologischen Gehirnprocesses nahe legen musste, macht es erklärlich, dass am Schluss von Haupt's Dissertation, welche auf Anregung von Prof. Maas verfasst worden ist, sich folgender Passus findet (p. 34): „Es liess sich nun bald feststellen, dass die Aphasie des Patienten schnell zunahm, ebenso zeigte er eine bedeutende Abnahme seiner geistigen Kräfte. Die Geistesschwäche war am 20. März 84 so auffallend, dass seine Aufnahme auf die psychiatrische Abtheilung nothwendig wurde. — Zwar zeigte sich hier bei einem zweckmässigen Verhalten des Kranken eine bedeutende Besserung der Aphasie; auch scheinen seine geistigen Functionen viel gebessert, doch ist die Prognose wohl eine dubia ad malam vergens zu stellen.“ . . .

„Der Patient macht durchaus den Eindruck, als ob eine Paralyse der Ausgang seiner Gehirnverletzung sein wird.“ Es zeigt sich

also hier, dass im Anschluss an Kopfverletzungen, abgesehen von den sofort zu constatirenden Herdsymptomen ein sich langhin erstreckender pathologischer Gehirnprocess zu Stande kommen kann, welcher eine progressive Paralyse vortäuscht, aber von dieser sich durch den weiteren Verlauf völlig unterscheidet.

Indem wir diese Frage, welche sich nur bei Betrachtung des chronologischen Verhältnisses der Krankheitserscheinungen ergibt, hier bei Seite lassen, richten wir unser Augenmerk auf die deutlich als Herdsymptome characterisirten Ausfallserscheinungen.

Aus dem gegenwärtigen Befund können für die Frage der anatomischen Localisation folgende Momente hervorgehoben werden:

Auf dem rechten Auge besteht genau entsprechend dem Befund vom 13. Januar 1884, vom 15. October 1884 und vom 19. Januar 1885 (cfr. Archiv für Psychiatrie XVI, p. 686) fast völlige Blindheit bei ganz normalem ophthalmoscopischen Befund. Auf dem linken Auge ist normale centrale Sehschärfe vorhanden bei einer sehr wechselnden concentrischen Einschränkung des Gesichtsfeldes, welche sich bei wiederholten Untersuchungen als durchaus abhängig von Voit's geistiger Verfassung und von der Intensität des Stimulirens bei der Untersuchung erweist. Auch links ophthalmoscopisch normale Verhältnisse. Pupillenverhältnisse beiderseits normal. Augenmuskelnerven ohne jede Störung. — Geruchsvermögen sehr abgeschwächt. Voit hat bei Prüfung mit einer Reihe von Stoffen, welche ihm aus dem täglichen Leben bekannt sein müssten (Kaffee, Essig, Zimmt, verschiedene Theesorten) unbestimmte Perceptionen, ohne die Namen zu finden oder die verschiedenen Gerüche auseinanderhalten zu können. Es werden nicht bestimmte Gerüche deutlich, andere unendlich wahrgenommen, sondern die Geruchsperceptionen, deren Vorhandensein durch richtige Angaben bei Vexirversuchen nachgewiesen ist, sind verschwommen und führen nicht zur klaren Apperception. Ein Unterschied zwischen rechts und links konnte nicht festgestellt werden.

Ganz genau entsprechend sind die Verhältnisse in Bezug auf den Geschmackssinn. Es findet sich kein Unterschied bei Geschmacksreizen der Zunge zwischen vorn und hinten, rechts und links, auch kein Ausfall spezifischer Geschmacksempfindungen, sondern eine hochgradige Undeutlichkeit der Perceptionen, welche manchmal völlige Perceptionslosigkeit vortäuscht. — Rechts zeigt sich fast völlige Taubheit, welche durch die Fractur des Felsenbeines hinreichend erklärt ist. Der rechte Facialis ist völlig gelähmt mit Betheiligung des oberen Astes, dabei clonische Zuckungen am rechten Mundwinkel, wodurch die Verziehung des Gesichtes nach links paralytisch erscheint. Die Zunge weicht beim Herausstrecken minimal nach links ab.

Kaumusculatur beiderseits gleich und normal innervirt. Die rechten Extremitäten zeigen viel geringere motorische Kraft als die linken. Der Tastsinn ist auf der rechten Seite, auch am Gesicht und am Kopf, besonders am Arm und an der Brust sehr herabgesetzt. Am rechten Arm deutliche atactische Erscheinungen, am rechten Bein in viel geringerem Grade als am Arm. Ferner muss in Betracht gezogen werden, was sich von dem gegenwärtigen psychologischen Befund zur Lösung der Localisationsfrage verwerthen lässt.

Es hat sich gezeigt, dass das associative Verhältniss von Objectvorstellungen, Eigenschafts- und Thätigkeitsvorstellungen zu ihren Namen, d. h. zu den zugehörigen Klanggebilden völlig gestört ist. Es handelt sich also im Sinne der Localisationstheorie um eine Unterbrechung einer Menge von Leitungsbahnen, welche zu dem Centrum des Wortgedächtnisses führen bezw. um eine Schwäche dieses Centrums selbst.

Ferner hat sich gezeigt, dass Voit durchaus nicht im Stande ist, die Bruchstücke eines Wortes zu ergänzen. Es mangelt ihm also an denjenigen associativen Vorgängen im acustischen Gebiet selbst, welche die Vervollständigung von Worttheilen zu einem Wortganzer bewirken. Anatomisch ausgedrückt handelt es sich um Leitungsunterbrechungen im Innern desjenigen Gehirngebietes, welches als unentbehrliche Voraussetzung der Wortbildung bezw. Worterinnerung angesehen werden muss.

Gerade dieser Mangel an Ergänzungsfähigkeit scheint auf eine schwere Schädigung des cerebralen Apparates der Wortbildung hinzuweisen.

Im Hinblick auf die gleichzeitigen Störungen der Sensibilität und Motilität rechterseits, sowie auf die rechtsseitige Amaurose, die Sprach- und Intelligenzstörungen kann man im Allgemeinen, ohne die hypothetische Specialisirung zu weit zu treiben, als wahrscheinlich annehmen, dass in diesem Fall, an welchem die Lehre von der amnestischen Aphasie besonders entwickelt worden ist, eine Herderkrankung in der linken Hemisphäre, speciell des gyr. supramarginalis und angularis mit Betheiligung der inneren Kapsel linkerseits vorliegt.

Dieser ausgedehnte Herd macht periodische Fernwirkungen, welche sich in wechselnden Graden von Störungen der inneren Sprache äusserte.

Wir kommen in Bezug auf die vorliegende Untersuchung zu folgenden Sätzen.

1. Die Thatsache, dass Voit beim blossen Ansehen von Gegenständen die Namen derselben nicht findet, kann nicht mehr durch allgemeine Gedächtnisschwäche erklärt, sondern muss als Herdsymptom aufgefasst werden.

2. Die Thatsache, dass Voit die Namen zu gesehenen Gegenständen schreibend findet, lässt sich zur Zeit nicht mehr durch die Theorie vom buchstabirenden Lesen und Schreiben erklären, sondern müsste im Sinne der Localisationstheorie als directe Verbindung des Centrums der Objectvorstellungen mit dem Centrum der Schreibbewegungsvorstellungen aufgefasst werden.

3. Der Umstand, dass bei Voit im Moment des Schreibens keine Klanggebilde und Buchstabenbildvorstellungen vorhanden sind, ohne dass Paragraphie eintritt, beweist, dass von einem Vorstellungskomplex (Objectbild, zugehöriger Name, Buchstabenbildvorstellungen und Schreibbewegungsempfindungen) ein Theil verloren gehen kann, ohne dass die Verbindung der anderen gestört wird.

4. Der Umstand, dass Voit Begriffe bilden kann, ohne die entsprechenden Worte innerlich zu haben, beweist in gleicher Weise, dass von einem Vorstellungskomplex (Begriff, Lautgebilde, Sprachbewegungsvorstellungen) Theile verloren gehen können, ohne dass das Wesentliche leidet.

5. Aus den Untersuchungen über begriffliche Combination bei Voit geht hervor, dass es ein wortloses Denken nicht bloss im sensuellen, sondern auch im begrifflichen Gebiet giebt.

6. Der bei Voit beobachtete Zustand der acoustischen intracentralen Associationslosigkeit ist theoretisch als Gegentheil der Paraphrasie aufzufassen, während die Zustände gehirnpathologisch vielleicht nur verschiedene Grade von functioneller Störung an gleicher Stelle bedeuten.

7. Die grossen Schwierigkeiten, welche der Fall einer eindeutigen Erklärung im Sinne der Localisationstheorie bietet, können für den practischen Irrenarzt eine Warnung sein in Bezug auf die schematische Auffassung der Gehirnvorgänge bei Geisteskranken, aus welcher die operative Behandlung von functionellen Geisteskrankheiten hervorgegangen ist.

II. Referate und Kritiken.

81) Dr. S. Ramon y Cayal: Les nouvelles idées sur l'histologie des centres nerveux.

(Le Bulletin médical 1893 pg. 827 ff.)

Ramon y Cayal erläutert in dieser sehr klaren und mit zahlreichen instructiven Abbildungen versehenen Arbeit kurz die feineren Einzelheiten der Anatomie der Ganglienzellen des Centralnervensystems, ihre Beziehungen zu einander und den einzelnen Nervenfasern. Er kommt dabei im Wesentlichen zu den Schlüssen, die Lenhossek in seinem Buche auch zieht. Die Zellen treten nirgends miteinander in wirkliche Verbindung, sondern es handelt sich überall nur um einen Contact, der so stattfindet, dass die freien Endigungen der Axencylinder mit denen der Protoplasmafortsätze in Contact treten, resp. bei den Zellen, die Protoplasmafortsätze nicht haben, mit dem Zellkörper direct. Danach haben die Protoplasmafortsätze die cellulipetale, die Axencylinder die cellulifugale Leitung von Impulsen zu besorgen. Bezüglich der Spinalganglienzellen pflichtet er der His'schen Anschauung über die Art der Entstehung der Fortsätze bei, deren einer, der gröbere, cellulipetal, der feinere cellulifugal leitet. Die Ansicht Golgi's, dass die Protoplasmafortsätze nutritive Organe seien, ist falsch, da sich die behauptete Beziehung zu Blutgefässen und Gliazellen nirgends nachweisen liess. Die Mächtigkeit der Protoplasmafortsätze und ihrer Verästelungen scheint von der Zahl der Axencylinderverzweigungen abhängig zu sein, von denen die einzelnen Zellen ihre Impulse erhalten. Die Unebenheiten an zahlreichen Protoplasmafortsätzen sollen den Ort andeuten, an dem der Contact stattfindet. — Bezüglich aller Einzelheiten muss auf die sehr lesenswerthe Arbeit hingewiesen werden.

Dr. Fürer-Heidelberg.

82) S. E. Hschen: Om synbanaus anatomi ur diagnostisk synpunkt.
Upsala läkareförenings förhandlingar. 29. Bd. November 93.

In der vorliegenden Abhandlung, welche auch als Universitätsprogramm selbständig erschienen ist, giebt der Verf. eine Uebersicht über die anatomische Lage der Sehbahn sowie der Begrenzung und der Beschaffenheit des Sehcentrums im Gehirn. Er stützt sich hierbei hauptsächlich auf eigene

Untersuchungen während der letzten neun Jahre. (Ausführlich erschienen als: klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns, I 1890 und II 1892). Nachdem der Verf. die hohe Bedeutung der Klarlegung der Sehbahn vom anatomischen, physiologischen und pathologischen-anatomischen sowie vom klinischen Gesichtspunkt hervorgehoben hat, giebt er eine nähere Beschreibung des frontalen, des mittleren und des occipitalen Theiles der Sehbahn. In allen Theilen schildert er das makuläre, das ungekreuzte und das gekreuzte Bündel und deren gegenseitige Lage. Das makuläre Bündel liegt in der Papille und grade hinter derselben im lateralen Theil und bildet auf dem Durchschnitt einen Keil mit der Basis lateral. Weiter nach hinten findet man dieses Bündel mehr central, und hier ein Oval mit der längsten Achse erst schräg, später horizontal gerichtet, bildend. Das ungekreuzte Bündel bildet in und grade nach hinten von der Papille zwei getrennte Abtheilungen, eine dorsale und eine ventrale. Weiter nach hinten sammeln sich diese zu einem halbmondförmigem, lateral liegendem Bündel. Das gekreuzte Bündel liegt in der ganzen Strecke von dem Chiasma medial. Im Chiasma findet man überall in der Peripherie gekreuzte Fasern, welche mit einer Anzahl ungekreuzter durchflochten sind. Die ungekreuzten Fasern verlaufen jedoch hauptsächlich mehr in dem medialen Theil des Chiasma, wo sie das makuläre Bündel umgeben. Im Tractus liegen die ungekreuzten Fasern dorsal, die gekreuzten ventral. Im Tractus befinden sich ausserdem Reflexfasern für die Pupille, deren Lage nicht bekannt ist, und die sogenannten (Guddensche und Meynert'sche) Commissuren, welche wahrscheinlich nichts mit dem Sehen zu thun haben. — Weit schwieriger ist es den mittleren Theil der Sehbahn in den centralen Ganglien zu verfolgen, und der Verlauf innerhalb derselben ist deshalb noch nicht sicher gestellt. Aus den vorliegenden klinisch-anatomischen Beobachtungen scheint jedoch hervorzugehen, dass nur der Corpus geniculatum externum mit der Sehbahn in direkter Beziehung steht, während das Pulvinar und die Corpora quadrigemina beim Menschen keine direkte Bedeutung für die Sehfähigkeit haben. In Uebereinstimmung mit den neueren Anschauungen über das Verhältniss zwischen Nervenfasern und Ganglienzellen können wir in der Sehbahn zwei Neurone unterscheiden, ein erster mit den grossen Ganglienzellen in der Retina anfangend, deren Fasern sich bis in das Corp. genic. ext. erstrecken, und eine zweite, welche sich aus den Ganglienzellen im Corp. gen. ext. und dessen Ausläufern bis in das Occipitalhirn zusammensetzt. Die Fasern, welche vom Tractus augenscheinlich in das Pulvinar und die Corp. quadrig. antreten, vermitteln wahrscheinlich nur Reflexeindrücke. — Der occipitale Theil der Sehbahn liegt in der sogenannten Sehstrahlung, scheint jedoch nur deren ventralen Theil einzunehmen, wo er ein 5 mm dickes Bündel bildet. Dieses liegt in der Höhe des Gyrus temporalis secundus und des sulcus temporalis primus. Die Fasern für den dorsalen Retinaquadranten scheinen in diesem Bündel dorsal zu liegen, die für den ventralen Quadranten ventral. Es kann als sicher gestellt betrachtet werden, dass das Sehcentrum nicht im Lobus parietalis liegt. Alles scheint dagegen daraufhin zu deuten, dass das Sehcentrum auf die Bindensubstanz der Fissura calcarina begrenzt ist und wahrscheinlich in der Weise, dass der obere Theil derselben der oberen Retinalhälfte, der untere der unteren Retinalhälfte entspricht;

die Makularportion befindet sich im Boden der Fissura calcarina, das peripherische Retinalfeld mehr occipital. Das Makularfeld der Retina ist oft doppelseitig, das heisst von beiden Gehirnhälften aus innerviert.

Koch (Kopenhagen).

83) **Magnus Matell:** Ein Fall von Heterotopie der grauen Substanz in den beiden Hemisphären des Grosshirns. (Aus der psych. Kl. in Breslau). Arch. f. Psych. Bd. XXV. H. 1. S. 124.

Bei einer 25jährigen Frau, die seit dem 6. Lebensjahr an epileptiformen Krämpfen litt und völlig blödsinnig war, fand sich bei der Section ein ausserordentlich kleines Hirn, die Furchen und Windungen nur theilweise normal entwickelt, zum grossen Theil nur angedeutet, das Marklager der Grosshirnhemisphären zum grossen Theil ersetzt durch eine graue, rindenartige Masse, die von der eigentlichen Rinde nur durch ein schmales helles Band getrennt ist, vom eigentl. Marklager nur einen kleinen Herd übrig gelassen hat. Diese abnorme, am gehärteten Präparate etwas fleckig aussehende Substanz, setzt sich auch durch das Claustrum nach unten in den Schläfenlappen fort und nach hinten in den Occipitallappen. Die grossen Ganglien und der Hirnstamm zeigen nichts abnormes.

Mikroskop. besteht diese abnorme Substanz aus gröberen Nervenfasern, welche von dem Rest des Marklagers zur Rinde ziehend, zwischen sich Felder abtheilen. Diese sind ausgefüllt von verschiedenen geformten Ganglienzellen, mit grossen Kernen und pigmentreichem Protoplasma, dazwischen eine körnige Grundsubstanz und ein ausserordentlich reich entwickeltes Capillarnetz. Denselben Bau zeigt die tiefste Schicht der Grosshirnrinde.

Es entspricht also die abnorme graue Substanz in ihrem histologischen Bau normaler, grauer Hirnrinde und ihre Entstehung muss durch fehlerhafte Entwicklung der Hirnrinde erklärt werden. Verf. nimmt an, dass etwa im 6. Fötalmonat ehe die Abgrenzung zwischen Rinde und Mark sich vollzog, eine abnorme Weiterentwicklung der in der Grenzzone gelegenen, embryonalen Zellen erfolgte und betrachtet diesen Prozess gewissermassen als eine Vakaturwucherung der grauen Substanz für die fehlenden, markhaltigen Nervenfasern. Gegenüber den meisten, beobachteten Fällen von Heterotopie ist interessant, dass hier die abnorme graue Substanz nicht in Knötchen, sondern in ausgedehnten Herden auftrat. Weber—Würzburg.

84) **Hösel (Hubertusburg):** In Sachen Rindenschleife. (Neurol. Centralbl. 1893 Nr. 17.)

Gegenüber den Angaben Mahaims, nach dessen Untersuchungen (Arch. f. Psych. XXV, 2) die Rindenschleife nicht direct bis zur Rinde der Centralwindung läuft, sondern bereits im Thalamus opticus ihr Ende findet und zwar vermittelt dieses Ganglions mit der Rinde in Verbindung steht, hält H. seine Behauptung (Arch. f. Psych. XXIV, 2), dass die Rindenschleife in toto direct mit den Centralwindungen in Verbindung steht und den Thalamus nur passirt, vollkommen aufrecht. Ausser seinem damals veröffentlichten Fall, dessen Präparate H. noch einmal einer sorgfältigen Durchsicht unterzogen hat, ist er in der Lage noch einen zweiten dem Falle Mahaims ähnlichen Fall anzuführen, welcher die Richtigkeit seiner Behauptung zu beweisen geeignet sei.

85) Dr. Mahaim (Lüttich) Zur Frage: „Bindenschleife“. Eine Erwiderung.
(Neurol. Centralbl. 1893 Nr. 20.)

Indem M. die Hösel'schen Ausführungen einer Kritik unterzieht, welche ihre Beweiskraft schwächen soll, beruft sich M. auf die Uebereinstimmung seines Befundes mit den Versuchsergebnissen von Monakow, aus dessen Präparaten er die Ueberzeugung gewonnen hat, dass weitaus der grösste Theil der Bindenschleife im centralen Theile des Sehhügels sein vorläufiges Ende finden müsse.

Hoppe.

86) Beaumont: Associated movements of the upper eyelid and the lower jaw.
(Lancet, 15. April 1893.)

Verfasser beobachtete an einem Kind beiderseitige angeborene Ptosis und Epicanthus. Die Lidheber waren vollständig functionsunfähig. Die Lider waren von einander nur durch einen einfachen Spalt getrennt, durch welchen man kaum die Hornhaut sehen konnte. Machte das Kind den Versuch, zu sehen, so öffnete es auf stets gleiche Weise den Mund; obgleich damit absolut keine Hebung der Oberlider einherging. Eine vorgenommene Operation gab bezüglich der Ptosis ein befriedigendes Resultat. Später, nach ausgeführter Operation, hörte das Kind auf, associirte Bewegungen mit dem Munde zu machen.

Bach.

87) M. Knies (Freiburg i. B.): Die einseitigen centralen Sehstörungen und deren Beziehungen zur Hysterie.

(Neurol. Centralbl. 1893 Nr. 17.)

Bei Hysterie werden recht oft einseitige Sehstörungen (ohne anatomische Veränderungen) gefunden, welche characterisirt sind durch mehr oder weniger erhebliche Herabsetzung der centralen Sehschärfe, durch concentrische Gesichtsfeldeinschränkung der verschiedensten Grade und durch eine parallel damit gehende „Leitungs“-Farbenstörung gleich der bei Sehnervenatrophie oder Intoxicationsamblyopie, während das Verhalten der Pupille verschieden sein kann und der Augenhintergrund normal erscheint. Gegen die cerebrale Natur dieser einseitigen Sehnervenstörung, für welche das Vorkommen mit andern unzweifelhaft central bedingten Symptomen der Hysterie und die psychische Beeinflussbarkeit in's Feld geführt worden sind, sprechen nach K. vor allem anatomische Gründe, da im Verlauf der centralen optischen Bahnen keine Stelle bekannt ist, deren Läsion eine einseitige Sehstörung veranlassen könnte.

Nach K. deutet alles auf den Sitz der Störung im Nerv. opticus in der Gegend des For. opticum. Leber hat auch in einem Falle von hysterischer Sehstörung atrophische Nervenfasern an dieser Stelle gefunden. Die Störung besteht in einer ringförmigen Compression der Sehnerven, hervorgerufen durch Gefässerweiterung. Damit ist auch die cerebrale Natur des Leidens gerettet. Bedingt ist die Affection durch eine (halbseitige) cerebrale Gefässinnervationsstörung, der Sitz der Affection ist aber peripher in dem engen Canal, wo die Gefässinnervationsstörung (Gefässerweiterung) ihre störende Wirkung äussern kann.

K. glaubt verallgemeinernd die Hysterie im wesentlichen als eine cerebrale (und spinale) vasomotorische Innervationsstörung betrachten und daraus einen grossen Theil ihrer Symptome erklären zu können.

Hoppe.

88) **Karl Schaffer:** Netzhautreflexe während der Hypnose. (Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Budapest.)

(Neurolog. Centralblatt 1893 Nr. 23 und 24.)

Die Experimente wurden an einem 26 jährigen Dienstmädchen gemacht, die das typische Bild der grossen Hysterie bietet, rechtsseitige Hemianästhesie, wesentliche Herabsetzung der Empfindlichkeit an den Sinnesorganen der rechten Seite, hochgradige concentrische Einengung des Gesichtsfeldes am rechten Auge und seit einem Krampfanfall auch eine linksseitige hysterische Blindheit zeigt.

Wurde das Dienstmädchen (durch Fixirung) in Hypnose versetzt, und die allgemeine Starre, welche durch eine gleichzeitige Erschütterung des Körpers zu Stande kommt, durch Reiben gelöst, so wurde durch die einseitige Einwirkung eines Ton-, Geruch-, Zungen-, oder Hautreizes eine gleichnamige Hemicontractur, auf eine beiderseitige Einwirkung eine bilaterale Contractur hervorgerufen. Von Seiten des Gesichtorgans (und zwar beider Augen, auch des linken blinden) wurden durch Reize ebenfalls Contracturen ausgelöst, welche indessen von diesem Reflextypus abwichen:

Eine bilaterale Contractur entstand auf Reiz beider Augen im gelben Fleck, eine rechtsseitige Hemicontractur auf Reiz der rechten Netzhauthälfte beider Augen, eine linksseitige Hemicontractur auf Reiz der linken Netzhauthälfte beider Augen.

Die Analogie dieser Netzhautreflexe mit der homonymen Hemianopsie liegt auf der Hand und ihre Erklärung muss nach S. ebenfalls in der Semidecussation des N. opticus gesucht werden.

Die interessanten Ausführungen bezüglich des Mechanismus dieser Reflexe müssen im Original nachgelesen werden. Weitere Experimente, bezüglich deren ebenfalls auf das Original verwiesen werden muss, haben S. zu folgender Ansicht über die Function der Sehnervenfasern geführt:

Das ungekreuzte Bündel des rechten (linken) Sehnerven versieht die temporale Netzhauthälfte des rechten (linken) Auges mit Lichtempfindung und gleichzeitig mit Reflexbewegung vermittelnden Fasern, die nasale Netzhauthälfte nur mit letzteren. Das gekreuzte Bündel des rechten (linken) Sehnerven versieht die nasale Netzhauthälfte des rechten (linken) Auges mit Lichtempfindung und Reflexbewegung vermittelnden, die temporale Hälfte nur mit Reflexbewegung vermittelnden Fasern.

Beachtenswerth ist aber, dass wenn dem hypnotisirten Mädchen, Blindheit, Taubheit, Anosmie etc. uni- oder bilateralisch suggerirt wird, die entsprechenden sensoriiellen Reflexe ausbleiben.

Andererseits genügt die Suggestion, dass ein Reiz auf ein Sinnesorgan uni- oder bilateral einwirkt, um den entsprechenden Reflex hervorzurufen. Schliesslich wirkt die Suggestion von der Elimination eines Sinnesorgans verzögernd oder erschwerend auf die Reflexe von Seiten der anderen Sinnesorgane. Suggestirte Taubheit schliesst sogar die Netzhautreflexe nach bestimmten Gesetzen aus. Aus alledem zeigt sich, dass die Wirkung einer auf Ausschliessung eines Sinnesorgans gerichteten Suggestion nicht auf das central-corticale Feld des betreffenden Sinnesorgans beschränkt bleibt, sondern auch auf das Nachbarfeld übergeht.

Hoppe.

89) **William Gay**: Diphtherial paralysis; allocheiria.

(The Lancet, 21. Oct. 93, p. 999.)

Ein 13jähriges Mädchen, ohne hereditäre Belastung, hatte vor 11 Wochen eine schwere Pharynx-Diphtherie. 4–5 Wochen nach dem Beginn trat Gaumen- und Stimmbandlähmung hinzu, ferner Sebstörungen, Diplopie; weite, aber reagierende Pupillen, allgemeine Körperschwäche, deutliches Romberg'sches Zeichen. Beträchtliche Ataxie aller 4 Extremitäten. Fehlen der Knie-, Handgelenk-, Triceps- und Unterkiefer-Reflexe und Fehlen der oberflächlichen Reflexe. Gesichtsfeld anscheinend nicht eingeengt, keine Störung des Farbensinns. Gehör normal. Geruch fehlt. Geschmack anscheinend normal. Leichte Berührungen werden nicht überall gefühlt, aber stärkere werden zu symmetrisch gelegenen Punkten der entgegengesetzten Körperseite bezogen. Parästhesien fehlen. Heiss und kalt wird genau unterschieden. Muskelsinn aller 4 Extremitäten sehr mangelhaft, aber Bewegungen des Kopfes und Rumpfes werden richtig localisirt. Nach 4 Wochen waren alle Symptome zurückgegangen.

Alle von Gay in der Litteratur aufgefundenen Fälle von Allocheirie (ausgenommen der hysterischen) waren begleitet von Ataxie und tiefer Störung des Allgemeingefühls. Das weist auf eine Läsion der medialen Hinterstränge hin, welche gekreuzte und nicht gekreuzte Fasern betrifft. Gewöhnliche Gefühlsreize, welchen durch die Läsion die gewohnten Nervenbahnen verschlossen sind, werden durch die nicht gekreuzten Fasern nach aufwärts geleitet und erreichen so das Hirn auf derselben, statt auf der anderen Seite. In Folge dessen werden sie von hier aus bezogen — nach aussen projicirt — auf einen Punkt, der dieser Gehirnseite entspricht, also auf der symmetrischen andern Körperseite. Wichmann.

90) **Contejean**: Ablation d'un hémisphère cérébral.

(Bericht in Le Bulletin méd. 1893, Nr. 101.)

C. stellte in der Soc. de biologie einen Hund vor, an dem er vor einiger Zeit die Wegnahme der rechten Hemisphäre vollzogen hat. Dieses Thier, das sich augenblicklich einer vollkommenen Gesundheit erfreut, hat seine Intelligenz vollständig bewahrt. Es zeigt folgende Erscheinungen: Beim Gehen dreht es beständig nach rechts und beschreibt in diesem Sinne vollständige Kreise; es scheint „zu walzen“. Sonstige motorische Störungen sind wenig ausgeprägt; es scheint indessen ein leichter Grad linksseitiger Hemiplegie zu bestehen. Ferner zeigt das Thier eine deutliche linksseitige Abnahme der Empfindung der Temperatur und Verlust der Sehkraft des linken Auges, sowie der Hörfähigkeit der gleichen Seite.

Buschan.

91) **A. Stcherbak** (St. Petersburg): Des lésions du système nerveux par le poison diphthérique. Travail du laboratoire de pathologie expérimentale de M. le professeur Straus. Vorläufige Mittheilung.

(Revue neurologique, Nr. 7. 15. avril 1893.)

Um die Zweifel, welche die bisherigen Beobachtungen am Menschen über den Ausgangspunkt der diphtherischen Lähmungen gelassen haben, zu beseitigen, unternahm St. an Thieren (Kaninchen und Meerschweinchen) eine

Reihe von Versuchen über die Einwirkung des Diphtheriviruses auf das Nervensystem. Er untersuchte dieses (Rückenmark, Spinalganglien, Wurzeln, periphere Nerven) und die Muskeln nicht nur in Fällen experimentell erzeugter Paralyse, sondern auch bei Thieren, bei welchen acute oder chronische diphtheritische Infection keine Lähmung zur Folge hatte. Seine Befunde fasst er in Folgendem zusammen: „Die lebenden Diphtherieculturen und das Gift, das man durch Filtration dieser Culturen durch das Chamberlandfilter erhält, rufen bei den Thieren dieselben Läsionen des Nervensystems hervor wie beim Menschen. In gewissen Fällen fand ich an den Rückenmarkshäuten Hämorrhagien und einen leichteren Grad von Entzündung (wie dies schon von Oertel, Buhl u. A. beschrieben wurde); Hämorrhagien in der grauen Substanz des Rückenmarks, angegeben von einer grossen Anzahl von Autoren; einen geringen Grad von Poliomyelitis, welcher an die von Déjerine hiervon gegebene Beschreibung erinnert, Degeneration, Veränderungen in den spinalen Wurzeln, erwähnt von diesem Beobachter; eine Neuritis der peripheren Nerven, seit der Beobachtung Charcot's und Vulpian's schon viele Male beschrieben; endlich einen parenchymatösen und interstitiellen Process in den Muskeln, auf welchen Hochhaus letzthin die Aufmerksamkeit in besonderem Masse gelenkt hat.“

Bezüglich des Ursprunges der diphtheritischen Lähmungen folgert St. aus seinen Versuchen, dass dieselben durch einen entzündlichen (parenchymatösen und interstitiellen) Process an den peripheren Nerven zu Stande kommen und alle übrigen Läsionen hierfür nur von secundärer Bedeutung sind. Die von dem Autor angeführten Thatsachen lassen auch keinen Zweifel an der Berechtigung dieser Auffassung zu.

Die Läsionen der grauen Rückenmarkssubstanz sind in der Mehrzahl der Fälle nicht sehr erheblich und entsprechen in ihrer Localisation, Intensität und Ausdehnung der Localisation und dem Grade der Lähmung nicht. Bei der chronischen Intoxication mit kleinen Dosen, welche die Entwicklung der Poliomyelitis in besonderem Maasse begünstigt, findet sich oft keine Lähmung; in den Fällen dagegen, in welchen Lähmung auftrat, liess sich eine frische Neuritis in den Nerven der Pfoten neben Spuren von älteren Läsionen der grauen Substanz des Rückenmarks nachweisen. Im Rückenmark herrschen die Gefässveränderungen vor; die Zellenatrophie bildet eine secundäre Erscheinung. Die Veränderungen der Muskeln in den Fällen mit Lähmung sind verschiedener Art: Zuweilen einfache Atrophie, zuweilen interstitielle und parenchymatöse Myositis. Letztere war nie erheblich genug, um allein die Lähmungserscheinungen zu erklären. Dagegen fanden sich in allen Lähmungsfällen an den betreffenden Nerven Läsionen, welche der Intensität und Localisation der paretischen Erscheinungen entsprachen. Diese Veränderungen finden sich insbesondere an den intramuskulären Nervenverzweigungen und beginnen mit Anschwellung des Achsencylinders und Wucherung und Anschwellung der Kerne der Schwann'schen Scheide. Die Markscheide theiligt sich erst später; schliesslich präsentirt sich das klassische Bild der Waller'schen Degeneration.

Nicht selten lassen sich schon zu Beginn des Processes Wucherung der Bindegewebskerne, Gefässerweiterung und Blutaustritte, später eine beträchtliche Wucherung des inter- und intrafasciculären Gewebes constatiren.

Die interstitiellen und die parenchymatösen Veränderungen der Nerven entwickeln sich gleichzeitig und sozusagen unabhängig von einander. Die Intensität der Neuritis und ihr Ausgang scheinen u. A. auch von der Dosis des Giftes abzuhängen. Die durch kleine Dosen erzeugte Neuritis giebt sich durch kein klinisches Symptom kund und kann wie beim Menschen zur Heilung gelangen.

L. Löwenfeld.

92) **H. Hochhaus**: Ueber combinirte Systemerkrankung des Rückenmarks
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893.)

H. bespricht die Krankheitsgeschichte einer 47jährigen Arbeiterfrau, welche seit 4 Jahren kränkelte, seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren unter starker Körperschwäche litt, die so stark wurde, dass sie seit $\frac{1}{2}$ Jahre fast stets im Betta liegen musste. Seit der letzteren Zeit im Rumpfe und Rücken heftige Schmerzen, Beine bei Berührung sehr empfindlich. 2mal Abort.

Die motorische Kraft war in den Armen wenig, aber deutlich herabgesetzt, Kribbeln in den Fingern. Die Beine waren stark abgemagert, die motorische Kraft = 0. R > L. Bei passiven Bewegungen geringer Grad von Contractur, R > L. Kniephänomen deutlich verstärkt. Electricische Erregbarkeit normal.

Nach kurzer Spitalbehandlung Tod an Entkräftung, nachdem während derselben unwillkürlicher Abgang von Koth und Urin eingetreten war.

Es stellte sich eine scharf begrenzte combinirte Erkrankung der PyB, der KISB und der Hinterstränge heraus. Erstere waren erkrankt vom untersten Lendenmark bis über die Pyramidenkreuzung heraus, und zwar vollständig bis zum obersten Cervicalmark, von da nach oben allmählich abnehmend. Im Lendenmark die ältesten Veränderungen, also aufsteigende Degeneration.

Die KISBen waren in ihrer ganzen Länge bis hinter die Pyramidenkreuzung erkrankt, mit Betheiligen der Clarke'schen Säulen. Die Hinterstränge zeigten nur eine Erkrankung der medial gelegenen Theile.

H. nimmt wegen der strengen Symmetrie und scharfen Abgrenzung der Degenerationsfelder eine combinirte Systemerkrankung und nicht einen myelitischen Process an, zumal in den weniger erkrankten Partien eine primäre Degeneration des Nervengewebes mit secundärer Wucherung des Stützgewebes deutlich war. Alle Zeichen der Entzündung fehlten.

Auch die klinische Beobachtung, nach welcher zuerst eine allmählich nach oben fortschreitende Erkrankung der PyB im Lendenmark anzunehmen war und welche das langsame Fortschreiten des Processes zeigte, bot genügende marcante Züge, um sie auf der einen Seite abzutrennen gegen gewöhnliche Querschnittsmyelitis und spastische Spinalparalyse, auf der anderen Seite gegen Tabes dorsalis, vielmehr liess sie schon zu Lebzeiten an die Diagnose einer combinirten Systemerkrankung denken.

Die beiden Aborte und die Sclerose der Schädelknochen liessen ätiologisch an Lues denken.

Dauber.

93) **M. Dinkler**: Hinterstrangssclerose und Degeneration der grauen Vorder-säulen des Rückenmarks.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893.)

Dinkler theilt aus der Klinik von Erb einen schon lange von Friedreich und F. Schultze und zuletzt von Erb beobachteten Fall von Syphilis

des Centralnervensystems mit. Es handelt sich um einen Mann, der im Jahre 1870 ein Geschwür am Penis hatte, das jedoch nach 2 Tagen geheilt war.

Im Jahre 1879 wurde er zum ersten Male klinisch behandelt. Damals, nachdem $\frac{3}{4}$ Jahre vorher ein Schädeltrauma vorausgegangen war, seit 4 Wochen Kopfweh, unbeholfene Sprache, Steigerung der Beschwerden. Seit 10 Tagen stärkere Kopfschmerzen, Aphasie, Schwindel bei erhaltenem Bewusstsein. Letztere Symptome verschwanden rasch nach 2 Tagen Bett-ruhe, um nach 3 Tagen stärker neben taumelndem Gang wiederzukehren. Der Umgebung fiel in letzter Zeit zunehmende Vergesslichkeit und Unzuverlässigkeit auf.

Bei der Untersuchung ergab sich geringe Parese des linken Facialis mit Betheiligung des Gaumensegels, unbeholfene Sprache, Kopfweh, leichtes Romberg'sches Symptom und leicht taumelnder Gang, erhaltene Sehnenreflexe und starke Albuminurie ohne Formelemente. Nach 3 Tagen bei Jodkali und Eis völliges Wohlbefinden.

Ein Vierteljahr später wurde der Patient wegen einer unter Jodkali-gebranch (obwohl keine Luca nachweisbar war) rasch verschwindenden Parese des rechten N. trochlearis und facialis behandelt. Wieder ein halbes Jahr später plötzliche Bewusstlosigkeit, Aphasie und Amnesie. In der Zwischenzeit hat Patient gearbeitet wie früher, jedoch häufig eine unverständliche Sprache gezeigt. Zur Zeit der Aufnahme lallende Sprache, Taumeln, keine sensible oder motorische Störung, abgesehen von einer geringen Parese des linken Facialis.

Nach einem Tage war die Sprache wieder gut. Aber jetzt zeigt sich zum ersten Male rasch vorübergehende Pupillendifferenz. Der Urin enthielt immer Albumen.

Noch im nämlichen Jahre (1880) stellte sich eine Paralyse des linken Oculomotorius ein, während der Facialis frei war. Anfang 1881 Parese des rechten Armes und Hypästhesie im rechten Ulnarisgebiet. Neun Jahre später zeigte Patient einen grossen strahligen Defect des harten und weichen Gaumens, eine Parese im linken N. ulnaris und medianus mit Atrophie, erhaltene Patellarreflexe, linksseitige reflectorische Pupillenstarre und Mydriasis, Nephritis und Pneumonie, an welcher der jetzt 48jährige Patient rasch zu Grunde ging.

Bei der Section und der überaus genau durchgeführten Untersuchung des Nervensystems und der paretischen Muskeln ergab sich im Rückenmark eine partielle Degeneration der Keilstränge im Bereich der Cervicalanschwellung mit theilweiser Betheiligung der eintretenden Wurzelfasern und geringem Faserausfall der Goll'schen Stränge in der unteren Hälfte der Cervicalanschwellung. In den grauen Vorderhörnern des Cervicalmarks zeigten sich die Ganglienzellen und Nervenfasern theilweise geschwunden. Ebenso zeigten die vorderen und hinteren Wurzeln des Cervicalmarks partielle Degenerationsprocesse.

In der Medulla oblongata präsentirten sich Degenerationsprocesse in der ventralen Hälfte beider Oliven mit gliöser Wucherung, ferner Faserarmuth des Olivenmantels, der Olivenzwichenschicht und der gekreuzten Fibræ arcuatae externae.

Im Gehirn nur alte hämorrhagische Cysten. Die Meningen zeigten circumscriphte Verdickungen, die Arterien gummöse Endarteriitis; die Capillaren waren sclerotisch verdickt.

Der Plexus brachialis war partiell erkrankt. besonders der N. ulnaris. Trotzdem der passagere Character der Symptome, das sprungweise Auftreten der Lähmungen und die apoplectischen Insulte mit den bald wieder verschwindenden Sprach- und Bewusstseinsstörungen sicher für Lues sprechen, abgesehen von dem pathol. anat. Befunde, räumt doch D. dem stattgehabten Schädeltrauma eine disponirende Bedeutung ein. Das rasche Kommen und Schwinden der Lähmungen führt er auf toxische Einflüsse, ähnlich wie bei Diphtherie, zurück, nicht auf Ernährungsstörungen durch Veränderungen der Gefäße. Letztere bedingten nur die apoplectischen Anfälle, die auf die in Erweichung übergegangenen Blutungen im Linsenkern zurückzuführen sind. — Die vorliegende Hinterstrangsklerose hält D. für eine beginnende Tabes, da es sehr unwahrscheinlich ist, dass hier eine periphere Degeneration der Nerven so continuirlich auf das Rückenmark überging wegen der nicht hochgradigen Veränderungen des N. ulnaris und medianus, wegen des Widerstandes der Spinalganglienzellen und der dann schwer erklärbaren doppelseitigen Degeneration der Keilstränge.

Die Erkrankung der grauen Vorderhörner im Halsmark hält D. für primär, einmal weil dies bei Tabes schon beobachtet ist und zweitens, weil im vorliegenden Falle eine sichere primäre Erkrankung, nämlich die Degeneration der ventralen Olivenhälfte beobachtet ist.

Mit Recht weist D. darauf hin, dass sein Fall ein klassisches Beispiel der Syphilis des Nervensystems darstelle und dass dabei Symptome, bedingt durch anatomische Läsionen und durch toxische Einflüsse, selbstständig neben einander bestehen können.

Dauber - Würzburg.

94) **J. M. Wieting**: Ueber Meningomyelitis mit besonderer Berücksichtigung der Meningitis cervical. chronic. (Pachymeningitis cervicalis hypertrophica.) (Ziegler's Beitr. z. path. A. 13 Bd., Heft 3.)

Das seltene Krankheitsbild der von Charcot zuerst beschriebenen Pachymeningitis cervicalis hypertrophica wird an der Hand eines Falles namentlich in Bezug auf anatom. Veränderungen und Pathogenese ausführlich beschrieben.

Von Charcot und Joffroy wurde zuerst ein wohl characterisirtes patholog.-anatom. Bild der Affection gegeben.

Die Erkrankung localisirt sich gewöhnlich im Halsmark unter Uebergreifen auf die medulla oblongata und besteht in einer circulären Verdickung der Dura, eventuell Verknöcherung, Verwachsung mit dem Wirbelkanal und den weichen Rückenmarkshäuten. Weiterhin Compression und Atrophie der eingeschlossenen Nervenwurzeln, dann Betheiligung des Rückenmarks durch Auftreten einer zuerst ringförmigen, dann die Hinterstränge ergreifenden Sclerose, auf- und absteigende Degeneration, endlich Höhlenbildungen im Mark.

Diesen anatom. Veränderungen entspricht ein durch neuere Beobachter ziemlich scharf umgrenztes klinisches Bild. Thatsächlich sind in den neueren Lehrbüchern (Eichhorst, Leube) zwei gut trennbare Stadien, der

Irritation und der Lähmung, angenommen, und durch andere charakteristische Symptome, atrophische Lähmung der oberen, einfache Lähmung der unteren Extremitäten, Freibleiben des Radialis etc. lässt sich die Krankheit differentialdiagnostisch von ähnlichen Zuständen (amyotroph. Lateralsclerose, Muskelatrophie) abgrenzen.

Weniger klare Verhältnisse bestehen bezüglich der Pathogenese und Aetiologie der Erkrankung und hier verlangen namentlich 2 Punkte Aufklärung nämlich ob die Rückenmarkshäute oder das Mark primär erkranken und ferner, ob dem ganzen Process eine spezifische Infection, Syphilis oder Tuberkulose zu Grunde liegt, oder ob man ihn als einen idiopathischen, unter dem Einfluss chronisch wirkender Reize entstehenden, zu betrachten hat (Alcohol, Verkältung).

Die von Verf. citirten Autoren und ihre Beobachtungen geben über beide Fragen keinen endgiltigen Aufschluss. Für die Entstehung der Erkrankung in den Rückenmarkshäuten spricht das Auftreten einer peripheren Sclerose des Marks, die ringförmig den Umfang umgreift und an den Verwachsungsstellen, zumeist dorsal, am deutlichsten ausgeprägt ist; von den Piasepten her kann dann eine secundäre Myelitis mit auf- und absteigenden Degenerationen das Bild compliciren. Beginnt dagegen die Meningomyelitis als primäre Erkrankung des Marks, so kann das letztere die verschiedenartigsten Herde aufweisen.

Für beide Formen liegen in der Literatur eine Anzahl Beispiele vor.

Aehnlich verhält es sich mit der Frage der specifischen Aetiologie. Für Syphilis sprechen die in den meisten Fällen beobachteten starken Gefässveränderungen, z. T. mit völliger Obliteration der Gefässe einhergehend, dann die perivasculäre Infiltration und Kernwucherung; aber mit absoluter Sicherheit darf der luetische Character der Erkrankung nur dann behauptet werden, wenn sich in den gebildeten Schwielen gummiöse Geschwülste eingeschlossen finden, wie in einem von Adamkiewicz beobachteten Fall, der sowohl in der pachymeningitischen Schwarte, als im Mark Erweichungs-herde fand.

Den letzteren Process bezeichnet dieser Autor als „chronischen Infarkt“ und lässt die Erweichungs-herde im Mark von den eintretenden Gefässen zu Stande kommen, während andere Autoren mehr Gewicht auf die Compression des Marks durch die pachymening. Schwarten legen. Nach Greiff soll die luetische Meningitis auf dem Weg der Lymphbahnen resp. Piasepten, die idiopathische nach Art einfacher Randsclerose das Mark ergreifen.

Dass auch dieses Moment nicht immer ausreicht, um die Aetiologie sicherzustellen, zeigt der vom Verf. beobachtete Fall.

Hier fand sich eine starke Verdickung und Verwachsung der weichen Rückenmarkshäute, Verklebung derselben mit der Dura und der Substanz des Markes und zwar stärker auf der Dorsalseite. Ihren Höhepunkt erreicht die Affection oberhalb der Halsanschwellung, erstreckt sich von hier aufwärts bis zur Brücke, abwärts bis zu den obersten Brustnerven. Die an Syphilis erinnernden Gefässveränderungen bestanden in Wucherung und Infiltration der Adventitia, Verdickung der Intima, Obliteration der perivasculären Lymphräume, Verschluss der Gefässlumina. Am Rückenmark

selbst findet sich eine Bandsclerose, namentlich im Bereich der medulla oblongata und des Pons, Degeneration der Nerven-elemente, Ersatz derselben durch Gliawucherung; ausserdem schreitet der Process auch auf dem Weg der gewucherten Piassepten fort, die in breiten Bändern das Mark durchziehen. Unabhängig davon treten herdförmige Veränderungen des ganzen Markes auf, die sich über grosse Abschnitte des Rückenmarks verbreiten, aber nicht den Character von Systemerkrankungen tragen, wenn sie auch zum Theil in Gebiete absteigender Degeneration übergehen, wie z. B. ein grosser Herd, der sich in der rechten Pyramide bis zum Beginn der Brücke erstreckt. Ein anderer Herd findet sich in der grauen Substanz, welche er in verschiedener Ausdehnung zerstört und der die stärksten Veränderungen an der Stelle der stärksten Verdickung der Rückenmarkshäute macht; er setzt secundäre Veränderungen in den austretenden Wurzeln. Diese wie verschiedene kleinere Herde kommen zu Stande, wie Verf. annimmt, weniger durch einen eigentlichen Entzündungsprocess, als durch Degeneration des Nervengewebes und darauffolgende ausgedehnte Neurogliawucherung. Die Ursache dafür sucht Verf. mit Adamkiewicz in einer Störung der arteriellen Circulation, wenn er auch die Compressionswirkung der verdickten Rückenmarkshäute und die damit verbundene Blut- und Lymphstauung nicht ganz ausschliesst. Es verlohnt sich hier, auf die bei anderen Erkrankungen der Rückenmarkshäute auftretenden Markdegenerationen hinzuweisen. Ich beobachtete eben einen Fall von gliomatösem Tumor des Hirns, der, auf die Pia spinalis übergriffen, das ganze Mark in Form eines dicken, zellreichen, dicken Mantels umhüllt und trotzdem finden sich nur geringe Banddegenerationen, offenbar durch directes Hineinwuchern des Tumors erzeugt. Auch die vorderen und hinteren Wurzeln, obwohl fest in die Tumormasse eingepackt, zeigen nur einzelne Fasern degenerirt, welchem Bilde der klinische Befund entsprach, da der Fall ohne Extremitätenlähmung verlief.

In der Verwachsungsschicht beider Häute beschreibt Verf. eigenthümliche, concentrisch geschichtete Kugeln, welche bei der Weigert'schen Färbung zum Theil schwarz erscheinen. Er hält sie für Endothelperlen; es fragt sich, ob hier nicht Bildungen analog den Altmann'schen Granulis oder den sogenannten Mastzellen vorliegen, die sich häufig in wucherndem Bindegewebe finden. Eine Färbung mit Anilinfarbstoffen oder Triacid könnte hierüber eventuell Aufschluss geben.

Weber - Würzburg.

95) **F. Chvostek**: Ein Fall von Tabes mit Bulbärsymptomen. (Aus der Wiener med. Universitätsklinik.)

(Neurol. Centralblatt 1893. Nr. 22.)

Bei einem 39jährigen Manne entwickelte sich 18 Jahre nach einer luetischen Infection in ziemlich schnellem Verlauf eine schwere Tabes mit initialen lancinirenden Schmerzen, Parästhesien, Potenzverlust, Blasenbeschwerden, Larynxcrisen und Anfällen von manchmal ziemlich heftiger Athemnoth. Dazu kamen schnell zunehmende Verschlechterung des Sehvermögens, Doppelsehen, eigenthümliche Kopfschmerzen, schnelle Ermüdung beim Kaueu, Schlingbeschwerden und zunehmende Schwäche und Unsicherheit beim Gehen. 2 Jahre nach dem Beginn der Krankheit wurden neben den

typischen Symptomen der Tabes eine Reihe cerebraler Erscheinungen constatirt: doppelseitige partielle Oculomotoriuslähmung, linksseitige Abducensparese, Reiz- und Ausfallerscheinungen im Bereiche des sensiblen Trigeminus, Lähmung und Atrophie der vom Trigeminus versorgten Muskeln rechterseits, Herabsetzung der Geruchsempfindung rechts, Schlingbeschwerden, doppelseitige Lähmung des *M. crico-arytaen-post.* und schliesslich anhaltende Tachycardis.

Dazu gesellte sich später Schwäche der linksseitigen Kaumuskeln, Lähmung des rechten *Facialis* und eine ausgesprochene Respirationsstörung, indem die linke Thoraxhälfte sich zunehmend immer weniger am Respirationsacte betheiligte.

C. schliesst an die Mittheilung dieses interessanten Falles eine Reihe von Bemerkungen über die Bedeutung der einzelnen Bulbärsymptome, besonders über die in der Literatur bisher nicht bekannten eigenthümlichen Veränderungen der Respiration. _____ Hoppe.

96) **Brissaud et Marie:** Diplégie faciale totale avec paralysie glosso-laryngo-cervicale chez deux frères.

(Bull. med.. 3. XII. 93.)

Verff. theilen die Krankheitsgeschichte eines 8jährigen Knaben mit, der ebenso wie sein jüngerer Bruder an folgenden Erscheinungen litt: Lähmung des *levat. palpebr.*, sämtlicher Muskeln, die vom oberen und unteren *Facialis* innervirt sind, der Zunge, der Muskeln des Larynx und einiger Halsmuskeln. Ausserdem bestanden trophische Störungen der Haut und mangelhafte Zahnentwicklung. Die Verff. heben in diesem Falle hervor die seltene Coexistenz der *paralysis glosso-labialis* mit der des *facialis sup.*; sodann das gleichzeitige Bestehen der Lähmung des *orbicularis oculi* und des *levator palpebr.* bei völligem Intactsein der übrigen vom *Oculomotorius* innervirten Muskeln. Das Auffälligste ist jedoch das Vorkommen dieser Lähmungserscheinungen gleichzeitig bei 2 Brüdern. Die Verff. glauben nicht an eine hereditäre Erkrankung, sondern an eine äussere Ursache (Infection, Intoxication), welche 2 Glieder einer Familie gleichzeitig betroffen. Besondere Schwierigkeit macht in diesem Falle die Frage nach der Ausbreitung des Herdes am Gehirn. Verff. glauben, dass in diesen und ähnlichen Fällen weniger die anatomischen Verhältnisse für die Ausbreitung der krankmachenden Ursache massgebend sind, sondern die physiologische Beziehung der Kerne unter einander.

_____ Lehmann (Werneck).

97) **A. Borgherini:** Sur la nature systématique du tabes dorsal.

(Revue neurologique Nr. 11, 1893.)

Die Auffassung der Tabes als Systemerkrankung wird bekanntlich noch immer von einer Reihe von hervorragenden Beobachtern zurückgewiesen. B. glaubt, derselben durch Mittheilung eines anatomisch genau untersuchten Falles von Tabes incipiens eine weitere Stütze verleihen zu können. Die fragliche Beobachtung, über welche B. auch schon an anderen Orten berichtete, betraf eine 44jährige Frau, bei welcher von hereditärer Belastung und Syphilis nichts nachzuweisen war und die seit 6 Monaten Tabessymptome

(Gürtelgefühle, Schwäche und laucinirende Schmerzen in den Beinen, Blasenentemus etc.) bestanden. Bei der Untersuchung fanden sich neben den Symptomen einer Aorteninsufficienz reflectorische Pupillenstarre, Westphal'sches und Romberg'sches Zeichen, etwas atactischer Gang etc. Die Kranke erlag ihrem Herzleiden nach kurzem Hospitalaufenthalte.

In der ganzen Ausdehnung des Rückenmarkes fanden sich degenerative Alterationen der Hinterstränge. In den Clarke'schen Säulen zeigte sich das Nervenfasernetz, welches die Zellen umgibt, erheblich verändert, zum Theil auch die Zellen. Die hinteren Wurzeln erwiesen sich in ihrem extramedullaren Theile degenerirt und zwar am beträchtlichsten die oberen Sacral- und unteren Lumbalwurzeln, weniger die oberen Lumbal- und unteren Dorsalwurzeln, dann wieder stärker nach oben stetig zunehmend, die oberen Dorsal- und Cervicalwurzeln; die Lissauer'sche Zone und die intramedullaren Hinterwurzelfasern boten der Läsion der extramedullaren Wurzeln entsprechende Veränderungen dar. An den Spinalganglien nur geringe Veränderungen.

In den Hintersträngen betraf die Läsion insbesondere den Burdach'schen Strang und zwar speciell die von Flechsig als mittlere Wurzelzone bezeichnete Partie desselben, welche von einer entwicklungsgeschichtlich zusammengehörigen Gruppe von Fasern gebildet wird. Daneben fand sich gegen das hintere Septum eine weitere Läsion, entsprechend der von Flechsig als mediane Zone auf Grund der Faserentwicklung unterschiedenen Abtheilung des Goll'schen Stranges. An einzelnen Stellen zeigte die Degeneration jedoch in ihrer Localisation gewisse Abweichungen vom Verlauf der fraglichen Strangpartien, wie ihn Flechsig schildert. B. glaubt diesen Umstand darauf zurückführen zu dürfen, dass vielleicht bei verschiedenen Individuen geringe Schwankungen in der Verlaufsweise der entwicklungsgeschichtlich unterscheidbaren Fasergruppen vorkommen. Er hält es aber auch für möglich, dass ätiologische Verhältnisse in seinem Falle in der Ausbreitung des degenerativen Processes gewisse Abweichung von der Regel bewirkten.

L. Löwenfeld.

98) **A. Pitres** (Bordeaux): Gangrène spontanée des orteils chez un tabétique. (Revue neurologique, Nr. 9, 15. Mai 1893.)

Es handelt sich um einen Fall jener Form massiver Extremitätengangrän neuritischen Ursprungs, auf welche Pitres und Vaillard zuerst 1885 die Aufmerksamkeit lenkten und zwar bei einem Tabetiker.

Tabes dorsalis: Beginn 1875 mit dysenteriformen Zufällen und Dysurie. Von 1876 bis 1884 Magenkrise, lancinirende Schmerzen, motorische Incoordination, Verlust des Kniephänomens, Romberg'sches und Argyll-Robertson'sches Zeichen etc. 1885 Malum perforans plantae. Von 1885 bis 1889 Symptome von Neuritis plantaris, die jeden Winter wiederkehren. 1890 vollständige Gangrän der 5 Zehen des rechten Fusses und der grossen Zehe des linken Fusses. Plötzlicher Tod 1891. Sectionsbefund: Sclerose der Hinterstränge des Rückenmarks, ältere Veränderungen mehrerer Nerven der Unterextremitäten. Vollständige Integrität des Circulationsapparates.

Die Literatur weist nur noch 2 Beobachtungen von Extremitätengangrän bei Tabetischen auf (Joffroy und Achard 1889, Kornfeld 1892).

In beiden Fällen fanden sich Veränderungen der peripheren Nerven; Joffroy und Achard nehmen jedoch Anstand, die Gangrän als directe und ausschliessliche Folge der Neuritis zu betrachten. Bei dem Pitres'schen Kranken konnte die Integrität des Circulationsapparates, der Mangel von Diabetes, Albuminurie und jeder anderen Ursache einer dyscrasischen Gangrän keinen Zweifel an dem neuritischen Ursprung des Absterbens der Zehen lassen.

L. Löwenfeld.

99) **Hermann Schlesinger**: Zur Klinik der Syringomyelie. Aus der medic. Klinik des Prof. R. von Schrötter, Wien. — Vorl. Mittheilung. — (Neurol. Centralblatt 1893.)

S. macht auf einige bisher weniger beachtete Symptome der Syringomyelie aufmerksam.

Dazu gehören neben den Augenmuskellähmungen, welche ähnlich wie bei Tabes mitunter in einem frischen Stadium einsetzen und häufig nur vorübergehend sind, und den Lähmungen anderer Hirnnerven, welche zuweilen vorübergehend auftreten, besonders die Kehlkopf-lähmungen, welche mitunter den ersten Platz in der syringomyelitischen Reihe der bulbären Erscheinungen einnehmen und sich meist schleichend entwickeln, wie auch der Verlauf meist ausserordentlich chronisch ist. S. hat aus der Literatur 12 Fälle mit Kehlkopffactionen zusammengestellt. Es handelt sich sowohl um sensible als um motorische Störungen, welche häufig genug neben einander vorkommen.

Parästhesien scheinen selten zu sein, dagegen wurde mehrfach Herabsetzung der laryngealen Reflexerregbarkeit und in 2 Fällen hochgradige Herabsetzung der Schmerz-, Wärme- und Kälteempfindung im Kehlkopf gefunden.

Die motorischen Anomalien bestehen häufiger in Störungen der Phonation als der Respiration. Meist besteht einseitige complete Recurrenslähmung, seltener mehr oder weniger vollständige einseitige Posticuslähmung (doppelseitige Lähmungen sind selten) im Gegensatz zur Tabes, wo die Posticuslähmungen häufiger sind. Nach S. lässt sich dies durch die Annahme erklären, dass der gliomatöse Process weit schneller die ganze Kernregion des Recurrens in Mitleidenschaft zieht als der tabische. Die einseitige Posticuslähmung, welche oft symptomtenlos verläuft, scheint auch bei ersterem der Recurrenslähmung vorauszugehen.

Schliesslich macht S. auf sehr merkwürdige Drucksinnesstörungen aufmerksam, welche mitunter bei Syringomyelie vorkommen und darin bestehen, dass das Gefühl für den auf die Haut allein ausgeübten Druck erloschen oder hochgradig herabgesetzt erscheint, während der auf gewöhnliche Weise geprüfte Drucksinn und der Tastsinn keine Abweichung von der Norm zeigen.

Hoppe.

100) **Bard-Lyon**: D'un caractère objectif différentiel du nystagmus congénital et du nystagmus de la sclérose en plaques.

(Lyon médic. 1893, Nr. 48.)

Verf. bespricht die verschiedenen Formen des Nystagmus, deren er 4 unterscheidet: 1. den Nystagmus bei organischen Affectionen des Nerven-

systems (Sclerose), 2. in Verbindung mit congenitalen und erworbenen Affectionen des Sehapparates, die mit Abnahme der Sehschärfe einhergehen (auch Albinismus), 3. in Folge von congenitalen Functionsanomalien der Augenmuskeln ohne Sehstörungen, 4. in Folge von professionellen Muskelkrämpfen, z. B. bei Bergleuten, Schneiderinnen. Er geht sodann ausführlich auf eine differential-diagnostische Erscheinung ein, die für die Entscheidung, ob Nystagmus eines organischen Leidens oder ein congenitaler N. vorliegt, gegebenen Falls von Werth ist und von B. zuerst beobachtet sein soll. Nystagmus auf organischer Basis nimmt zu oder stellt sich, falls undeutlich ausgeprägt, stets ein, wenn man den Kranken einen Finger fixiren und ihn mit den Augen demselben bei extremen Bewegungen folgen lässt. Hingegen verschwindet der Nystagmus, falls er congenital ist, bei diesem Versuche für einige Augenblicke; in demselben Moment, nämlich wenn die Augäpfel an die äusserste Grenze ihrer Bewegungen gelangt sind, setzen die Oscillationen für kurze Zeit aus. Verf. sucht dieses grundverschiedene Verhalten des Nystagmus je nach seiner Natur in der Weise zu erklären, dass er den Nystagmus bei Sclerose zu dem Zittern der Oberextremitäten bei diesem Leiden und den congenitalen dem analogen Zittern bei Paralysis agitans in Parallele stellt: bei jenem nimmt das Zittern bei intendirten Bewegungen zu und fehlt oder ist ganz gering in der Ruhe, bei diesem hingegen kann der Wille dasselbe, besonders im Anfangsstadium der Krankheit, vollständig unterdrücken.

Buschan.

101) **Marie:** Sur la localisation des lésions médullaires dans la sclérose latérale amyotrophique.

(Extr. des bullet. et mémoires de la soc. méd. des Hôp. de Paris.) Séance 17. XI. 93.

Die Thatsache, dass das degenerirte Feld im Seitenstrang bei der amyotrophen Lateralsclerose ein grösseres ist, als das, welches man bei secundärer Degeneration der Pyramidenbahn, z. B. nach cerebraler Hemiplegie, vorfindet, erklärt Verf. dadurch, dass bei obiger Krankheit auch die von Golgi u. A. beschriebenen Seitenstrangzellen, welche ihre Fasern ebenfalls in den Hinterseitenstrang senden, degenerirt sind. Dass wir bei dieser Affection eine von unten nach oben abnehmende Degeneration (entgegengesetzt wie bei Hirnherden) vorfinden, scheint ebenfalls durch den Zuwachs des Degenerationsfeldes in Folge der Läsion der von den Strangzellen abgehenden Fasern zu erklären zu sein. Die Läsion eines grossen Theiles des gekreuzten Pyramidenbündels findet demnach bei der Lateralsclerose an Ort und Stelle in jedem einzelnen Segment statt, verhält sich also ähnlich wie bei transversaler Läsion des Rückenmarks. Die gleichen Verhältnisse wie im gekreuzten, finden sich wahrscheinlich im ungekreuzten Pyramidenbündel, in welches die Zellen des Vorderstrangs Fasern senden.

Lehmann (Werneck).

102) **H. Brenneken** (Bonn): Ein Beitrag zur Aetiologie der Trigeminusneuralgie.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 44.)

B. berichtet mehrere Fälle von ausserordentlich hartnäckigen Trigeminusneuralgien, welche durch Pulpaerkrankungen in Zähnen mit intacter Ober-

fläche veranlasst waren und mit Behandlung der Grunderkrankung verschwanden. Um die kranken Zähne herauszufinden, untersuchte B. das Gebiss mittels electrischer Durchleuchtung (Zähne mit erkrankter Pulpa bleiben dunkel, während Zähne mit gesunder, lebender Pulpa einen rosenrothen Farbenton zeigen) oder er prüfte dasselbe auf Temperaturempfindlichkeit.

In zwei Fällen handelt es sich um die sogenannte „Dyingpulp“, welche wohl auf Stauungshyperämie beruht. Man kann sich vorstellen, dass die erweiterten Gefässe einen Druck auf die Nervenfasern der von starren Wänden umschlossenen Pulpa ausüben, welcher genügt, um die heftigsten Schmerzanfälle auszulösen (daher auch die gesteigerte Empfindlichkeit gegen Wärme, welche nur noch zur Erweiterung der Gefässe beiträgt, während die Kälte durch die Gefässcontraction, welche sie hervorruft, druck- und schmerzlindernd wirkt).

In zwei anderen Fällen handelt es sich um die Ablagerung von Kalkconcrementen in der Pulpa, welche noch häufiger Veranlassung zur Entwicklung einer Trigeminusneuralgie zu geben scheinen. Der erste Fall betraf einen 30jährigen Mann, welcher seit einem halben Jahre mehrmals täglich Anfälle von reissenden Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte mit Thränenträufeln und Schwächung des Sehvermögens auf dem rechten Auge bekam. Die Berührung des 2. oberen Molaris rief sofort einen charakteristischen Anfall mit allen Begleiterscheinungen hervor. Nach Extraction des Zahnes, dessen hyperämische Pulpa zahlreiche harte Kalkconcrete zeigte, hörten die Anfälle auf.

Im 2. Falle, welcher eine 35jährige sehr nervöse Dame betraf, begann der ca. eine halbe Stunde dauernde Anfall mit reflectorischen Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, starkem Thränenträufeln und Blepharospasmus; dazu gesellten sich unter Steigerung der Schmerzen clonische Zuckungen im Gebiet des Cucullaris und der Kopfnicker; auf der Höhe des Anfalls intensive Rötbe des Gesichts, starke Injection der Conjunctiven, Auswärtsrollung der Augäpfel und anhaltende clonische Krämpfe der Gesichtsmuskulatur. Es stellte sich schliesslich heraus, dass alle Zähne von der Erkrankung in den verschiedensten Stadien bis zur völligen Verkalkung der Pulpa ergriffen waren. Nachdem allmählig alle Zähne extrahirt waren, dauerten die Anfälle, wenn auch in wesentlich geringerer Intensität, noch 3 Wochen fort, um schliesslich ganz zu verschwinden.

Hoppe.

103) **F. Scheinmann** (Berlin): Habituelle Kopfschmerz als Hauptsymptom verschiedener Nasenleid^{en}.

(Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 49—51.)

S. theilt eine grosse Reihe von Fällen aus seiner Praxis mit, in welchen jahrelang die heftigsten Kopfschmerzen (meist einseitig und anfallsweise) bestanden und jeder Therapie trotzten und schliesslich bei genauer Nasenuntersuchung sich auf ein Nasenleiden zurückführen liessen, von dessen Bestehen der Patient bisher oft keine Ahnung hatte und nach dessen Beseitigung die Kopfschmerzen sofort verschwanden. Besonders führt S. Fälle von latentem und deutlichem Empyem des Antr. Highmori und von Empyem der Stirnhöhnen an, wo der Abfluss des Eiters durch die Operation sofortiges Aufhören der Kopfschmerzen zur Folge hatte. Auch

bei Caries der lateralen Nasenwand werden Kopfschmerzen (in Stirn- und Schläfengegend) selten vermisst, während von Seiten der Nase oft keine prägnanten Symptome vorhanden sind. Dazu kommen noch die Ozaena, die Nasenpolypen und die verschiedenen Erkrankungen der Nasenschleimhaut (Hyperästhesie et.), welche auf reflectorischem Wege habituellen Kopfschmerz eventuell neben neurasthenischen und hysterischen Erscheinungen verursachen.

S. resumirt sich in folgenden Sätzen:

1. Habituelle Kopfschmerz findet in manchen Fällen seine Erklärung in Affectionen der Nase.
2. Er ist selbst bei schweren gefährdenden nasalen Erkrankungen oft lange Zeit das einzige hervorstechende Symptom derselben.
3. Diese Erkenntniss legt uns die Pflicht auf, bei habituellem Kopfschmerz unbekanntem Ursprungs nach localen Ursachen in der Nase zu suchen.
4. Das Vorhandensein eines neurasthenischen Zustandes schliesst locale Ausgangspunkte des habituellen Kopfschmerzes nicht aus.
5. Der Nachweis nasalen Ursprungs der Kopfschmerzen gestaltet die Prognose meist günstig, die nasale Therapie giebt gute und andauernde Resultate.

Hoppe.

104) G. G. Stage: Jagttagselsen over Laryngospasmus.
(Bibliotek for Laeger, 1893, 4. Bd., S. 251.)

Im Laufe von ca. 20 Jahren hat der Verf. 144 Fälle von Laryngospasmus beobachtet, davon 79 bei Knaben, 65 bei Mädchen. 55 der Kinder waren im Alter von 1 bis 6 Monaten, 55 zwischen 6 und 12 Monaten und 34 über 1 Jahr alt. In vielen Fällen findet man eine angeborene Anlage, indem die Mutter mehr oder weniger nervös war und in vielen Fällen mehrere Geschwister von der Krankheit ergriffen waren. Universelle Convulsionen traten in 31 Fällen von 88, welche längere Zeit genauer beobachtet wurden, auf. Der Harn enthielt niemals Eiweiss. Rachitis war beinahe in allen Fällen vorhanden. Der Verf. meint aber, dass der Laryngospasmus nicht von dieser Krankheit abhängig ist, sondern dass beide von derselben Ursache, nämlich einer unregelmässigen und unzweckmässigen Ernährung und den dadurch bedingten Verdauungsstörungen herzuleiten sind. Er fasst den Laryngospasmus als einen reinen Reflexkrampf auf, welcher von dem Digestionskanal ausgelöst wird mittelst Fortpflanzung vom Vagus zum Laryngeus sup. Einen Zusammenhang mit dem Zahnen hat er nicht wahrgenommen. In 6 Fällen trat der Tod als directe Folge des Laryngospasmus ein. Oefters war die Krankheit mit einem gewissen Grad von Hydrocephalus — wahrscheinlich von der Rachitis abhängig — combinirt. Die Behandlung muss in erster Linie gegen die Verdauungsstörung gerichtet werden, wodurch die Krankheit in den meisten Fällen in kürzester Zeit beseitigt wird. Von symptomatischen Mitteln empfiehlt der Verfasser Chloral. Koch (Kopenhagen).

105) **William Aldren Turner**: A case of Cornet Player's cramp.

(The Lancet, 29. April 1893, pg. 995.)

Ein 29jähriger Mann, der seit seinem 9. Jahre Cornet bläst, kann seit 2 Jahren gewisse Noten nicht mehr blasen, weil er die dazu nöthigen Zungenbewegungen nicht machen kann. Die Bewegungen werden geschildert als die, welche man macht, wenn man ein auf der Zungenspitze befindliches Härchen durch kurze, rasch stossende Bewegungen mit der Zunge abstossen will, indem man die Zungenspitze zwischen die Lippen steckt und bläst: tu, tu tu, tu tu tu. Pat. ist übrigens im Stande, diese Bewegung zu machen und die Noten auf dem Cornet zu blasen, wenn er zu Hause ist, aber er ist nicht dazu im Stande, wenn der Dirigent mit dem Tactstock dazu das Zeichen giebt. Auch bemerkt er, dass nach einiger Zeit Blasen der Zustand sich bessert. Alle anderer Zungenbewegungen sind gut möglich. Niemals schmerzt die Zunge. Sie zeigt einige fibrilläre Zuckungen, reagirt auf electriche Reizung normal. An den Lippen, Gaumen etc. ist nichts Abnormes; Patellarreflexe gleich und normal; allgemeiner Gesundheitszustand gut. Er ist kein Räucher und ein mässiger Mann. Keine Nervenkrankheiten in seiner Familie. Er meint, die Affection sei nach Influenza entstanden, die ihn geschwächt habe.

Wichmann.

106) **Féré**: Aus den Comptes rendus des séances de la Société de Biologie (Février, Mars, Avril 1893). Separatabdruck.

1. A propos de la soi-disant formule urinaire de l'hystérie. Verf. bestreitet, dass man selbige nur bei Hysterischen während der Attacken antreffe und bei allen Hysterischen; sie bedeutet kein Gesetz, wie dies neuerdings auch Paels bewies.

2. Du Chloralose chez les épileptiques, les hystériques et les choréiques. Verf. gab das Mittel in Dosen bis zu 1, 1,50 und selbst 2,25 ohne irgend einen Nachtheil. Dasselbe hat Vortheile vor dem Chloral voraus. Prolongirter Schlaf zeigt sich segensreich bei den sogenannten functionellen Nervenkrankheiten, besonders der Hysterie, Neurasthenie und Chorea.

3. La folie communiquée de l'homme aux animaux. Zu nächst folgt ein kurzes aperçu über Psychosen bei Thieren, wobei die Nachahmung eine Rolle spielt. Aehnlich nun wie die folie communiquée oder häufiger noch nervöse Anomalieen bei zusammenlebenden Personen, besonders bei erblicher Belastung entstehen und die Trennung den nachahmenden Theil schnell heilen kann, so geschieht dies auch beim Zusammenleben von Thier und Mensch, besonders beim Hunde und hier wieder meist bei künstlich degenerirten Rassen. Es folgen einige interessante Fälle von bei Hunden durch Nachahmung, im Umgange mit agoraphoben Frauen erworbener Agoraphobie; in dem ersten ward durch zeitweise Entfernung der Hund geheilt, verfiel aber, der Herrin zurückgegeben, wieder dem alten Leiden.

4. Note sur l'influence des agents physiques et des choes moraux sur les intoxications.

Seitdem Verf. das Bromkali in grossen Dosen giebt, hat er einen Einfluss der Temperatur auf das Entstehen von Bromismus bemerkt; beson

ders gilt dies vom Winter und wiederum für empfindlichere Personen. Durch intestinale Antisepsis kann hier viel entgegengearbeitet werden. Weiter wird ein interessanter Fall mitgeteilt, in dem ein Epileptiker täglich in den letzten Jahren 6,0 Kal. brom. nahm und fast ganz tolerant dagegen sich zeigte, als bei völliger Gesundheit durch die Nachricht, dass ein Onkel gestorben und ihm nicht hinterlassen habe, ganz plötzlich eine schwere Prostration mit Ptyalismus, Stupor etc. sich einstellte, welche aber nach 36 Stunden nach einem Drasticum wich und somit sicher von Brom-intoxication herrührte.

5. Note sur les paralysies systématiques.

Vereinzelte motorische oder sensible Paralysen durch Suggestion, aber auch nach verschiedenen organischen Läsionen bezeichnete Verf. früher als systematische oder systematisirte Paralysen, doch fanden sich bei genauem Zusehen auch paralytische Erscheinungen auf anderen Gebieten. So finden sich bei sensorischer Aphasie Störungen der Zungenbewegungen, bei der Agraphie solche des Daumens, besonders der Oppositionsbewegungen; die Astasie besteht nie ohne Abasie. Eine nähere Prüfung, besonders mit dem Dynamometer dürfte — wie dies Verf. an 2 Fällen von Abasie und Astasie im Verlaufe von Epilepsie zeigt, erweisen, dass man mit der Diagnose einer „systematisirten“ Paralyse sehr vorsichtig sein soll. —

Näcke (Hubertusburg).

107) **Féré**: Aus den Comptes rendus des séances de la Société de Biologie (3., 10. Juni, 15., 22., 29. Juli 1893). Separatabdruck.

1. Quelques remarques à propos de la méthode de Brown-Séquard.

Verf. hat an 2 Hysterischen und 10 Epileptikern das Mittel per injectionem ohne allen Erfolg angewandt; es hat weder die Zahl der epil. Anfälle günstig beeinflusst, noch als Tonicum gewirkt. Injections selbst sind bis auf Schmerzhaftigkeit harmlos.

2. Note sur l'épilepsie et le bromisme chez les oiseaux.

Die Epilepsie scheint bei vielen Thieren vorzukommen; beobachtet ist sie am Pferd, Rind, Schaf, Schwein, Ratte, der grossen Feldmaus, Katze, Hund, wahrscheinlich auch bei vielen Vögeln. Bei Letzteren sind besonders häufig plötzliches Hinabfallen mit oder ohne Krämpfe; aber nur 2 Fälle sind bisher gut beobachtet; Verf. berichtet über einen 3., einen Zeisig betreffend. Hier war besonders eine Art Aura und ausser echten Anfällen eine Art von Vertigo merkwürdig. Heilung erfolgte durch Bromkali im Trinkwasser. Gesunde Tauben vertragen gut 10/0 Lösung lauge Zeit, nach 20/0 aber entsteht Bromismus (Sonnenlenz, Abmagerung, Appetitlosigkeit etc.).

3. Note sur la toxicité des urines des épileptiques. Verf. zeigt an einem Beispiele, wie vorsichtig man in seinen Schlüssen sein müsse, wie viel vom Experimentiren selbst abhängt. Während der ganzen Anfallsdauer kann Hypotoxizität des Urins bestehen.

4. Note sur l'influence de la lumière blanche et de la lumière colorée sur l'incubation des oeufs de poule. Diese, wie die folgenden Experimente, sind höchst interessant, exakt und ingenüös erdacht. Licht und Unbeweglichkeit der Hühnerier lassen wohl eine volle

Entwicklung des Embryo zu, aber die Unbeweglichkeit kann deshalb doch erheblich hemmen. Das weisse Licht ist günstiger als Orange, Roth oder Violett. Die Anomalien und der Tod bei vorgeschrittenen Embryonen sind der Unbeweglichkeit der Eier zuzuschreiben.

5. Note sur l'influence de l'éthérisation préalable sur l'incubation des oeufs de poule.

Hühnereier, Aetherdämpfen ausgesetzt, zeigten spätere Entwicklung und häufige, aber nicht spezifische Anomalien. „Die Entartungszeichen, die nichts mit dem Atavismus zu thun haben, sind dieselben bei den degenerirten Hereditariern, wie bei den Söhnen von Alkoholikern, oder Bleikranken oder von Kindern, die von Müttern stammen, deren Schwangerschaft durch physische oder moralische Chocs gestört sind etc.“

6. Note sur l'influence de l'exposition préalable aux vapeurs d'alcool sur l'incubation de l'oeuf de poule.

Hühnereier, den Alkoholdämpfen ausgesetzt, bleiben in der Entwicklung sehr zurück und zeigen häufig Monstrositäten; durch den Alkoholismus ist beim Menschen Sterilität und früher Abortus, sowie Monstrositäten häufiger. Die Experimente zeigen aber auch, dass der Alkohol auf den Embryo ungünstig wirken kann, selbst wenn die Erzeuger nicht an chron. Alkoholismus litten. Im Falle des chron. Alkoholicums besteht eine allgemeine Degradation des Organismus, die aber nichts spezifisches hat und die einmal erworben, allein schon die Embryogenese stören kann, ebenso wie die anderweit entstandenen Degradationen.

7. Note sur l'influence des injections de liquides dans l'albumen sur l'incubation de l'oeuf de poule.

Verschiedene gelöste Substanzen (Morphium plumb. nitr., Codein) in's Innere des Eis injicirt, hemmen mehr die Entwicklung und erzeugen öfter Monstren als die blosse Injektion von destillirtem und sterilisirtem Wasser.
Näcke (Hubertusburg).

108) P. Kronthal: Morbus Basedowii bei einem zwölfjährigen Mädchen und dessen Mutter.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1893 Nr. 27.)

Das 12jährige Mädchen, welches als 1jähriges Kind einmal Krämpfe hatte, leidet seit dem Winter 1891|92 an Herzklopfen, zeitweise an Schwindel, Ohrensausen, Magendrücken, Angst, fliegender Hitze; dabei leichter Stimmungswechsel und leichte Ermüdbarkeit bei der Arbeit; klagen über Schmerzen im Halse und Kribbeln in Händen und Füßen. Bei der Untersuchung der anämischen Patientin zeigten sich Vergrösserung der Thyreoidea, Herzpalpitation (zwischen 96 und 120), Exophthalmus, mangelnder Lidschlag, es fehlte aber das Gräfe'sche Symptom.

Im weiteren Verlauf stellten sich psychische Störungen in Form von Zwangsvorstellungen resp. Zwangsvermuthungen ein (dass ihre Mutter nicht ihre Mutter sei), so dass sie, obgleich sie das Unbegründete ihrer Zweifel einsah, oft anfang plötzlich zu weinen; manchmal kam es auch über sie, dass sie lachen oder weinen musste.

Abgesehen von dem seltenen Symptom der Zwangsvorstellungen und abgesehen von dem seltenen Vorkommen des Morbus Basedowii bei Kindern

(es sind bisher im ganzen 25 Fälle beschrieben worden) ist dieser Fall noch dadurch interessant, dass die 45 jährige Mutter des Mädchens seit 2 Jahren an Morbus Baselowii leidet, wenn auch bei ihr eins von den Cardinalsymptomen, die Struma, nicht vorhanden ist. Hoppe.

109) **G. Vassale e P. di Brazza** (Reggio): Sulla spleno-tiroidectomia nel cane e nel gatto.

(Riv. sperim. di freniatria 1898, Bd. 19, H. 2 u. 3.)

Zanda hatte vor Kurzem auf Grund einiger Experimente behauptet, dass, wenn man bei Hunden erst einige Zeit nach vollzogener Milz-Exstirpation die Schilddrüse entferne, das bekannte Krankheitsbild der Cachexia thyreopriva ausbleibe. Die Verff., welche dies genau nachprüften, fanden, dass bei Hunden wie bei Katzen nach vollständiger Entfernung der Schilddrüse stets die tödtliche Cachexie eintritt, gleichviel, ob die Milz vorher entfernt war oder nicht. Strausheid.

110) **Francis P. Kinnicut** (New-York): „Myxödema — the functions of the thyreoid gland and the present method of treatment of Myxödema“.

(The Medic. Record; 7. Octobre 93.)

Mag man Horsley's Ansicht beistimmen, dass die Function der Schilddrüse eine doppelte sei, eine blutbildende und eine mucinausscheidende, oder mag man mit anderen Forschern glauben, dass die Drüse einen Stoff secernirt, der in den Blutkreislauf gelangend die giftigen Umsatzproducte in leicht ausscheidbare Körper verwandelt oder sie direct neutralisirt — das steht jedenfalls fest, dass die physiologische Thätigkeit der Drüse von der grössten Wichtigkeit für das Leben ist. Dafür spricht 1. die Entwicklungsgeschichte der Drüse: sie functionirt schon lebhaft während des Intrauterinlebens (nach Horsley vom 5. Monat ab) und in der ersten Kindheit, wo der Metabolismus besonders energisch ist; bei dem intrauterinen Cretinismus aber, der sich zur Zeit der Geburt durch schon weit fortgeschrittene Cretin- und Myxödemcachexie documentirt, findet man regelmässig keine Spur von der Drüse. — Dafür spricht 2. die schliesslich tödtende Cachexie (Cachexia strumipriva), die bei einer Reihe von Thieren der Total-exstirpation der Drüse folgt, und die erwiesenermassen nicht, wie Munk seiner Zeit annahm, von den Operationsverletzungen der anliegenden Nerven herrührt. 3. Die Cachexie, wie sie bekanntlich in ähnlicher Weise beim Menschen nach Total-exstirpation der Drüse aufzutreten pflegt. 4. Das unter dem Namen „Myxödem“ bekannte Krankheitsbild, als dessen Ursache in allen Fällen bestimmte pathologische Veränderungen der Schilddrüse (Ersatz der Drüsen-Elemente durch Bindegewebe u. s. w.) gefunden wurden. 5. Die Besserung, welche nach vielfachen Untersuchungen und Versuchen in Fällen von Cretinismus, Cachexia strumipriva und Myxödem (alle drei Zustände sind ja in practischer Hinsicht identisch) durch Transplantation von Drüsentheilen oder durch Injection von Drüsenextract oder auch Fütterung mit Extract oder roher Thierdrüse erzielt wird. In dieser letzteren Hinsicht ist besonders wichtig die von Mackenzie und Fox gleichzeitig gemachte Entdeckung, dass die Einverleibung von Schilddrüsentheilen durch den Mund alle Vortheile der Injection eines Drüsenextracts besitzt, ohne davon Nachtheile zu haben;

dabei scheint es gleichgiltig zu sein, ob man rohe oder gekochte Drüsen-theile (vom Schafe, Kalbe, Rinde), trockene Extracte in Tablettenform u. dgl. giebt. — Verf. berichtet ausführlich die klinische Geschichte eines typischen Falles von Myxödem, in welchem er durch das Geniessenlassen von Schild drüsen-theilen schon nahezu Heilung erzielt hatte. Er rath in jedem ähnlichen Fall sich des nach Murray's Vorschrift bereiteten Drüsen-Glycerin-Extracts zu bedienen: — der Kranke soll davon täglich etwa 1 Gramm geniessen. Tritt kein Erfolg ein, so soll die Dosis verdoppelt werden; mit zunehmender Besserung sind kleinere und seltenere Gaben zu geben, bis man schliesslich nur noch einmal in 8 oder 14 Tagen $\frac{3}{4}$ bis 1 Gramm nehmen lässt. Während der ersten Woche der Behandlung müssen alle körperlichen Anstrengungen vermieden, üble Zufälle von Herzschwäche u. s. w. gehörig berücksichtigt werden. — Am Schlusse seiner Arbeit giebt Verf. auf 3 Tafeln eine lehrreiche Uebersicht über eine grosse Reihe hierher gehöriger Fälle, je nachdem sie entweder mit Ueberpflanzung von Drüsenstücken oder mit Injection von Drüsenextract oder mit Zufuhr eines solchen durch den Mund behandelt werden. (Dazu vergleiche man den von Leichtenstern in der „Deutschen Medic. Wochenschrift“ Nr. 50 u. 51 (1893) beschriebenen Fall von Myxödemoperation, in welchem die Kranke lange Zeit hindurch wöchentlich 5—10 Gramm frische rohe Schafschilddrüse (zerhackt auf Butterbrod) mit ausgezeichnetem Erfolge nahm.)

Voigt (Oeynhausen).

111) **James J. Putnam** (Boston): The treatment of Grave's disease by thyroidectomy.

(The journal of nervous and mental disease. Dec. 1893.)

Von deutschen Chirurgen sind in letzterer Zeit immer häufiger Fälle von Basedow'scher Krankheit mit mehr oder minder Erfolg einer operativen Behandlung unterzogen worden. Verf. hat im Ganzen 45 derartige Fälle zusammenstellen können. Er selbst hat bei einer 29jährigen Dame, nachdem alle anderen Kuren erfolglos gewesen waren, den rechten Strumatheil entfernen lassen. Nach der Operation bestand einige Tage hohes Fieber (Pneumonie?) und ein bedenklicher Schwächezustand; nachher aber erholte Patientin sich ganz langsam wieder und nach Monaten war ihr gesamtes Befinden beträchtlich besser wie vor der Operation; eine rechtsseitige Recurrenslähmung verschwand gleichfalls nach einigen Monaten.

Schon die von den meisten Autoren bei allen Struma-Operationen hervorgehobenen, ganz unberechenbaren Gefahren (z. B. plötzlicher Tod) werden wohl die ausgedehnte Anwendung der operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit verhindern. Man findet bei den Operationen alle Arten von Strumen (cystica, parenchymatosa, fibrosa — also nicht nur vasculosa, wie die Lehrbücher vielfach angeben); die Art der Struma lässt weder auf den Grad des Erfolges, noch auf den Grad der Gefahr bei der Operation schliessen.

Strausschoid.

112) **G. Angiolella**: Contributo allo studio del morbo di Basedow. Nota clinica-istologica.

(Il Manicomio moderno 1893, Nr. 12.)

Bei einer 48jährigen Frau beobachtete Verf. eine typische Basedow'sche Krankheit und eine im Laufe der letzteren entstandene Paraplegie. Die Sehnenreflexe an den gelähmten unteren Extremitäten waren stark erhöht, die Sensibilität normal. Die Kranke starb an Phthise. Bei der Section fand sich der Bulbus ganz normal; das Rückenmark zeigte eine dorsale Myelitis, sowie auch in den übrigen Theilen leichte Entzündungserscheinungen. Der Kropf zeigte starke parenchymatöse Degeneration, keine Spur von Gefässwucherung. Verf. bespricht die verschiedenen Theorien des M. B. und schliesst sich derjenigen an, welche die Krankheit auf eine Intoxication in Folge von Thyreoidalkrankheit zurückführen, wobei übrigens der prädisponirende Einfluss einer neuropathischen Constitution natürlich nicht ausser Acht gelassen zu werden braucht. Als Ursache des Tremors bei M. B. sieht Verf. die leichte durch das ganze Cervical- und Dorsalmark verbreitete Entzündung an, die er ebenso wie in diesem Falle die Myelitis lumbalis auf die Intoxication, die den M. B. bedingen soll, zurückführt.

Straussheid.

113) **William Wallis Ord**: Some cases of sporadic cretinism treated by the administration of thyroid extract.

(The Lancet, 4. Nov. 93, pg. 1113.)

Beschreibung von 4 Fällen — darunter 3 Knaben — von sporadischem Cretinismus, die erfolgreich mit Schilddrüsenextract behandelt wurden. Die beigegebenen Abbildungen zweier Kinder zeigen deutlich die wesentliche Besserung. Der Schilddrüsenextract wurde in denselben Dosen gegeben wie bei Erwachsenen, aber es zeigten sich keine üblen Zustände, wie man sie bisweilen bei Myxödem beobachtet. Leichte Temperatursteigerung wurde gesehen. Die Besserung trat nicht so schnell ein, wie beim Myxödem. In der ersten Behandlungswoche merkte man gar nichts von Anzeichen einer Besserung. In drei der Fälle nahm zuerst das Körpergewicht deutlich ab, um später wieder zuzunehmen. Ueber Ausscheidung von Mucin im Urin konnte nichts ermittelt werden. In 2 Fällen war die Harnstoffausscheidung während der Behandlung deutlich vermehrt. Der Grad der Besserung war um so grösser, je jünger das Kind war, als es in die Behandlung kam. In 2 Fällen entstand profuser, übelriechender Schwoiss am Kopfe.

Wichmann.

114) **John B. Hellier**: A case of sporadic cretinism treated by feeding with thyroid extract.

(The Lancet, 4. Nov. 93, pg. 1117.)

Ein typischer Fall von spontanem Cretinismus, betreffend ein Mädchen von 2 Jahren 4 Monaten, wird mit Schilddrüsenextract behandelt und in 4 Monaten ganz bedeutend gebessert, was die beigegebenen Abbildungen vor und nach der Behandlung deutlich zeigen.

Wichmann.

115) **A. Gordon Paterson:** A case of sporadic cretinism in an infant; treatment by thyroid extract.

(The Lancet, 4. Nov. 93, pg. 1116.)

Ein männliches Kind stammt von nicht blutsverwandten Eltern und hat bis zum 7. Monat die Brust erhalten. Im 11. Monat bot es folgendes Bild: Kein Zeichen von Zahnung, Kopf gross, vordere Fontanelle offen, Stirnbein getheilt, Occipito-parietal-Vereinigung und alle Nähte weit offen. Bräunlichbrothes, spärliches, dünnes, kurzes Haar. Kopfhaut mit kleienartigem Schorf bedeckt. Gesichtsfarbe schmutzig-gelblich. Augenlider geröthet. Ab und zu Blepharitis ciliaris. Kurze breite Nase. Dicke, blasse Backen. Mund offen; Zunge breit, vorgestreckt. Schilddrüse nicht zu fühlen. Bauch fassförmig, gespannt, mit deutlichen Venen. Kleiner Nabelbruch. Extremitäten rauh, geschwollen, kurz und dick, kalt, geröthet. An Händen und Füssen festes, teigiges Oedem. Tibiae leicht gebogen. Kyphose. Haut immer trocken und rauh. Schweissecretion fehlt fast ganz. Rechter Testikel nicht im Scrotum. Stimme rauh und belegt beim Schreien, Sprechen nicht möglich. Fehlen jeder Intelligenz. Dieses Kind wurde mit Schilddrüsenextract sehr erfolgreich behandelt. Die Zeichen gingen grösstentheils zurück. Nach 8monatlicher Behandlung hatte das Kind 16 Zähne, konnte stehen und versuchte zu gehen und einzelne Worte zu sprechen.

Wichmann.

116) **George F. Johnston:** Clinical remarks on exophthalmic goitre; with special reference to its possible etiology.

(The Lancet, 4. Nov. 93, pg. 1121.)

J. theilt 4 Fälle mit. Er unterscheidet 2 Arten des exophthalmic goitre. Einmal sei er Folge von Chlorosis und biete die Symptome: Pulsbeschleunigung, Kropf und Exophthalmus, aber weiter keine nervösen Symptome. Diese Fälle liessen sich leicht heilen durch Beseitigung der Chlorose. Sodann schwere Fälle mit vielen nervösen Symptomen, z. B. Zittern und Abmagerung. Sie seien schwer zu heilen. J. vergleicht diese Fälle mit Myxödem und weist auf die Gegensätze beider Krankheiten hin. Von den Mitteln zur Behandlung hält er Belladonna, Digitalis innerlich, sowie Eis äusserlich auf die Struma und Electricität für wirksam.

Wichmann.

117) **E. Remak:** Ueber die antiparalytische Wirkung der Electrotherapie bei Drucklähmungen des Nervus radialis.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1893.)

Nach einigen einleitenden und kritisirenden Worten über die therapeutische Anwendung der Electricität, wie sie von manchen Autoren empfohlen wird, und nach einer scharfen Verurtheilung der Application starker Ströme, die nur quälen können, geht R. auf die Differentialdiagnose der verschiedenen Lähmungen des N. radialis, hierauf auf die bis jetzt empfohlenen electricischen Behandlungsarten der Drucklähmungen des N. radialis über. So empfiehlt Duchenne die localisirte Faradisation der Muskeln, während er vor der der Nerven warnt. Remak sah Nutzen von kräftigen constanten, labilen Strömen im Verlaufe der Nerven, Erb empfiehlt beide Stromesarten, doch

scheinen letztere eine grössere momentane Wirkung zu haben. Andere behandelten die Schlafstörungen des Radialis mit dem constanten Strom.

E. Remak hat nun gefunden, dass der inducirte Strom in keiner Anwendungsweise oberhalb der Lähmung Nutzen hat, dagegen sah er einen unmittelbaren Erfolg von der stabilen Einwirkung der Kathode eines schwachen, constanten Stromes mit einer ca. 5 cm im Durchmesser messenden Electrodenfläche auf die nach oben und aussen von der gewöhnlichen Reizungsstelle des N. radialis am Oberarm gelegenen Druckstelle. Die Anode wurde auf das Sternum gesetzt. Stromstärke 6—8 Milliampère. Einschleichen. Ist nach einigen Sitzungen die Leitungsfähigkeit der Nerven wiederhergestellt, so kann die labile Galvanisation die Heilung schneller fördern.

Auf Grund seiner Erfahrungen und Untersuchungen nimmt R. im Gegensatze zu Möbius, der nur einen psychischen Einfluss der Electricität gelten lässt, einen physischen Einfluss auf den gelähmten Nerven an. Er theilt ausführlich 63 von ihm beobachtete und behandelte Fälle mit und kommt auf Grund derselben zu dem Schlusse, dass der galvanische Strom bei leichten peripherischen Paralysen eine antiparalytische physische Wirkung, unabhängig von der Suggestion, habe und dass durch die oben angegebene Behandlungsmethode eine wirkliche Abkürzung des natürlichen Verlaufes erzielt wird.

Dauber.

118) **Richard Neale und James Bays**: Some cases of neuralgia and migraine treated by the use of the percuteur.

(The Lancet, 4. Nov. 93, pg. 1125.)

Ein Fall von Trigemiusneuralgie, seit mehr als 20 Jahren bestehend, geheilt nach 12 Sitzungen; ein Fall von Trig.-Neuralgie, seit 1876 bestehend, nach 8 Sitzungen bedeutend gebessert; eine 60jährige Frau mit 5 Jahre alter Trig.-Neuralgie und Resection des Nerven, nach 12 Sitzungen geheilt; ein 17jähriges Mädchen wird nach 8 Sitzungen von ihrer 3jährigen Migräne befreit. Ferner wird der Percuteur empfohlen bei Gehörsgeräuschen, neurasthenischem Spinalschmerz, Ischias und frühzeitigem Haarausfall.

Wichmann.

119) **G. Mingazzini** (Roma): Sui rapporti fra l'emicrania oftalmica e gli stati psicopatici transitori.

(Riv. sperim. di freniatria 1893, Bd. 19, H. 2 u. 3)

Innerhalb kurzer Zeit beobachtete M. 4 Fälle von Hemicrania ophthalmica, an welche sich vorübergehende Geistesstörungen angeknüpft hatten. In einem Falle beging der Patient nach dem Anfälle von Migräne einen Mord, in einem anderen folgte ein Zustand ängstlicher hallucinatorischer Verwirrtheit, in dem dritten stereotyp wiederkehrende Gesichtshallucinationen, in dem vierten ein zwangsmässiger Selbstmordtrieb. In allen Fällen bestand nach der stets rasch abgelaufenen Psychose vollständige Amnesie. In allen Fällen bestand Gesichtsfeldeinschränkung, in dreien beständige sensible und sensorielle Parästhesien. Bei einem der Kranken traten öfters klassische epileptische Anfälle auf. Verf. ist nicht geneigt, das ganze Krankheitsbild als ein epileptisches Aequivalent aufzufassen und hebt besonders hervor, dass die Amnesie nicht als stringenter Beweis hierfür angeführt werden

könne, da diese auch bei anderen transitorischen Psychosen, wie sie auf dem Boden der psychischen Entartung entstehen, vorkommt. In allen Fällen lag nämlich eine sehr schwere psychopathische Belastung vor, die sich auch durch körperliche Abnormitäten, ausserordentlich frühzeitige Onanie, Charaktereigenthümlichkeiten etc. kennzeichnete. Jedesmal war der Anfall von Migräne, dem die Psychose folgte, ein sehr viel intensiverer und länger dauernder gewesen als die gewöhnlichen Anfälle; vielleicht ist dies so zu erklären, dass die der Migräne zu Grunde liegende, cerebrale, vasomotorische Störung zuweilen einen intensiveren, arteriellen Spasmus, der zugleich ein ausgedehnteres Hirnrindengebiet in Mitleidenschaft zieht, hervorruft und dadurch die Psychose mit bedingt. Strauscheid.

120) Prof. **Fuchs** (Bonn): Ueber einen Fall von subjectiven Gehörs- und Gesichtsempfindungen. Selbstbeobachtung.

(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 22.)

F. leidet an einer eigenthümlichen, anfallsweise auftretenden, momentanen Gehörsempfindung in der linken Kopfseite, vergleichbar der bei willkürlicher Contraction der Kaumuskeln durch unwillkürliche Mitbewegung des Tensor tympani entstehenden Schallempfindung (A. Fick). Dieselbe tritt gewöhnlich spontan im Uebergangsstadium zwischen Wachen und Schlafen ein, ausnahmslos im linken Ohr und der linken Kopfseite localisirt, häufig gesellt sich eine Gesichtsempfindung, ein Lichtblitz oder eine plötzliche Verdunkelung des Sehfeldes dazu. Sie lässt sich in diesem halbawachen Zustande auch künstlich, obwohl in geringer Intensität, durch Abwärtsbewegung, manchmal auch durch Aufwärtsbewegung des Unterkiefers hervorrufen, wobei zugleich eine Verdunkelung des Sehfeldes stattfindet. Sie tritt aber auch manchmal im wachen Zustande auf, wenn F. in der Ruhe unversehens durch ein starkes Geräuch (z. B. Zuschlagen einer Thür) gestört wird.

F. führt diese subjectiven Gehörsempfindungen auf eine übergrosse Erregbarkeit des Centrums für den linken Tensor tympani zurück. Diese führt zur Contraction entweder spontan durch innere unbekannte Einflüsse oder durch Mitbewegung, d. h. durch willkürliche Innervation des Centrums für die Kaumuskeln und Ausbreitung der Erregung auf das Centrum für den Tensor tympani oder endlich reflectorisch durch Ueberleitung der Erregung der Hörnerven auf die motorische Bahn für den Tensor tympani.

Hoppe.

121) **Morselli**: Pazzia e ragione.

(Estratto dal Pensiero Italiano 1893.)

Die Schwierigkeit, die Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit festzustellen, wird hier sehr gut hervorgehoben. Es giebt unzählige psychische Varietäten, die noch als normal gelten können, bedingt 1. durch angeborene Differenzen des Gehirnbaus, 2. Unterschiede in der Entwicklung, 3. solche des Milieus — physisch-kosmische und sociale Agentien, die sehr wichtig sind. Vielfach sind die Ursachen combinirt. Es giebt keinen eigentlichen „tipo umano“. An die negativen und positiven Grenzen der normalen Gebiete (zwischen Irrsinn und Vernunft), sie aber schon über-

schreitend, kann man bezüglich der Intelligenz den Schwachsinnigen und das „intellectuelle Genie“, bezüglich des Fühlens den „delinquente nato“ (trotzdem der „uomo delinquente und uomo di genio“ nur 2 ideale und abstracte Typen darstellen) und das „Gefühlsgenie“, bezüglich des Willens endlich den Apathischen und das „Willensgenie“ setzen. Genie ist also eine „superiore“, der Verbrecher eine „inferiore“ Person. Weiter beeinflussen aber auch physische und moralische Ursachen die Persönlichkeit, namentlich die Emotionen, Leidenschaften und der politische und religiöse Standpunkt. Endlich stehen am Uebergange zum Irrsinn die „Disequilibrirten“ (meist hereditär bedingt), die sich dem Milieu nicht adaptirten und leicht psychisch erkranken. Aus ihrer grossen Zahl werden mehrere Arten herausgegriffen und kurz erläutert, endlich auf alle unzulänglichen Eintheilungen der Temperamente hingewiesen. — Der ganze Aufsatz ist sehr lesenswerth. N ä c k e (Hubertusburg).

122) **Morselli: Genio e nevrosi.**

(Estratto dalla „Cronaca d'Arte“, Vol. II a, 1892.)

In sehr eingehender, geschickter Weise sucht Verf. der Lehre Lombroso's zu begegnen, in dem Genie eine „neurosi degenerativa epilettoid“, d. h. Epilepsieform und Degenerescenz zu sehen, was er nur für wenig Fälle mit Reserve bez. der Epilepsie zugiebt. Vor allem verlangt er keine Anekdoten, sondern Darstellung der ganzen Person, um über Genie und Epilepsie etc. urtheilen zu können. Namentlich sind die Beispiele aus dem Alterthum hierzu ungeeignet. Rein subjectiv ist schon das Wort „Genie“, da nirgends sichere Abgrenzungen gegen Talent etc. bestehen. Begreift man aber darunter ein Hervortreten gewisser menschlicher Eigenschaften, die irgendwie Neues, Bahnbrechendes erzeugten, dann muss man auch den Wilden, der zuerst eine Waffe aus Silex sich schaffte, dann auch unter Umständen den Geschäftsmann, ja sogar den Betrüger dazu rechnen und Genien in den verschiedenen Zeiten und von verschiedenen Nuancen annehmen. Es liegt ferner nichts dagegen vor, auch von Genien im Thierreiche, sogar im Pflanzenreiche (? Ref.) zu sprechen, auch gewisse Gefühlsgenien, wie z. B. den heiligen Vicenz de Paola aufzustellen. Psychologie und Sociologie verbieten uns, im Genialen einen Degenerirten zu sehen, man kann sogar sagen, dass die Degenerescenz nie eine Ursache des Genies sein kann, wohl aber bei der Nachkommenschaft Degeneration erzeugen. Sehr viele Geniale sind körperlich und geistig gesund. Bei anderen treten als Begleitung Psychosen und Neurosen auf oder sind endlich die Folge von Ueberarbeitung etc., nicht aber die Ursache. So dürfte es sich wohl mit der Epilepsie auch verhalten, da nie und nimmer ein echter Epileptiker etwas Geniales schafft. Noch vorsichtiger muss man gegenüber der „psychischen Epilepsie“ sein. Grosse Thaten sind gewiss nur selten Früchte des Augenblicks, der Inspiration und meist gilt das Wort Buffon's: „Le génie, c'est la patience“.

N ä c k e (Hubertusburg).

123) **Morselli**: Le forme dell'idiotismo.

(Piccola biblioteca della rivista „L'Anomalo“, anno V. Settembre 1893, Napoli.)

Verf. schildert kurz die bisherigen Eintheilungen der Idiotie, erörtert die vielfachen Schwierigkeiten solcher und empfiehlt als die relativ beste die von Bourneville, welche folgendermassen lautet: 1. Idiotismus hydrocephalicus, 2. Id. microceph., 3. Id. nach Entwicklungshemmung der Hirnwindungen, 4. Id. nach Bildungsfehlern des Gehirns und zwar a) angeboren (Porencephalie, Fehlen des Corp. callosum etc.), b) pathologisch bedingt (Pseudo-Cysten, Pseudo-Porencephalie etc.), 5. Id. nach Sclerosis hypertrophica oder tuberosa des Gehirns; 6. Id. nach Sclerosis atrophica und zwar a) einer oder beider Hemisphären, b) eines Lappens, c) einzelner Hirnwindungen, d) der Sclerosis „rugosa“ des Hirns; 7. Id. meningiticus, nach Meningitis oder Meningo-Encephalitis; 8. Id. myxödematicus, verbunden mit Fehlen (?) der Schilddrüse; 9. Id. nach Geschwülsten und endlich 10. Id. traumaticus.

Näcke (Hübertsburg).

124) **Bleuler**: Ueber moralische Idiotie.

(Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medicin u. öffentl. Sanitätswesen 1893. Sonderabdruck.)

Verf. giebt die Geschichte eines jungen und sorgfältig erzogenen Thunichtgutes aus bester Familie. Die Heredität ist eine geringe, Degenerationszeichen sind nicht an Zahl besonders auffallend, es existirt keine Intelligenzschwäche, keine psychische Anästhesie, wohl aber eine sittliche. Dies ist ein Beweis dafür, dass es eine selbstständige moralische Idiotie giebt. In der gedankenreichen Epicrise betont Verf. zunächst mit Recht, dass ein umschriebenes Krankheitsbild der degenerativen Psychosen sich kaum zeichnen lasse und der Ausdruck „degenerativ“ ein schlecht definirter Begriff sei. Es giebt keinen principiellen Unterschied zwischen Verbrechertum und Geisteskrankheit (? Ref.). Lombroso's „Verbrechertypus“ unterscheidet sich nur durch geringeren moralischen Defect vom angeborenen Kranken. Der geborene Verbrecher ist unschuldig, der durch äussere Umstände zum wirklichen Verbrecher gewordene Unglückliche ist aber ebenso wenig an seiner Uebelthat schuldig (?), wie der moralische Idiot. Diesem gegenüber hat aber die Gesellschaft eine wirkliche Schuld. „Ein moralisch unternormaler Mensch“ vermeidet aus Abneigung die schlechte Gesellschaft (? Ref.). „In Wirklichkeit sind nun weitaus die meisten Verbrecher durch angeborene Anlage und die Umgebung, in der sie sich bewegten, zu dem geworden, was sie sind. Wer will nun herausbringen, welchem der beiden Momente der entscheidende Einfluss zukommt und damit den Menschen zu den Verbrechern oder den Geisteskranken einreihen? Sicher ist weitaus der grösste Theil der unverbesserlichen, habituellen Verbrecher von originär defecter Anlage. Das Gros der Verbrecher gehörte also gar nicht in's Zuchthaus, sondern in die Pflegeanstalt“. Die Freiheit des Willens muss negirt werden, ebenso die „absolute“ Zurechnungsfähigkeit. Bei moralischer Idiotie sind die Ideen des Guten nicht von Lustgefühlen begleitet, es fehlt ihnen die Neigung, centrifugal zu werden, d. h. Handlungen zu erzeugen, das Individuum muss unter allen Umständen schlecht handeln und Strafe nützt nichts. Solche Personen sind als Patienten anzusehen und die Gesellschaft ist gleichzeitig vor ihnen geschützt. Verbrecher mit moralischer

Idiotie sind als geisteskrank zu begutachten und zu behandeln, solche mit ganz geringem Defect als zurechnungsfähig. Schwierig und subjectiv sind nur die Zwischenstufen. Hauptbedingung einer Besserung der Strafrechtspflege wäre es, wenn die Begriffe der Willensfreiheit, der Rache und Sühne und des Verbrechens wegfielen. — Ref. glaubt zunächst, dass solche schwer erklärbare Fälle von moral insanity, wie Bl. einen schilderte, unendlich selten sind und deshalb noch nicht das Aufstellen derselben als morbus per se rechtfertigten; weiter, dass dergleichen oder nahestehende Fälle unter Verbrechen abnorm rare sind, die meisten „geborenen Verbrecher“ ethisch Depravirte sind, allerdings mit grösserem oder geringerem Gehirndefecte, doch nicht derart, dass man sie im gewöhnlichen Sinne für „unzurechnungsfähig“ ansehen müsste. Näcke (Habertusburg).

125) **Wagner:** Ueber den Cretinismus. Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins der Aerzte in Steiermark am 7. III. 93.

(Sep.-Abdr. aus den Mittheil. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark, Nr. 4.)

Der Vortrag gründet sich auf die Untersuchungen an einigen 100 Cretins. W. beschreibt als die wichtigsten Kennzeichen des Cretinismus folgende: Der Cretin ist klein zwerghaft. Der kleinste erwachsene Cretin, den W. kennt, misst 89 cm und ist 22 Jahre alt. Eine Cretine von 24 Jahren misst 92 cm. Man findet kaum einen Cretin, der das Militärmass (153 cm) hat. Cretins können noch wachsen in einem Alter, wo Gesunde längst ausgewachsen sind. Sie werden nicht kleiner geboren als andere Kinder. Das Breitenwachsthum geht nicht dem Längenwachsthum parallel; sie sind deshalb untersetzt bis plump. Die eigenthümliche charakteristische Cretinphysiognomie beruht auf Veränderung des knöchernen Skeletts (Verkürzung der Schädelbasis) und der Weichtheile (Myxödem). Bei vielen sind die Genitalien mangelhaft entwickelt; doch entwickeln sie sich bei vielen verspätet noch vollständig und stellt sich auch Geschlechtstrieb und Zeugungsfähigkeit ein. Man findet deshalb verhältnissmässig viele Cretins in den zwanziger Jahren mit unentwickelten Genitalien, jedoch nur selten einen Cretin in den 40er oder 50er Jahren mit dergleichen. W. fasst die Idiotie der Cretins als eine Hemmung der Gehirnentwicklung auf. Die Mehrzahl der Cretins hat einen Kropf, eine Minderzahl ist kropflos. Letztere aber sind gerade die Mustercretins und zeigen Myxödem im höchsten Grade. Ihnen fehlt die Schilddrüse ganz. W. kommt nach einer Betrachtung des Myxödems und der Cachexia strumipriva zu dem Schluss, man müsse auch beim Cretinismus den Ausfall der Schilddrüsenfunction als das Wesentliche ansehen. Der Hauptunterschied zwischen Cretinismus und Myxödem liege darin, dass bei ersterem der Ausfall der Schilddrüsenfunction schon in der frühesten Kindheit während der Entwicklungsperiode stattfindet, während bei Myxödem das erst beim Erwachsenen geschieht. Die Fälle von Cretinismus mit Kropf erklärt W. so, dass durch die Struma die Function der Schilddrüse beeinträchtigt ist. Kropf und Fehlen der Schilddrüse können also unter Umständen denselben Effect bewirken. W. bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen cretinischer und nicht cretinischer Idiotie und sagt: Rachitis komme nicht bei Cretinismus vor, wohl aber bei nicht endemischer Idiotie. Der Befund von Rachitis bei einem Idioten spricht

desshalb gegen dessen Auffassung als Cretin. Die sogen. Rachitis foetalis habe mit Rachitis nichts zu thun. W. identificirt die Rachitis foetalis mit Cretinismus und fasst sie als foetales Myxödem auf, wie er den Cretinismus als infantiles Myxödem betrachtet. Bei Cretinismus erstreckt sich die Wachsthumstörung auf alle knorpelig präformirten Knochen, deshalb auf die Schädelbasis, aber nicht auf das Schädeldach. Die Microcephalen stehen im directen Gegensatz zum Cretinismus. Die Cretins gehören ausnahmslos der apathischen Form der Idiotie an, so dass man in Fällen von versatiler Form den Cretinismus von vornherein ausschliessen kann. Es kommen auch Fälle von Cretinismus ohne Blödsinn vor. Den Cretins als Genus kommen Epilepsie, Hemiplegie, Contracturen, Athetose, Chorea, Strabismus etc. nicht zu. Grob anatomische Läsionen sind dem Cretingehirn fremd; nur die feinere chemische Noxe, welche der Cachexia strumipriva zu Grunde liegt, stört das Gehirn in seiner Entwicklungsfähigkeit. Ebenso sind Degenerationszeichen bei Cretins selten. Ihre Ohren sind ausnahmslos wohlgebaut. Wo Cretinismus vorkommt, kommen auch viele Taubstumme vor. Viele dieser Taubstummen sind Cretins. Den Zusammenhang zwischen Cretinismus und Taubstummheit deutet W. so: Fast alle Cretins seien schwerhörig. Desshalb lernt der schwachsinnige Cretin die Sprache nicht. Weil er nicht sprechen lernt, wird wieder der Blödsinn grösser. Die Cretins würden sprechen lernen nach der Methode des Sprachunterrichts in Idiotenanstalten. Man muss annehmen, dass der Cretinismus resp. das infantile Myxödem zu einer Störung der Gehörfunktionen führen, wie ja auch viele myxödematöse Abnahme des Gehörs zeigen. Vielleicht besteht die Schwerhörigkeit bei Cretins auf (myxödematöser) Wucherung der Rachentonsille und Nasenschleimhaut.

Wichmann.

III. Bibliographie.

X) **Hermann Piper** (Erziehungsinspector der städtischen Idiotenanstalt zu Dalldorf): Zur Aetiologie der Idiotie.

(Berlin 1893. Fischer's medic. Buchhandlung.)

Verf. hat mit ausserordentlichem Fleisse alle ihm zugänglichen anamnestischen Daten über 416 Fälle von Idiotie gesammelt, eine Aufgabe, die ihm insofern erleichtert wurde, als alle betreffenden Kinder aus einer Stadt (Berlin) stammten. Alle diese Anamnesen werden kurz angegeben und stellt diese Aufzählung den wesentlichen Inhalt des Buches dar. Ein jeder, der sich mit dem Studium der Aetiologie der Idiotie abgiebt, wird hier ausserordentlich schätzbares Material finden. Wir wollen es hier unterlassen, einzelne Zahlenangaben zu bringen, da jeder, der sich für die Sache interessirt, sich eigene Excerpte aus dem umfangreichen Stoffe machen wird. Dem Verf. dürfen wir für die werthvolle Arbeit nur dankbar sein.

Strausscheid.

XI) **K. Pontoppidan**: Psykiatriske Forelaesninger og Studier.

2. Raekke. Kjöbenhavn 1893.)

Der erste Abschnitt dieses Buches enthält 6 klinische Vorlesungen für Studenten. Im letzten Abschnitt behandelt der Verf. die Frage von den

atypischen Formen des acuten Alcoholismus. Er meint feststellen zu können, dass der acute Alcoholismus, der Rausch, in den letzten Jahren öfters ein anderes Gepräge zeigt wie früher, namentlich in der Weise, dass er öfters eine bösartigere Form annimmt, die den Berauschten mehr irre und gefährlicher für sich selbst und andere macht. Auf Grundlage von 18 Krankengeschichten schildert Verf. zwei Formen des pathologischen Rausches: den alcoholischen Automatismus und den alcohol. Furor. Der erste wird durch den eigenthümlichen Zustand, welcher in Deutschland „Dämmerzustand“, in England „trance“ genannt wird, characterisirt, während welchem der Kranke trotz tiefer Bewusstlosigkeit mit grosser Sicherheit selbst ziemlich complicirte Bewegungen und Handlungen ausführt. Während des alcoholischen Furors wird dagegen der Kranke von blinder Wuth überfallen, die ihn zu Handlungen von impulsiver Gewalt-samkeit, öfters selbst zu Mord oder Selbstmord führt. Beiden genannten Zuständen folgt mehr oder weniger ausgesprochene Amnesie.

Koch (Kopenhagen).

XII) William W. Ireland: The blot upon the brain. Studies in History and Psychology.

(II. Edition. Edinburgh. Bell and Bradfute. 1893. 388 Seiten.)

Der Verfasser ist durch die deutsche Uebersetzung eines Theiles seines interessanten, vorgenannten Werkes, 1. Auflage, welche unter dem Titel „Herrschermacht und Geisteskrankheit“ vor einigen Jahren erschien, in Deutschland auch in weiteren Kreisen bekannt geworden. Es ist nur zu bedauern, dass nicht das ganze Werk in's Deutsche übersetzt ist. Gerade bei uns wäre eine solche Uebersetzung, die jedem Gebildeten Einblicke in das abnorme Geistesleben der Menschen gewährt, sehr am Platze und von guter Unterstützung für die Aerzte in ihrem Kampf gegen vorgefasste Meinungen und falsche Ansichten so vieler Laien der verschiedensten und gebildetsten Stände. Mancher Richter würde nach einer Lectüre des Ireland'schen Werkes es dem Sachverständigen leichter machen. Das grosse Werk wurde schon bei seinem ersten Erscheinen in diesem Centralblatt (Jahrgang 1887, pg. 536) von Kurella rühmend besprochen. Wir schliessen uns dieser Besprechung ganz an.

Wichmann.

V. Zur Tagesgeschichte.

Leider liegt uns bei Abschluss dieses Heftes das Programm für die Verhandlungen der neurologisch-psychiatrischen Section des Congresses in Rom noch nicht vor. Jedenfalls versprechen die Verhandlungen gerade dieser Section sehr interessant zu werden im Hinblick auf die mannichfaltigen Beziehungen der italienischen, französischen und deutschen Forschung gerade auf dem Gebiet der Neurologie, Psychiatrie und Degenerationsanthropologie. Ein ausführlicher Bericht wird bald folgen.

Sommer.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 April.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Dementia paralytica sine Paralyssi.

Von Dr. J. Belkowsky in Breitenau bei Schaffhausen.

Wir wollen im Folgenden die Krankengeschichte einer an dementia paralytica leidenden Kranken mittheilen, die uns zeigt: 1. wie die progressive Paralyse sich ausschliesslich, wenigstens jahrelang, auf die Psyche beschränken kann, ohne irgend welche somatische Störungen darzubieten; und 2. wie es manchmal ausserordentlich schwer ist, im Beginn der Krankheit die richtige Diagnose zu stellen.

Anamnese: Josephine A., 41 Jahre alt. Vater an Lungenschwindsucht gestorben, Mutter soll viel an Menstruationsstörungen gelitten haben. Sonstige Heredität nicht zu ermitteln. Kinderlos, hat nie geboren, lebte 14 Jahre in illegitimer Ehe. Neun Jahre vor Bekanntschaft mit Patientin litt ihr Mann an Syphilis, deren Behandlung ihm die Verdauungsorgane so verdarb, dass er an heftigen Magenkrämpfen litt. Patientin nahm die Beschwerden ihres Mannes zu ernst und kümmerte sich zu sehr. Von Jugend an soll Patientin blutarm gewesen sein, ihre Menses ausserordentlich schmerzhaft, ihre Verdauung schwach.

Im Winter 1889/90 klagte Patientin öfters über heftiges Kopfweh und behauptete stets, die Schädeldecke schmerze sie; die Haare fielen ihr aus. April 1890 machte Patientin mit ihrem Manne eine Reise nach Meran, wo sie Bergtouren machten; allein dieselben waren ihr nicht zuträglich und das Kopfweh nahm an Heftigkeit zu. Wir lassen nun ihren Mann die weitere Krankengeschichte erzählen: „Auf einer Bergtour in Meran wurden wir von einem heftigen Gewitter überrascht, wurden vom Regen durchnässt und, — während das Gewitter sich mit Blitz und Donner über uns entlud, merkte ich zu meinem Entsetzen, dass ihre Züge sich ganz veränderten,

die Augen gläsern und starr wurden, — und Todtenblässe sie überzog; gleichzeitig brach sie mit merkwürdig veränderter Stimme in heftige Anschuldigungen gegen mich aus, als wäre ich der Veranlasser des Gewitters gewesen. Von diesem Augenblicke an zeigte sich bei ihr ein merkwürdiges Zwinkern des rechten und bald auch des linken Auges. Einige Monate später stellte sich eine Veränderung in ihrem Gemüthe ein: Ihre öfter gereizten Zustände hatten etwas ganz Aussergewöhnliches — und es bedurfte langer Beschwichtigungen und Zureden, bis sie zur Vernunft zu bringen war. So war ich einmal (1891) auf einer Reise in Italien mit ihr in Neapel angekommen und ganz fremd spazierte ich mit ihr im Volksgewühl herum. Da bat sie mich, ich möchte ihr grüne Früchte kaufen; ich verweigerte ihre Bitte, indem ich glaubte, vor Mittag sei so etwas nicht zu trüglich; da bekam sie plötzlich wieder einen Wuthanfall, lief mir von der Seite weg in das Volksgewühl hinein, so dass ich Mühe hatte, sie wieder herauszufinden und zu beschwichtigen. Noch immer kamen die Anfälle einzelt vor; auch die Nachlässigkeit in der Führung des Haushaltes machte sich noch nicht so bemerkbar, dass ich denken konnte, dies sei ein krankhafter Zustand, sondern ich glaubte noch immer, es seien nur Bosheiten und Characterfehler. — Im letzten Jahre (1891) zu Anfang September beklagte sie sich plötzlich über die Arbeit; sie behauptete, es sei ihr nicht mehr möglich, meinen Haushalt zu besorgen; sie müsse den ganzen Tag in der Küche sitzen, — und andere Frauen könnten spazieren gehen, das Abwaschen sei ihr zuwider, es sei überhaupt zu viel für sie. Ich wunderte mich darüber, da ich sie seit vielen Jahren als die arbeitsamste Person gekannt hatte. Mein Haushalt wurde nicht mehr recht besorgt, meine Wäsche nicht wie früher ausgebessert, so dass alles nach und nach verwahrloste; besonders aber wollte es nicht mehr mit dem Kochen gehen, ebenso das Einkaufen am Markt fing an zu hapern. — Freilich gab ich auch einigermaßen Anlass dazu: gereizt und nervös durch die ewigen Chicanen nahm meine gewohnte Hypochondrie immer mehr zu, und Josephine litt durch mich und meine Leiden immer mehr, denn ich wurde immer ungeduldiger, es trat gegenseitige Erbitterung und Abneigung ein. Josephine verfiel rasch, wurde matter, bleicher und magerer.

Zu allem Unglück trat bei ihr noch eine heftige Eifersucht auf; denn ich wollte mich in Wien von meinem Verdruss dadurch erholen, dass ich mich anderen Liaisons hingab und kein Geheimniss daraus machte. Josephine's Eifersucht nahm immer heftiger zu und wurde krankhaft. Sie war nicht ganz gerechtfertigt, da ich ja doch immer liebevoll für sie sorgte, sie bei mir hielt und sie wie meine Tochter behandelte, denn sexuelle Beziehungen konnten wir keine pflegen, da Josephine schon längere Zeit an weissem Fluss litt, und der Arzt Schonung rieth. Während dieser Epoche bemerkte ich nun, dass Josephine bei Nachbarsleuten, sowie an Orten, wo sie einkaufen ging, ganz merkwürdige Sachen über mich erzählte. So z. B. erklärte sie, ich sei ein Geizhals, gebe ihr kein Geld zum Einkaufen, ich sei ein Irrsinniger oder ich hätte Schlächtigkeiten zugehen, ich sei ein furchtbar unmoralischer Mensch, kurz Dummheiten, die mich beinahe in schlechten Ruf gebracht hätten. Ich machte ihr Vorstellungen; sie bereute es und weinte, indem sie sagte, sie könne gar nicht begreifen,

was sie Dummes angestellt habe. Doch die folgenden Tage wiederholten sich diese Schwatzerien wieder (ganz paralytisch), und ich zog nun einen Arzt zu. Derselbe verordnete „Antipyrin“ (!!). [Da sieht man die mangelhafte Psychologie und psychiatrische Ausbildung bei den Herren Aerzten.] Er sagte, es seien nervöse Aufregungen, glaubte auch, es seien dritte Personen dabei im Spiel, die Josephine gegen mich aufhetzten. Allein ich wusste, dass dieselbe mit Niemanden sonst zu thun hatte, ich bewachte sie Tag und Nacht und liess Niemand zu ihr.

Am 3. October 1891 klagte sie über Schmerzen in den Zähnen; ich bemerkte nun am Gaumen ein tiefes, aber ganz kleines Geschwürchen, wie wenn man eine Stecknadel hineingesteckt hätte. Die Sache kam mir verdächtig vor. Ich zog einen Spezialisten für Syphilis, Dr. Hammerschmidt in Wien, zu Rathe. Derselbe erklärte das Geschwürchen für syphilitisch, entdeckte noch bei der Visitation kleine Geschwüre in der Nähe der Gebärmutter und in der Scheide. Jetzt begann die antisiphilitische Behandlung. Ueber einen Monat musste Josephine ca. 60 Pillen einnehmen, dann Einspritzungen machen und schliesslich noch Pulver einnehmen. Der psychische Zustand der unglücklichen Josephine sank immer tiefer, die Medicamente und die Kränkung über diese traurige Krankheit brachten sie ganz herunter. Ich machte mir grässliche Vorwürfe und der Kummer und Verdruss über mein Leiden, das ich geheilt glaubte, und das nun bei ihr nach 13 Jahren (!) wieder hervorbrach, machten mich ganz verwirrt. Mitte October letzten Jahres (1891) kam zu allem Unglück ein häuslicher Streit dazu, und Josephine hatte während dieser Zeit ihre Periode. Es war Abend, als ich vor Verdruss und Aufregung nach Hause kam. Josephine hatte gerade vorher ihrer zweiten Magd aus Eifersucht den Abschied ertheilt, denn sie konnte in ihrer Nervosität eine Magd höchstens 8 Tage behalten. Ich war darüber wüthend und vergass mich in meinem Zorn so weit, dass ich ihr vor der abgedankten Magd erklärte, sie solle auch gehen, ich hätte jetzt genug, sie sei nicht meine Frau, bloss meine Magd! Josephine schrie laut auf: sie fühle, in ihr sei eine Veränderung vorgegangen, das Blut sei ihr in den Kopf gestiegen (thatsächlich blieb von da an die Periode 6 Monate aus). Mit einer Stimme, die ganz anders klang als gewöhnlich, stiess sie furchtbare Schimpfwörter aus, stürzte auf die Betten los, riss alles herunter, wurde feuerroth und glühend im Gesicht und an den Händen, stiess einen furchtbaren Fluch gegen mich aus, schrie, ich sei ein Satan, sie sehe deutlich an mir Hörner und Krallen wachsen, ich sei verflucht für immer, weil ich sie jetzt für immer unglücklich gemacht habe, indem sie irrsinnig geworden sei. Dies war der erste Wuthausbruch. Nach einigem Schlaf am folgenden Morgen war Josephine wieder normal; ich consultirte die ersten Aerzte: Herrn Prof. (?) Meynert in Wien, Prof. Fuohs u. a.; letzterer und Prof. Meynert untersuchten mit dem Augenspiegel, gaben Bromkali und stärkende Eisenmittel, beruhigten mich und stellten die Diagnose: Hysterie und Blutarmuth, aber kein Irrsinn.

Nach 8 Tagen Ruhe brach plötzlich in der Nacht wieder ein Tobsuchtsanfall aus: wieder dieselbe kreischende Stimme, ähnliche merkwürdige, nie gehörte Worte; sie stiess furchtbare Fluchworte gegen mich aus und behauptete, ich sei verrückt geworden, ich habe sie angesteckt u. s. w.

Von jetzt an war Josephine zur Führung des Haushaltes nicht mehr fähig; diese Tobsuchtsanfälle mehrten sich, und es kamen noch ganz verrückte Sachen hinzu; die sonst so sanftmüthige, gute, gefügige Josephine wurde böß und zänkisch.

Im Januar dieses Jahres (1892) bekam Josephine die Influenza, wobei aber der Schnupfen keinen Abfluss fand, weil Josephine starke Nasenpolypen hatte. Ich consultirte Prof. Chiari in Wien; derselbe erklärte die Entfernung der Polypen für nothwendig und sagte, dass das Augenmuskelzucken, das seit einiger Zeit sehr heftig geworden war, aufhören werde. Josephine wurde 6mal operirt, verlor jedesmal sehr viel Blut, allein die Nervenzuckungen an den Augen hörten nicht auf.

Anfangs April 1892 entschloss ich mich, Wien zu verlassen und nach Z. zu reisen. Mit Hilfe fremder Leute wurde gepackt. Bei diesem Anlass verfiel Josephine in einen ganz eigenthümlichen Zustand: sie verlor auf einmal die Sprache, konnte sich nicht mehr ausdrücken, wurde ganz steif und starr, wie eine Bildsäule; mit Mühe brachten wir sie auf die Bahn. In Z. brachte ich sie zum Naturarzt Herrn Dr. Eschlimann; derselbe stellte die Diagnose: Hysterie mit Neurasthenie.

Es begann nun die Kur mit lauen Bädern, kalten Douchen und kalten Wickeln, ebenso wurde diätetische Kost verabreicht. Nach 3 Monaten besserte sich der Zustand Josephinen's, sie konnte besser schlafen, die Verdauung wurde normal, auch der Verstand zeigte sich bei ihr wieder besser. Den 1. October 1892 glaubte ich sie geheilt und Josephine zog wieder zu mir. Alles schien gut zu gehen, höchstens machten sich von Zeit zu Zeit Vergesslichkeiten oder Nachlässigkeiten bei ihr bemerkbar. Als ich 3 Wochen nach unserem Zusammensein abends nach Hause kam, traf ich Josephine schreiend und tobend, sie hatte die Haare wirr durcheinander, schlug mit den Fäusten auf den Tisch, fluchte in wilder Weise und hatte weissen, milcnigen Schaum vor dem Munde. Ich consultirte Prof. Ernst; derselbe diagnosticirte Verfolgungswahn. Josephine tobte bis Mitternacht, beruhigte sich dann und am folgenden Tag war sie wieder normal. Trotzdem beruhigte mich dies und ich führte sie in's „Asyl Neuntöster“, wo man sie aufnahm.

Dort fühlte sie sich die ersten Tage sehr gut, allein schon nach 8 Tagen fing sie an, unruhig zu werden. Man gab ihr Brom. Dr. Brunner und Prof. Ernst interessirten sich für die Sache. Prof. Ernst sagte, man müsse sie länger beobachten, er sehe jetzt wohl, dass es Hysterie sei!

Am 12. Tage wurde Josephine schrecklich aufgereggt und in der Nacht tobte sie so sehr, dass man gezwungen war, sie an's Bett festzubinden. Am folgenden Morgen nannte mir Prof. Ernst die Diagnose: Hysterie mit beginnendem Irrsinn und sagte, ich müsse die Person in einer Irrenanstalt unterbringen. Ich wandte mich an Sie, Herr Doctor, und Josephine fand Aufnahme in Ihrer Anstalt.“

Das ist die Geschichte der Patientin, die zu so viel verschiedenen Diagnosen geführt hat. Prof. Meynert: Nervöse Aufregung, dann Hysterie und Neurasthenie. Prof. Fuchs wie Prof. Meynert: Hysterie, kein Irrsinn. Dr. Hammerschmidt: (Syphilitische Geschwüre und) nervöse Aufregung. Prof. Ernst: Hysterie, erklärte aber später,

es sei nicht Hysterie, sondern completer Irrsinn. Dr. Brunner: Allgemeine progressive Paralyse.

Ich schliesse mich der letzten Diagnose an und zwar sowohl auf Grund der Krankheitsgeschichte, wie auf Grund eigener Beobachtungen im weiteren Verlaufe der Krankheit.

Am 25./X. 92 wird notirt: Die Kranke spricht alles durcheinander ohne irgend welchen Zusammenhang. Sie habe schöne Kleider, sie sei Magd bei einer Fürstin gewesen (bescheidene Grössenideen, wie sie bei weiblicher Paralyse vorkommen). Ihr Gemüthszustand wechselt: bald ist sie munter und lacht, bald weint sie und droht mit geballten Fäusten ihrem Manne, der ein schlechter Kerl sei, der sie angesteckt habe. Patientin hat sehr starken, dicken, schaumigen Speichelfluss.

4./XI. 92. Wechselnde, kindische Grössenideen; erzählt nur, wie schöne Kleider sie habe, wie viel Geld sie habe, sie sei in Wien mit gekrönten Häuptern spaziert. Ihre Stimmung wechselt, sie weint und lacht in einer Minute, lässt sich leicht beschwichtigen, liest viel und ohne Verständniss aus allen möglichen Büchern und Zeitungen. Was sie in den Zeitungen liest, bezieht sie auf sich. Schläft nachts nicht; letzte Nacht schlug sie sämtliche Fenster ein.

8./XI. 92. Nachts sehr unruhig, bleibt nicht im Bette; die Grössenideen nehmen zu: sie habe 100 Millionen, ist verwandt mit Fürsten, die anderen Kranken betrachtet sie als „Pack“; sehr ungeniert in Wort und That, — enthüllt sich vor den Aerzten und zeigt die Genitalien und Nates. Patientin ist ganz verwirrt; verweigert man ihr einen Wunsch, so wird sie äusserst löse. Appetit mässig, Stuhlgang normal, keine Anfälle.

9./XI. 92. Hält sich für Maria Theresia.

22./XI. 92. Nachts oft unruhig, andauernd Grössenideen; beim Besuche ihres Mannes schlug sie auf denselben los und wurde äusserst aufgeregt.

24./XI. 92. Nachts mit Koth geschmiert, Tags oft sehr heftige Zornausbrüche mit Weinen, dann aber bald wieder gut.

10./I. 93. Geistig bedeutend schwächer, freut sich des Augenblicks, ganz wie ein Kind. Sie habe die schönsten Hände, sie sei die schönste Dame; hat kindische Freude an Bilderbüchern mit grell gemalten Figuren, trägt ein Gebetbüchlein beständig mit sich und liest laut darin, die Hälfte Worte auslassend.

18./I. 93. In den letzten Tagen wurde Patientin lebhafter, unruhiger, auch Nachts, dazu unreinlich, wird leicht zornig, weint und beklagt sich über allerlei, während sie vorher über alles zufrieden war; ab und zu starker und zäher Speichelfluss.

4./II. 93. Hypochondrische Klagen: sie müsse zu Grunde gehen; die Augen seien caput. sie habe Schwindel und Kopfweh, weint bitterlich; starker, zäher Speichelfluss.

8./II. 93. Es ziehe ihr die Zähne zusammen, sie habe allerlei Gefühle im Munde, sei aufgebläht, habe dicken Bauch.

14./II. 93. Isst wenig, alles stincke, es sei Gift im Kaffee. Gereizte Stimmung.

15./II. 93. Gestern bei Besuch ihres Mannes fröhlich und zufrieden, weil sie einen schönen Rock angezogen hat, sprach nur davon, wie schön und stark sie sei, was für schöne Kleider sie habe; bedeutend an Gewicht zugenommen.

5./III. 93. Starker Ptyalismus, spürt Gift, ist unglücklich, weil sie ihr schönes Kleid nicht anlegen darf, macht allerlei Frisuren. Gelegentlich unrein, schmiert mit Koth. Allmähliche Zunahme des Körpergewichts.

15./III. 93. Letzte Nacht sehr gelärmt, wie noch nie; überhaupt in den letzten Tagen sehr gereizt, zum Weinen geneigt, weil sie mager und ihr Kopf gross geworden sei. Sie flucht und schimpft vor sich hin.

27./III. 93. Die hypochondrischen Ideen dauern fort. — Sie habe die Schwindsucht, sei caput, sei ganz schmierig geworden, spürt Petroleum und Terpentin, starker Ptyalismus.

14./IV. 93. Pat. halb stupid, klagt, sie sei verfault, es sei aus mit ihr, ab und zu unreinlich.

22./IV. 93. Aengstliche Stimmung, läuft planlos herum, zupft an ihren Kleidern und ruft: „O Jesus, ich gehe caput, mit mir ist's aus, ich verfaule!“ Körperlich gesund, geistig immer schwächer.

27./IV. 93. Steht stundenlang rathlos da, giebt keine Antwort auf Fragen, zieht die Kleider aus und ruft beständig: „Jesus, ich bin ein Gripli!“

13./V. 93. Seit einiger Zeit alle Nacht unreinlich, beschmiert sich über und über mit Koth, wird zusehends stumpfer.

8./VI. 93. Eher ängstlich, sehr stupid, murmelt vor sich hin, unreinlich, auch am Tage, nachts aufgeregt, klopft und ruft.

10./VII. 93. Andauernde erhebliche Unreinlichkeit mit Kothschmiererei und steigende geistige Abschwächung.

4./IX. 93. Seit 14 Tagen besonders morgens sehr zornig und erregt, stampft, flucht und schimpft beständig.

31./X. 93. Rascher Stimmungswechsel ohne ersichtlichen Grund, erheblich aufgeregt, mit Schreien, Fluchen und obscuren Reden.

Status: Patientin, 41 Jahre alt, mittelgross, kräftig constituirte, Panniculus adiposus reich entwickelt, menses regelmässig und stark; Lungen ganz normal, überall vesiculäres Athmen, Lage des Herzens normal, keine Geräusche über den Klappen, Hämoglobingehalt ein wenig herabgesetzt (zwischen 90—100), Zahl der rothen Blutkörperchen normal (fast 5 Mill.), Urin normal; Sphinct. ani et vesicae functioniren gut. Patientin hat das Bewusstsein vom Secretions- und Excretionsbedürfniss, z. B. sagt sie, jetzt muss ich das Wasser lassen etc. Der Kitzelreflex an den Fusssohlen, der Bauch- und der Patellarreflex fehlen vollständig. Die Pupillen sind vollständig gleich und reagiren auf Licht und Accomodation. Keine Dyschromatopsie. Patientin erkennt alle Farben sehr gut. Keine Lähmung der Faciales und Trigemini, noch irgend eines anderen peripherischen Nerven. Der Geschmack für bitter, süss, sauer und Salz ist mehr oder weniger gut bewahrt.

Der Muskelsinn, der Tast- und Berührungssinn sind intact; wird Patientin gestochen, oder irgend eine Stelle ihres Körpers berührt, so giebt sie ohne Verzögerung die Stelle an, die berührt oder gestochen wurde.

Patientin steht fest bei geschlossenen Augen. Das Wärme- und Kältegefühl ist gut erhalten. Wird sie mit Schnee oder Eis berührt, so sagt sie, sie habe kalt, man habe ihr Eis aufgelegt. Dasselbe gilt für das Wärmegefühl. Mit einem Worte, die Hautsensibilität ist gut bewahrt. Dagegen ist Pat. total und vollständig analgetisch: man kann ihr eine Stecknadel tief in's Fleisch, so weit es nur möglich ist, einstechen, sogar bei offenen Augen, ohne dass sie die mindeste Schmerzäusserung macht. So sah ich sie einmal mit einem brennenden Zündhölzchen sich eine grosse Wunde dritten Grades ziehen, ohne den mindesten Schmerz zu äussern. Kein Tremor, weder in den Extremitäten noch in der Zunge und den Lippen, keine Aphasie, ihre Sprache ist rein, verständlich. Nie epileptische oder apoplectische Anfälle.

In grellem Widerspruch mit der äusserst geringen somatischen Störung ist der geistige Zustand. Närrisch-kindische, unbegründete Munterkeit und Freude wechselt ab mit zorniger Verwirrtheit, wobei Pat. sehr böse wird, weint, starken, schaumigen Speichelfluss hat, die Kleider zerreisst. Das Anstands- und Schamgefühl fehlt ihr, Pat. enthüllt sich in Anwesenheit der Aerzte und zeigt ihnen die Nates und Genitalien. Neben diesen beiden Stadien giebt es noch ein drittes, in welchem Pat. mit über der Brust gekreuzten Armen zwischen den übrigen Kranken oder allein auf einem Stuhle sitzt, oder sie reibt sich die Stirn und die Augen, wie einer, der starken Schlaf hat.

In der Periode der Freude und Munterkeit beschäftigt sich Pat. mit Sammeln von Abfällen von Fäden, Baumwolle, Papier, Knöpfen etc. Manchmal liest sie in Büchern, wobei sie rein paralytisch mit hoher, gezogener und monotoner Stimme alles durcheinander liest; fängt an, ein Wort zu lesen, liest aber nur die Hälfte oder weniger, springt über das nächste Wort oder über mehrere folgende Wörter oder sogar über ganze Zeilen hinüber. In ihrem Handeln, Sprechen, Schreiben und Lesen ist Pat. ganz verwirrt und amnetisch. Fordert man die Kranke auf, ihren Namen zu schreiben, so sind die Schriftzüge, da kein Tremor besteht, regelrecht ausgeführt, dagegen entsinnt sich Pat. der Buchstaben nicht, es sind nicht die Bilder der Buchstaben, was ihr fehlt, — denn dictirt man ihr die Buchstaben, so schreibt sie dieselben nieder, — sondern die Fähigkeit, durch den Willen diese Bilder hervorzurufen, d. h. das Gedächtniss. — Diese Abschwächung des Gedächtnisses war, wie die Abnahme der Intelligenz, von Anfang der Krankheit an progressiv und begleitet von Wahn- und Grössenideen, sowie Störungen des Gemüthes — lauter Symptome, welche am häufigsten bei der Dementia paralytica vorkommen.

Zieht man zur Bestätigung unserer Diagnose die Differentialdiagnose zu Hilfe, so kennen wir kein zweites ähnliches Krankheitsbild von primärer (denn nur von solcher kann hier die Rede sein) progressiver Demenz, als eben die Dementia paralytica. Von derjenigen Demenz, die nach Paranoia*), Melancholie und manchmal nach Manie vorkommt, kann hier die Rede nicht sein, da diese Primärkrankheiten hier fehlen; die primäre acute Dementia ist hier auch ausgeschlossen.

*) Paranoia führt eigentlich nicht zu Demenz, sondern zur gemüthlichen Stumpfheit, und die Dementia ist mehr eine Complication oder vorzeitige senile Demenz.

Was den Sitz der Krankheit anbelangt, so ist bei Berücksichtigung der relativ geringen somatischen Störungen (Analgesie, Fehlen der Hautreflexe) bei einer bis an die Grenze des Blödsinns herabgesunkenen Intelligenz, bei jeglichem Fehlen motorischer, sensitiver und sensorischer Störungen, bei Berücksichtigung der physiologischen Ergebnisse der Beobachtung am Krankenbette und am Sectionstische, die Localisation in die Stirnlappen bis zur motorischen Region zu verlegen.

Was die Aetiologie anbelangt, so ist es, da Pat. an Lues litt, und zwar an leichter Syphilis, der man eben nachsagt, dass sie sich mit Vorliebe auf das Centralnervensystem wirft, höchst wahrscheinlich, dass sie das ausschlaggebende ätiologische Moment abgab, sei es, dass die Blutgefäße zuerst erkrankten und die Rindensubstanz secundär oder umgekehrt. Andere Momente, die in der Aetiologie der Paralyse eine Rolle spielen, wie Sorgen und Kümernisse aller Art, eine gewisse hereditäre oder erworbene Prädisposition etc., sind nicht auszuschliessen. Es ist Sache der Necropsie und microscopischen Untersuchung, die Diagnose, Localisation und wenn möglich die Aetiologie zu rechtfertigen.*)

II. Referate und Kritiken.

126) Langley and Anderson: On the mechanism of the movements of the iris.

(Proceedings of the physiological Society 1893. Journal of Physiology. 5 und 6.)

Die Verfasser besprechen zuerst die verschiedenen bis jetzt aufgestellten Theorien über Irisbewegung. Hinsichtlich der Pupillenerweiterung kommen sie auf Grund eigener Versuche zu dem Schlusse, dass man hierfür eine radiär angeordnete Substanz annehmen müsse, obwohl es ihnen nicht gelang, glatte, radiär verlaufende Muskelfasern nachzuweisen. — Brachten dieselben ein Stück Irsgewebe durch 2 radiär verlaufende Schnitte aus allem Zusammenhang mit den angrenzenden Partien und liessen nur die Verbindung mit dem Ciliarkörper bestehen, so trat eine Verkürzung der Iris in radiärer Richtung auf bei Reizung des Hals-sympathicus, bevor oder ohne dass überhaupt die in diesem Stück Iris enthaltenen Gefäße sich contrahirten. — Sie kommen auf Grund verschiedener Experimente zu dem Schlusse, dass die Erweiterung der Pupille nicht durch ein elastisches Gewebe, sondern durch eine contractile Substanz hervorgebracht werde.

Bach.

*) Anm.: Zu vorstehendem Aufsatz gestatte ich mir eine diagnostische Bemerkung zu machen. Es scheint mir darin ein motorisches Moment etwas zu kurz gekommen zu sein, nämlich das Fehlen des Kniephänomens. An der hiesigen Klinik pflegen alle Formen von Geistesstörung im mittleren Lebensalter, welche mit einem auf Rückenmarkserkrankung zu beziehenden Fehlen des Kniephänomens einhergehen, ohne Weiteres als progressive Paralyse aufgefasst zu werden. Selbst bei psychischen Krankheitsbildern, welche durchaus nichts „paralytisches“ an sich hatten, wie z. B. hallucinatorische Verwirrtheit, hat sich diese diagnostische Regel bestätigt gefunden.

Sommer.

127) **F. Spalitta e M. Consiglio**: Ricerche sopra nervi constrictori della pupilla.

(Arch. d' Ottalm. anno I, 1893, p. 19.)

Die zur Zeit noch herrschenden Meinungsverschiedenheiten über die Function der Nerven, welche in Beziehung stehen mit der Pupillenbewegung, haben die Verfasser veranlasst, Versuche an Hunden und Kaninchen anzustellen, um folgende Punkte festzustellen:

1. Gibt das Experiment Aufschluss darüber, wesshalb die einen Autoren eine Pupillenbewegung nach Reizung des 3. Nervenpaares bejahen, die anderen verneinen?
2. Wird die Verengung der Pupille durch andere Nervenfasern bewirkt' als die des N. oculomotorius?

Die Verfasser kommen auf Grund ihrer Versuche zu folgenden Resultaten:

1. Wird der nervus oculomotorius an seinem sichtbaren Ursprung, in seinem interpedunculären Verlauf gereizt, so beobachtet man für gewöhnlich keine Verengung der Pupille.
2. Reizt man dagegen den n. oculomotorius nahe seinem Eintritt in die fissura sphenoidalis, im Niveau des sinus cavernosus, so erhält man immer eine starke Verengung der Pupille.

Auf Grund anderer Versuche haben die genannten Autoren dargethan, dass die genannten Unterschiede der Pupillenreaction bei der Reizung des centralen oder peripheren Stückes desselben Nerven zurückzuführen sind auf eine gleichzeitige Reizung des ramus ophthalmicus (1. Ast des n. trigeminus), welcher in der Gegend des sinus cavernosus in Beziehung zu dem n. oculomotorius tritt.

Weitere Versuche sollten darüber Aufschluss geben, ob der Einfluss des n. trigeminus auf die Pupille der gleichen Art ist, wie der des n. oculomotorius, oder auf Gefäßeinflüsse zurückzuführen ist. Auf Grund früher gewonnener Erfahrungen und der eigenen Versuche haben die Verfasser Folgendes geschlossen:

1. Die Pupillenveränderungen, welche auf Durchschneidung oder Reizung der Trigemini-fasern eintreten, sind vasculärer Natur und werden hervorgerufen durch das Vorhandensein von zweierlei Fasern — vasomotorischen und vasodilatatorischen.
2. Die Miosis, welche eintritt nach Durchschneidung des ramus ophthalmicus, ist zu beziehen auf eine Lähmung der Vasoconstrictoren und eine leichte Reizung der Vasodilatoren.
3. Die bei einer Reizung derselben Nerven eintretende Miosis ist hervorgerufen durch eine Erregung der vasodilatatorischen Fasern, welche das Uebergewicht hat über den Reiz, der die Vasoconstrictoren trifft.

B a c h.

128) **E. Braunstein**: Beitrag zum Studium der Irisinnervation. (Kharcon 1893, broch.) In russischer Sprache.

(Nach einem Referat in der Revue générale d'Ophthalmologie 1893, pg. 547.)

In einer umfangreichen Broschüre (mit 27 Zeichnungen im Text und einer Tafel mit Photogrammen) giebt Br. zuerst einen historischen Ueberblick

über diese Frage und bringt alsdann seine Erfahrungen auf Grund von Versuchen an Katzen, Hunden und Kaninchen. Die hauptsächlichsten Resultate sind folgende:

1. Die pupillenerweiternden Fasern kommen aus dem Rückenmark und zwar in den vorderen Wurzeln des 7. und 8. Cervicalnerven und 1. und 2. Brustnerven, ziehen zuerst zum ganglion thoracicum, dann zum ganglion cervicale inferius und in den Sympathicus, zu dem ganglion cervicale superius, von da gelangen sie in die Schädelhöhle zum ganglion Gasseri und vereinigen sich mit dem nervus ophthalmicus. Hierauf ziehen sie mit den langen Ciliarnerven zum Bulbus.
2. Der Stamm des n. trigeminus enthält hinter dem Ganglion Gasseri keine pupillo-dilatatorischen Fasern.
3. Die bei Reizung sensibler Nerven eintretende Erweiterung der Pupille beruht auf einer Art Depressionswirkung, welche zur Herabsetzung des Tonus im Oculomotoriuscentrum führt.
4. Die Pupillenerweiterung in der Asphyxie ist ein zusammengesetzter Akt: einerseits führt die Asphyxie zur Reizung des Blutes im Dilatationscentrum, andererseits zur Herabsetzung der Thätigkeit in dem Centrum, welches die Pupille verengert.
5. Das Centrum der Dilatation ist in dem gyrus centr. ant. et post., in dem gyrus superior anterior Sylvii (Ellenberg) gelegen.
6. Die Erweiterung der Pupille bei psychischer Erregung beruht auf einer Reizung des Dilatationscentrums in der Hirnrinde.
7. Das Rindengebiet der Hirnhemisphäre übt einen hemmenden Einfluss aus auf die Centren, welche die von sensiblen Nerven ausgelösten Reflexe zur Pupille überleiten, sowie auf das Centrum des n. oculomotorius.

Bach.

129) **Muchin:** Zur Casuistik der abnormen Pupillenreaction bei Lichteinfall-
(Kowalewsky's Arch. f. Psych. XXII. Nr. 1.)

M. hat den zuerst von d'Abundo bei Tabes, von Morselli und Rezzonico bei Paralyse gesehenen paradoxen Pupillarreflex — Erweiterung der Pupille bei Lichteinfall — bei einem 49jährigen Patienten mit schon seit Jahren bestehender Tabes beobachtet. Während die accommodative Reaction beiderseits erhalten war, zeigte die linke Pupille Lichtstarre, die verengte rechte dagegen bei intensivem Lichteinfall (Convexlinse) deutliche Erweiterung, um bei Entfernung der Lichtquelle in die frühere Lage zurückzukehren. Später verlor sich dieses Phänomen und es trat auch auf dem linken Auge Lichtstarre ein. — Eine befriedigende Erklärung des seltenen paradoxen Pupillenreflexes lässt sich zur Zeit nicht geben.

Mercklin.

130) Prof. **Adamkiewicz:** Ueber die Stauungspapille.

(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 23.)

Nach experimentellen Versuchen am Kaninchen ist die Stauungspapille nicht die Folge einer durch intercranielle Drucksteigerung erzeugten Stauung, da die Einführung raumbeschränkender (indifferenter) Körper, auch von quellenden Substanzen, z. B. Laminaria, in die Schädelhöhle keine

merkliche Veränderung in der Circulation des Augenhintergrundes hervorruft. Lässt man eine gefärbte Flüssigkeit unter höherem Druck in den Schädelraum einströmen, so füllen sich nur die Venen der Choroidea bis sohart zur Grenze der Papille.

Hoppe.

131) **M. Dessoir**: Zur Physiologie des Temperatsinnes.

(Inaug. Diss., Würzburg 1892, gedruckt als Theil einer grösseren Abhandlung aus dem Arch. f. Anat. u. Physiol. Jahrg. 1892.)

1. Der Temperatsinn ist in der Medianlinie des Körpers stumpfer als in den seitlichen Hautpartieen, worauf schon Weber und Nothnagel hingewiesen haben.
2. Die linke Körperhälfte hat eine grössere Temperaturempfindlichkeit als die rechte, was mit den Versuchen von Kulpe und Aubert-Karuler in Bezug auf die Schmerzempfindung und die Berührungsempfindung übereinstimmt.
3. Die Dorsalseite der Finger empfindet Temperaturen und Schmerzen schneller als die Volarseite, sie besitzt aber nicht die Feinheit derselben im Erkennen von Temperaturdifferenzen, worin sie ungefähr um das Doppelte zurücksteht.
4. Die Reiz- und Unterschiedsempfindlichkeit für Wärme ist am grössten in der Streckseitenmitte des Oberarmes, am kleinsten in der Rückenmitte, wobei der Einfluss der normalen Hauttemperatur auf die Temperaturempfindlichkeit klein ist und die Thermoästhesie in keiner deutlichen Beziehung zur Dicke der Haut steht.
5. Als obere Grenze des Temperatsinnes, d. h. derjenigen Temperatur, bei welcher eben der Schmerz eintritt, wurde bei beliebig langer Einwirkung des Reizes auf der Oberarmmitte $+ 48,7^{\circ}$ C., auf der Rückenmitte $+ 56,2^{\circ}$ C., als untere Grenze $+ 2,9^{\circ}$ C. bzw. $+ 4,1^{\circ}$ C. gefunden.
6. Der Einfluss der Grösse einer gereizten Fläche auf die Intensität der Empfindung liess sich nicht in eine genaue Gesetzmässigkeit bringen, es konnte nur die allgemeine Abhängigkeit bestätigt werden.
7. Die grösste Feinheit der Differenzwahrnehmung liegt in der Gegend des physiologischen Nullpunktes, und die Unterschiedsempfindlichkeit wird mit dem Entfernen vom Nullpunkte geringer.
8. Das Nachbild eines Kälte- oder Wärmereizes wird durch die entgegengesetzte Erregung aufgehoben, durch eine gleichartige Erregung verstärkt.
9. Wenn man in einem Zeitraume von einer halben Secunde vier leichte Reize auf dieselbe Stelle einwirken lässt, so unterscheidet man deutlich die primäre Empfindung, die Empfindungspause im Betrage einer Secunde und die secundäre Empfindung. (Intermittirende Nachempfindung.)
10. Das klinische Intervall, bei dem gerade noch zwei Wärmereize als zwei percipirt werden. „Die Zeitschwelle“ beträgt für die Wärmeempfindung einhalb (bezogen auf die Normalsecunde).
11. Ueber den Contrast bei Temperaturempfindungen gelten die Sätze:
a) Der successive Gegensatz wirkt stärker als der gleichzeitig gegebene;

b) jeder Temperaturreiz wird am stärksten percipirt, wenn er durch simultanen Contrast gehoben ist; c) die inducirende Temperaturintensität kann man unbeschadet der Stärke der Contrastwirkung durch eine geringere Intensität, aber etwa sechsfach grössere Ausdehnung des Reizobjectes ersetzen.

Behr-Riga.

152) **Karl Schaffer** (Budapest): Kurze Anmerkung über die morphologische Differenz des Axencylinders im Verhältniss zu den protoplasmatischen Fortsätzen bei Nissl's Färbung.

(Neurol. Centralblatt 1893, Nr. 24.)

Die Differenz besteht darin, dass die protoplasmatischen Fortsätze mit längsgestreckten Chromatinfäden versehen sind, während der Axencylinder kein Chromatin enthält und deshalb als ganz homogener, nur sehr schwach und diffus gefärbter Fortsatz erscheint.

Hoppe.

133) **S. Placzek** (Berlin): Die electricischen Erregbarkeitsverhältnisse bei veralteten peripheren Lähmungen.

(Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 43.)

P. hat in der Oppenheim'schen Nervenpoliklinik an 4 Fällen von veralteten peripheren Lähmungen die interessante, wiederholt nachgeprüfte Thatsache beobachtet, dass dieselbe Nervenbahn, welche sich für den kräftigsten Willensimpuls undurchgängig zeigte, auf electricische Reize in fast unveränderter Stärke reagierte. Den Widerspruch, in welchem diese Beobachtung mit den geläufigen Erfahrungsthatfachen der medicinischen Electricitätslehre steht, sucht P. durch die von Schiff und Grünhagen gestützte Annahme Erb's zu lösen, dass die Leistungsfähigkeit der Nerven an die Axencylinder, die Reizaufnahme an die Markscheiden gebunden ist. Danach wären die von ihm beobachteten Fälle durch eine auf den Axencylinder beschränkte Neuritis (axile Neuritis) zu erklären, in derselben Weise, wie zur Erklärung der Fälle, wo im Verlauf peripherer Lähmungen die Willensleitung früher sich einstellte, als die Aufnahme electricischer Reize, die Hypothese einer periaxilen Neuritis aufgestellt wurde.

Hoppe.

134) **Leopold Kramer**: Ueber die Santoninkrämpfe beim Kaninchen. Ein Beitrag zur Genese der Krampfformen.

(Sep.-Abdr. aus der Zeitschr. f. Heilkunde, XIV. Bd., 4. Heft.)

K. hat an Kaninchen experimentiert und gelangt zu folgenden Schlüssen: Die durch das Santonin hervorgerufenen Krämpfe sind vorwiegend clonisch und laufen nach dem Typus der rindenepileptischen von dem vorderen zum hinteren Körperende ab. Allerdings ist die Unversehrtheit des Grosshirns Grundbedingung für diesen typischen Ablauf, indem nach Wegfall desselben zwar noch clonische Krämpfe auftreten, des typischen Characters jedoch entbehren.

Wichmann.

135) **E. Masing**: Ein Fall von isolirtem Sehhügelumor.
(St. Petersb. med. Wochenschr. 1893, Nr. 42.)

Bei einem 16jährigen Handwerksburschen stellte sich Zittern und Schwäche in den rechtsseitigen Extremitäten ein. Einen Monat später kamen Kopfschmerzen, Erbrechen, Sprachstörungen, Doppelsehen. Ein Anfall von rechtsseitigen Convulsionen mit Bewusstseinsverlust noch später veranlasste den Eintritt in's Hospital. Hier wurde festgestellt: leichte Parese des rechten Facialis in allen Zweigen, des rechten Hypoglossus, des rechten Armes und Beines. Kein Schwindel, keine Ataxie, gutes Muskelgefühl. Sensibilität rechts stark herabgesetzt. Beiderseits gleichmässige Parese sämmtlicher vom N. oculomotorius versorgter Bulbusmuskeln, reflectorische Pupillenstarre, keine Hemianopsie. Ophthalmoscopischer Befund negativ. — In den nächsten 7 Tagen Besserung der Motilität der rechtsseitigen Extremitäten, am 8. Tage sehr starke Kopfschmerzen, allgemeine Convulsionen, Tod im Coma. Sectionsbefund: Hochgradiger Hydrocephalus internus. Kleinapfelgrosse Geschwulst (Sarcom), welche den ganzen linken Thalamus opticus einnimmt und den linken Hirnschenkel durch Druck leicht abplattet. Zwei stecknadelkopfgrosse Blutaustritte symmetrisch in der lateralen Wand des Aquäduct. Sylvii gelegen, dem vorderen Vierhügelpaar entsprechend.

Auffallend ist, dass keine Hemianopsie bemerkt wurde, obgleich das Pulvinar in den Tumor aufgegangen war. Doch war die ophthalmologische Untersuchung nur eine einmalige. Die Oculomotoriuslähmung scheint Verf. durch die erwähnten kleinen Hämorrhagien begründet. Eine microscopische Durchmusterung der Oculomotoriuskerne hat leider nicht stattgefunden.

Mercklin.

136) Prof. **P. K. Pel**: Eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz und mit normalem Augenhintergrunde; Extirpation. (Aus der med. Klinik in Amsterdam.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 5.)

Bei der 40jährigen ledigen Dienstmagd, welche stets nervös gewesen war, entwickelte sich seit dem Frühling 1892 langsam eine Reihe von Hirnsymptomen. Zuerst bemerkte sie ein taubes Gefühl in den Fingerspitzen der rechten Hand, dazu gesellte sich bald motorische Schwäche der rechten Hand, welche allmählig so zunahm, dass sie schliesslich die Finger nicht mehr bewegen konnte, und mit der Zeit auch den Vorderarm und den Oberarm ergriff. Mai 1893 bemerkte sie zuerst eine Abschwächung der Muskelkraft im rechten Bein, welches nachschleppte und bald ermüdete. Um dieselbe Zeit fingten auch Gedächtniss und Intelligenz an, schwächer zu werden, während ihre Stimmung äusserst labil wurde. Nach einem epileptoiden Anfall (heftige Zuckungen der rechten Körperhälfte mit Bewusstseinsverlust) am 10. Mai kamen auch erhebliche Sprachstörungen zum Vorschein (sie kann die Worte nicht finden, zeitweilig Stammeln, Sprache im ganzen mühsam).

Bei ihrer Aufnahme in die Klinik (Juli 93) wurde mässige Abweichung der Zunge nach rechts, Parese des rechten Facialis, Lähmung des rechten Armes mit geringer Contractur im Ellenbogengelenk und ziemlich bedeutender

Atrophie sämtlicher Muskeln des rechten Armes und der rechten Schulter, sowie Parese und geringe Atrophie des rechten Beines constatirt. Sensibilität allenthalben erhalten. Hautreflexe rechts schwächer, Schmerz- und Periostreflexe rechts stark, am Arm etwas erhöht, deutlicher Fuss- und Schenkelclonus rechts. Keine Ataxie, dagegen Unsicherheit beim Stehen, besonders mit geschlossenen Augen.

Daneben besteht eine incomplete motorische und anamnestiche Aphasie, manchmal Paraphasie und Paralexie, sowie erhebliche Gedächtnisschwäche. Sinnesorgane functioniren alle normal. Keine Stauungspapille, keine Kopfschmerzen, kein Schwindel, kein Erbrechen im ganzen Verlauf der Krankheit.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit wurden noch mehrere kurze, epileptiforme Anfälle (corticale Epilepsie ohne Bewusstseinsverlust) beobachtet, während die Abschwächung des Gedächtnisses, der Intelligenz und der Theilnahme immer mehr zunahm. —

Nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten (circumscriphte Erweichung, Hirnabscess, Cyste) blieb trotz des Fehlens von Hirndrucksymptomen nur die Annahme einer Hirngeschwulst in den motorischen Centren der linken Hemisphäre übrig, welche sich allerdings sehr langsam und gleichmässig entwickelt haben musste. Die Trepanation, welche am 24. October links an der Stelle des Armcentrums vorgenommen wurde, ergab ein grosses kastanienförmiges, weiches, mit grossen Lymphräumen durchsetztes Fibrom (Maasse $5\frac{1}{2}$, $4\frac{1}{2}$ und 2 cm), welches von der Pia ausgegangen und wie ein Fremdkörper in der Hirnmasse eingekapselt war, so dass es mit der grössten Leichtigkeit enucleirt werden konnte. Vorzugsweise war der Gyr. central. ant. betroffen, zu einem grossen Theil der Gyr. central. post., weniger der Gyr. frontal. sup.

Die Kranke starb aber bald nach der Operation unter dem Bilde der Herzschwäche. Hoppe.

137) Déjerine; Recherches sur les connexions corticales des fibres du pied du pédoncule cérébral. Vortrag in der Soc. de biol.

(Le Bulletin méd. 1894, Nr. 1.)

Zahlreiche klinische Obductionsbefunde boten D. Gelegenheit, den Ursprung und Verlauf der Fasern des Grosshirnschenkels und zwar nur seiner unteren Partie, mit Sicherheit festzustellen. Es handelte sich hierbei stets um secundäre Degenerationen in Folge von gut begrenzten Rindenkrankungen, die sich von dem Cortex an bis zum Pedunculus an Serien-schnitten verfolgen liessen.

1. Die Fasern des inneren Bündels kommen aus dem Operculum Rolandi (hinterem Theile der 3. Frontal- und unterstem Theile der aufsteigenden Windungen [Centralwindungen]),
2. die Fasern des äusseren Bündels kommen aus dem mittleren Theile der 2. und 3. Temporalwindung;
3. die inneren $\frac{2}{5}$ des mittleren Bündels kommen aus dem mittleren Drittel der Rolando'schen Zone (aufsteigende Windungen), der Rest desselben aus der oberen Partie der aufsteigenden Windungen und dem lob. paracentralis.

Sämmtliche Fasern des unteren Theiles des Grosshirnschenkels entspringen aus der Rinde und setzen sich ohne Unterbrechung durch den hinteren Theil der inneren Kapsel (nicht durch den äusseren) bis in den Hirnschenkelfuss fort, wo sie entweder in die protuberantia und in den Bulbus (Pyramidenbündel) übergehen, oder sich bis in's Rückenmark fortsetzen. Es besteht also eine directe Verbindung zwischen Hirnrinde und den angeführten Centren.

Buschan.

138) J. Déjerine: Contribution à l'étude des localisations sensibles de l'écorce. Sur un cas d'hémiplégie avec hémianesthésie de la sensibilité générale et perte du sens musculaire par lésion cérébrale corticale.

(Revue neurologique. Nr. 3—4, 15. mars 1893.)

„Linksseitige Hemiplegie, besonders ausgesprochen an der oberen Extremität, fast eine Monoplegie vortäuschend, bei einem 60jährigen Manne. Aufhebung aller Arten der Sensibilität, den Muskelsinn eingeschlossen, an der oberen Extremität. Leichte Herabsetzung der Sensibilität an der (linken) unteren Hälfte des Gesichtes, der linken Hälfte des Rumpfes und der Unterextremität der betreffenden Seite. Keine Störung im Bereiche der höheren Sinne. Andauer der Anästhesie der oberen Extremität mit Verlust des Muskelsinnes während eines Zeitraumes von $5\frac{1}{2}$ Monaten bis zum Tode.“

Bei dem von D. beobachteten Patienten, einem Weinhändler, zeigten sich die angegebenen Erscheinungen nach einem apoplectischen Insulte von kurzer Dauer. Am Arme entwickelte sich secundäre Contractur, am Beine kam es nur zu Steigerung des Kniephänomens. Bei der Autopsie fand sich an der Aussenfläche der rechten Hemisphäre eine ausgedehnte Erweichung (plaque jaune) des Rindengürtels, die sich über den Lobulus parietalis inferior, die beiden Centralwindungen (jedoch mit Verschonung der oberen Partien derselben), die 1. u. 2. Frontalwindung und die 1. Temporalwindung erstreckte, ausserdem absteigende Degeneration der Pyramidenbahn in der inneren Kapsel, der Brücke und Oblongata, im Rückenmarke Degeneration der gekreuzten Pyramidenseitenstrangbahn abwärts bis zur Lendenanschwellung. In der linken Hemisphäre ein alter cystischer Erweichungsherd von Haselnussgrösse im Putamen.

In der Epicrise betont D. die Proportionalität, welche in dem mitgetheilten Falle zwischen der Hemiplegie und der Hémianästhesie bestand, und die beträchtliche Betheiligung des Muskelsinnes. Wie so manche frühere Beobachtung spricht der Fall dafür, dass die Motilität, der Gefühls- und der Muskelsinn eine und dieselbe corticale Localisation besitzen.

L. Löwenfeld.

139) E. Remak: Hemiplegische Luxation des Schultergelenks bei cerebraler Kinderlähmung.

(Berl. klin. Wochenschrift 1898, Nr 52.)

Es handelt sich um einen zwölfjährigen Knaben, bei dem die Gehirnerscheinungen wahrscheinlich in Folge von congenitaler Lues (ein Bruder leidet an epileptiformen Krämpfen) vor 9 Jahren (Sept. 1884) mit einer vorübergehenden rechtsseitigen Lähmung begannen. Dann folgte Juni 1885 ein schwerer Anfall mit mehrtägiger Bewusstlosigkeit,

Krämpfen der linken Körperhälfte und Deviation der Kopfes und der Augen nach links, wonach eine linksseitige Hemiplegie zurückblieb. Während die Lähmung des Facialis im Laufe der Jahre zurückging und die des Beines sich wesentlich gebessert hat, ist die Lähmung des linken Armes geblieben und hat zu Muskelcontracturen und bedeutender Atrophie geführt (erhebliche Herabsetzung der electricischen Erregbarkeit der Nerven und besonders der Muskeln). Dabei ist der Knabe geistig in seiner Entwicklung sehr zurückgeblieben.

September 1893 beobachtete R. zum ersten Male eine Deformität an der rechten Schulter, hervorgerufen durch eine Luxatio retroglenoidalis subacromialis, welche sonst ziemlich selten ist. Das Zustandekommen der Luxation erklärt sich R. durch ungleichen Muskelzug, resp ungleichmässige Innervation der das Gelenk umgebenden (zum Theil in starker Contractur befindlichen) Muskeln, wozu als weiteres begünstigendes Moment die durch die Atrophie des linken Armes bedingte geringere Entwicklung der Knochen, die mangelhafte Ausbildung der Gelenkhöhle und die Schläflichkeit der Gelenkkapsel und der Gelenkbänder kommt (welche übrigens auch am Sternalende der Clavicula besteht). Diese Schläflichkeit der Gelenkkapsel macht die Reposition der Luxation durch das einfache Manöver möglich, dass man den Vorderarm sanft auf den Rücken des Patienten legt.

Hoppe.

140) Prof. G. Anton: Beiträge zur klinischen Beurtheilung und zur Localisation der Muskelsinnstörungen im Grosshirn.

(Zeitschrift für Heilkunde, Bd. XIV, H. 4.)

Nach einer kurzen, interessanten Zusammenfassung dessen, was wir über die Entwicklungsgeschichte und die topographische Anatomie der sens. und mot. Bahnen und deren gegenseitige Beeinflussung wissen, schildert der Verfasser an der Hand von vier Erkrankungsfällen mit Bewegungsstörungen, welche zum Theil auf Verlust der Muskelempfindungen beruhten und durch Gehirnerkrankungen bedingt waren, die Symptome und den Verlauf derselben. Das Symptomenbild hatte sich theils langsamer, theils rascher entwickelt und bestand in Kopfschmerzen, starkem Schwindel, Hemiparesen und zwar so, dass der Druck der paretischen Hand z. B. fast gleich Null war, wenn diese allein den Druck ausüben musste, dagegen der gesunden Seite fast gleich, wenn diese gleichzeitig mit in Anspruch genommen wurde. Dann wurde Neigung beobachtet, nach der paretischen Seite zu fallen, und Ataxie der paretischen Extremitäten. Ausserdem Hypästhesie und Anästhesie der paretischen Seite, falsche Localisation der Empfindungen, hochgradige Störung des Temperatur- und Muskelsinns, theils verminderte, theils aufgehobene Hautreflexe, während die Sehnenreflexe erhöht waren auf der paretischen Seite, stärkere oder schwächere Bethheiligung der Hirnnerven (Facialis, Trochlearis, Oculomotorius, Opticus, Olfactorius, gleichseitige Hemianopsie, der Hemiparese entsprechend), Stauungsneuritis in einem Falle, dessen Symptomencomplex durch einen Tumor bedingt war, während die anderen beiden zur Obduction gekommenen auf Erweichungs-herden beruhten, endlich Psychosen und Delirien.

Einzeln auf die überaus genau beobachteten Symptome der speciellen Fälle einzugehen, überschreitet den Rahmen eines Referates.

Von den 4 Fällen kamen 3 (I, II, IV) zur Obduction, und A. stellt das Gemeinsame der klinischen Befunde in folgender übersichtlicher Weise zusammen :

- a) In allen 4 Fällen konnte wenigstens durch einige Zeit ein halbseitiger Verlust des Muskelgefühls und Bewegungsgefühls ohne directe Lähmung der Muskeln nachgewiesen werden.
- b) In allen 4 Fällen war dieser Verlust der Bewegungsgefühle von einer typischen Hemianopsie begleitet.
- c) Die cutane Sensibilität war in allen 4 Fällen bedeutend herabgesetzt, zum Theil aufgehoben; diese Störung zeigte im Verlaufe die erheblichste Besserung.
- d) Bei allen 4 Fällen waren psychische Störungen nachweisbar. Drei davon boten durch mehrere Tage das Bild einer hallucinatorischen Verworrenheit. Im Falle III haben die Allgemein-Symptome des Tumors die übrigen psychischen Störungen verdeckt.
- e) Im Falle I, II, IV war die Verminderung der spontanen Bewegungen überhaupt hervorzuheben.
- f) In drei Fällen konnten die Bewegungen der gesunden Körperhälfte durch die scheinbar gelähmte Kranke gut nachgeahmt werden, also Bewegungsimpulse von der gesunden auf die anästhetische Körperhälfte übertragen werden; dies betraf auch die 2 Fälle, in denen Erweichung des hinteren Balkenendes constatirt wurde. Dieses Symptom fehlte im Falle mit Tumor cerebri.
- g) Im Falle I, II und IV schlossen sich auch Atrophie der Muskulatur an den Extremitäten der hypästhetischen Seite an.

Von den anatomischen Befunden hebt A. folgendes zusammenfassend hervor:

„In allen 3 secirten Fällen war die Gehirnrinde in die Läsionen mit einbezogen. Einmal war daran die convexe hintere Partie des oberen Scheitelläppchens durch einen hineinwachsenden Tumor zerstört; im II. Falle war die Rinde hinter der Centralwindung bis zur Hinterhauptsregion an der Convexität erweicht; einmal war der Cuneus mit der angrenzenden Partie des Gyrus cinguli und des Calcar avis, also Antheile der medialen Hemisphärenwand zerstört.

Von den Nervenbahnen des Gehirnmarks waren gemeinsam in allen drei obducirten Fällen nur die unterbrochen, welche durch das hintere Drittel der Capsula interna zum Occipitalhirne ziehen, ausserdem die Längsbündel an der äusseren Wand des Hinterhorns. In einem (dem I.) Falle erschien das Mark der äusseren Parietalgegend unversehrt, im anderen (II.) Falle erschien das der medialen Hemisphärenwand intact. In 2 Fällen (I. u. II.) waren die rückwärtigen Antheile des Thalamus opticus erweicht.

A. betont nun, dass es ausser Zweifel steht, dass es schwere Bewegungsstörungen giebt, die bloss durch den Ausfall centripetaler Functionen gesetzt werden, also bei Intactheit der motorischen Bahnen. Um-

gekehrt können auch bei dauernden Zerstörungen der motorischen Region die Impulse zu den Bewegungen erhalten bleiben.

Betreffs der weiteren Würdigung der vorliegenden Befunde scheint A. mit den von ihm angeführten Autoren übereinzustimmen. So mit Hösel, der in der Rindenschleife jene Bahn sieht, an deren Integrität die Eindrücke des Muskelsinns gebunden sind. Auch die weitgehende Bedeutung des Auges nicht allein zur Controlle der Richtigkeit einer Bewegung, sondern auch zur directen Auslösung einer solchen, erkennt er an. Dass die optischen Sinneseindrücke und die von den Tast- und Bewegungsgefühlen stammenden absolut nicht ähnlich oder vergleichbar sind, beweisen die von Czeselden beobachteten Blindgeborenen und später operativ Sehend-Gewordenen, die auf Grund ihrer Tast- und Bewegungsvorstellungen keine Gestalt durch die Retina wiedererkennen konnten. Diese Gesichtseindrücke müssen also erst im Centralorgan mit den Bewegungsgefühlen in Verbindung treten, beide treten bis zu einem gewissen Grade compensatorisch für einander ein. Was nun die beobachtete Verworrenheit betrifft, so ist sie wohl nicht nur durch die Reizung, sondern auch durch den raschen Ausfall von Muskelsinnbahnen hervorgerufen.

Dass die Passivbewegungen der anästhetischen Seite schlecht oder nicht wahrgenommen wurden und die activen ohne Controlle des Blickes unrichtig, atactisch ausgeführt wurden, und dass sie durch entsprechende Einstellung auf der gesunden Seite, oder unter dem Blick richtig ausgeführt wurden, hat seinen Grund darin, dass die motorische Bahn und ihr Centrum ganz intact, und nur die Abschätzung und Wahrnehmung der Bewegungen, vielleicht auch die Impulse gestört waren. Diese müssen im Gehirn einen Weg haben, um von der einen Peripherie zur anderen zu gelangen. Jedenfalls liegt dieser Weg nicht im hinteren Balkenende, das zerstört war. Wenn es nun richtig ist, dass die motorische Region des Parietalgehirns durch die Verbindung mit den Hinterstrangkernen zugleich die Endstation der centripetalen Bewegungsempfindung ist, so braucht man nach A. keine gekrenzte Verbindung dieser Rindengebiete zur Erklärung, sondern nur eine gleichsinnige Verbindung durch den Balken anzunehmen.

Zur Erklärung der Abmagerung der befallenen Muskulatur stimmt A. nach seinen Befunden mit den Autoren, welche sie von einer Läsion im Sehtügel abhängig machen, vollkommen überein, doch sind die vorliegenden 3 Fälle zu wenig und derzeit noch nicht pericisirt, so dass bestimmte Schlüsse noch nicht zulässig sind.

Dauber.

141) Bücklers-Köln: Zwei Fälle von autochthoner Hirnsinusthrombose.

In der Leichtenstern'schen Klinik kamen zwei Fälle von Sinusthrombose zur Beobachtung, über deren klinischen Verlauf und Obductionsbefund berichtet wird. Klinisch verlief der erste Fall unter dem Bild eines chronisch sich entwickelnden Hirntumors, bei dem zweiten wurde an epidemische Cerebrospinalmeningitis gedacht, bei beiden fehlten die am meisten charakteristischen Symptome der Sinusthrombose. Bei dem 2. Fall, einem 16jährigen Mädchen, bestand eine ausgesprochen starke Chlorose. Der Sectionsbefund ergab in beiden Fällen fast das gleiche Resultat: Ausgedehnte, meist gutartige Thromben in zahlreichen Hirnsinus, weiterhin rothe

Erweichungen in verschiedenen Theilen des Gehirns und zahlreiche, punktförmige Hämorrhagien. Die übrigen Befunde, wenigstens in dem einen Fall, wo die Section völlig gemacht wurde, waren für die Entstehung der Sinusthrombose belanglos. Da die Einwirkung eines Traumas auf die Schädelkapsel auch auszuschliessen war, da ferner die gutartige Beschaffenheit der Thromben an irgend welche embolische oder phlebitische Processe zu denken verbot, musste als Aetiologie die fehlerhafte, zur Gerinnung tendirende Beschaffenheit des Blutes herangezogen werden; die Chlorose in dem einen Fall lässt diese Erklärung auch zu; im anderen Fall fand sich der Uterus gravid im 2. Monat, es käme also hier die veränderte Blutbeschaffenheit der Schwangeren in Betracht. Zur Stütze seiner Erklärung zieht Verf. anderweitig beobachtete Fälle heran, wo ebenfalls als Ursache autochthoner Sinusthrombosen nur hochgradige Chlorose gefunden wurde, so namentlich in einigen von Bollinger obducirten Fällen. Auch in der Lenbe'schen Klinik wurde im October 1893 ein Fall beobachtet und obducirt (18jähriges Mädchen), bei dem die klinischen Erscheinungen und der Sectionsbefund die grösste Analogie mit dem vom Verf. beschriebenen 2. Fall bieten.

W e b e r - Würzburg.

142) **F. Marchand** (Marburg): Zur Kenntniss der Embolie und Thrombose der Gehirnarterien, zugleich ein Beitrag zur Casuistik der primären Herztumoren und der gekrenzten Embolie.

(Berl. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 3.)

Von den 4 mitgetheilten Fällen interessiren uns hier nur drei:

Der erste Fall betrifft einen 37jährigen Fabrikarbeiter, der bisher gesund, im Jahre 1890 bei der Arbeit mehrfach Schwindelanfälle erlitt, wobei er umfiel. Am 4. X. 1890 schwerer Schlaganfall mit 6tägiger Bewusstlosigkeit, rechtsseitiger Hemiplegie, Aphasie und Unfähigkeit zu schlucken. Allmählig gingen diese Störungen zurück, es traten aber starke Kopfschmerzen, Anfälle von Herzklopfen und epileptoide Anfälle auf. Nach einem solchen Anfall im December 1892 fast vollständige Amaurose des linken Auges in Folge von Atrophie der Papille. Am 24. V. 1892 erfolgte ein neuer Krampfanfall mit so heftigen Zuckungen in beiden Armen, dass das Bett erschüttert wurde; derselbe ging in wenigen Minuten in Coma über, und nach einer halben Stunde erfolgte der Exitus.

Die Section ergab als wesentliches Resultat ein weiches, vielfach gelapptes, ungefähr taubeneigrosses Myxom an der linken Seite des Septum atrium und, von diesem ausgehend, mehrfache ältere und jüngere Geschwulstembolien in verschiedenen Gehirnarterien; die linke Art. fossae Sylvii zeigte eine dicht hinter der Art. communicans beginnende, bis auf die Abgangsstelle der Hauptäste sich erstreckende, weissliche Verdickung der Wand mit starker Verengerung des Lumens, während der am meisten nach hinten abgehende Ast völlig oblitterirt war; die rechte Art. fossae Sylvii in ihrer Mitte, in der Ausdehnung von ca. 3 cm, eine fast gleichmässige Verdickung von grauröthlicher Farbe und praller Consistenz, hervorgebracht durch die Füllung mit einer grauröthlichen, weichen, nicht mit der Wand zusammenhängenden Thrombusmasse; ähnliche Verdickungen auch an anderen Arterien der Basis, die umfangreichste (4 cm lang) am Anfangstheil der Art. cerebri post. sin.,

deren Lumen im ganzen Bereich mit einer cylindrischen, weichen Myxomasse angefüllt war, eine ähnliche Anfüllung zeigte auch ein Ast der Art. cerebri anter.; endlich noch an der Convexität ein Ast im hinteren Theil des Scheitellappens eine sehr beträchtliche, etwas unregelmässig cylindrische, derbe, weisse Anschwellung; besondere Erwähnung verdient eine kleine, aneurysmatische Erweiterung eines Astes der Art. foss. Sylvii an der Oberfläche des rechten Scheitellappens, mit starker Wandverdickung (Knochenplatte in der Intima) und Anfüllung des Lumens zur Hälfte durch eine rundliche Geschwulstmasse von reinem Myxomgewebe. Oberhalb der Embolie waren die Arterien ziemlich stark gefüllt. Neben diesen Embolien zeigte das Gehirn, ausser starkem Oedem und weisslicher Färbung der Pia, einen grossen Erweichungsherd an der Aussenseite des linken Stirnlappens (7 cm lang, 4 cm hoch), welche fast die ganze dritte Stirnwindung einnimmt, auf das untere Ende der Centralwindungen und die obere Fläche der Schläfenwindungen übergreift und auch die Insel, die Subst. perfor. ant. und die laterale Hälfte der Orbitalfläche betrifft, um sich in geringerem Grade auf die untere Fläche des sehr verschmälerten und abgeflachten Hirnschenkels bis zum Pons fortzusetzen; erhebliche Abflachung und Verschmälерung der linken Brückenhälfte, noch stärker der linken Pyramide, desgleichen erhebliche Verschmälерung der linken Hälfte des Chiasmas und des linken N. opticus. Die rechte Hemisphäre war weicher als die linke

M. weist übrigens auf einen ganz ähnlichen Fall von primärem Herxmyxom und consecutiven Erweichungsherden im Hirn hin, welchen A. Robin neuerdings veröffentlicht hat (Arch. d. méd. exp. 1893, p. 802).

Der 2. Fall (eine Embolie der Carot. int.) betraf ein 28jähriges Mädchen, welches bereits seit längerer Zeit an Beklemmungen, Athemnoth und Herzklopfen litt und, nachdem sie seit einigen Tagen über Schmerzen in der rechten Wade geklagt (die auf eine Venenthrombose bezogen wurden), am 30. V. 1892 plötzlich einen Schlaganfall bekam, nach welchem sie soporös war, nicht schluckte, schlaffe Lähmung und Anästhesie der rechten Körperhälfte und Pupillendifferenz (rechts klein, links sehr gross) zeigte. Während einige Erscheinungen eine gewisse Besserung zeigten, nahm am 3. Tage der Sopor zu und, nachdem noch am linken Auge völlige Pupillenstarre und frische Embolie der Art. central. retinae constatirt worden war, erfolgte am 4. Tage nach wiederholtem Erbrechen der Tod.

Die Section ergab als wesentliche Befunde: Chronische, adhäsive Pericarditis, mangelhaften Verschluss des Foramen ovale, fettige Degeneration des Herzfleisches und, ausser einem Niereninfarct und einer kleinen Thrombose in einer Vene des rechten Unterschenkels, einen (embolischen) Thrombus der sonst intacten Art. carotis int., welcher, grauröthlich und brüchig, etwa 25 cm unterhalb des Eintrittes in den Canalis caroticus beginnend, allmählig an Dicke zunimmt, das Lumen im Verlauf des Canalis caroticus und Sinus cavernosus ausfüllt, in derselben Weise sich nach aufwärts in die Art. fossae Sylvii und deren Aeste fortsetzt und einen kleinen Fortsatz auch in die Art. cerebri ant., sowie in die Art. commun. post. schiebt; daneben beginnende Erweichung der linken Grosshirnhemisphäre, welche hyperämisch, und wie das ganze Gehirn, stark ödematös durchtränkt erscheint. — Die microscopische Untersuchung der linken Hemisphäre ergab:

Starke, körnige Trübung der Ganglienzellen und in den Gefässscheiden zahlreiche, feinkörnige Körnchenzellen.

Ziemlich ähnlich ist der letzte Fall, nur dass hier die Thrombose der Carotis interna nach Unterbindung der Arterie (Resection des rechten Unterkiefers wegen Krebs bei einem 51jährigen Manne) erfolgte. 28 Stunden nach der Operation trat plötzlich linksseitige Lähmung der Extremitäten ein (rechte Pupille starr), der Patient wurde comatös und starb nach 24 Stunden.

Bei der Section zeigte sich die rechte Carotis int. mit einer rothen Thrombusmasse vollständig ausgefüllt, welche sich in gleicher Weise in die Art. foss. Sylvii bis über die Abgangsstelle der ersten grossen Aeste in einer Gesamtlänge von 5 cm fortsetzte und sich auch noch 1 cm weit in die Art. cerebr. ant. erstreckte, während die grösseren Arterien in dem ganzen embolisirten Gebiet (oberhalb des Thrombus) prall mit Blut gefüllt waren. Die rechte Hemisphäre war erheblich vergrössert und besonders im Scheitel- und Stirnlappen stark durchfeuchtet, gequollen, weich und hyperämisch, nur die ebenfalls verbreiterte Rinde stellenweise blass.

Die mitgetheilten Fälle widerlegen die herkömmliche Ansicht, dass nach embolischem oder thrombotischem Verschluss von Hirnarterien eine totale Blutentleerung derselben stattfindet. Die erste Folge ist vielmehr Stillstand des Blutes und demgemäss starke Füllung wie M. auch in allen früheren Fällen von frischer Embolie der Hirnarterien gesehen hat, in welchen auf die Füllung der Arterien geachtet wurde. In kurzer Zeit entwickeln sich die Erscheinungen der venösen Stauung im ganzen Gebiete der Embolie und in Folge der Stauung eine schnell zunehmende, seröse Transsudation, welche hauptsächlich in der Neuroglia sitzt, die Nervenfasern auseinanderdrängt und ihrerseits hemmend auf den Abfluss des Venenblutes wirkt. Die angeschwollene Hemisphäre drängt die noch freien Hirntheile bei Seite, bis das Gehirn vollständig gegen die Schädellinnenfläche gepresst wird. So entwickelt sich ein circulus vitiosus. Die Zeit, in welcher die ganz der Blutzufuhr beraubten Theile der grauen Substanz zu Grunde gehen, ist nach M. sicher viel kürzer, als allgemein angenommen wird. M. schliesst aus einer Reihe von Beobachtungen, dass die Ganglienzellen schon nach einer nach Minuten zählenden Dauer der Absperrung der Blutzufuhr unrettbar verloren sind. Das vollständige Schwinden von kurz dauernden Herdsymptomen lässt sich nur so deuten, dass die entsprechenden Centren nicht vollständig von der Circulation ausgeschlossen waren.

Hoppe.

143) J. V. Hjelmman: Om Hjärnsyflis, dess frekvens, kronologi, etiologi och prognos.

(Akademisk afhandling. Helsingfors 1892.)

Diese Abhandlung gründet sich, ausser auf das in der Literatur vorliegende Material, auf eine Untersuchung der am Allmänne sjukhuset zu Helsingfors im Laufe der Jahre 1878—1890 vorkommenden Fälle syphilitischer Erkrankungen. Im Ganzen kamen 860 solcher Fälle vor und von diesen betrafen 250 Fälle das Nervensystem und 230 das Gehirn. Aus seinen Untersuchungen schliesst der Verf., dass die Cerebralsyphilis höchst

wahrscheinlich jetzt absolut und relativ häufiger ist wie zuvor. Wenigstens ungefähr 120₀ sämtlicher tertiär-syphilitischen Erkrankungen treffen das Gehirn. Die absolute Häufigkeit der Cerebralsyphilis mag auf 15—25 pro mille sämtlicher syphilitischen Erkrankungen geschätzt werden. Am häufigsten kommt die Gehirnsyphilis in den ersten Jahren der Krankheit vor und nimmt darnach allmählich ab. Die meisten Fälle von Gehirnsyphilis (82 · 88₀) sind vor dem Eintreten der Gehirnsymptome gar nicht oder sehr unvollständig mit Quecksilber behandelt worden. Geistige Ueberanstrengung, psychische Emotionen, Traumata, sexuelle Excess, und vor allem Alcoholmissbrauch sind die wesentlichsten Ursachen der cerebralen Localisation der Syphilis. Wahrscheinlich hat auch die nervöse Disposition in dieser Beziehung eine Bedeutung. Die grösste Anzahl Gehirn-erkrankungen liefern die leichten, oder an Intensität mässigen Fälle von Syphilis. Die Prognose ist im Allgemeinen recht ungünstig. Wenigstens die Hälfte aller Fälle haben einen ungünstigen Verlauf, nur ein Viertel wird geheilt. Die Aussicht auf eine Restitution ist absolut geringer nach dem 39. Lebensjahr. Die Heilbarkeit scheint nicht von früher durchgemachten Quecksilberkuren beeinflusst zu werden. Die beste Prognose haben von den verschiedenen Formen der Gehirn-erkrankung die Fälle von Cerebralreizung, Epilepsie und Paresse der basalen Hirnnerven. Die grösste Bedeutung für einen günstigen Verlauf hat eine frühzeitige und ausreichende specifische Behandlung.

Koch (Kopenhagen).

144) **J. G. Rissler:** Om intrakraniella komplikatione till otitis media purulenta.

(Hygiea 1893, S. 445 u. 529.)

Ausführliche und gute Uebersicht über den jetzigen Stand der genannten Frage auf Grundlage der vorliegenden Literatur und eigener Erfahrung. Die pathologische Anatomie, die Symptome, Diagnose und Behandlung der verschiedenen, von Otitis herrührenden, cerebralen Affectionen werden eingehend geschildert und kritisch beleuchtet. Für ein näheres Referat eignet sich die Abhandlung nicht. Es kann hervorgehoben werden, dass der Verf. der Meinung ist, dass eine explorative Trepanation in diagnostisch unklaren Fällen von Cerebralleiden nach Otitis nicht nur erlaubt, sondern indicirt ist.

Koch (Kopenhagen).

145) **Jaques Bovelius:** Tva fall af hjernabscess (i temporalloben) efter otitis.

(Hygiea 1893, S. 595.)

1. Zwölfjähriger Junge leidet von frühesten Kindheit an Ohrenfluss. November 1891 Symptome einer acuten Otitis media mit Auftreibung und Fluctuation hinter dem Ohre. Er wurde matt und lag mit benommenem Sensorium hin. Puls 40. Den 5. XII. Aufmeisslung des proc. mastoideus, aus welchem ein wallnussgrosses Cholesteatom entfernt wurde. Ein paar Tage später beim Wechsel des Verbandes wurde eine grosse Menge grünlichen Eiters in diesem gefunden. Bedeutende Besserung; er konnte aus dem Bette entlassen werden. Den 29. XII. wieder Verschlechterung, später

hohes Fieber, und endlich trat der Tod den 21. I. 1892 ein. Die Section zeigte im Temporallobus einen taubeneigrossen Abscess, welcher durch eine ziemlich weite Oeffnung in die cariirte pars petrosa mit der Höhle im proc. mast. communicirt.

2. Neunzehnjähriges Mädchen hatte als kleines Kind Scharlach und danach immer Ausfluss aus dem linken Ohre mit Abnahme des Gehörs. Im Frühjahr 1892 heftigere Schmerzen im Ohre und der linken Kopfhälfte. Den 26. VI. hohes Fieber und Erbrechen. Sie wurde schläfrig, gab keine Antwort auf Anrede. Den 8. VII. war sie wieder vollkommen klar und fing an zu sprechen, zeigte aber deutliche amnestische Aphasie. Operation wurde beschlossen, aber auf den folgenden Tag aufgeschoben. Den 9. VII. während der Chloroformirung, nachdem die Trepanation schon angefangen war, hörte die Respiration plötzlich auf und trotz eingeleiteter künstlicher Respiration, welche eine Stunde fortgesetzt wurde, starb die Patientin. Im Ganzen wurden nur 10—15 Gramm Chloroform verwendet. Die Section zeigte im linken Temporallobus einen gänseeigrossen Abscess.

Der Verf. bedauert, dass die Trepanation im ersten Falle gar nicht, im zweiten zu spät vorgenommen wurde, und ist entschlossen, in der Zukunft, wenn die Diagnose mit Sicherheit gestellt worden ist, nicht die Sonne untergehen zu lassen, ehe die Trepanation vorgenommen worden ist.

Koch (Kopenhagen).

146) **Max Scheier** (Berlin): Operativ geheilter Hirnabscess nach eitriger Mittelohrentzündung.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 36.)

Der Fall betraf einen 19jährigen Glasmaler, welcher seit seinem 6. Lebensjahre an einer rechtsseitigen Otitis media litt und in Folge dessen auf dem rechten Ohr schwerhörig geworden war, während der Ausfluss in den letzten Jahren vollkommen aufgehört hatte. 3 Wochen vor seiner Aufnahme stellte sich der Ausfluss plötzlich wieder ein, wurde nach 14 Tagen stärker und übelriechend; dazu gesellten sich starke Kopfschmerzen, Fieber und Stuhlbeschwerden.

Am 9. Mai in's Krankenhaus am Urban aufgenommen, zeigte sich Patient sehr benommen. Die Somnolenz nahm zu, es bestand, neben Klagen über heftige Kopfschmerzen, geringe Nackensteifigkeit und der Hinterkopf wurde fest in das Kissen hineingebohrt; Druck auf den rechten Proc. mastoid. sehr schmerzhaft; leichte Hyperästhesie, sonst keine Localsymptome, Puls unregelmässig, sehr beschleunigt, Temperatur bis 40 Grad.

Die Operation, welche am 11. Mai von Dr. Körte vorgenommen wurde, zeigte, dass der Eiter an der Paukenhöhle durch das tegmen tympani durchgebrochen war und eine Pachymeningitis purulenta externa von grosser Ausdehnung herbeigeführt hatte: die Dura erschien graugrünlich, mit dicken, fibrinösen Schwarten bedeckt. Da nach allen Richtungen hin so viel vom Knochen abgekniffen wurde, bis man auf gesunde Hirnhaut stiess, so wurde der Knochendefect, welcher den Theil betraf, wo Seitenwand-, Hinterhaupt- und Schläfenbein zusammenstossen, sehr beträchtlich. Von der Eröffnung der Dura, welche überall gut pulsirte, wurde Abstand genommen.

Einige Stunden nach der Operation sank die Temperatur auf 37,5; am nächsten Tage hellte sich das Sensorium vollständig auf, und die Nackensteifigkeit war geschwunden. Doch machte sich nach ca. 8 Tagen, während der Wundverlauf gut fortschritt, und die Eiterung aus dem Mittelohr bereits völlig aufgehört hatte, zuweilen eine gewisse Verwirrtheit und ausserdem Weinerlichkeit, Geschwätzigkeit, und Bulimie bemerkbar. Als am 27. Mai beim Verbandwechsel hinter dem Wundrande plötzlich wieder viel übelriechender Eiter hervorströmte (keine Fiebererscheinungen, keine Herdsymptome!), wurde eine neue Operation ausgeführt. Dabei zeigte sich die wieder schmutzigrün gefärbte Dura an einer Stelle stark gespannt und ohne Pulsion; dahinter wurde ein hühnereigrosser Hirnabscess eröffnet. Derselbe lag etwa am Gyrus parietalis inferior. Nach dieser Operation hörte wie mit einem Schlage die gesteigerte Esslust auf, und der Kranke zeigte wieder ein freundliches, verständiges Wesen. Die Heilung schritt jetzt anstandslos fort. Ende August wurde Patient geheilt entlassen.

Der Defect am Schädelknochen hat sich bis zum Mai 1893 zum grössten Theil knöchern geschlossen.

Besonders interessant ist in diesem Fall (mit diesem sind bisher in der Literatur 21 Fälle von Trepanation wegen eines otitischen Hirnabscesses berichtet) die Bulimie, welche S. ebenso wie die Weinerlichkeit und Schwatzhaftigkeit auf die Bildung des Hirnabscesses bezieht. Hoppe.

147) **R. Mucio Williams**: Cerebral glioma occurring in a patient who had suffered from fracture of the skull thirteen years previously.

(The Lancet. 14. Oct. 1893, pg. 428.)

Eine 32jährige Frau erlitt in ihrem 17. Lebensjahre eine Kopfverletzung mit Blutung aus beiden Ohren. Sie wurde hergestellt und blieb gesund bis 10 Monate vor ihrem Tode. Dann stellten sich Nacken- und Kopfschmerzen ein. Pupillen gleich; keine Augenmuskellähmung. Gesicht gut. Ophthalmoscopische Untersuchung wurde nicht gemacht. Geruch und Geschmack nicht gestört. Zweimal Erbrechen. Keine conjugirte Deviation von Kopf und Augen. Puls 56. Die Section erweist alte Fractur beider mittleren Schädelgruben; Verdickung der Pia; Gliom in dem vorderen Theil der rechten oberen Stirnwindung. Wichmann.

148) **J. Rostenitsch**: Ueber einen Fall von motorischer Aphasie, zugleich ein Beitrag zur Frage nach der anatomischen Grundlage der Pupillenstarre. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. IV, H. 5 u. 6.)

R. theilt einen Fall mit, bei dem ein 54jähriger Mann seit 17 Jahren nach einem Gehirnschlag eine vollkommene, rechtsseitige Hemiplegie mit leichter Betheiligung des rechten unteren Facialis und totaler motorischer Aphasie zeigte (nur das Wort „ja“ kann gesprochen werden). Gehör gut, Schreiben und Zeichnen mit der linken Hand. Rechnen gut. Ophthalmoscopisch nichts Abnormes, nur enge, lichtstarre Pupillen. Patellarreflex rechts erhöht, active Bewegungen dieses Beines kraftlos, keine Sensibilitätsstörungen, keine halbseitigen Krämpfe, Blase und Mastdarm intact.

Herbst 1892 wiederholte Anfälle von Benommenheit; einmal auch Bewusstlosigkeit. In einem solchen Anfälle exitus.

Man fand eine Meningoencephalitis (mit Ausgang in Erweichung, Schrumpfung und Induration), die ihren Hauptsitz im linken Stirnlappen und den angrenzenden Theilen der Centralwindungen hatte. Das Centrum semi-ovale, Nucleus caudatus, die innere Kapsel und der Thalamus opticus zeigten sich noch mitbetroffen. R. hält die Erkrankung für syphilitisch. Er hält mit Recht in zweifacher Hinsicht den Fall für interessant. Erstens ist er ein weiterer Beweis dafür, dass zum Bilde der Broca'schen Aphasie die Agraphie nicht gehört und dass das Wortverständniss intact ist, sobald der linke Schläfenlappen erhalten bleibt. Als Grund für die reflectorische Pupillenstarre fand R. leichte Veränderungen in der unteren Gruppe des Westphal-Edinger'schen Kernes (kleine Zellengruppen, welche neben dem vorderen Theile des Oculomotoriuskernes auf jeder Seite der Raphe eingelagert sind), welche in Schrumpfung und Verkleinerung der einzelnen Nervenzellen bestanden, während der eitrige Oculomotoriuskern vollkommen intact war. Es ist dieser Fall das Gegenstück von dem Westphal's, der bei einer Ophthalmoplegia ext. den ganzen Oculomotoriusstamm und seine Kerne mit Ausnahme der genannten Zellengruppe degenerirt gefunden hatte.

Dauber.

149) **Fens Schon** (Kopenhagen): Ein Fall von Spina bifida occulta mit Hypertrichosis lumbalis.

(Berlin. Klin. Wochenschr. 1894 Nr. 5.)

Neben den von Joachimsthal 1891 gesammelten Fällen ist der hier berichtete der 9. Er betrifft ein 13jähriges Mädchen, bei dem die Missbildung erst im 8. Lebensjahre bemerkt wurde. Die Processus spinosi des 5. Lendenwirbels und der obersten Sacralwirbel sind nicht vereinigt. Die Behaarung reicht in der Ausdehnung eines Handtellers von der Spitze des os coccygis nach oben bis zum 12. B. W. und seitwärts bis zur Spina il. ant. sup. — Ausserdem ist das Becken völlig asymmetrisch (rechts grösser und höher).

S. macht darauf aufmerksam, dass ein jüngerer Halbbruder (Mütter waren Schwestern) eine einseitige congenitale Hüftluxation hat, dass eine solche bisher in 2 Fällen mit Spina bifida zusammen beobachtet wurde, und dass hier wohl eine Familienindisposition für Missbildung angenommen werden muss, welche sich auf verschiedene Mitglieder vertheilt hat.

Hoppe.

150) **Friedrich Müller**: Ein Fall von Syringomyelie. (Vortrag im Marburger ärztlichen Verein 1./II. 1893.)

(Berlin. Klin. Wochenschr. 1894 Nr. 2.)

Die Krankheit, welche anfangs mit dem Bilde eines chronischen Gelenkrheumatismus aufgetreten war, hatte zur hochgradigen Atrophie der Nacken- und Rückenmusculatur sowie des Sternocleidomastoideus, des Cucullaris, der Musculatur der Arme und Hände, an einigen Gelenken und Fingern zu ausgedehnten Sensibilitätsverlusten, besonders für Schmerz- und Temperaturempfindung, und zu doppelseitiger Recurrenlähmung des Kehlkopfs geführt.

Der Tod erfolgte einige Wochen später an Phtisis pulmonum. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Höhle im Rückenmark, welche von der Cervical- zur Lumbalanschwellung reichte. Hoppe.

151) Charcot: Syndrome de Benedikt.

Médecine moderne, 1893. Nach einem Referat in der *Révue générale d'Ophthalmologie*.
November 1893.

Charcot beschreibt unter dem Namen „Syndrome de Benedikt“ eine Affection, welche klinisch charakterisirt ist durch eine Paralyse des Okulomotorius einer Seite, einhergehend mit Intentionszittern der entgegengesetzten oberen Extremität. Die Lähmung ist mehr weniger vollständig, begleitet von Doppelsehen und Emporziehen der Augenbrauen auf der Seite der Augenmuskellähmung. Das Zittern besteht insbesondere in Pronations- und Supinationsbewegungen. Der Sitz der Läsion bei diesem Symptomencomplex ist an der untern und innern Partie des pedunculus cerebialis gelegen und zwar auf der Seite der Augenmuskellähmung. Die Natur der Läsion in dem Falle Benedikt war eine tuberkulöse.

Dieses Krankheitsbild ist in Beziehung zu bringen mit dem von Weber beschriebenen, wo die Augenmuskellähmung combinirt ist mit einer Lähmung der entgegengesetzten Gesichtseite, sowie der entgegengesetzten obern und untern Extremität. Es dürfte sich dabei wohl um eine Differenz des Grades der Läsion handeln. — Bei dem von Gubler-Millard beschriebenen Symptomencomplex ist die Bulbärportion der Protuberantia Sitz der Läsion. — Das erstgenannte Krankheitsbild Benedikt ist von der disseminirten Sclerose zu unterscheiden, und besteht der Unterschied vornehmlich in dem Fehlen des Nystagmus und der Steigerung der Reflexe. — Endlich wäre Hysterie auszuschliessen, welche zu Zittern und Blepharospasmus führt. Der Blepharospasmus könnte hierbei eine Augenmuskellähmung vortäuschen. Zum Unterschiede hierzu ist bei dem Symptomencomplex Benedikt stets ein Höherstehen der Augenbrauengegend vorhanden auf der Seite der Augenmuskellähmung. Bach.

152) Wickam, ulcérations buccales tabétiques. (Vortrag in Soc. franc. de dermatol.).

(Le Bullet. méd. 1894. Nr. 6.)

W. beschreibt eine besondere Ulceration am Munde, die sich im Verlaufe der Tabes einzustellen pflegt. Differentialdiagnostisch kommen Tuberculose, Syphilis, Phosphor necrose und mercurielle Stomatitiden in Betracht, von denen sie sich durch folgende charakteristische Eigenschaften unterscheidet:

- 1) Das Geschwür sitzt stets, entweder ganz oder nur zum Theil im Niveau der Alveolen; breitet sich später mehr oder weniger weit auf die benachbarten Schleimhäute aus.
- 2) Atonisches Aussehen.
- 3) Schmerzlosigkeit und Anästhesie.
- 4) Bei Untersuchung mittelst Sonde entdeckt man häufig eine Oeffnung, durch die man auf die entblösste Knochenoberfläche gelangt.
- 5) Die Entwicklung ist chronisch und rapid.

- 6) Die Zähne fehlen dabei entweder ganz oder nur theilweise; dieselben sind ohne Schmerzen ausgefallen.
- 7) Die Kiefer sind deformirt; die Anamnese wird ergeben, dass früher ein Abscess bestand, dass die Kieferknochen necrotisch wurden, dass ein Sequester sich los stieß etc., sowie dass der Ausfall der Zähne dem Beginne der Ulceration vorausging. — Dies alles ziemlich unbemerkt.

Fournier schlägt für die geschilderte Erscheinung die Bezeichnung
mal perforant buccal vor. Buschan.

153) **Brissaud**: de la sclérose latérale amyotrophique „Maladie de Charcot“. Leçon dans l'hospice de la Salpêtrière.

(Le Bulletin médical 1893. Nr. 90.)

Zwei vollkommen typische Fälle des von Charcot zuerst aufgestellten Krankheitsbildes der Amyotrophischen Lateralsklerose; ein vorgeschrittener Fall (seit 2 Jahren bestehend) und ein frischer, indessen immerhin schwerer Fall (seit 3 Monaten). Der erste Fall bietet schwere Bulbärscheinungen, im zweiten scheinen sich dieselben auch bereits einzustellen (Masseteren-Reflex).

Buschan.

154) **Joachimsthal**: Vorstellung eines Knaben mit spinaler Kinderlähmung der unteren Gliedmassen und des Rumpfes, welcher sich mit Hilfe der Hände fortbewegt. — (Berlin. medic. Gesellsch. 8. | X. 1893.)

(Berlin. Klin. Wochenschr. 1893 Nr. 48.)

Die Bewegung geht bei dem seit seinem 6. Lebensmonate gelähmten 6jährigen Knaben recht behende dadurch vor sich, dass derselbe bei etwas nach vorn geneigter Wirbelsäule beide Oberschenkel, stark flektirt und adducirt, an den Leib anlegt, dabei das linke Knie hinter und unter das rechte stemmt und, nachdem er sich so ein festes Stativ für den Rumpf geschaffen hat, mit beiden Händen die Füße von oben her umgreift und abwechselnd nach vorn hebt. Unterstützt wird dieser Gang durch beiderseitiges Genu valgum.

Hoppe.

155) **Feilchenfeld**: Demonstration eines Anfalls von geheilter Rückenmarksyphilis. (Berliner med. Gesellsch 29. | XI. 1893.)

(Berlin. Klin. Wochenschr. 1893 Nr. 5.)

Der Patient, welcher sich vor 2 Jahren inficirt, ein Vierteljahr nach der Infektion secundäre Erscheinungen und trotz der Quecksilberbehandlung (im ganzen hatte er 220 gm Ungu. oiner. verbraucht) mehrfache Recidive bekommen hatte, erkrankte Mai 1893 mit einem starken Schüttelfrost. Bald darauf heftige Schmerzen im Rücken, die vom letzten Brustwirbel gürtelförmig um den Leib zogen, Beschwerden bei der Urin- und Stuhlentleerung, leichte Ermüdbarkeit der Beine, welche sich in den nächsten Tagen unter Zunahme aller Beschwerden bis zur Ataxie (bei Erhaltung der Patellarreflexe) steigerte. Nach 2 Wochen vollständige Paraplegie. Leichte Temperaturerhöhung.

Die Diagnose wurde auf Myelomeningitis syphilitica gestellt und darauf hin eine energische Schmiercur mit Schwitzbädern eingeleitet, welche

nach 6 Wochen eine ziemlich vollständige Heilung herbeiführte. Bei der Vorstellung bestand nur noch Herabsetzung der Sensibilität auf dem linken Bein und des Temperatursinnes.

Hoppe.

156) **J. Hughlings Jackson**: Neurological Fragments.

(The Lancet, 15. Juli 1893, p. 128.)

H. berichtet über zwei Fälle von ophthalmoplegia externa mit Paresis des Orbicularis palpebrarum und sucht in seinen Ausführungen über sie die von Mendel ausgesprochene Ansicht, dass die Nervenfasern des Orbicularis palp., obgleich sie durch die des VII. Nerven austreten, nicht vom VII. Kern, sondern vom III. Nervenkern entspringen, zu unterstützen.

Wichmann.

157) **Genouville**: Fracture de la base du crâne avec paralysie du nerf moteur oculaire externe. — Autopsie avec notice de M. le professeur Panas.

(Archiv d'Ophthalmologie 1893, p. 65.)

G. veröffentlicht einen Fall, bei welchem in Folge von Schädelbasisfracturen eine Lähmung beider nervi abducentes aufgetreten war. Letztere wurde zurückgeführt auf die enge Verbindung genannter Nerven mit dem Periost an der Spitze des Felsenbeines, an welcher Stelle man häufig Läsionen bei Schädelbasisfracturen findet. — Die Autopsie brachte die Bestätigung der gehegten Vermuthung.

Bach.

158) **Theodor Sachs**: Studien zur Pathologie des Nervus opticus. — II. Weiterer anatomisch-klinischer Beitrag zur Kenntniss des Centralscotoms bei Sehnervenleiden.

(Arch. f. Augenheilk., 27. 3—4.)

S. beschäftigt sich vorzugsweise mit der typischen Intoxicationsamblyopie, wirft aber auch interessante Streiflichter auf verwandte Erkrankungen des Sehnerven, so die Alcoholneuritis, die eigentliche retrobulbäre Neuritis, die sogen. „reflectorische“ Amblyopie. Letztere, die Neuritis retrobulbaris in der Gefolgschaft der V-Neuralgie, erscheint ihm „als Coeffect einer Noxe, die mehrere Nerven gleichzeitig oder bald nacheinander betroffen hat“ (S. 195). Für die Ursache der typischen Intoxicationsamblyopie hält er mit Groenouw (vgl. Ref. Nr. 76 in ds. Cbl. 1893) den Tabak. Disponirend wirkt chronischer Magencatarrh. Auch Frauen können erkranken. Die paracentral aussen vom Fixirpunkt gelegene Stelle des Gesichtsfeldes, an welcher die Funktionsstörung beginnt, culminirt und am längsten andauert, nennt S. die „Kernstelle“. An der Hand eines zur Section gekommenen, klinisch und anatomisch genau untersuchten Falles von Intoxicationsamblyopie sucht Verf. nachzuweisen, dass der Ausgangspunkt des entzündlichen Degenerationsprocesses im Sehnerven nicht unmittelbar hinter dem Bulbus, sondern weiter rückwärts, an der orbitalen Windung des Canalis opticus, zu suchen sei. An dieser Stelle liegen, wie ein Schema versinnbildlicht, die Foveafasern central (axial) im Sehnerven, die Fasern der „Kernstelle“ (Fasern der medialen Maculahlälfte) paracentral aussen und die Fasern der lateralen Maculahlälfte paracentral innen vom Centrum des Querschnittes. Die vermuthliche Ursache und zugleich die

Erklärung für die Symmetrie der Erkrankung des beiderseitigen Papillomaculärbindels glaubt S. gefunden zu haben in pathologischen Veränderungen (Endo- und Periphlebitis) im Bereich der Vena centralis postica, auf deren Verhalten daher bei künftigen Untersuchungen genauestens zu achten sein wird.
Heddaeus (Essen).

159) **Grabower**: Ein Fall von Kehlkopfmuskellähmung. Votr. in der Berl. med. Gesellsch. 26. IV. 1893.

(Berl. kl. Wochenschr. 1893, Nr. 21.)

Es handelt sich um eine rechtsseitige Posticuslähmung, welche G. bei einem 40jährigen, hereditär nicht belasteten Manne constatirt hatte, der vor 1 $\frac{1}{4}$ Jahren mit Klagen über Schmerzen um den Nabel herum, Sausen im Kopf, Schlaflosigkeit und leichter Ermüdbarkeit zu ihm gekommen war. Objectiv liess sich ausser der Posticuslähmung nur noch Pupillendifferenz constatiren.

G. stellte schon damals, eingedenk einer Reihe in der Literatur beschriebener Fälle, wo bei deutlich ausgesprochener Tabes Posticuslähmung (sowohl einseitige, wie doppelseitige) constatirt worden ist, mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Tabes. Seitdem sind eine Reihe von Erscheinungen aufgetreten, welche das Vorhandensein der Tabes deutlich erkennen lassen: Beträchtliche Einbusse der Sensibilität an den unteren Extremitäten und an der Bauchhaut, verlangsamte Empfindungsleitung für Temperaturreize, Abnahme der Patellarreflexe und eine gewisse Ataxie an den Fingern. G. hat in der Literatur nur noch 2 Fälle gefunden, wo die Posticuslähmung lange Zeit nahezu das einzige Symptom der Tabes war, einen Fall von Remak (einseitige Posticuslähmung) und einen Fall von Semon, wo die doppelseitige Posticuslähmung 2 Jahre dem deutlichen Ausbruch der tabischen Symptome vorherging.
Hoppe.

160) **M. Zeller**: Ein seltener Fall von spontaner Gangrän. (Aus der chirurg. Abth. des Augustahospitals zu Berlin).

(Berlin. Klin. Wochenschr. 1893 Nr. 52.)

Bei dem 20jährigen seit vielen Jahren an anämischen Beschwerden, Kopfschmerzen und Schwindelanfällen leidenden Mädchen traten zuerst vor einem Jahre (Oct. 1892) reissende Schmerzen in den Gelenken des rechten Armes an, wozu sich eine gewisse Schwäche des Arms und zeitweilig Kriebelgefühl in der rechten Hand gesellte, während die Fingerspitzen eine bläuliche Färbung annahmen. 1 Monat später plötzliche Verschlimmerung: heftige, besonders Nachts sich einstellende Anfälle von Schmerzen und Kriebeln in der rechten Hand abwechselnd mit zeitweiliger vollständiger Gefühllosigkeit der ersten Phalangen sämtlicher Finger. Nach einem solchen Anfall im Dezember zeigten sich sämtliche Fingerspitzen dunkelblau und gefühllos und, da die Gangrän aufwärts fortschritt, mussten am 15. Dezember sämtliche 5 Finger in der Mitte der zweiten Phalangen amputirt werden. Bei der Operation spritzte keine Arterie, während die parenchymatöse Blutung auffallend stark war, auch schritt die Heilung sehr langsam von Stelle. — Der Puls der Arterien des rechten Arms zeigte sich übrigens wesentlich herabgesetzt.

Der Verlauf des Falles und die aetiologischen Verhältnisse entsprachen vollständig dem Bilde der Raynaud'schen angiospastischen Gangrän, nur dass die Symmetrie der Erkrankung fehlte. Trotzdem ist Z. beim Versagen aller andern Erklärungsversuche geneigt, den Fall der Raynaud'schen Krankheit zuzurechnen. Wahrscheinlich war der rechte Arm durch die primäre Verengung der rechten Arterien besonders prädisponirt

H o p p e.

161) **Fournier:** Neurasthénie d'origine syphilitique.

(Le Bulletin médical 1893. Nr. 80, 81, 82.)

Die syphilitische Neurasthenie ist eine Erscheinung, die verhältnissmässig häufig im Beginne des zweiten Stadiums der Lues und im ganz besonderen bei gewissen jungen Frauen, die zweifelsohne von Natur hierfür disponirt sind, beobachtet wird. Das Bild, das sie darbietet, ist ebenso protensartig, wie das der gewöhnlichen Neurasthenie; wie diese vergesellschaftlicht sie sich sehr oft mit hysterischen Erscheinungen und zeigt sich dann vollkommen als Hystero-Neurasthenie.

Diese Thatsachen setzt F. als bekannt voraus. Seine diesmaligen Auseinandersetzungen betreffen neue Beobachtungen. Die Neurasthenie oder Hystero-Neurasthenie syphilitischen Ursprunges kann sich auch zu anderen Stadien der Grundkrankheit als zu dem oben angegebenen Termine, entweder früher oder später (2—3 Jahre, seltener 5—7 Jahre nach der Ansteckung) einstellen und dies obendrein als isolirte Erscheinung, ohne dass sonstige syphilitische Erscheinungen bestehen. -- Im Spätstadium der Lues repräsentirt sich diese Neurasthenie unter zwei Haupttypen, entweder als eine forme fruste, die sehr häufig ist: und zwar als neurasthenische Cephaläa, oder als ein vollständiger Typus, der indess seltener ist: als Cerebrasthenie bezw. Myelasthenie.

Die häufigste Erscheinung ist, wie gesagt, das neurasthenische Kopfweh. Dasselbe verdient kaum die Bezeichnung eines wirklichen, peniblen Schmerzes (wie im 2. und 3. Stadium), sondern nur die eines unbestimmten Missempfindens im Kopfe; theils wird es als „schwerer Kopf“ (wie nach einer durchschwärmten Nacht), theils als das Gefühl eines auf dem Schädel lastenden Druckes angegeben. Differentialdiagnostisch ist für diesen Kopfschmerz von Bedeutung, dass er im allgemeinen nicht zur Nachtzeit, sondern bei Tage und zwar hauptsächlich am Morgen beim Erwachen sich einstellt, dass er manchmal durch die Mahlzeiten erleichtert wird, um aber nachher heftiger zu exacerbiren, dass er durch geistige Arbeit, Lectüre, Conversation, helles Licht, Geräusche etc. gesteigert wird, dass er sich endlich nie in so heftiger Weise äussert, dass der Kranke sich niederlegen muss, sondern seinem Berufe ruhig weiter nachgehen kann. Gegenüber dem eigentlichen syphilitischen Kopfschmerze (im 2. und 3. Stadium) kommen in Betracht: die viel geringere Schmerzhaftigkeit, das Fehlen der nocturnen Exacerbationen, die zumeist erfolglose antiluetische Behandlung und die langwierige Dauer der neurasthenischen Cephaläa.

Die zweite Form der Neurasthenie syphilitischen Ursprunges pflegt in nichts von dem Bilde der genuinen Neurasthenie abzuweichen. Auch an ihr lassen sich, je nach dem Vorherrschenden cerebraler, medullärer, sympa-

thischer etc. Symptome eine cerebrale (Cerebrasthenie), medulläre (Myelasthenie), cerebro-spinale, sympathische oder viscerale, monosymptomatische — wenn nur ein einziges Symptom vorhanden ist — u. a. m. unterscheiden. Bei dieser Gelegenheit erörtert F. ausführlich die Differentialdiagnose zwischen Cerebrasthenie bezw. Myelasthenie und pseudotabischer Neurasthenie einerseits und wirklicher progressiver Paralyse und echter Tabes andererseits.

Als dritte Form, die übrigens recht häufig sein soll, stellt F. noch die von ihm *forme vague et bénigne* bezeichnete auf. Dieselbe, eigentlich eine Varietät der zweiten Form, äussert sich in einer Anzahl bestimmter Symptome, die sich hinsichtlich ihrer Intensität gleichmässig verhalten, wobei es also kein besonders hervorstechendes Symptom, wie bei dieser letzteren giebt, und nimmt nie die Heftigkeit der beiden ersten Typen an.

Die chronische Form der Neurasthenie syphilitischen Ursprunges combinirt sich manchmal mit besonderen psychischen Störungen, die sich in eigenartigen, hypochondrischen Wahnvorstellungen, der sog. Syphilophobie äussern.

Was die Prognose der Krankheit betrifft, so ist dieselbe in dem gleichen Sinne, wie bei der vulgären Neurasthenie zu stellen; von Wichtigkeit ist nur zu wissen, dass jene immer recht lange anhält (bei Entstehung im Frühstadium der Lues im Mittel 6—10 Monate; im späteren Stadium selbst Jahre lang) und, falls sie geheilt wird, immer eine Schwäche des Nervensystems noch zurücklässt. — Trotz ihres spezifischen Ursprunges ist die syphilitische Neurasthenie für eine spezifische Behandlung (Jod, Mercur) unzugänglich. Es bleibt daher nur übrig, sie nach den bekannten Grundsätzen der gewöhnlichen Neurasthenie zu behandeln.

Zum Schluss discutirt F. noch die Frage, ob man in der That berechtigt ist, eine spezifische Neurasthenie syphilitischen Ursprunges aufzustellen. Folgende Gesichtspunkte scheinen ihm für solche Annahme beweisend zu sein: 1) Das häufige Auftreten derselben im Verlaufe der Syphilis; 2) gewisse Bedingungen, an welche dieses Auftreten geknüpft ist (gleichzeitig mit dem Einsetzen eigentlicher syphilitischer Erscheinungen); 3) der Ausschluss jeglicher anderer Ursachen in einer Reihe von Fällen; 4) die Thatsache, dass die Syphilis aus verschiedenen Gründen besonders geeignet erscheint, neurasthenische Erscheinungen hervorzurufen. — F. giebt für den letzten Punkt als Beweis eine Statistik, die sich auf 3429 Fälle bezieht und darthut, wie alle Theile des Körpers und in welchem Procentsatz dieselben, im besonderen das Nervensystem (in 1085 Fällen davon) von der Syphilis mitergriffen werden.

Buschan.

162) M. Friedmann: Zur Akroparästhesie.

Im Anschlusse an 8 von ihm selbst beobachteten und hier zur Kenntniss gebrachten Fälle giebt F. ein recht anschauliches Bild dieser Erkrankung. Er will die Akroparaesthesie als einen *morbus sui generis* betrachtet wissen und theilt sie in Bezug auf ihren klinischen Verlauf in 3 Formen ein, eine *passagere* und *intermittierende*, eine *akute* und *subacuta* und eine *chronische*. Die erste Form ist nach F.'s Ansicht die häufigste.

In Bezug auf die Aetiologie unterscheidet er 3 resp. 4 Arten des selbstständigen Auftretens. Die erste Form beruht auf allgemeiner Anämie,

besonders dann, wenn Störung und Schwächung der Blutcirkulation, Arterienrigidität oder Fettherz hinzutritt. Die letztgedachten Fälle sind zugleich von schleppendem und chronischem Verlaufe. Auch F. misst der allgemeinen Neurasthenie, wie Schultze, keinen prägnanten Einfluss bei. Die zweite Form ist bedingt nach F. durch Kälteeinfluss, die dritte ist zurückzuführen auf abortive Schlaganfälle, die vierte entwickelt sich auf dem Boden der rheumatischen Anlage. Von hieraus hat die Akroparästhesie Berührungspunkte mit leichter Neuritis und Neuralgiefällen.

Wenn F. nun auf das Wesen, die Grundlage und die Lokalisation des Leidens zu sprechen kommt, so muss er, um seine Vermuthung, dass der Sitz der Erkrankung peripher ist, aufrecht zu erhalten, von vornherein die 3. Klasse seiner ätiologischen Einteilung fallen lassen. Damit hat die Darstellung des Ganzen an Uebersicht verloren, denn diese ganze Klasse ist für die Krankheit *sui generis* ausgefallen. Die Entstehung der peripheren Akroparaesthesia führt er dann auf Störungen der Blutcirkulation an dem durch andere Einflüsse schon irritierten Nerven zurück und kommt zum Schlusse, dass es sich um eine typische und leichte Form von funktioneller Neurose der peripheren sensiblen Extremitätennerven handle.

Die Prognose ist nach F. ziemlich günstig. Therapeutisch sind, medicamentös und diätetisch, roborierende Massnahmen am Platze, örtlich: schwedische Heilgymnastik, schottische örtliche Douchen, besonders aber Electricität. Anzuwenden sind erst schwächere, dann mittelstarke gemischte Ströme, das monopolare Lokalbad, oder der Pinsel in der Absicht, einen arteriellen Zufluss zu den Nerven zu erzeugen. Dauber.

163) **C. W. Suckling**: Functional ophthalmoplegia with general paralysis in young women.

(Brit. med. J. p 634. 1893.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Ophthalmoplegie, welche er bei jungen Frauen beobachtet; damit verbunden war eine starke Herabsetzung der Fähigkeit, sich zu bewegen. Die functionelle Schwäche war so stark dass einige Schritte sie ermüdeten, und dass das Einhergehen fast unmöglich war. Sie konnten die Arme weder ausstrecken, noch auf den Kopf legen, die Augenbewegungen waren sehr stark herabgesetzt, es bestand Nystagmus und Ophthalmoplegia externa mit Doppelsehen und Strabismus. Beide konnten nur schwer sprechen und ermüdeten rasch dabei. Das Schlucken und Kanen war sehr erschwert.

Das Leiden fing vor 3 Jahren allmählich an. Niemals bestanden vorher Convulsionen, hysterische Anfälle oder Sensibilitätsstörungen. Die eine Patientin bot Störungen vonseiten der Kehlkopfmuskulatur.

Verfasser glaubt, dass es sich um ein rein functionelles Leiden handelt, welches in gewissen Zusammenhang mit der Basedow'schen Krankheit gebracht werden könne. Bach.

164) **Albert Mathieu**: La Polyurie hystérique.

(Revue neurologique 1893, Nr. 19.)

Die hysterische Polyurie ist keine Seltenheit. In den Pariser Spitätern wurden binnen 2 Jahren 22 oder 23 derartige Fälle beobachtet. Die

hysterischen Polyurischen sind fast immer Männer. Mathieu unterscheidet 2 Typen der Affection, eine kleine Polyurie mit Ausscheidung von 5—6 Liter Urin und eine grosse Polyurie mit 20—30 Liter Urin pro die; zu meist beträgt die tägliche Urinmenge 4—8 Liter. Die von der Affection Heimgesuchten klagen über häufiges Harnbedürfniss, mehr minder heftigen Durst, körperliche und geistige Schwäche; bei längerem Bestehen der Polyurie stellt sich auch Anämie und Abmagerung ein. Der Urin ist um so weniger gefärbt, je reichlicher dessen Menge, und enthält weder Eiweiss noch Zucker. Der Gehalt an Phosphorsäure ist nach Ehrhardt normal, die Harnstoffmenge normal oder erhöht, je nach der Ernährung der Kranken, der Kochsalzgehalt immer vermehrt.

Für die hysterische Natur einer einfachen Polyurie können verschiedene Umstände sprechen: deren Zusammentreffen mit hysterischen Zufällen, ihre Entstehungsweise, ihr Verschwinden und Wiedererscheinen unter dem Einflusse von Suggestionen. Oeflers finden sich neben der Polyurie Stigmata der Hysterie, mitunter sind derselben hysterische Zufälle vorhergegangen. Nicht selten tritt die Affection plötzlich im Gefolge heftiger gemüthlicher Erregungen, einer mächtigen physischen Erschütterung, insbesondere einer Erschütterung des Kopfes, auf. Den Einfluss der Suggestion auf die hysterische Polyurie hat Babinski zuerst dargelegt. Die Suggestion kann auch in larvirter Form wirken. Ein Kranker Thiroloix's nahm Kochsalz in dem Glauben, dass es sich um ein höchst wirksames Mittel handle, und sah seine tägliche Harnmenge von 25 auf 3 Liter herabgehen. Nachdem durch die Suggestion der Nachweis des Vorkommens einer physisch bedingten, von anderen Zeichen der Hysterie unabhängigen Polyurie erbracht ist, hält M. auch die Frage für berechtigt, ob die hysterische Polyurie nicht bestimmt ist, künftig alle Fälle von Polyurie oder einfachem Diabetes in sich zu vereinigen, welche von organischen Läsionen unabhängig sind. Einen Entscheid hierüber können nur weitere Beobachtungen liefern. Jedenfalls empfiehlt es sich, bei Kranken mit Diabetes insipidus sorgfältig nach den Stigmen der Hysterie zu forschen.

L. Löwenfeld.

165) S. Kamiński: Das Anfangsstadium der Hysterie beim Kinde.
(Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F., Bd. XXXVI, Heft 3 u. 4.)

K. hält es für nothwendig, casuistische Daten, das alltägliche physische und psychische Leben der Hysteriker betreffend, zu geben, um zu unterscheiden, was von den Symptomen unveränderlich und was von zufälligen Ursachen abhängig sei. In dieser Beziehung kann die Hysterie der Kinder, die in einer grossen Anlage von functionellen Störungen besteht, ein deutliches Bild der Krankheit geben. K. bespricht dieses Thema im Anschluss an die während 2 Jahren fortgesetzte genaue Beobachtung eines zehnjährigen Knaben. Dieses Kind stammt aus einer hereditär belasteten Familie, war das Lieblingskind seiner nervös reizbaren Mutter, welche ihn auf der einen Seite verweichlichend, — er durfte nur warm baden, musste stets sehr warm angezogen sein — auf der anderen Seite ihm, modernen Abhärtungstheorien huldigend, unerhörte Anstrengungen zumuthete — ohne Rücksicht auf das Wetter ein täglicher zweistündiger Spaziergang. — Ausserdem hatte der Knabe keinen Umgang mit Altersgenossen, wurde mit

geistiger Arbeit überladen und bekam „zur Stärkung“ wahrhaft ungeheure Mengen von Alcohol.

Ein graciler Knabe, der für sein Alter mehr als mittelmässig gewachsen war, der nie ernstlich krank war, dagegen viel kränkelte, häufig an nervöser Dyspepsie litt. Die Reflexe waren normal, die Bewegungen die eines Astatickers. Dabei bestand etwas Platzfurcht, unnöthige Rumpf- und Armbewegungen fielen beim Gehen auf. Die Füsse wurden dabei entweder unnöthig hoch gehoben und stampfend aufgesetzt, oder sie wurden schleifend nachgeschleppt. Ruhiges Sitzen oder Stehen war nicht eine Minute lang möglich. Beim Sitzen wurden die unmöglichsten Stellungen eingenommen; körperliche Uebungen wurden, wahrscheinlich wegen der mangelhaften Ausbildung des Muskelsians, ungeschickt ausgeführt. Ausserdem fiel auf: oftmaliges lautes, lang dauerndes Gähnen, häufiges Aufseufzen bei der Arbeit, krankhaftes Lachen und Weinen, Anfälle von Dyspnoe und Drücken im Schlunde, Emporschnellen während des Einschlafens, pavor nocturnus mit Hallucinationen, grosse Beweglichkeit, rasches Ermüden; psychisch: Gleichgültigkeit gegen Lob oder Tadel, Verlogenheit, komödiantenhaftes Wesen. Hyperästhesie oder Anästhesie der Haut war nicht anzufinden, dagegen bestand eine gewisse Hyperästhesie gegen Licht, geringerer Grad von Farbenblindheit, wobei jedoch die Grundfarben noch unterschieden werden konnten. Dann fiel noch sehr labile Gemüthsstimmung auf, jeder Eindruck rief eine sehr heftige Reaction hervor. Die Neigung zum Benommiren mit seinen Kenntnissen und zum Klagen kleiner immerwährender Beschwerden vollendete das Bild einer typischen Hysterie, vorbereitet durch hereditäre Disposition, hervorgerufen und genährt durch falsche Erziehung.

Nachdem K. an der Hand der Symptome die Diagnose der Hysterie besprochen, geht er dazu über, seine Ansicht über die Pathogenese dieser Erkrankung darzulegen. Er sucht den Sitz der hysterischen Störungen im Gehirn und zwar hält er sie für eine Rindenneurose. Er stimmt darin den Ansichten Georget's bei, der dafür folgende Gründe angiebt: „1. Thatsachen: Der krankheitserregende Einfluss der moralischen Ursachen, die Umwandlung der Gefühle und Geistesanlagen, die Verwandtschaft der Hysterie mit dem Irrsinn; 2. Vernunftschluss: Das Gehirn ist die Quintessenz (Kern) des ganzen Nervensystems, desswegen fasst eine Gehirnneurose alle anderen Neurosen zusammen“.

Dann geht K. auf die Theorie von Möbius ein, der alle jene krankhaften Veränderungen des Körpers für hysterische hält, welche durch Vorstellungen erzeugt werden. Vorstellungen können nach M.'s Ansicht somatische Veränderungen überhaupt hervorrufen; bei der Hysterie können diese nur sehr leicht entstehen und eine grosse Kraft erreichen. Gegen diese Theorie wendet K. ein, dass sie nicht alle Symptome der Hysterie erkläre und dass sie zu ihr Dinge hinzufüge, die nicht zu ihr gehören. Möbius begründet seine Theorie dadurch, dass er sagt, dass Vorstellungen hysterische Symptome überhaupt hervorrufen könnten, also nehme er an, dass alle hysterischen Symptome dadurch verursacht seien, und weiter, dass es deswegen unzulässig sei, die somatischen Symptome gewisser Irren auf Vorstellungen zu beziehen, weil sie sich ausser dem Bewusstsein der Kranken entwickelten, ganz im Gegensatz zur Hysterie. Diese Begründung sucht

K. zurückzuweisen, denn auch beim Hysteriker liege der Vorgang, in Folge dessen er z. B. gelähmt wird, ausserhalb seines Bewusstseins.

Nach weiteren, höchst interessanten Ausführungen der Ansichten der einschlägigen Autoren über die Beziehungen der Geisteskrankheiten zur Hysterie geht K. noch näher auf die Theorien Benedikt's und Oppenheim's ein, welche die Ursachen der Hysterie in einem Gleichgewichtsmangel des Nervensystems suchen, und auf die Ribot's, der sie in einer Störung der Willensentwicklung sieht, welch' letztere Ansicht von vielen Autoren und auch von ihm getheilt wird; so sagt z. B. Jaccoud, dass die entwickelte Krankheit 2 Grundelemente zeigt: Die Abschwächung der Gehirnthätigkeit — des Willens — (eine Gehirnlähmung neben einer Hebung der automatischen Markthätigkeit (Marktberreizbarkeit).

Auf Grund aller seiner Ausführungen kommt K. zu folgenden Schlüssen :

1. Die Hysterie ist eine Krankheit der psychischen Entwicklung, und darum muss man ihre Anfänge in der Kindheit suchen. Diese Lebensperiode ist auch der therapeutischen Einwirkung am günstigsten.
2. Die fehlerhafte psychische Entwicklung der Hysteriker besteht in der Bildung von unvollkommenen und undauerhaften Sinnes- und Bewegungsbildern in ihrem Gemüte.
3. Die unmittelbare Folge dessen ist die Missbildung des Willens bei Hysterikern. Die Hysterie ist also eine Krankheit der Willensentwicklung.
4. Der Willensmangel zieht nach sich eine psychische und eine motorische Ueberbeweglichkeit, deren Hauptausdruck darin besteht, dass jeder Reiz sich hauptsächlich auf motorischen Wegen verbreitet.
5. Die Sensibilitätsstörungen, obwohl sie manchmal sehr ausgeprägt und augenscheinlich sind, sind aber keine Grund- und Hauptmerkmale der Hysterie, das, was die französische Schule die hysterischen Stigmata nennt. Im Gegenteil sind die Sensibilitätsstörungen nur Symptome, die die motorischen Störungen begleiten und komplizieren.
6. Der Hysteriker bleibt seiner psychischen Anlage ungeachtet immer ein Kind in psychischer Hinsicht: seinem Gehirn fehlt es an Gleichgewicht, Schwere, wie dem Gehirn des Kindes; alle Empfindungen rufen bei dem einen, wie bei dem anderen Gemüthszustände hervor, die den Reizen gar nicht entsprechend sind. Derselbe Gleichgewichtsmangel, der aus einem jungen Mädchen eine Hysterische macht, macht auch aus dem Gehirne des Kindes einen sehr günstigen Boden zum Keimen und zur Entwicklung dieser Krankheitskeime, die wir für die Ursache betrachten, welche die Hysterie hervorrufen.“

Die Therapie der Hysterie im Kindesalter bezweckt nach Kamiński, die Erziehung so einzurichten, dass der Ausbildung eines starken Willens am meisten Rechnung getragen wird. Die Prunkwissenschaften: Conversation in fremden Sprachen, Musik sind in den Hintergrund zu stellen, dagegen verspricht sich K. zur Uebung und Stählung der Aufmerksamkeit von dem Studium der klassischen Sprachen und der Mathematik Gutes. Der Unterricht muss ernst betrieben werden.

Betreffs der moralischen Erziehung soll das Erwecken sittlicher Instinkte Hauptaufgabe sein.

Ausserdem empfiehlt er kalte Uebergiessungen, Gymnastik, jedoch darf diese nicht im Uebermass betrieben werden, um nicht zu stark zu ermüden.

Von der Entfernung der Patienten aus der schädlichen Umgebung verspricht sich K. einen günstigen Einfluss, jedoch keine direkte Heilung, vielmehr legt er den Schwerpunkt der Therapie auf die Ausbildung eines starken Willens.

Die Lektüre dieser äusserst interessanten und gründlichen Arbeit wird jedem, der sich für dieses Thema interessirt, ein hoher Genuss sein.

Dauber.

166) **F. Kjellmann**: Tvånne fall af epileptiforma anfall, beroende på förändringarna inom näskaviteten. (Zwei Fälle von epileptiformen Anfällen, auf Veränderungen innerhalb der Nasenböhlen beruhend.)

(Hygiea 1893, S. 154.)

I. Zwölfjähriger Schuljunge hatte im Laufe der Jahre 1886 und 87 einige Male früh Morgens vor dem Erwachen Krampfanfälle gehabt. Im Jahre 1888 wurden die Anfälle heftiger, waren mit vollkommener Bewusstlosigkeit und unfreiwilliger Urinentleerung verbunden. Bei der Untersuchung im December 1888 fand der Verf. eine weiche Hypertrophie der beiden unteren Conchæ. Nach der Cauterisation derselben blieben die Anfälle ein halbes Jahr aus. Da wieder ein neuer Anfall eintrat, wurde die Schleimhaut der Concha infima, welche stark geschwollen war, auf's Neue cauterisirt. Später ist er völlig frei von Anfällen geblieben. Es war keine Disposition zu Nervenkrankheiten in der Familie. Das Kind war bisher immer gesund gewesen.

Der Verf. hat 15 ähnliche Fälle in der Literatur gefunden.

II. Sechsjähriger Schuljunge hatte in den letzten 2½ Jahren früh Morgens theils in bewusstem, theils in unbewusstem Zustande leichtere und schwerere Convulsionen gehabt und zwar bei den leichteren Anfällen nur in der linken Oberextremität. Bei diesen rief er, wenn er aus dem Bette herausgenommen wurde, öfters aus: Ich ersticke! Bei der Untersuchung, Januar 1891, fand der Verf. eine weiche Schwellung der Schleimhaut auf der Concha infima. In den letzten 3 Jahren pflegte das Kind während des Schlafs den linken Daumen im Munde zu halten und mit den übrigen Fingern das linke Nasenloch zu schliessen. Cauterisation der rechten Concha infima hatte keine Wirkung. Dagegen hörten die Anfälle gleich auf, da das Kind gehindert wurde, das linke Nasenloch zuzustopfen. Nach der Ueberzeugung des Verfassers wurde der Krampf in diesem Falle von einem Asthmanfall eingeleitet und beruhte in letzter Instanz auf gehinderter Nasenrespiration.

Koch (Kopenhagen).

167) **J. Voisin et A. Person**: Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques.

(Arch. de Neurol. XXIV., 71 u. XXV, 73.)

Die Verff. setzen in der vorliegenden Arbeit ihre Untersuchungen über die Veränderungen des Urins bei Epileptikern fort. Während sie in ihrer letzten Arbeit (Arch. de Neurol. XXIII, 69) das Auftreten von Eiweiss im

Harn studirt hatten, beschäftigen sie sich jetzt mit der verschiedenen Giftigkeit des Urins vor, während und nach einzelnen, oder serienweise auftretenden Anfällen, im status epilepticus und während der postparoxysmalen Verwirrtheit etc. Unter einer Serie von Anfällen wollen Verff. verstanden wissen, dass eine längere Reihe von Tagen hindurch täglich ein, oder einige wenige Anfälle auftreten, auf die dann eine längere anfallsfreie Zeit folgt. Zur Untersuchung wurde der Harn von erwachsenen Frauen verwandt, die an genuiner Epilepsie litten. Es wurde die 24stündige Harnmenge sorgfältig gesammelt, ein Theil davon klar filtrirt und langsam in die Ohrvene eines gesunden Kaninchens injicirt; anfangs wurde auch an Meerschweinchen experimentirt, denen kurz vor, oder nach einem Anfall gelassener Harn in die Schenkel- oder Armvene injicirt wurde. Bei sämmtlichen Thieren trat, wenn genügende, der Giftigkeit des Harns entsprechende Mengen injicirt waren, unter heftigen Convulsionen der Tod ein. Auf Grund ihrer Versuche über die sie ausführliche Protokolle mittheilen, halten sich die Verff. zu folgenden Schlüssen für berechtigt:

1. Vor einer Serie von Anfällen verringert sich die Giftigkeit des Urins beträchtlich.
2. Während der Serie besteht diese Hypotoxioität weniger deutlich fort.
3. Nach der Serie steigt die Giftigkeit an und übertrifft sogar die normale; besteht nach scheinbarem Aufhören der Serie die Hypotoxioität fort, so ist mit Sicherheit anzunehmen, dass die Serie noch nicht beendet ist, und dass noch weitere Anfälle folgen werden.
4. In der anfallsfreien Zeit ist die Giftigkeit des Harns die gleiche, oder geringer als bei Gesunden.
5. Epileptische Verwirrtheitszustände gehen fast stets mit Hypotoxioität einher.

Zwischen der Harngiftigkeit und den Anfällen scheinen also bestimmte Beziehungen zu bestehen, und da nun sehr oft den Anfällen Uebelkeit, schlechter Geschmack, Appetitlosigkeit etc. vorausgehen, die auf eine gastrische Störung hindeuten, so liegt es nahe, nach einer gemeinsamen Ursache für diese Verdauungsstörungen, die Hypotoxioität des Harns und das Auftreten von Anfällen zu suchen, und diese kann darin gefunden werden, dass in dieser Periode Toxine noch unbekannter Art im Körper zurückgehalten werden, die unter normalen Verhältnissen im Harn ausgeschieden werden, jetzt aber die erwähnten Störungen hervorzurufen im Stande sind.

Am Ende einer Serie von Anfällen tritt oft vermehrte Schweisssecretion, Polyurie und Durchfall auf, dadurch werden die im Körper angehäuften Toxine ausgeschieden: die Giftigkeit des Harns nimmt zu, die Anfälle hören auf. Ist die vorgetragene Ansicht richtig, so muss zur Zeit der Intoxication der Zustand der secretorischen Organe, uamentlich der Nieren, von besonderer Wichtigkeit sein. Ist deren Function in erheblichem Maasse gestört, besteht stärkere oder geringere Albuminurie, so ist die Möglichkeit für eine schnelle und genügende Ausscheidung der Toxine eine geringere, und die Gefahr für das Leben wächst in gleichem Masse. Im status epilepticus soll man daher die mangelnde Ausscheidung der Giftstoffe durch Abführmittel oder Darmeingiessungen zu befördern suchen und soll, in verzweifelten Fällen auch vor einem Aderlass nicht zurückschrecken, um

dem Körper mit dem Blute wenigstens einen Theil des Giftes zu entziehen. Als eine weitere Stütze für die Richtigkeit ihrer Ansichten weisen die Verf. auf die Aehnlichkeit der Epilepsie mit der Eclampsie hin, bei der während der Anfälle das Blutserum Hypertoxicität, der Harn aber Hypotoxicität zeigen soll. Sie geben freilich selbst an, dass sie die Giftigkeit des Blutstromes bei Epileptikern nicht geprüft haben (!), zweifeln aber doch nicht daran, dass analog den Eclamptischen auch das Serum der Epileptiker während der Anfälle giftiger sein wird, als in der anfallsfreien Zeit, und werden auch hierdurch noch in ihren Auffassungen bestärkt, dass der epileptische Anfall hervorgerufen wird durch eine Autointoxication bei besonders prädisponirtem Nervensystem.

Falkenberg-Lichtenberg.

168) A. Fournier: *Épilepsie parasyphilitique.*

(Revue neurologique, Nr. 22, 1893.)

Fournier unterscheidet neben der symptomatischen Epilepsie bei Gehirnluës als späte Folge der Syphilis noch eine parasyphilitische Epilepsie. Während erstere alsbald mit anderen Symptomen cerebraler Erkrankung sich verbindet und zumeist wenigstens einer specifischen Behandlung sich zugänglich erweist, bewahrt die parasyphilitische Epilepsie viele Jahre hindurch den Character der genuinen Epilepsie (Epilepsie-neurose), i. e. sie vergesellschaftet sich nicht mit anderen cerebralen Symptomen. Die parasyphilitische Epilepsie gehört der tertiären Periode der Lues an, tritt gewöhnlich 10—20 Jahre nach der Infection auf und äussert sich in grossen und kleinen Anfällen. Durch antiluetische Behandlung wird sie in keiner Weise beeinflusst, dagegen durch Brommittel gebessert, jedoch nicht geheilt. Fournier hält es nicht für wahrscheinlich, dass die parasyphilitische Epilepsie durch Läsionen von der Art bedingt ist, wie sie bei Gehirnluës gefunden werden. Nach seiner Ansicht verhält sich diese Epilepsie zur Syphilis, wie die Pigmentsyphilis, die Tabes, die Neurasthenie, die progressive Paralyse, d. h. die Epilepsie ist zwar von der Lues abzuleiten, hat aber nicht die Natur einer syphilitischen Manifestation.

L. Löwenfeld.

169) R. Massalongo: *Contribution à la pathogenèse de la chorée molle.*

(Revue neurologique, Nr. 13, 1893.)

Das Vorkommen einer Chorea minor mit Lähmungserscheinungen (Chorea paralytica, Chorée molle) ist durch eine Reihe von Beobachtungen (West, Gowers, Charcot, Raymond etc.) dargethan. In dem von M. mitgetheilten Falle handelt es sich um ein 16jähriges, scrophulöses Mädchen mit zahlreichen Narben und angeschwollenen Drüsen am Halse, das jedoch abgesehen von den Drüseneiterungen an keiner Erkrankung früher gelitten hatte. Am 2. Januar 1893 bemerkte die Patientin, dass sie sich wegen Schwäche und Unsicherheit der Bewegungen ihres linken Armes nicht mehr wie vordem bedienen konnte. Die Schwäche des Armes nahm rasch zu, was die Eltern veranlasste, das Mädchen in das Hospital zu senden. Bei der Untersuchung fiel zunächst die vollkommene Unbeweglichkeit des linken Armes auf, die den Glauben erwecken konnte, dass man es mit einer brachialen Monoplegie zu thun habe.

Von Zeit zu Zeit liessen sich jedoch unwillkürliche Fingerbewegungen und leichte Elevationsbewegungen der betreffenden Schulter wahrnehmen, über deren choreatischen Character man nicht in Zweifel sein konnte. Ausserdem fand sich am linken Arm eine geringe Hypästhesie, an den Enden der Finger eine Herabsetzung der Temperatur um wenigstens $\frac{6}{10}$ Grad gegenüber dem rechten Arm, mässige Muskelatrophie und leichte Steigerung der faradischen Muskeleerregbarkeit. Die höheren Sinne frei; Facialis und Zunge desgleichen. Von Seiten des Herzens, auch in den Gelenken, nichts nachweisbar; Urin normal.

Die Lähmungserscheinungen am linken Arme besserten sich alsbald, zu gleicher Zeit nahmen jedoch die choreatischen Bewegungen zu. Diese konnten daher jedenfalls nicht Ursache der ersteren bilden.

M. hält es für unzweifelhaft, dass die gewöhnlichste und wahrscheinlichste Ursache der Chorea vulgaris eine Infection ist. Im vorliegenden Falle glaubt M., nachdem der Chorea weder Gelenkrheumatismus, noch eine andere Infectionskrankheit unmittelbar vorherging, dass in den zahlreichen Herden von Drüsentuberculose (am Halse) sich Toxine bildeten, welche durch den Blutstrom fortgeführt, die corticalen nervösen Elemente in ihrer Constitution, ihrer Ernährung, ihren Beziehungen alteriren konnten, indem sie ihre Einwirkung auf das motorische Centrum für den linken Arm beschränkten.“

Zu Gunsten der Annahme, dass die toxischen Producte der Tuberkelbacillen transitorische Ernährungsstörungen der Nervenlemente verursachen können, führt M. den Umstand an, dass er bei fast $\frac{1}{3}$ der von ihm beobachteten Fälle von Chorea minor die Präexistenz von Scrophulose zu constatiren vermochte.

Trotzdem erscheint dem Referenten ein derartiger Zusammenhang zwischen Chorea und Tuberculose keineswegs sehr plausibel. Eher dürfte die Scrophulose eine erhöhte Empfänglichkeit für andere, Chorea verursachende, infectiöse Agentien bedingen.

L. Löwenfeld.

170) A. Joffroy et Ch. Achard: Contribution à l'anatomie pathologique de la maladie de Basedow.

(Arch. de méd. expér. 1898. Nov.)

In Bezug auf die Aetiologie des morbus Basedowii streiten sich zur Zeit bekanntlich wesentlich nur noch zwei Theorien, die eine, welche die Ursache der Erkrankung in einer Affection des Centralnervensystems sucht, die andere, welche die ganze Krankheit von einer Störung der Schilddrüsenfunction abhängig sein lässt. Zum Theil lässt sich der Streit zwischen diesen beiden Theorien durch pathologisch-anatomische Nachforschungen entscheiden. Desshalb ist der Beitrag der Autoren, welche in 6 Fällen von M. B. eine genaue anatomisch-histologische Prüfung vorgenommen haben, ausserordentlich dankenswerth. Die Fälle boten auch sonst mancherlei Interesse, insofern regelmässig neben dem M. B. noch andere Nervenkrankheiten bestanden, nämlich dreimal Hysterie, einmal Syringomyelie, einmal Tabes und einmal Melancholie. In einem Falle ging der Basedow'sche Symptomencomplex dem späteren Erscheinen des Myxödems voraus, eine Beobachtung, die in den letzten Jahren wiederholentlich von den verschiedensten Autoren gemacht worden ist.

Was nun das Resultat der pathologisch-anatomischen Untersuchung angeht, so tritt als bemerkenswerthestes Resultat hervor, dass sich im Nervensystem gar keine wesentlichen krankhaften Veränderungen finden liessen. Die Schilddrüse war hingegen regelmässig Sitz pathologischer Veränderungen, die allerdings in ihrem Wesen ganz ausserordentlich verschieden waren; es fanden sich Sclerose, Cystenbildung, einfache Hypertrophie der Drüse etc., Befunde, die in keiner Weise sich von den Befunden bei gewöhnlichen Strumen unterscheiden lassen. Dass diese Verschiedenartigkeit der Befunde nicht a priori gegen den Zusammenhang des Basedow'schen Symptomencomplexes mit der Thyreoidalerkrankung, zeigt sofort ein Vergleich etwa mit Urämie, Icterus etc. Was ferner die Identität der gefundenen Anomalieen mit denen bei einfachen endemischen Strumen angeht, so sei darauf hingewiesen, dass auch bei letzteren häufig das eine oder andere Symptom der Basedow'schen Krankheit gefunden wird.

Für den thyreoidalen Ursprung des M. B. sprechen ferner die in neuester Zeit immer häufiger veröffentlichten Erfolge dieser Krankheit vermittelst chirurgischer Strumaoperation. Strauscheid.

171) **Tuczeck**: Intoxicationskrankheiten des Nervensystems. (Vortrag im ärztlichen Verein zu Marburg, 1. II. 1893.)

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 2.)

Vorzugsweise behandelt T. die toxischen Erkrankungen des Rückenmarks, welche entweder interstitieller Natur sind (metallische, gasförmige Gifte, Infectionskrankheiten, Cachexieen), oder besonders die nervösen Elemente betreffen und sich an die Stränge resp. bestimmten Systeme des Rückenmarks halten. So demonstirte T. Präparate von primärer Erkrankung der Goll'schen Stränge in Folge von Alcohol- und Arsenvergiftung, von Hinterstrangerkrankung bei Ergotismus und bei Rückenmarksaffectionen bei der Pellagra, welche sich an bestimmte Fasergruppen im Hinter-, Hinterseiten- und Vorderseitenstrang, gelegentlich auch an Zellgruppen in den Vorderhörnern halten. H oppe.

172) **G. Lewin**: Ein Fall von Diabetes insipidus syphiliticus. (Vortrag in der Berlin. dermatol. Gesellsch. 10. I. 1893.)

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 4.)

Der Fall betrifft eine 21jährige Abenteurerin, welche mit 19 Jahren zum ersten Mal in der Charité an Lues behandelt wurde. Sie kehrte dann noch mehrmals in die Charité zurück, wobei sich ein ziemlich schneller Fortschritt der syphilitischen Affectionen zeigte. Während sie wegen einer Phalangitis syphilitica Sublimatinjectionen bekam, welche eine Besserung der Affectionen herbeiführten, entwickelte sich der Diabetes insipidus. Die Menge schwankte zwischen 4000 - 5000, spec. Gewicht 1010. Die Eatziehung von Getränken liess die Harnmenge unberührt.

Auf Grund dieses Falles hat L. zur Eruirung der verschiedenen Ursachen der Polyurie eine grössere Casuistik durchgesehen. Während die Polyurie nur 7mal nach gewöhnlichen körperlichen Affectionen (starker Blutverlust, Diarrhoeen, Unterleibsleiden, Diphtherie, Masern) entstand, lag

bei den übrigen ca. 75 Fällen die Ursache im Centralnervensystem, und zwar trat Polyurie auf:

2 oder 3 mal nach starken Gemüthsaufregungen,

3 mal nach Epilepsie,

22 mal nach Gehirnaffectationen (Meningitis, Tumoren),

41 mal nach Kopfverletzungen,

5 - 7 mal nach Rückenmarkserkrankungen.

L. führt einige wenige Fälle aus der Literatur an, wo die Polyurie aus einer luetischen Hirnaffectation (in der Gegend der Medulla) zu erklären war. Eine solche glaubt er auch in dem vorliegenden Falle annehmen zu müssen, wofür auch der im Hinterkopf localisirte Kopfschmerz spricht.

In der Discussion führte Saalfeld einen Fall von Polyurie und Polydipsie bei einem 23jährigen Manne an, welche seit frühester Kindheit bestand und bei der Behandlung mit einer Schmierkur wegen florider Syphilis zurückging.

Ref. hat noch einen Fall in Behandlung, wo Polyurie und Polydipsie lange Jahre hindurch das erste — auffällige — Symptom der beginnenden Dementia paralytica war und noch über ein Jahr nach dem deutlichen Ausbruch der Krankheit bestehen blieb, um dann langsam zu verschwinden.

Hoppe.

173) Paul Kowalewsky (Charkoff): Syphilitische Epilepsie.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 4.)

Nach einem interessanten Ueberblick über die Geschichte der syphilitischen Epilepsie (welche bereits von Boerhave erwähnt wird), giebt K. auf Grund der einschlägigen Literatur und seines eigenen klinischen Materials, unter Anführung von illustrierenden Fällen, eine Darstellung seiner Ansichten über die Epilepsie auf luetischer Basis.

Je nachdem die Lues hereditär oder erworben ist, müssen nach K. 2 Formen von syphilitischer Epilepsie angenommen werden, welche sich sowohl ihrem Wesen, als auch ihrem klinischen Bilde nach unterscheiden.

Die mit hereditärer Syphilis behafteten Individuen haben ein Gehirn, welches in den chemischen Componenten seiner Elemente eine fremde und schädliche Substanz enthält, so dass es als impotent und wenig widerstandsfähig gegen schädigende Einwirkungen erscheint. Auf dem Boden dieses invaliden Gehirns kann sich jede Psychose und jede Neurose entwickeln. Die hereditäre Hirnsyphilis schafft also nur die Disposition, die Neigung zur Erkrankung, die je nach den speciellen Gelegenheitsursachen in einigen Fällen sich als Epilepsie, in anderen als Hysterie oder Chorea zeigen kann. Entwickelt sich Epilepsie, so gehört diese der essentiellen oder medullaren Epilepsie an. Es kann sich aber auch corticale Epilepsie entwickeln und zwar ist diese dann durch gummöse Bildungen in der Hirnrinde und in den Hirnhäuten (event. auch in den subcorticalen Centren) zu erklären, welche als direct von den Eltern ererbt anzusehen sind. Je nachdem nun die gummösen Bildungen circumscripirt oder diffus sind, erscheint die corticale hereditär-syphilitische Epilepsie in 2 Formen, von denen die erste den ausgesprochenen partiellen Character der corticalen Epilepsie

trägt, während die zweite diffusere Erscheinungen macht und nicht selten mit Entwicklungsverzögerung und angeborenen Missbildungen verbunden ist.

Nach den Beobachtungen K.'s wird im Allgemeinen die hereditär-syphilitische Epilepsie, welche in der Medulla ihren Sitz hat, durch Lues des Vaters hervorgerufen, während die corticale von der Mutter herrührt.

Die durch erworbene Hirnlues hervorgerufene Epilepsie kann einerseits entweder durch solitäre Gummata der Rinde resp. der Meningen, oder durch einen diffusen gummösen Process an der Hirnrinde veranlasst sein, andererseits durch locale Reizung entweder bei energischer antisymphilitischer Cur an der Stelle der gummösen Syphilide, oder nach dem Schwinden der gummösen Bildungen durch den Narbenzug hervorgerufen werden. — Idiopathische Epilepsie bei erworbener Syphilis ist sehr selten und nur durch intensive Concentration des syphilitischen Giftes im Centralnervensystem zur Zeit der secundären Erscheinungen zu erklären (secundäre Epilepsie nach Fournier, toxische nach Pellizaei). K. selbst hat Fälle dieser Art nicht beobachtet.

Was die Prognose betrifft, so ist dieselbe bei der corticalen Epilepsie, welche durch diffusen gummösen Process der Hirnrinde bedingt ist, günstig; noch leichter ist die toxische Form, welche bei Resorption der syphilitischen Producte durch energische Behandlung der diffusen gummösen Bildungen erscheint und sich in 2 bis 3 Anfällen erschöpft. Ernst dagegen ist die Prognose bei der corticalen Epilepsie, welche durch solitäre Gummata entsteht. Eine dauernde Heilung ist hier nicht stets zu erreichen; es bilden sich hier manchmal hartnäckige Contracturen und Paralysen aus, welche jeder Behandlung trotzen. Es sind dies die Fälle, wo die corticale Epilepsie durch den Reiz der zurückbleibenden Hirnnarbe bedingt wird.

Hoppe.

174) H v. Rosen: Ueber die Pellagra in Russland.

(St. Petersburg. med. Wochenschr. 1894, Nr. 3.)

Durch die kurze Mittheilung des Verf. erfahren wir, dass die Pellagra — wie u. A. auch Tuczek vermuthet hat — in Bessarabien, dem an Rumänien grenzenden Theile Russlands, sehr verbreitet ist. Sporadische Fälle kommen auch in den Gouvernements Podolien und Cherson vor. Nicht die russische, sondern die dort lebende rumänische Landbevölkerung, welche sich fast ausschliesslich mit Maisbrei ernährt, wird von der Krankheit befallen. In der Irrenabtheilung des Hospitals zu Kischinew findet man gegenwärtig viele pellagröse Psychosen. In symptomatologischer Beziehung bestätigt v. R. die Beobachtung Anderer. Unter den psychischen Krankheitserscheinungen hebt er besonders die melancholischen Depressionszustände, die fortschreitende Gedächtnisschwäche, die unter dem Bilde der Dementia paralytica verlaufenden Krankheitsfälle hervor. Auch er betont, dass für diese Psychosen ein relativ langes Erhaltenbleiben des Krankheitsbewusstseins charakteristisch ist. Die neuere Literatur der Pellagra ist v. R. offenbar nicht zugänglich gewesen. So nur erklärt sich die Behauptung, dass unsere pathologisch-anatomischen Kenntnisse auf diesem Gebiet zur Zeit noch ziemlich dürftig sind.

Mercklin.

175) **Bernheim** : Essai d'un traitement rationnel de l'éclampsie.

(La médic. moderne 1893, 25. Nov.)

B. geht von der jetzt allgemein anerkannten Theorie aus, dass die Eclampsie die Folge einer Anhäufung abnormer Mengen von Toxinen im Blute ist. Die Bildung derselben lässt sich nicht verhindern, wohl aber die Ausscheidung derselben begünstigen.

Um diesen letzteren Zweck zu erreichen, muss man Mittel anwenden, die geeignet sind, das Blut zu verdünnen und die Urinsecretion anzuregen, B. schlägt vor:

1. Milchdiät, schlimmsten Falls mittelst Schlundsonde durch die Nasenlöcher dem Magen einzuflössen;
2. Injection grosser Mengen sterilisirter Kochsalzlösung: in 24 Stunden 2 Liter einer 0,7%igen Lösung und zwar subcutan unter die Haut des Hinterbeckens mittelst Irrigators, nicht intravenös.

Diese Behandlungsweise, die in den meisten Gebäranstalten Aufnahme gefunden hat, lieferte bisher äusserst günstige Resultate.

Bschan.

176) **Gh. Eloy** : La méthode de Brown-Séguard.

(Paris 1893. J. B. Baillière.)

Die Berichte über das Brown-Séguard'sche Verfahren fallen im Grossen und Ganzen so überaus günstig aus, dass der therapeutische Werth desselben nicht mehr angezweifelt werden darf. Obwohl bereits über 2000 Kranke auf diese Weise behandelt worden sind, hat es bisher immer noch an einer zusammenfassenden Darstellung gefehlt, aus der der Arzt nähere Informationen über die Theorie, Methode, Dosirung etc. des Brown-Séguard'schen Verfahrens sich holen kann.

Das vorliegende Werkchen von Eloy ist dieser Aufgabe vollständig gerecht geworden. Vom unparteiischen Standpunkte aus giebt der Verf. einen Bericht über den augenblicklichen Standpunkt der Frage nach den bisherigen, zumeist sehr günstigen Erfahrungen. Nach einem kurzen historischen Ueberblick, im Besonderen über die grundlegenden Thierversuche Brown-Séguard's, wendet sich E. zuerst der Behandlung mittelst Hodensaftes zu, die schon recht grosse Verbreitung gefunden und nach zahlreichen klinischen Belegen in einer ganzen Reihe von Krankheiten, wie Psychosen, Neurasthenie, Tabes, Paralysis agitans, Hemiplegien, Chorea, Sclerose, Anämieen, Cachexieen und seniler Schwäche, sich bewährt hat. E. unterzieht die Erfolge einer kritischen Analyse, stellt die guten Resultate nicht in Abrede, schliesst jedoch vorsichtiger Weise aus denselben, dass der Hodenflüssigkeit keine spezifische Wirkung zukomme, sondern dass dieselbe ein Tonicum für die nervösen Centren, aber ein solches ersten Ranges abgebe. Von diesem Gesichtspunkte aus sei ihre Anwendung vollständig berechtigt.

In den folgenden Abschnitten beschäftigt sich E. mit den übrigen Unterarten der Brown-Séguard'schen Methode: der Behandlung mittelst Schilddrüsensaftes, Pancreassaftes, Nebennierensaftes und der Gehirnschubstanz; besonders der Schilddrüsensecret-Therapie ist eine eingehende Betrachtung gewidmet. — Eloy schildert bei jeder Methode die Thierexperimente, auf

welche sie basirt, die sich daraus ergebenden Indicationen, die Herstellung des Präparates und die bisher so behandelten Fälle.

Das Buch empfiehlt sich sehr wegen seiner flotten Sprache und seines anziehenden Inhaltes.

Buschan.

177) **Réné Serrand et L. Sordanis**: Puissance d'action des injections Brown-Séquardiennes chez l'adulte et le vieillard.

(Paris. Malvine 1894)

Eine Casuistik von 15 instructiven Fällen, in denen durch Einspritzung von Testicularflüssigkeit ein prompter Rückgang der betreffenden morbiden Erscheinungen erzielt wurde. In denselben handelte es sich um Diabetes (Resultat: beträchtliche Abnahme des Zuckergehaltes), Senilität bei Personen von 48, 68 und 82 Jahren (rapide Zunahme der intellectuellen und psychischen Kräfte, in zwei Fällen Heilung), Neurasthenie (Heilung), Tabes (bedeutende Besserung), Tic im Gesicht (Heilung, bezw. merkliche Besserung), percutane Phlegmone bei einer Hysterischen (Resorption der Phlegmone, Aufhören der nervösen Anfälle) und Uterusfibrom (Aufhören der Blutungen).

Der therapeutische Erfolg ist in allen diesen Beobachtungen unstreitig als ein glänzender zu bezeichnen, der alle übrigen Methoden in den Schatten stellen dürfte. Das Verfahren bei der Injection (Dosis, Verdünnung, Häufigkeit der Anwendung) weicht in einzelnen Punkten von der bisher üblichen Methode ab; die Verfasser halten das ihrige, das sie in zahlreichen Fällen ausprobiert haben wollen, für das geeignetste, weil es unangenehme Zwischenfälle vollständig ausschliesst.

Buschan.

178) **A. G. Barrs**: Treatment of certain cases of chorea by hypnotics.

(The Lancet. 20. Mai 1893, pg. 1181.)

Die meisten Fälle von Chorea heilen unter Bettruhe, Ernährung und grösseren Dosen Arsenik. Die hierdurch nicht heilenden Fälle lassen sich in 3 Gruppen bringen: 1. Die nicht schwere Form der Krankheit dauert trotz der Behandlung Wochen, Monate und Jahre lang; 2. die Fälle sind so schwer, dass sie durch die Muskelunruhe das Leben bedrohen; 3. tödtlich verlaufende Fälle. — B. will nur die beiden ersten Gruppen berücksichtigen. In den meisten Fällen von Chorea besteht keine Lebensgefahr, nach Gowers 3%. Unter 212 Choreafällen, die seit 1850 in the Leeds Infirmary beobachtet wurden, waren 6 Todesfälle. Meist vereinigen sich mehrere Umstände, um einen Fall zu einem schweren zu gestalten: grosse Heftigkeit der Bewegungen, schnelle Abmagerung, Decubitus, Schlaflosigkeit, hohe Temperatur, Rheumatismus. B. hält besonders Abmagerung und und Schlaflosigkeit für gefährlich. Unter allen Umständen müsse für Schlaf gesorgt werden. Von den Schlafmitteln Chloralhydrat, Chloralamid, Sulfonal und Paraldehyd zieht B. das erste vor, trotz seiner unangenehmen Nebenwirkungen auf Herz und Darm. Nachdem er über einige in der Literatur vorhandene Fälle berichtet, die in gleicher Weise behandelt wurden, erwähnt er 5 eigene Fälle.

1. Fall: 5jähriges Kind leidet seit 4 Tagen an schwerer Chorea mit linksseitiger Spitzen-Pneumonie und hohem Fieber. Seit 4 Tagen ohne

Schlaf. Therapie: 5 Gran Chloral und 2 minims Digitalis 2stündlich. Nach 3 Dosen schläft das Kind und erwacht nachher practically well.

2. Fall: 13jähriges Mädchen. Vor 21 Tagen schwerer Gelenkrheumatismus; 7 Tage später schwere Chorea. Fieber. Totale Schlaflosigkeit seit einer Woche. Delirien. Lautes systolisches Geräusch am Herzen. Therapie: 15 Gran Chloral alle 2 Stunden, bis Schlaf eintritt. Erst nach dem Verbrauch von 105 Gran (6,30 gr.) in 12 Stunden schläft das Kind. Am folgenden Tage werden 90 Gran verbraucht. Temperatur von 102 Grad auf 99 Grad gefallen. 3. Tag: Bewegungen sehr gemässigt, 90 Gran Chloral. 4. Tag: Ruhig, 60 Gran. 5. Tag: Leichte Bewegungen, 45 Gran. 6. Tag: 45 Gran. 7. Tag: 30 und so fort täglich bis zum 11. Tage. Chorea vorbei.

3. Fall: Betrifft eine heftige Chorea gravidarum mit starken Delirien. Die Behandlung mit Chloral dauerte vom 21. Juli mit 200 Gran innerhalb 15 Stunden bis zum 3. September mit 15 Gran innerhalb 24 Stunden. Die Kranke wurde geheilt.

4. Fall: Betrifft einen 14jährigen Knaben, der Gelenkrheumatismus mit Peri- und Endocarditis gehabt hatte. Der Fall endete letal.

5. Fall: Ein 17jähriges Mädchen hatte vor einigen Jahren acuten Gelenkrheumatismus. Heftige Chorea; kein Schlaf; etwas Delirium; Herz frei; seit 3 Tagen keine Nahrung. Therapie: 20 Gran Chloral jede Stunde, bis Schlaf erfolgt. Vom 10. October bis zum 13. October bekam sie 320 Gran Chloral, davon 120 Gran während der ersten 6 Stunden; hierdurch wurde die Chorea völlig beseitigt.
Wichmann.

179) C. Gerster (München): Beiträge zur suggestiven Psychotherapie. (Zeitschrift für Hypnotismus, Suggestionstherapie, Suggestionstheorie und verwandte (Psychologische Forschungen 1893, Juliheft.)

G. bespricht nach einigen allgemeinen Erörterungen über die Bedeutung der hypnotischen Therapie zunächst die Indicationen dieser. Den Ausgangspunkt seiner Darlegungen bildet eine Unterscheidung bezüglich der Hysterie. Suggestirbar und meist auch hypnotisirbar sind nach G. alle, welche mit der Fähigkeit der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung genügende Suggestibilität und ideoplastische Kraft der Vorstellung verbunden. Die meisten normalen Menschen besitzen diese Eigenschaften. Menschen, die sie in abnorm hohem Grade besitzen, nennt G. hysterisch und zwar spricht er von Hysterie I, wenn das Merkmal der Allosuggestibilität besonders ausgeprägt ist. Diese Anlage ist wie bei den einzelnen, so auch bei ganzen Bevölkerungsgruppen und Völkern mehr oder weniger entwickelt. Bei der französischen Nation, glaubt G., darf man eine besondere Anlage zur Hysterie I annehmen. Von Hysterie II spricht G. bei Personen, welche sich durch unvermittelt und unmotiviert vor sich gehende Wechsel der Stimmung auszeichnen, von krankhafter Eigenliebe beseelt und mehr oder weniger unverträglich, gehässig, lügnerrisch und exaltiert sind. Diese Individuen unterscheiden sich auch von den mit Hysterie I Behafteten durch sehr geringe Allosuggestibilität bei grosser Autosuggestibilität. Zwischen diesen Formen finden sich selbstverständlich auch Mischformen und Übergänge. Die Hysteriker I sind ebenso leicht suggestirbar und hypnotisirbar.

als die Hysteriker II schwer. Hysterie I neigt sehr zu Krämpfen, Hysterie II zur moral insanity. Diese Unterscheidung, welche von der älteren, bisher dominirenden Auffassung vom Geisteszustande der Hysterischen ausgeht, entbehrt nicht der Berechtigung. G. ist jedoch insofern in einem entschiedenem Irrthume befangen, als er glaubt, dass vor ihm Niemanden dieselbe sich aufgedrängt habe. Die Hysteriker I repräsentiren den typischen, uncomplicirten Geisteszustand der Hysterischen, als dessen Characteristicum Gilles de la Tourette und Blocq z. B. die Suggestibilität betrachten. Die Hysteriker II sind dagegen die Träger des — mit Unrecht — sogenannten hysterischen Characters, der durchaus nichts der Hysterie Eigenthümliches hat, sondern zu den geistigen Stigmen der Degeneration oder psychopathischen Minderwerthigkeiten zählt, wie ich des Näheren in der gegenwärtig erscheinenden 2. Hälfte meines Buches „Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie“ dargelegt habe. Der „hysterische Character“ wurde schon von Möbius 1888 als Complication der Hysterie gedeutet; Charcot, Ballet, Pitres u. A. haben auf die heutige Vergesellschaftung der Hysterie mit den Stigmen der hereditären psychopathischen Belastung (Degeneration) hingewiesen. Die Hysteriker II werden hoffentlich, soweit sie nicht neben ihrem „Character“ noch spezifisch-hysterische Erscheinungen darbieten, alsbald aufhören, als Hysterische zu figuriren.

Die Hysterie I ist nach G. die Domäne der hypnotischen Therapie. Häufig genügt hier, namentlich bei geringen acuten Leiden, einfache Suggestionstherapie ohne Hypnose, während zur Beseitigung ersterer chronischer Zustände (Lähmungen, Contracturen etc.) meistens die Hypnose zu Hilfe genommen werden muss. Bei Hysterie II ist dagegen mit der hypnotischen Behandlung wenig oder nichts zu erzielen und zwar, weil die nothwendige Allosuggestibilität mangelt und die schädlichen Autosuggestionen zu fest wurzeln. Aehnlich verhält es sich nach G. bei Hypochondren und Neurasthenischen. Epileptische sind selten hypnotisierbar. Bei hysterischem Autosomnambulismus lässt sich ein hypnotischer Rapport herstellen, wenn man den Patienten in der anfallsfreien Zeit die posthypnotische Suggestion giebt, dass er im Zustande des Anfalles den Hypnotiseur kenne und ihm vollsten Gehorsam leiste, während bei ähnlichen Zuständen auf epileptischer Basis ein hypnotischer Rapport fast nie herbeizuführen ist.

Unter 100 Fällen, bei welchen G. die hypnotische Behandlung versuchte, wurde bei 28 Hypotaxie, bei 23 Somnolenz, bei 31 Somnambulismus, bei 21 kein Schlaf mit Rapport erzielt. Bezüglich der Hypnotisirbarkeit der Kinder fand G., dass man die meisten Kinder zwar rasch in Schlaf bringt, dass aber der Rapport selten ein genügender ist, um von hypnotischem Schlafe wecken zu können.

Von den hypnotherapeutischen Erfolgen des Verf. wollen wir hier nur erwähnen, dass er in zwei Fällen durch Anregung der Schweisssecretion in der Hypnose hartnäckige pleuritische und peritonitische Transsudate zu rascher Aufsaugung bringen half und bei den hysterischen Dämmerzuständen (Autosomnambulismus nach G.) fast immer Heilung erzielte, bei den epileptischen Dämmerzuständen dagegen, wie nach dem oben Erwähnten nahe liegt, sich vergebens bemühte. G. ist auch der Meinung (die uns sehr

begründet erscheint), dass es sich bei allen Suggestionstheilungen von sogen. Epilepsie um solche auf hysterischer Basis (i. e. Hysterie Ref.) handelt.
L. Löwenfeld.

180) **Lionnet** : Traitement de la céphalalgie syphilitique.

(Thèse de Lyon 1893.)

Das Kopfweh syphilitischer Natur lässt sich in ätiologischer Beziehung in zwei Gruppen unterscheiden :

1. in Kopfweh mit Läsionen (Knochen, Meningen),
2. in Kopfweh ohne solche (rein nervöses Kopfweh, das durch eine allzugrosse Erregbarkeit der Hirnzellen hervorgerufen wird).

Die Behandlung der ersten Form ist eine rein spezifische; Jod ist ein Heilmittel per excellence. Da es seine Wirksamkeit nicht sogleich entfaltet, sondern allmählich, muss man in schweren Fällen ausserdem noch zu Narcotica greifen; von diesen ist Chloral das beste.

Gegen die Kopfschmerzen nervösen Ursprungs erweist sich das Antipyrin als souveränes Mittel. Im allgemeinen ist es hier wirksamer als Jod, das manchmal aber auch befriedigende Resultate ergeben hat. Substituirt man in diesen Fällen an seine Stelle später das Antipyrin, so bleibt die Besserung länger bestehen.

Buschan.

181) **Oscar Collatz** (Niederschönhausen bei Berlin): Zur Wirkung des Trionals.

C. ist in der Lage, die guten Erfolge, welche andere Untersucher mit dem Trional erzielt haben, nach Versuchen an 66 Kranken (aus der Privat-Irrenanstalt des Dr. Oestreicher) zu bestätigen. Die Fälle vertheilen sich vorzugsweise auf Paranoia, Dementia paralytica und senilis und epileptisches Irresein.

Nur bei schlaflosen, tobenden Paralytikern war die Wirkung unsicher; am besten bewährten sich da noch refractäre Dosen von 1 Gramm (2—3mal täglich).

Bei einfacher Agrypnie genügte 1 Gramm, um nach ca. 1 Stunde einen 5—6stündigen festen Schlaf zu erzeugen. In den übrigen Fällen ist 2 Gramm als sicher wirkende Anfangsdosis zu bezeichnen; später genügt 1 Gramm. Bei Epileptikern will C. eine abkürzende Wirkung auf die Dauer der postepileptischen Delirien beobachtet haben.

Bedenkliche Nebenwirkungen wurden im allgemeinen auch bei längerem Gebrauch nicht constatirt. Interessant ist ein zufällig von C. beobachteter Fall, wo ein 28jähriger Epileptiker sich mit 8 Gramm Trional zu vergiften versuchte. Nach einer Viertelstunde trat ein epileptischer Anfall ein, dem ein 12stündiger tiefer Schlaf folgte; in der Folge trat heftiger Harndrang mit Retentio urinae ein (der mit dem Catheter entleerte Urin enthielt weder Eiweiss noch Zucker, gab mit FCl_2 versetzt deutliche Rothfärbung). Am übernächsten Tage befand sich der Kranke, bis auf leichte Kopfschmerzen und etwas unsicheren Gang, wieder völlig wohl.

H o p p e.

182) William W. Ireland: On sporadic Cretinism.

(Sep.-Abdr. aus Edinb. med. Journ., Mai 1893.)

I. bespricht kurz die Symptome des sporadischen Cretinismus, unter denen das Myxödem von besonderer Wichtigkeit ist, und empfiehlt im Anschluss an zwei mitgetheilte, derartig behandelte Fälle die Behandlung der Krankheit mit Schilddrüsensubstanz.

Wichmann.

183) Massaut: Des injections sous-cutanées de sulfate de Duboisine en médecine mentale.

(Bull. de la soc. d. méd. ment. en Belgique 1893, 71.)

Gleich anderen Autoren hat Verf. eine günstige Wirkung des Duboisins bei Erregungszuständen constatirt. Es wirkt nach seinen Untersuchungen sicherer als Hyoscin und ist weniger gefährlich. Für gewöhnlich genügen Dosen von 0,00125 Gramm; auch grössere Dosen haben kaum günstigere Resultate erzielt. Er verabreicht meist 2 Dosen zu 0,00125 Gramm früh und Abends, stets subcutan. Beruhigung trat nach 10 Minuten bis einer halben Stunde ein, häufig folgte auch ruhiger Schlaf. Gewöhnung an das Mittel schien nicht einzutreten.

Lehmann (Werneck).

184) Péan: Trépanation et localisations cérébrales.

(Le Bullet. méd. 1893, Nr. 95.)

Prompte Beseitigung einer absoluten Armlähmung und leichter Facialis- sowie Beinparese, verbunden mit epileptischen Anfällen in Folge von Trauma (Revolverkugel durch den Augapfel in's Gehirn) bei einem 4jährigen Kinde durch Trepanation (Entleerung von 200 Gramm Eiter). Die Diagnose war von Gilbert Ballet auf einen peri- oder intracerebralen Abscess über der mittleren Partie der Frontal- und aufsteigenden Parietalwindungen gestellt worden und hatte die Indication für den operativen Eingriff an einer bestimmten Stelle des Schädels abgegeben.

Buschan.

185) Joseph Sickinger: Zur operativen Behandlung der Struma bei der Basedow'schen Krankheit.

(Strassburger Dissertation. Mainz 1893.)

Wieder ein durch Strumectomy angeblich geheilter Fall von Morbus Basedowii. — Geben wir dem Verfasser über das dabei erreichte Resultat selbst das Wort: „Vier Monate nach der Operation schreibt die Patientin, dass der Hals fast ganz zurückgegangen sei, auch das Herzklopfen sei nicht mehr so stark und die Augen schienen kleiner zu sein, wenigstens kratzten sie nicht mehr, wenn sie sie zumache. Das Zittern an den Händen sei freilich nicht ganz weg und besonders stark, wenn sie aufgeregt sei.“ Einen Monat vor dieser Mittheilung hatte die Untersuchung der Kranken noch einen Puls von 140 Schlägen in der Minute ergeben.

Aus diesem Bericht kann sich jeder unbefangene Leser selbst ein Urtheil über die operative Behandlung der Basedow'schen Krankheit bilden. Es handelte sich in dem vorliegenden Falle um die genuine Form der Krankheit — cfr. das Nähere hierüber in der demnächst im Verlage von

F. Deuticke-Wien erscheinenden Monographie des Referenten über Morbus Basedowii —, dies ergibt deutlich die Anamnese und die Vorgeschichte der Kranken; bei dieser Form aber war im Voraus zu ersehen, dass bei dem einzuschlagenden Verfahren kein sonderlicher Ersatz herauskommen würde.

Ausser dieser Beobachtung, an der das ätiologische Moment — in der Familie des Vaters Neurasthenie und ein Fall von Psychose: Beginn des Leidens vor 6 Jahren in Folge von fortwährenden Austreibungen auf einer Reise nach Amerika und eines durch Hausbrand hervorgerufenen Schreckens: Zittern, allgemeine Nervosität, Herzklopfen und Schlaflosigkeit; Besserung durch Brom; vor 4 Jahren im Anschluss an Influenza Recidiv und Hinzutreten der Struma und Exophthalmus — von Interesse ist, giebt der Verfasser noch eine Uebersicht über 34 bisher operativ behandelte Fälle, die zwar nicht vollzählig ist, indessen wegen der Wiedergabe der Einzelheiten in den Krankengeschichten für solche, denen die einschlägige Literatur nicht zugänglich ist, recht brauchbar erscheint.

Busch an.

186) **W. v. Speyr**: Ueber einige Fälle von geistiger Erkrankung im Militärdienste.

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 15. Nov. 1893.)

Verf. hat während der letzten 11 Jahre in Waldau 18 Fälle von geistiger Erkrankung bei Soldaten beobachtet. Er theilt die Fälle in 2 Gruppen, von denen die eine 10 Personen umfasst, welche entschieden durch die Schädlichkeiten des Dienstes krank gemacht worden sind, die andere 8 Personen, welche mehr oder weniger zufällig während eines Dienstes erkrankt sind. Die Form der Erkrankung ist bei der ersten Gruppe nur die der hallucinatorischen Verwirrtheit, welche in 2 Fällen mehr ein manisches, in den 8 anderen Fällen mehr ein melancholisches Gepräge hatte; letztere Krankheiten verliefen rascher in Heilung. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich zweimal um kurzdauernde deliriöse Zustände bei Epileptikern, 2 mal um Paralyse und 4 mal um alkoholische Psychosen; auch hier mag ja der Militärdienst mitgewirkt haben, aber die eigentlichen Ursachen liegen natürlich anderswo.

Um möglichst die geistige Erkrankung der Soldaten zu verhindern, wünscht Verf., dass womöglich nicht nur diejenigen, welche schon vorher an Geisteskrankheit, Epilepsie etc. gelitten haben, sondern auch die schwer erlich Belasteten vom Militärdienste befreit werden; letztere müssten von den practischen Aerzten den Aushebungscommissionen als solche gekennzeichnet werden. Ausserdem müsste eine humanere Behandlung der Soldaten Platz greifen, und diesen, wenn sie über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit etc. klagen, nicht gleich Simulation vorgeworfen werden, was zur Zeit noch leider gar zu häufig Brauch ist.

Strausschaid.

187) **Féré et Schmid**: De quelques déformations du thorax et en particulier du thorax en entonnoir et du thorax en gouttière.

(Journal de l'anatomie etc. 1893, Sept.-Oct. Separatabzng.)

Wie man bei Degenerirten sehr häufig Missbildungen des Thorax, meist mit Deviationen der Wirbelsäule sieht, so fanden Verff. solche auch bei

Epileptikern, der letzteren speciell in 20⁰/₁₀ (z. gr. T. pathologisch bedingt). Eine Reihe von Fällen der sogen. „Trichter- und der Binnenbrust“ wird an Epileptikern demonstrirt (auch graphisch und bildlich). Erstere liegt im Brustbein, oder an der Grenze zwischen ihm und dem Schwertfortsatze, und ist meist symmetrisch. Die „Binnenbrust“ dagegen zeigt normale Gestalt des Sternums (bisweilen aber auch mit Trichter), während seitlich die Rippenknorpel beiderseits und besonders unten, oder nur einseitig eingedrückt sind und so eine Rinne bilden. Die Trichterbrust hat mit Rhachitis nichts zu thun, da hier Hühnerbrust da ist. Die verschiedenen Theorien werden verworfen, speciell die Erbstein's (da weder das Sternum sich verkürzt, also zurückgeblieben, noch der Querdurchmesser der Brust irgendwie erheblich vergrößert war. Am besten erscheint die Deutung Eggel's: Ernährungsstörung des Brustbeins, dadurch grössere Biegsamkeit und Eingedrücktwerden durch den Luftdruck. Aehnlich scheint der Process bei der Binnenbrust an den Rippen zu sein (mit Entwicklungshemmung, wo der Brustwinkel ganz oder theilweise fehlt), wobei habituelle Lage auf einer Seite wohl als Gelegenheitsursache wirken könnte. Dadurch erscheinen genetisch beide Deformitäten gleich begründet zu sein und bilden vielleicht nur 2 verschiedene Grade derselben Missbildung.

N ä c k e (Hubertusburg).

188) **F. Boissler et G. Lachaux**: Perversions sexuelles à forme obsédante. (Arch. de Neurol. 1893, Nr. 81.)

In beiden mitgetheilten Fällen trat die sexuelle Perversität bei erblich schwer Belasteten unter dem Bilde von Zwangsvorstellungen und daraus resultirenden Zwangshandlungen auf, und in beiden war die Wirkung des Alcohols unverkennbar, der die sonst vorhandene Widerstandskraft des Individuums wesentlich schwächte.

In dem ersten Falle handelte es sich um einen 32jährigen gesunden Mann, bei dem bei sonst normaler vita sexualis ganz plötzlich unter lebhaftem Angstgefühl der Impuls auftrat, seine Genitalien vor zufällig vorübergehenden Frauen zu entblößen. Eine sexuelle Erregung fehlte ihm bei diesem Akt vollständig. Hin und wieder gelang es ihm, — freilich unter Steigerung seiner Angst bis auf's äusserste — die ihm selbst verächtliche Handlung zu unterlassen; bei der hier erwähnten Gelegenheit hatte er aber in den vorhergehenden Tagen mehr Alcohol als gewöhnlich zu sich genommen und konnte daher seinen Zwangsvorstellungen weniger starken Widerstand entgegensetzen. Nach dem Exhibitioniren fühlte er eine grosse Erleichterung.

Der zweite Fall ist etwas complicirter. Der betreffende 35jährige Mann, dem es gelungen war, seine sexuelle Perversität vor seiner Frau und seinen Bekannten gänzlich zu verbergen, kam in Behandlung wegen einer im Anschluss an ein Delirium alcoholicum auftretenden Psychose. Anamnestic wurde erhoben, dass Pat., der erblich schwer belastet war, schon in der Zeit vom 9.—17. Lebensjahre verschiedene Thiere (Henne, Eselin, Kuh) geschlechtlich gebraucht hatte. Bald darauf heirathete er und lebte mehrere Jahre in glücklicher Ehe, bis er im Alter von 27 Jahren zu trinken anfang; alsbald erwachten wieder seine perversen Triebe in alter

Heftigkeit. Einst sollte er eine Ziege zum Belegen zum Bock bringen. Unterwegs stieg ganz plötzlich unter dem quälenden Gefühl der Beklemmung der Wunsch in ihm auf, mit dem Thiere sexuell zu verkehren. Er gab sich die grösste Anstrengung, seine Gedanken auf andere Dinge zu lenken und seinen Weg zu beschleunigen, aber sein Herzklopfen wurde stärker und er fühlte, wie er ganz bleich wurde. Seine sexuelle Erregung wurde immer stärker, er bekam Erectionen und schliesslich führte er den Coitus aus, wobei er ein stärkeres Wollustgefühl hatte, als bei der normalen Cohabitation.

Falkenberg - Lichtenberg.

189) Dr. **Max Bartels**: Die Medicin der Naturvölker. Ethnolog. Beiträge zur Urgeschichte der Medicin. Mit 175 Original-Holzschnitten im Text.

(Leipzig. Grieben's Verlag 1893. Pr. 9 Mk.)

Wir wollen nicht verfehlen, an dieser Stelle die Fachgenossen, die sich für anthropologische Fragen interessiren, auf ein Werk aufmerksam zu machen, das soeben die Presse verlassen hat und als vorzügliche Leistung bezeichnet zu werden verdient. Es behandelt die Anschauung der Naturvölker über den Begriff Kranksein, sowie die Mittel und Wege, die diese anwenden, um sich der Krankheit gegenüber abzufinden. - Von dem reichen Inhalte interessirt uns im besonderen das Kapitel über Geisteskrankheiten und Epilepsie. Fast möchte es scheinen, als ob v. Bodelschwingh und Genossen ihre Auffassung von dem Wesen der Psychosen den Wilden entlehnt haben. So übereinstimmend sind beider Ansichten; nur fehlt noch, dass jene den besessenen Geist auszuräuchern suchen, wie diese.

Buschan.

190) **Boeck**: De la contagion de la folie.

(Bullet. de la soc. de méd. ment. en Belgique 1893, Dec.)

Uebertragung einer geistigen Störung auf einen anderen Menschen ist im Allgemeinen ein seltenes Vorkommen. Immer scheint ein präparirter Boden bei der zweiten Person die Voraussetzung zu sein, sei derselbe hereditäre Veranlagung, oder durch Krankheit erworbene Disposition zu Geisteskrankheit.

Verf. unterscheidet folgende Formen von gleichzeitigen geistigen Erkrankungen mehrerer Personen:

1. Die folie simultanée. Streng genommen nicht hierhergehörig, da sie nicht auf eigentlicher Uebertragung beruht. Er spricht von einer solchen, wenn 2 Personen unter gleichen Umständen und zu gleicher Zeit an derselben Geistesstörung erkranken. Kommt wohl nur bei Geschwisterpaaren vor, die bei gleicher hereditärer Disposition unter den gleichen Lebensbedingungen stehen.
2. Folie communiquée (et imposée). Hier findet eine wirkliche Uebertragung statt. Meist handelt es sich um Verfolgungswahn. Der active Theil überzeugt allmählich den passiven von der Realität seiner Hallucinationen, so dass dieser schliesslich die gleichen Wahndeeen äussert. Ein längeres Zusammenleben beider Theile ist auch hier Erforderniss. Oft wird es sich auch hier um nahe Verwandte handeln. In der Regel ist der active Theil der intelligenter. Mitunter handelt

es sich nur um leichte Formen der Seelenstörung, die sich bei dem zweiten zeigt, hervorgerufen vielleicht nur durch eine abnorme Leichtgläubigkeit des Letzteren, und in Folge dessen nur passager auftretend (folie imposée).

3. Es gehören noch gewisse psychopathologische Erscheinungen in dieses Gebiet, die theils auf Ansteckung, theils auf Suggestion zurütkzuführen sind und wohl auch nur auf dem Boden der Degenerescenz vorkommen. Verf. nennt sie folie émotionnelle partagée. Hierher gehört z. B. der gleichzeitige Selbstmord zweier Geliebten, sodann gewisse religiöse Verirrungen und Aehnl. Schliesslich rechnet er noch die folie épidémique hierher, er versteht hierunter epidemisch auftretende religiöse Verirrungen und Verbrechen (z. B. auch die Strike). Bei letzteren Zuständen giebt wohl mehr als hereditäre Anlage geistige Minderwerthigkeit in Folge materieller Nothlage und schlechter Ernährung die nöthige Disposition ab.

Lehmann (Werneck).

191) **Toulouse**: De la dynamométrie chez les aliénés.

(Bull. de la soc. de méd. ment. en Belgique 1893.)

Verf. hat dynamometrische Messungen an 263 geisteskranken Frauen angestellt und hat Folgendes festgestellt: Während bei Gesunden die Dynamometernadel rechts 33 und links 28 im Durchschnitt aufwies, zeigte sich der Durchschnitt bei Geisteskranken rechts 17,2, links 16,3. Neben dem absoluten geringeren Werthe ist an diesem Befunde auch der geringere Unterschied zwischen rechts und links von Interesse. Seine Zahlen schwanken zwischen 25,2 bis 10,2, und zwar haben die höchsten Werthe die malades lucides, dann folgen der Reihe nach Epileptiker, Verfolgte, Melancholiker, Maniakalische, Paralytiker, Imbecille und Idioten, Demente. Einen grösseren Einfluss, als die Körperkräfte, die im Durchschnitt bei dem Geisteskranken etwas geringere sind, als bei dem Gesunden, hat die Concentrirung der Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit einer energischen Muskelcontraction. In dieser Beziehung ist die oben angeführte Reihenfolge recht interessant. Stimmungsalterationen haben meist keinen, höchstens ganz passageren Einfluss auf den Dynamometerausschlag, z. B. haben Maniakalische im Allgemeinen keinen grösseren Ausschlag, als Melancholische; allerdings gelingt es zuweilen im Momente des Affects, einen abnorm hohen Ausschlag bei ihnen zu erzielen. Dem Einwand, dass die Exactheit derartiger Untersuchungen bei Geisteskranken fraglich sei, sucht Verf. durch eine grosse Zahl der Untersuchten und durch wiederholte Vornahme derselben zu begegnen. Die Constanz seiner Befunde spricht dafür, dass bei der nöthigen Sorgfalt ungefähr exacte Resultate zu erzielen sind. Seine Untersuchungen sind entschieden dankenswerth und können in der Beurtheilung gewisser Seelenstörungen förderlich sein.

Lehmann (Werneck).

192) **H. Schüle**: Zur Paranoia-Frage.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 50, H. 1 u. 2.)

S. fasst in diesem Artikel seine gegenwärtige Anschauung über die Paranoia und ihre Beziehungen zu anderen Krankheitsbildern zusammen,

wobei zugleich zahlreiche Bemerkungen über symptomatologische Einzelheiten ihre Stelle finden.

Feststehend ist zunächst die typische chronische Grundform, der fixe Verfolgungs- oder Grössenwahn und die Vereinigung beider, primär meist auf originärer Grundlage entstehend und ausgezeichnet durch das scharf entwickelte Wahnsystem bei ungetrübtem Bewusstseinszustande. Eine zweite chronische Gruppe lässt zwei Formen unterscheiden. Erstens die meist dem Climacterium, resp. Senium angehörigen Fälle, welche meist ohne erbliche Belastung oder vorher bestehende Characteranomalie nach vager Stimmungsänderung resp. melancholischem Vorstadium, typischen Beachtungswahn und bald Sinnestäuschungen zeigen, woraus sich Angst mit Wahnvorstellungen der Verfolgung und Grösse entwickelt. Episodisch kommt Verwirrtheit vor, der Verlauf ist schwankend. Ausgänge: Heilung nach Monaten, resp. Jahren — Heilung mit Defect oder zunehmende Geisteschwäche. Die zweite Unterform verlaufe als deprimirte oder manische Dämonomanie, mit tiefer Bewusstseinsstörung, massenhaften Hallucinationen, zeitweilig mit furorartigen oder stuporösen Episoden. Ausgänge: Langwierige Reconvalescenz oder dauernde hallucinatorische Paranoia, ev. stupider Blödsinn. Als dritte chronische Gruppe sieht S. die sogen. secundäre Paranoia an, gebildet durch unheilbare Nachstadien von (meistens melanobolischen) Primärformen, deren besondere Art und Färbung sich noch erkennen lassen.

Neben der chronischen erkennt S. eine acute Paranoia an. Hier finde man die typischen chronischen Fälle in abgekürzter Form. In Monaten, Wochen, selbst Tagen kann es zur Heilung kommen. Diese Anfälle wiederholen sich jedoch häufig (Verlauf in Schüben), der Ausgang in chron. halluc. Paranoia kommt vor. Bei der acuten Paranoia ist das Bewusstsein nicht immer ein „waches“. Vortübergehend oder dauernd kommen Minderungen der Lucidität vor. Die Hallucinationen treten hier mehr in den Vordergrund, stehen aber in enger Beziehung zu den Wahnideen. Wo sich kein Verhältniss der Sinnestäuschungen zu einem beeinträchtigten oder erweiterten Ich nachweisen lässt, handelt es sich nicht mehr um acute halluc. Paranoia, sondern um verwirrte oder delirante Zustände, die als solche abzutrennen sind. In diese besondere Gruppe gehören der eigenartige puerperale und phthisische Wahnsinn, das asthenische Delirium, das Irresein auf Grundlage von Infectionskrankheiten.

Der Verlauf der echten halluc. Paranoia ist sehr verschieden: depressive, exaltirte Phasen wechseln, Remissionen, katatonische Erscheinungen werden beobachtet. Es kommen abortive Formen vor, besonders als menstruale Psychosen.

S. befrwortet jetzt die Trennung der Verwirrtheit (Amentia) von der Gruppe der Paranoia, womit er nicht leugnen will, dass es zahlreiche Berührungspunkte und thatsächliche Uebergänge zwischen beiden Formen giebt. Namentlich kann die für die Verwirrtheit charakteristische Störung der Associationsleistung zu jeder Zeit zu dem Bilde der acuten Paranoia treten. Die Differentialdiagnose ist auch beim Ueberblick über eine längere Verlaufsdauer oft sehr schwierig. Beide Zustände verlangen aber eine classificatorische Anerkennung, weil sie als geschlossenes Ganzes für sich

vorkommen. Die Verwirrtheit kann in eine manische und in eine stuporöse Form geschieden werden. Ihre Prognose ist besser, als die der acuten Paranoia. Im Krankheitsbilde der acuten Paranoia tritt ein melancholisches, resp. manisches Element oft sehr in den Vordergrund, auch können sich gelegentlich rein melancholische resp. manische Phasen einschieben — auch kann eine ursprünglich rein affective Psychose sich in eine specifisch paranoische umbilden. — Schliesslich giebt Verf. Ausführungen über den psychologischen Vorgang beim Aufbau der Paranoia, die im Wesentlichen den in seinem Lehrbuch veröffentlichten entsprechen.

Eine ausführliche Würdigung der referirten Anschauungen kann hier nicht erfolgen. Ref. hält im Gegensatz zu dem hier Vorgetragenen die Einengung des Begriffs der Paranoia auf die meist chronisch sich entwickelnde und chronisch verlaufende Form, wie sie gegenwärtig besonders Kräpelin vertritt, für die natürliche und der schnellen Verständigung mehr entgegenkommende Auffassung. Eine abschliessende Kenntniss dieses Gebiets liegt jedenfalls noch weit, alle Discussionen in Versammlungen haben die Herbeiführung einer einheitlichen Auffassung des Gegenstandes nicht zu beschleunigen vermocht. S.'s Abhandlung enthält zahlreiche Anregungen, um durch erneutes Eindringen in das Gebiet der Paranoia, Verfolgung einzelner Symptome, wie wiederholte monographische Bearbeitung der ganzen Frage dem Ziele einer natürlichen Abgrenzung näher zu kommen.

Mercklin.

193) **Sollier**: L'idiotie et l'imbecillité au point de vue nosographique.

(Arch. de Neurol. 1894, Nr. 88.)

S. wendet sich gegen die Ansicht, dass Idiotie und Imbecillität nur zwei verschiedene Grade ein und derselben geistigen Störung seien, deren hervorstechendstes Symptom die intellectuelle Schwäche sei. Idiotie ist nach ihm überhaupt ebenso wenig, wie die Demeuz im späteren Alter, eine Krankheit sui generis, beide bezeichnen nur ein Symptom, das bei mannigfachen organischen Hirnleiden (Meningoencephalitis, Hämorrhagie, Erweichungen etc.) vorkommen kann. Wie bei der Demeuz finden sich auch bei der Idiotie stets grobe cerebrale Störungen, die sich oft schon klinisch als Strabismus, Blindheit, Taubheit, Hemiplegie oder als Entwicklungshemmungen mancherlei Art kenntlich machen und bewirken, dass die Widerstandskraft des Idioten gegen ungünstige äussere Verhältnisse eine geringe, ihre Sterblichkeit eine grosse ist. Von alledem zeigt der Imbecille nichts: seine körperliche Entwicklung ist für gewöhnlich eine gute, oft sogar über das gewöhnliche Mittel hinausgehend. S. meint also, dass Idiotie und Imbecillität nicht nur vom psychologischen und socialen Standpunkt, sondern auch vom klinischen und anatomischen aus zwei absolut verschiedene Leiden sind. Die Idiotie als Symptom einer organischen Affection der nervösen Centralorgane empfängt ihre besonderen Charaktere erst durch die Art dieses ätiologischen Factors, Imbecillität hingegen beruht wahrscheinlich nur auf einer functionellen Störung des Gehirns und gehört zu den degenerativen Psychopathieen. Die Diagnose Idiotie soll nur dann gestellt werden, wenn sich die geistige Störung verbindet mit Hemmungen in der allgemeinen Entwicklung, mit Lähmungen oder Störungen der Sinnesorgane, oder wenn

sie nachweisbar angetreten ist als Folge einer in frühesten Kindheit erworbenen cerebralen Affection. Als imbecill sind diejenigen Individuen zu bezeichnen, die, ohne dass derartige organische Läsionen nachweisbar sind, von Kindheit an in ihrer geistigen Thätigkeit so gestört sind, dass sie ihre socialen Pflichten und Aufgaben weder gegen sich selbst, noch gegen andere erfüllen können. Falkenberg-Lichtenberg.

III. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

(Sitzung vom 13. November 1893.)

1. Herr **Rosin**: Demonstration einer neuen Färbungsmethode des Nervensystems.

Der Vortragende hebt als Hauptvortheile seiner Methode hervor:

1. Die Differenzirung der einzelnen Gewebsbestandtheile,
2. die schnelle Herstellung der Präparate und
3. die Darstellung verschiedener bisher nicht nachweisbarer Bestandtheile.

Er benutzt dazu das Bionchische Dreifarbgemisch (Säurefuchsin, Methylorange und Methylgrün) und zwar in verschiedener Herstellung: 1. für Celloidinschnitte und 2. für alle anderen Schnitte. Darnach färben sich dann alle basischen Gewebe roth und die sauren Gewebe blau. In Chrompräparaten färbt sich der Ganglienzellkern roth und in nicht Chrompräparaten tintenfarben.

Ferner fand der Vortragende, dass durch diese Färbemethode festgestellt werden konnte, dass der Leib der Ganglienzellen aus zwei Substanzen besteht, die sich verschiedenartig färben.

Die ausgestellten Präparate zeichneten sich durch feine Differenzirung aus.

2. Herr **Leyden**: Die neuesten Untersuchungen über die pathologische Anatomie der Tabes.

Der Vortragende verweist darauf, dass er vor nunmehr 30 Jahren seinen ersten Vortrag über Tabes veröffentlicht habe, und geht dann die über diesen Gegenstand bisher erschienene Literatur im Einzelnen durch. (Fortsetzung in der nächsten Sitzung.)

(Sitzung vom Montag den 11. December 1893.)

1. Herr **Bruns**: Zur differentiellen Diagnostik zwischen den Tumoren des Kleinhirns und der Vierhügel.

Der Vortragende berichtet über zwei Krankheitsfälle, in denen die Autopsie einmal eine Erkrankung der Vierhügel und das andere Mal einen Tumor des Kleinhirns ergeben hat. Beide Fälle boten ungefähr die gleichen Erscheinungen, von denen die hauptsächlichsten in Augenmuskellähmungen und Ataxie bestanden. Im ersten Fall — bei der Erkrankung der Vierhügel — traten Augenmuskellähmungen zuerst auf, und im weiteren Verlauf der Krankheit stellte sich Ataxie ein. Im zweiten Fall (Kleinhirntumor) war die Folge der Erscheinungen umgekehrt. Diesen Umstand will Br. für die Stellung der Diagnose verwerthen.

An der Discussion beteiligten sich Goldscheider, Oppenheim und Mendel, die ähnliche Fälle beobachtet haben.

2. Herr Leyden: Die neuesten Untersuchungen über die pathologische Anatomie der Tabes. (Fortsetzung)

Der Vortragende kommt in sehr ausführlicher Behandlung des Gegenstandes zu dem Schluss, dass seine früheren Ansichten durch die Ergebnisse der neueren Forschung nicht widerlegt sind. Er fasst seine Ansicht dahin zusammen, dass die Erkrankung der hinteren Wurzeln das Primäre sei, und dass von hier aus der Process in centripetaler Richtung fortschreite und zur Degeneration der Hinterstränge führe.

R u s t - Dalldorf.



CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 Mai.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Ueber den Parallelismus geistiger und körperlicher Vorgänge.

Von Dr. Bernhart, II. Assistenzarzt in Gabersee.

Die Erkenntniss, dass das menschliche Seelenleben, wie der menschliche Körper, einer naturwissenschaftlichen Erforschung zugänglich ist, hat dazu geführt, bei Aufstellung eines psychologischen Lehrgebäudes unter den inductiven Wissenschaften nach Vorbildern zu suchen; wie die Chemie von Atomen und Molekülen sprach, so gewöhnte man sich, auch in der physiologischen Psychologie Elemente, die einfachen Empfindungen, und zusammengesetzte Gebilde, die Vorstellungen, zu unterscheiden. Der gezogene Vergleich ist wohl, wie jeder andere, nicht ganz vollständig, insbesondere besteht, wie Wundt hervorhebt, ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Fällen darin, „dass die meisten chemischen Elemente zugleich isolirt vorkommen und daher unmittelbar der Untersuchung gegeben sind, während uns die elementaren Empfindungen durchaus nur aus den Verbindungen, die sie mit einander eingehen, bekannt sind“.

Allein ohne Zweifel wären die Chemiker, wenn sie nie etwas von isolirten Elementen erfahren hätten, doch zur Annahme von Atomen gekommen; die Thatsache, dass beim Umbau chemischer Verbindungen immer auch eine bestimmte Verschiebung der Gewichtsverhältnisse einhergeht, würde sie mit Sicherheit zur Abfassung der Atomtheorie gebracht haben. Gelingt es nun der Psychologie ebenfalls, für die einfache Empfindung einen Index zu finden, wie ihn die Chemie für das einzelne Element im Atomgewichte besitzt, so ist sie wohl auch berechtigt, gleich der genannten Wissenschaft, von Elementen und Verbindungen zu sprechen.

Als derartiger Index kann kaum etwas anderes gelten, als gewisse Vorgänge, die sich bei der Auslösung einer Empfindung abspielen. Wir wissen, dass unsere Empfindungen verschieden sind, je nachdem die Reize,

die sie erzeugen, und die Stellen des Nervensystems, die von denselben getroffen werden, sich ändern, und haben es von Alters her in der Übung unsere Empfindungen nach diesen Momenten einzutheilen. Gewisse Forscher sind noch weiter gegangen, sie machen die Qualität einer Empfindung einzig und allein abhängig von der Erregung ganz bestimmter Zellen der einzelnen Sinnesorgane, resp. der mit denselben verbundenen Nervenbahnen. In der Retina giebt es nach dieser Auffassung roth-, gelb- und violett-empfindende Körperchen; die verschiedenen Gehörsempfindungen sollen durch Mitschwingungen verschieden langer Fasern der membrana basilaris in den Schneckenwegen ausgelöst werden: zum Geschmacks- und zum Hautsinnesorgan führen gesonderte Bahnen für die verschiedenen Reize u. s. w. — Darnach wäre als psychisches Element nichts anderes als die zum Bewusstsein kommende Erregung eines der erwähnten Gebilde anzunehmen.

Dem steht indessen im Wege, dass durchaus nicht immer ein und derselbe Reiz, auf das gleiche Endorgan einwirkend, die gleiche Empfindung hervorruft, sondern dass, je nach der Combination der Reize, die Empfindungen, die jeder hervorruft, nicht unerheblich verschieden sein können. Die Experimente über die Farbencontraste ergeben, dass ein und dasselbe Blättchen für gewöhnlich weiss-grau bezeichnetes Papiers in den verschiedensten Farben, bald grün, bald blau, bald roth, bald gelb erscheint, je nachdem man es auf rothem, grünem, gelbem oder blauem Grunde betrachtet.

Man sucht diese Thatsache theils als auf Weitergreifen des Reizes auf der Netzhaut, theils als auf Urtheilstäuschung beruhend hinstellen. Die ungezwungenste und nächstliegende Erklärung ist wohl die, welche Wundt giebt, indem er die Lehre aufstellt, „dass alle Lichteindrücke in Beziehung zu einander empfunden werden“. — Dieser Satz scheint nun nicht zu erklären, wie die Qualität eines Lichteindruckes erkannt wird, wenn unser Auge nur von einfarbigem Lichte getroffen wird. Wundt nimmt für diese Fälle eine Vergleichung mit in der Erinnerung auftauchenden Eindrücken an, allein man kann dieses Nothbehelfes wohl entbehren.

Freilich darf man nicht glauben, dass, wenn man in der Dunkelkammer eine roth- oder grünleuchtende Lichtquelle schafft und das Auge ihrer Einwirkung aussetzt, dann nur homogene Strahlen dasselbe treffen; durch dieselben wird eben unser Auge nicht allein beleuchtet, sondern auch mehr oder weniger alle Gegenstände in der Umgebung des Auges, die dann wieder in ihrer Nuancirung verschiedene Strahlen in dieses werfen. Namentlich die dem Gesichte angehörige Umrahmung des Sehorgans, wie die Augenwimpern, die Nase, die Oberlippen u. s. w. dürften hiebei ganz besonders in Betracht kommen. — Wie wenig man einen gleichmässigen Gesichtseindruck empfängt, wenn man das Auge mit homogenem Lichte beleuchtet, kann man erkennen, wenn man eine Farbe des Sonnenspectrums in dasselbe blendet; man sieht dann nicht etwa ein gleichfarbiges Band, sondern einen weissen Stern im farbigen Nimbus. Ein Entscheid, welche Empfindung ein homogener Lichtstrahl hervorruft, lässt sich erst treffen, wenn dieser allein Zutritt zur Netzhaut hat. Dies lässt sich annähernd dadurch erzielen, dass man durch eine innen geschwärzte, engkalibrige, längere Röhre aus einiger Entfernung nach einem Gegenstande blickt. Je gleichmässiger die Farbe aufgetragen und je ruhiger das Licht ist, um so

schwerer fällt es, beim Blicke durch die Röhre die Qualität der erzeugten Empfindung zu bestimmen; man nimmt schliesslich nur mehr einen Helligkeitsunterschied zwischen Lumen und Wandung wahr.

Darnach ist es wohl ganz undenkbar, dass die Reizung eines einzelnen Netzhautelementes durch einen adäquaten Lichtstrahl schon eine spezifische Farbenempfindung hervorruft, vielmehr müssen daneben noch andere Elemente durch verschiedenes Licht erregt werden; in der That wird die Farbe durch die beschriebene Röhre erst erkannt, wenn ausserdem noch andere Strahlen die Netzhaut erregen. Wie wir also die Form eines Gegenstandes nur dann erkennen, wenn er sich durch andere Färbung von seiner Umgebung abhebt, so bedarf es auch zur Feststellung seiner Farbe der gleichzeitigen Einwirkung verschiedener Lichtstrahlen auf unsere Sehwerkzeuge.

Würde jede Reizung einer Netzhautstelle, unabhängig davon, was in den übrigen Theilen der Empfindungssphäre vor sich geht, je eine Empfindung auslösen, so wäre ein Verschmelzen zweier Hirnreizungen zu einer Empfindung, wie dies beim binocularen Einfachsehen der Fall ist, gar nicht möglich, wir könnten stets nur Doppelbilder wahrnehmen. So aber sehen wir doppelt, wenn auf die beiden Netzhäute verschiedene, und einfach, wenn die gleichen Bilder sich projiciren; hierin ist es deutlich ausgesprochen, dass wir nur so viele Empfindungen haben, als unser Centralnervensystem in verschiedener Weise erregt wird.

An dem einzelnen Auge ist die Einrichtung getroffen, dass unsere Empfindungen andere sind, je nachdem der Reiz eine periphere oder eine centrale Netzhautstelle trifft; in Folge dessen wird das Sehcentrum keineswegs in allen Theilen gleichmässig erregt, selbst wenn überall ganz der gleiche Reiz auf die Netzhauttheilchen eingewirkt hat, und man muss deshalb auch annehmen, dass die bei Ruhigstellung des Auges auftretende Schwarzempfindung, welche als der einzig denkbare Fall einer homogenen Farbenempfindung anzusehen ist, bereits einhergeht mit einer mehrfach verschiedenen centralen Erregung.

Nicht anders liegen die Verhältnisse bei allen übrigen Sinnesorganen. — Wird ein Theil unserer Hautoberfläche durch einen Temperaturreiz von der Intensität ihrer Eigenwärme getroffen, so bleibt die Empfindung aus, erst wenn er sich von den die übrigen Hautstellen afficirenden Reizen unterscheidet, wird er gefühlt; auch eine Druckempfindung kommt erst zu Stande, wenn zu dem über der ganzen Körperoberfläche lastenden Druck an einer circumscribten Stelle eine Zuthat geschieht; von diesem selber aber haben wir nicht die geringste Empfindung. Erfolgt eine Druckwirkung an zwei Stellen, so ist wieder Hauptbedingung, dass dieselben genügend weit von einander entfernt sind, um sich in ihrer localen Färbung zu unterscheiden, widrigenfalls nicht zwei, sondern nur eine Empfindung ausgelöst wird.

Geschmacks- und Geruchssinn sind noch wenig erforscht, aber schon der Umstand, dass die riechenden und schmeckenden Körper in der Mundflüssigkeit gelöst, resp. in der Athmungsluft aufgespeichert sein müssen, damit sie eine Empfindung hervorrufen, und diese sich abstumpft, wenn das Sinnesorgan von den betreffenden Stoffen überladen wird, weist darauf hin,

dass es nicht zweckdienlich ist, wenn die ganze Sinnesoberfläche gleichmässig erregt wird.

Der Gehörssinn verhält sich wie der Gesichtssinn. Was beide Ohren gleichmässig trifft, nehmen wir als eine, was sie verschieden trifft, als zwei Empfindungen wahr. Wie das Sehorgan, so ist in noch vollkommenerem Maasse das Gehörorgan daraufhin organisirt, die Reize gewissermassen in Componenten zu zerlegen, damit wirklich in jedem Falle das Centralorgan in mehrfach verschiedener Weise in Erregung versetzt wird. Am Kopfe selbst ist eine Anzahl Schallerreger angebracht, die es verhindern, dass im Labyrinth je absolute Ruhe herrscht. Es sind dies Geräusche, die durch die Blutcirculation, das Ein- und Ausströmen der Luft in den ersten Athmungswegen und die Contraction der Augen-, Kau- und Nackenmuskulatur entstehen; für gewöhnlich werden dieselben allerdings entweder gar nicht, oder nur sehr leise wahrgenommen, wenn man aber den Kopf entsprechend unter Wasser setzt, so kann man sich überzeugen, dass die vorhandenen Schallschwingungen nicht ganz unbedeutend sind und neben den von aussen auf das Ohr eindringenden Wellen jedenfalls mit in Frage kommen. Ausserdem aber sind die Unterabtheilungen des Labyrinthes, die alle von den Wellen des Labyrinthwassers getroffen werden, derart in ihrem gröberen und feineren Baue von einander unterschieden, dass unmöglich von ihnen allen eine gleichwerthige Erregung zum Gehirn fortgepflanzt wird; vielmehr erhalten die Nervenendigungen je nach Lage und Gestaltung in Zeit und Vehemenz sehr verschiedene Eindrücke, die sie dann dem Gehirne zum Aufbau der Empfindung hintergeben. Eine allgemeine Erschütterung des Labyrinthes bei jeder Tonwirkung wird man ebenso annehmen müssen, als dieselbe etwa auch einen Finger trifft, wenn er einen schwingenden Körper berührt.

Muskel- und Gemeingefühle haben zu Mitarbeitern die Athmungsgefühle. Jede Bewegung bedeutet an sich schon eine Reizung des Respirationencentrums, dazu kommt, dass mit den Lageveränderungen unserer Extremitäten der Zug resp. Druck, den diese auf den Thorax ausüben, sich ändert und in Folge dessen auch das Athmungsgeschäft in ganz bestimmter Weise beeinflusst wird. Die Beziehungen der Gemeingefühle zur Athmung erhellen daraus, dass, wenn die Gemeingefühle sich bis zu einem gewissen Grade steigern, sich Athmungskrämpfe, wie Lachen, Schluchzen, Gähnen, Würgebewegungen u. s. w. einstellen können.

Die respiratorischen Gefühle sind für unsere Psyche vielleicht von der gleichen Wichtigkeit, die die Athmung für unser Leben hat. Sie begleiten wohl alle seelischen Vorgänge und stellen einen der Hauptfactoren dar, die die Einheit unseres Bewusstseins bedingen und uns erlauben, unsere Empfindungen zu vergleichen und dieselben nach Ort und Dauer zu schätzen.

Anhaltspunkte, zu beurtheilen, wie dem Menschen Empfindungen zum Bewusstsein kommen, bietet auch seine Art und Weise, sie anderen mitzutheilen. Sein vorzüglichstes Mittel hiezu ist die Sprache. Diese steht in innigster Beziehung zur Athmung und ist, den Linguisten und Physiologen zu Folge, durch Nachahmung zum Theil der den Menschen von aussen treffenden Töne, zum Theil seiner eigenen Reflexlaute entstanden. Merkwürdig ist, dass ein einfacher Laut nie genügt, eine Empfindung genau zu

präcisiren, sondern dass es stets dazu eines aus Consonanten und Vocalen zusammengesetzten Wortes bedarf und dass die Einheit im Aufbau der Sprache nicht die einzelnen Laute, sondern die daraus zusammengesetzten Silben repräsentiren. Es hat dies wohl in nichts anderem seinen Grund, als in dem Bedürfnisse unserer Psyche stets verschiedenerlei Eindrücke zu ihren Operationen heranzuziehen. Noch überzeugender wie bei der Sprache spricht sich an der Wirkung der Musik aus, wie sehr die Erregung sowohl, als auch der Ausdruck unserer Empfindungen eine Combination psychischer Eindrücke erfordert. Indem die Musik, wie wirkliche Erlebnisse, Schmerz und Lustempfindungen in uns erweckt, giebt sie zu erkennen, dass ähnliche Seelenzustände durch ganz verschiedene Reize erzeugt werden können, wenn sie, entsprechend combinirt, unser Nervensystem in Erregung versetzen, während z. B. gleiche und ähnliche Silben in verschiedenen Sprachen von ganz verschiedener Bedeutung sein können, je nachdem der Wortschatz derselben beschaffen ist und die Stellung der Silben in diesem sich ändert.

Die Annahme, dass unsere Empfindungen auf einer mehrfach verschiedenen Hirnreizung basiren, legt nichts so sehr nahe, als der Satz, dass wir nur Bewegungen sinnlich wahrnehmen. Wie von anderen Dingen, so kennen wir auch von Bewegungen nichts, als unsere Art, sie wahrzunehmen, und die Wahrnehmung einer Bewegung ist nur ein specieller Fall von Sinnesempfindung. Wenn es also richtig ist, dass wir nur Bewegungen wahrnehmen, so gewährt uns die Wahrnehmung einer Bewegung gewissermaßen ein microscopisches Bild von dem Zustandekommen einer Empfindung überhaupt.

Zur Wahrnehmung einer Bewegung eignet sich, wenn wir uns eines einzigen Sinnes dazu bedienen wollen, fast nur das Gesicht und das Getast. Dem Auge erscheint ein Körper bewegt, wenn sein Bild eine Stelle der Netzhaut neben der anderen verdeckt und dann wieder freilässt. Der Eindruck von Bewegung wird also in uns erzeugt durch die Reizung einer Reihe benachbarter Netzhautstellen durch die Lichtstrahlen, die vom bewegten Körper und damit abwechselungsweise von solchen, die vom Hintergrunde, vor welchem derselbe sich bewegt, ausgehen. Aehnlich in der Anordnung und Aufeinanderfolge müssen auch die Eindrücke auf unser Getast sein, damit wir zu der Vorstellung gelangen, dass sich der Erzeuger der Empfindungen über die Körperoberfläche bewegt. In beiden Fällen ist die Vorstellung, dass ein Körper sich in Bewegung befindet, davon abhängig, dass sich fortwährend zum Mindesten zwei verschiedene Erregungszustände gegenseitig beeinflussen.

Die Anschauung, dass unsere Empfindung nicht durch einzelne Nerven-erregungen, sondern durch Unterschiede in der Erregung bedingt ist, wird schon seit langer Zeit verfochten, allein man ist dabei stehen geblieben, die Fähigkeit, Unterschiede wahrzunehmen, als ein von der lebendigen Substanz unzertrennliches Attribut hinzustellen, das wir ebenso wenig begreifen können, wie das Dasein der Materie. Weiter nicht erklärbar bleibt uns die Unterscheidungsfähigkeit nur so lange, als man annimmt, dass bei der Unterscheidung nur ein einzelnes mit Bewusstsein ausgestattetes Element unseres Nervensystems in Erregung kommt. Erinnert man sich indessen,

dass eine Empfindung in unserem Bewusstsein isolirt gar nie vorkommt, dass bei jedem bewussten Vorgang stets ein Sinnescentrum mehrfach in Erregung versetzt wird und die daraus resultirenden Empfindungen sich gegenseitig bestimmen, so muss man wohl annehmen, dass die Unterscheidung und damit das Bewusstsein überhaupt von einem dynamischen Ausgleich zwischen zwei von der Peripherie her getrennt erregbaren, sensoriiellen Elementen begleitet ist.

Entspricht diese Annahme den Thatsachen, so tritt die Empfindung ganz in Einklang mit den übrigen Naturerscheinungen. Wir wissen, dass das ganze Naturleben auf einem Ausgleiche der in den Körpern verborgenen Kräfte beruht, und dass die verschiedenen Kraftäusserungen sich nicht allein nach der Menge der Kraft, mit der der wirksame Körper geladen ist, sondern auch darnach, wie viel Kraft der Körper aufgespeichert hat, auf den jener seine Wirkung ausübt, bemessen. Ein Körper äussert nur dann Kraft, wenn er mit einem anderen einen Kräfteausgleich eingegangen ist, und ebenso scheint in einer Ganglienzelle nur dann eine Empfindung zu Stande zu kommen, wenn die Zelle Gelegenheit hat, mit einer anderen die Erregung auszutauschen. Was dort Kraft ist, ist hier Erregung, und was dort Kraftäusserung oder Weg ist, ist hier Empfindung.

Stellt man auf diese Weise die physischen den psychischen Vorgängen gegenüber, so gewinnt das psychophysische Gesetz einfach den Character eines rechnerischen; ebenso wie die Stärke der Reize in einem geometrischen Verhältnisse ansteigen muss, damit die Stärke der Empfindung in einem arithmetischen zunehmen kann, kann ja auch der Weg eines Motors nur in einem arithmetischen Verhältnisse zunehmen, wenn Last und Kraft zugleich in einem geometrischen wachsen. Die Analogie geht noch weiter; wie Druck und Zug ohne Effect bleiben, wenn gleichkräftige Widerstände entgegenstehen, wie endlich ein electricischer Strom sich zwischen zwei Polen nicht entwickelt, wenn dieselben mit gleichen Electricitäten geladen sind, so scheint auch eine Empfindung immer insoferne zu mangeln, als gleich gebaute Hirnstellen durch gleiche Reize erregt werden. Die Construction einer Electricitätsmaschine kann man geradezu als Bild für unseren nervösen Apparat auffassen. Die Glasscheibe stellt die Aussenwelt dar, Reibzeug und Conductor sind die nervösen Endorgane, die Pole die percipirenden Theile des Gehirnes. Wie nun die Stärke der Entladung zwischen negativem und positivem Pole von der Art und Weise, wie Conductor und Reibzeug mit der Glasscheibe in Berührung gekommen sind, abhängig ist, ebenso lässt sich auch zwischen den centralen Enden der Sinnesbahnen ein dynamischer Ausgleich denken, der sich im arithmetischen Verhältnisse ändert, wenn die Erregungen der Leitungsbahnen im geometrischen Verhältnisse steigen oder fallen und den Empfindungen proportional sind.

Die Forderung, dass sich die Zellkörper zum Bewusstsein gegenseitig erwecken, wurde für einfache psychische Zustände bis jetzt noch nicht ausgesprochen, wohl aber ist sie vollständig anerkannt bei sogenannten complicirten seelischen Vorgängen. Gemeint sind die associativen Processe im Gehirn; hier ist es nicht anders denkbar, als dass wirklich die Erinnerungsbilder durch psychische Vorgänge in anderen Ganglienzellen wachgerufen werden. Die Gesetze, nach denen die Associationen der Ideen erfolgen,

haben nun viel des Gemeinsamen mit den mechanischen Principien, wie sie für das Zustandekommen elementarer Seelenvorgänge dargelegt wurden.

Bleibt man bei der seit alter Zeit gebräuchlichen Art der Aufzählung, so sind es vier Associationsgesetze, nämlich die Verbindung nach Aehnlichkeit, nach Contrast, nach örtlicher Coexistenz und nach zeitlicher Folge. Von diesen Gesetzen postulirt nun das zweite ein ähnliches Verhältniss der in Frage kommenden centralen Erregungen zu einander, wie es beim Zustandekommen einfacher Sinnesempfindungen angenommen wurde. — Mit Recht wurde hervorgehoben, dass sich contrastirende Vorstellungen nur dann associiren, wenn sie doch wieder gemeinsame Bestandtheile besitzen, nicht minder ist es aber auch Thatsache, dass bei den Associationen durch Aehnlichkeit, wie schon das Wort sagt, ein Gemisch von gemeinsamen, d. h. gleichartigen Ingredienzen und von contrastirenden vorhanden ist, so dass man füglich die beiden ersten Associationsgesetze in ein einziges verschmelzen kann. Was jedoch hiebei von dem Erinnerungsbilde auf associativem Wege über die Schwelle des Bewusstseins erhoben wird, sind offenbar nur die zum Erinnerungsmotiv contrastirenden Bestandtheile, und das Moment, welches diese zu einander in Beziehung bringt, die zwischen ihnen bestehenden Gegensätze.

Den Aehnlichkeitsassociationen, auch innere benannt, stellt man die Berührungssassociationen, d. h. die Associationen nach räumlicher Coexistenz und zeitlicher Folge, gegenüber. Diese entbehren anscheinend eines der Glieder, die bei den Aehnlichkeitsassociationen vorhanden sind, nämlich gerade die zum Erinnerungsbilde contrastirenden Seelenzustände. Wenn man sich indessen vor Augen hält, dass eine Vorstellung stets mit einer ganzen Anzahl irgend einmal zeitlich oder örtlich verknüpft war, so bedarf es doch auch hier eines dritten Factors, der bedingt, dass nur ein einziges Erinnerungsbild und nicht ein ganzes Register sich anschliesst.

So oft eine Vorstellung neu von der Peripherie her ausgelöst wird, immer wird sie sich schon in Folge der veränderten Zeitverhältnisse in einer anderen Umgebung befinden; aber die psychische Verfassung, in deren Verein die Vorstellung gegenwärtig getreten ist, begiebt sich in Gegensatz zu jeder mit der Vorstellung früher einmal verknüpften, und in der Erinnerung taucht dasjenige Bild auf, das zu dem gegenwärtigen im grössten Contrast steht, resp. den lebhaftesten Ausgleich zwischen den erregten Centren erfordert. Wird ein psychischer Vorgang B, der mit einem anderen A regelmässig von der Peripherie her ausgelöst wurde, einmal nicht mehr hervorerufen, wenn A neuerdings von dorthier erzeugt war, so wird auch B seinerseits wieder erweckt, weil er in Gegensatz tritt zu jenen psychischen Zuständen, die sich nunmehr mit A verbunden haben, und nicht, weil A und B wegen ihrer häufigen Berührung mit einander gewissermassen verwachsen sind. Man sieht dies daraus, dass Erinnerungsbilder um so ungenauer und spärlicher werden, je mehr eine Situation der anderen gleicht, und dass wir uns schliesslich einer ganzen Reihe von Reizen aussetzen und sogar Handlungen unternehmen, ohne dass unsere Psyche dabei sonderlich mehr afficirt wird; wie zahlreiche Verwechslungen beweisen, ist der genauen Reproduction eines Erinnerungsbildes auch nichts so gefährlich, als eine Reihe anderer, wenig davon verschiedener.

Darin, dass wir beim Lernen uns immer von Neuem das gleiche Bild vorführen, liegt kein Widerspruch. Wenn ich bei der Memorirung eines Verses denselben immer wieder lese, so thue ich es, um meine Aufgabe zu dem bei jedem Reproductionsversuche sich dazwischen drängenden Zuthaten der eigenen Phantasie in Gegensatz zu bringen und sie davon abzugrenzen; es kommt darauf an, das dem Gedächtnisse Einzuprägende möglichst zu allen denjenigen Erinnerungsbildern in Contrast erscheinen zu lassen, die sonst voraussichtlich in der Situation, in welcher ich meine Kenntnisse verwerthen soll, die Oberhand gewinnen würden.

Die nämlichen Gesetze, nach denen sich die associativen Vorgänge abwickeln, halten wir in unseren logischen Operationen mit Bewusstsein ein. Suchen wir den Begriff eines Gegenstandes zu definiren, so stellen wir, indem wir nach Gattung und artbildendem Unterschied forschen, einmal fest, mit welchen anderen Gegenständen der in Frage kommende die meisten Eigenschaften gemeinsam hat, und wie er sich von einer Anzahl wieder unterscheidet; man sieht also ganz die gleichen Factoren mit im Spiele, wie bei der Aehnlichkeitsassociation.

Dasselbe trifft zu bei unseren logischen Schlüssen. Unterscheidet sich ein Gegenstand nur dem Ort und der Zeit seines Daseins nach von einem anderen, so sprechen wir ihm eine ganze Anzahl von Eigenschaften, die an diesem zu beobachten waren, zu, ohne dass wir uns erst sinnlich überzeugt haben, dass er sie wirklich besitzt. Die von den beiden Gegenständen hervorgerufenen Seeleneindrücke stehen sich gegenüber wie zwei, zu verschiedenen Zeiten entstandene Bilder desselben Gegenstandes; hiedurch ist eine Aehnlichkeitsassociation angebahnt und wir knüpfen an das Bild jenes Gegenstandes die gleichen Vorstellungen, die mit diesem in der Vergangenheit verbunden waren, für den Fall, dass er sich auch unter die gleichen örtlichen und zeitlichen Bedingungen begiebt. Die Richtigkeit einer logischen Operation scheint demnach erwiesen, wenn ihr die Evidenz einer Aehnlichkeitsassociation zuertheilt werden kann.

Unter den Bedingungen, die zum Zustandekommen einer Empfindung aufgeführt werden, hat man immer auch die genannt, dass die Aufmerksamkeit auf die von der Peripherie hergeleitete Erregung gerichtet sein muss. Ueber das Wesen der Aufmerksamkeit und namentlich über die ihr entsprechenden nervösen Vorgänge besteht noch grosse Uneinigkeit. Sie scheint einherzugehen mit der Möglichkeit der in einem Centrum bestehenden Erregung nach einem andern, welches ebenfalls in Erregung versetzt ist, sei es von der Peripherie oder von einem anderen Centrum her, das früher einmal gleichzeitig mit ihm in Activität sich befand und nun von der Peripherie her neuerdings erregt wurde. Zu dieser Annahme berechtigt der Umstand, dass die Aufmerksamkeit sich immer derjenigen centralen Erregung zuwendet, die jede andere überbietet, also den gleichen Gesetzen folgt, die der besprochene dynamische Ausgleich zwischen den erregten Zellen einhält.

Ob sich an die Erregung eines Centrums eine einfache Empfindung oder eine Vorstellung anschliesst, hängt von den Bahnen ab, die sich nach anderen centralen Elementen hin aufthun; ohne dass eine solche sich eröffnet, ist selbst der einfachste psychische Vorgang unmöglich. Die körperlichen Parallelvorgänge zu den elementaren psychischen Zuständen bestehen dem-

nach nicht in den molecularen Vorgängen einer einzigen Zelle, sondern immer zweier Zellen, die sich gegenseitig beeinflussen. Wie dargelegt, bekunden die psychischen Vorgänge durch das geschilderte Verhalten die innigste Verwandtschaft zu den Vorgängen in der Körperwelt; diese Verwandtschaft vermag uns allein zu erklären, dass in unserem Innern sich die Aussenwelt symbolisiren kann und ein Eingreifen unseres Geistes in das Getriebe derselben ermöglicht ist.

II. Bibliographie.

XIII) **Pierre Janet**: Der Geisteszustand der Hysterischen, die psychischen Stigmata. Mit einer Vorrede von Professor Charcot. Uebersetzt von Dr. M. Kahane.

(Leipzig und Wien 1894.)

Pierre Janet: État mental des Hystériques. Les accidents mentaux. (Paris 1894.)

Mit dem Geisteszustand der Hysterischen haben sich früher vorwaltend Irren- und Gerichtsärzte beschäftigt. In den letzten Jahren wurde derselbe unter dem von Charcot ausgehenden Impulse von einer Anzahl von Neurologen eingehender studirt (Gilles de la Tourette, Ballet und Schüler desselben; Laurent, Breuer u. Freud u. A.). Das vorliegende Werk stammt von einem Philosophen von Fach, der allerdings auch Dr. med. ist und als Eleve Charcot's an der Salpêtrière fungirte. Pierre Janet ist Professeur agrégé de philosophie am College Rollin. Zum Docteur en médecine scheint er erst in der Zeit zwischen der Publication der 1. und 2. Hälfte des zu besprechenden Werkes promovirt worden zu sein. Den ärztlichen, speciell den neurologischen Kreisen ist der Verfasser bereits durch gediegene psychologische Arbeiten und mehrere Artikel über Hysterie bekannt, welche auch in dem zu besprechenden Werke Aufnahme gefunden haben. Selbstverständlich erweisen sich Bildungsgang und Berufsstellung des Autors auf die Art seiner Darstellung und die Ansichten, zu welchen er bei seinen Studien gelangte, nicht ohne Einfluss. Die streng philosophische (speciell psychologische) Schulung kommt dem Verfasser bei der Analyse der einzelnen hysterischen Phänomene sehr zu Statten und ermöglicht ihm, da und dort tiefer in den psychischen Mechanismus der Erscheinungen einzudringen, als dies Anderen vor ihm gelungen ist. Das Streben nach einer einheitlichen Auffassung der Thatsachen, nach Zurückführung der vielfältigen Krankheitserscheinungen auf gewisse fundamentale psychologische Störungen verleitet den Autor aber andererseits, manche erhebliche Momente ausser Betracht zu lassen und gelegentlich den Thatsachen etwas Gewalt anzuthun, um sie mit seinem System in Einklang zu bringen. Ausserdem beschränkt der Umstand, dass der Autor nicht ausübender Arzt ist, seinen klinischen Gesichtskreis in einer für seine Arbeiten sehr nachtheiligen Weise. Er hat keine Gelegenheit, Hysterische der besseren Stände, insbesondere die zahlreichen in diesen Kreisen vorkommenden leichteren Fälle zu beobachten, und ist für seine Studien auf das Krankenmaterial der Hospitäler angewiesen,

das sich fast ausschliesslich aus den unteren Volksschichten reerutirt und aus arbeitsunfähigen Individuen zusammensetzt. Nicht minder nachtheilig erweist sich bei ihm der Umstand, dass er umfänglicher selbstständiger Erfahrung auf den der Hysterie nahestehenden neuropathologischen Gebieten, speciell dem der Neurasthenie, ermangelt.

Nach J. lassen sich die hysterischen Symptome in 2 Hauptgruppen, Stigmata und accidentelle Erscheinungen (Stigmates et Accidents) sondern. Die Stigmata sind andauernd und bis zu einem gewissen Punkte für den Kranken gleichgiltig, die Accidents vorübergehend oder höchstens periodisch und für den Kranken peinlich. Die Abhandlung über den Geisteszustand der Hysterischen zerfällt daher in 2 Theile. In dem ersten werden die Stigmates mentaux, in dem zweiten die Accidents mentaux besprochen.

Die Auffassung des Autors über die dem Gebiete der psychischen Stigmata der Hysterie angehörigen Erscheinungen weicht nicht nur von den landläufigen Anschauungen, sondern auch von der Lehre der Salpêtrière in bemerkenswerther Weise ab. In 5 Kapiteln werden in dem ersten Bande des Werkes als geistige Stigmen die hysterischen Anästhesien, Amnesien, Abulien, die Bewegungsstörungen und schliesslich die Modificationen des Characters der Hysterischen erörtert. Nach den landläufigen Anschauungen bilden speciell letztere die geistigen Merkmale der Hysterie. Die Schule der Salpêtrière hat sich zwar die Beseitigung dieser Anschauung angelegen sein lassen, zählt aber auch noch die hysterischen Anästhesien zu den somatischen Stigmen der Krankheit. Die weitere Auffassung des Begriffes der geistigen Stigmen der Hysterie, wie sie J. vertritt, wird nur verständlich, wenn wir dessen Ansichten von der Genese der fraglichen Stigmen berücksichtigen. Dieselben, speciell die Anästhesie, sind nach Janet nicht von irgend welchen Autosuggestionen (Idées fixes) abhängig. Autosuggestionen können zwar ähnliche Erscheinungen hervorrufen, aber am häufigsten sind die Stigmen der Ausdruck einer cerebralen Schwäche, einer Einengung des Bewusstseinsfeldes. Der Einfluss von Autosuggestionen auf die Stigmen ist nur ein indirecter. „Irgend eine Idee, welche keine Beziehung zur Sensibilität oder zum Gedächtniss zu haben scheint, veranlasst durch ihre Gegenwart allein eine Abschwächung der Perception personelle, die sich äusserlich durch eine Zunahme der Stigmen kundgibt.“ An einer anderen Stelle (S. 277, II. Hälfte) bemerkt der Autor dagegen: „Die Localisation der Anästhesie mag von einer Suggestion oder einer fixen Idee abhängen, aber die Anästhesie selbst und die Stigmata im Allgemeinen sind Aeusserungen der Unzulänglichkeit der Perception personelle, der Einengung des Bewusstseinsfeldes.“ Die grösste Bedeutung schreibt der Autor unter den Stigmen der Gruppe von Erscheinungen zu, die er als Abulien bezeichnet. Er fasst unter diesem Titel alle Veränderungen und Abschwächungen des Willens zusammen, dieselben mögen sich in Trägheit, Zaudern, Unfähigkeit zu Akten oder in verlangsamer Auffassung, Unsicherheit oder mangelnder Aufmerksamkeit für Vorstellungen äussern. Die Bedeutung der Abulie ergibt sich aus ihrer grossen Häufigkeit und dem Einfluss, den sie auf die Entstehung vieler wichtiger Symptome ausübt. Die pathologische Suggestibilität der Hysterischen, von welcher die Mehrzahl der accidentellen hysterischen Erscheinungen abhängt, ist zum grossen Theil ein Resultat der Abulie. „Die Abulie“

bemerkt der Autor an einer anderen Stelle (2. Bd., S. 273), „die *Apraxia*, das Zaudern, der Zweifel sind die wesentlichen psychologischen Charactere der Hysterischen“. Dabei entgeht es J. keineswegs, dass die gleichen Erscheinungen sich auch bei anderen Kranken, insbesondere bei der grossen Gruppe der mit psychischer Neurasthenie Behafteten (Psychasthenischen) finden. Den Einwänden, die sich aus diesem Umstande ableiten lassen, begegnet Janet durch den Hinweis auf die engen Beziehungen, welche zwischen der Hysterie und der Psychasthenie obwalten. Es scheint dem Autor unmöglich, beide Krankheiten vollständig zu trennen; sie bilden nach seiner Ansicht Glieder einer grossen Klasse aneinander angrenzender Geisteskrankheiten, die er Krankheiten der geistigen Desagregation zu bezeichnen vorgeschlagen hat. Seinen Behauptungen betreffs der beiden Krankheiten gemeinschaftlichen Züge können wir jedoch nicht beipflichten. Es ist zweifellos richtig, dass viele Hysterische, in Folge der Complication ihrer erblichen Belastung, zugleich Psychasthenische, d. h. mit Zwangsvorstellungen, Zwangsimpulsen und Phobien behaftet sind. Nach J. sollen jedoch diese Symptome mehr oder minder ausgeprägt bei fast allen Hysterischen vorhanden und umgekehrt Psychasthenische von reinem Typus schwer aufzufinden sein, die nicht gewisse hysterische Symptome darbieten. Wir können nach unseren Erfahrungen diese Aufstellungen nicht als den Thatsachen entsprechend ansehen. Die von J. gehegte Auffassung von den Beziehungen der Hysterie zur Psychasthenie (den psychopathischen Minderwerthigkeiten Koch's) macht es begreiflich, dass er bei der Schilderung der Charactermodifikationen der Hysterischen sich nicht bemüht, das der Hysterie als solcher Angehörige von den Merkmalen der psychopathischen Belastung, wie sie uns insbesondere von Magnan und Koch geschildert wurden, zu sondern. Dieser Abschnitt seines Werkes bildet gegenüber den Lehren der *Salpêtrière*, wie sie uns Gilles darstellt, einen entschiedenen Rückschritt. Gilles (Gilles de la Tourette: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, S. 491) betrachtet es, unseres Erachtens ganz mit Recht als ein besonderes Verdienst Charcot's, dass er an dem Geisteszustande der Hysterischen das dieser Krankheit Eigenthümliche von den psychischen Stigmen der Degeneration zu trennen verstand. Auf diese Trennung verzichtet J. bei Schilderung des Characters der Hysterischen ganz und gar. Wir finden daher die alte Irrlehre von dem unaufhörlichen Stimmungswechsel der Hysterischen wieder, obwohl Charcot schon vor einer Reihe von Jahren auf die andauernde melancholische Verstimmung der männlichen Hysterischen hingewiesen hat und auch die weiblichen Hysterischen mit ähnlichem Verhalten durchaus nicht selten sind. „Sie geht jeden Augenblick von der Zuneigung zur Gleichgiltigkeit, von der Heiterkeit zur Trauer, von der Hoffnung zur Verzweiflung über und sie scheint in einem Zustand instablen Gleichgewichtes sich zu befinden und jeden Augenblick auf die eine oder andere Seite zu fallen.“ Noch weniger als diese Behauptung kann das, was J. von dem Character der Hysterischen im Allgemeinen annimmt, auf allgemeine Geltung Anspruch erheben. „Die Hysterischen haben wie eine grosse Kategorie von Kranken nur das Denkvermögen eines Kindes und der Character der Hysterischen ist nichts anderes als der Character der Geisteschwachen, der Kinder.“ Es mag sein, dass die Hysterischen, an welchen

J. seine Studien machte, insgesamt dieser Zeichnung entsprachen. Dann erhellt hieraus nur, was wir schon Eingangs erwähnten, dass sein Beobachtungsmaterial trotz seiner Grösse qualitativ unzulänglich war; jedenfalls bekundet ein erheblicher Theil der Hysterischen weder hinsichtlich des Denkvermögens noch hinsichtlich des Characters die Merkmale der Geistesschwäche. Mit den Erfahrungen des Referenten stimmt in dieser Beziehung vollkommen die von Breuer und Freud erwähnte Thatsache überein, „dass man unter den Hysterischen die geistig klarsten, willensstärksten, charactervollsten und kritischsten Menschen finden kann.“ (Breuer und Freud, Neurolog. Centralbl. 1893, S. 44.)

In dem 2. Bande werden in 5 Kapiteln die Suggestion und die unterbewussten Akte, die fixen Ideen, die Anfälle, die Somnambulismen, die Delirien und schliesslich die Hysterie vom psychologischen Standpunkte erörtert. J. betrachtet als die typischsten Fälle von Suggestion „jene vollständigen und automatischen Entwicklungen einer Idee, die sich ausserhalb des Willens und der persönlichen Perception des Subjectes vollziehen.“ Die Suggestion ist auch immer isolirt von der grossen Menge der übrigen Gedanken und stellt mit ihrer automatischen und unabhängigen Entwicklung einen wahren Parasiten im Bereiche der Gedanken dar. Bei der Besprechung der unterbewussten (d. h. vom Unterbewusstsein ausgehenden) Akte vermissen wir jeden Hinweis auf die diesem Gebiete angehörigen, ungemein zahlreichen Vorgänge des normalen Lebens, die doch sehr viel zum Verständniss der bei Hysterischen zu beobachtenden Erscheinungen beitragen können. Auch die unterbewussten Akte bringt J. mit der Verringerung der Perception personelle in Zusammenhang, die er als ein Grundphänomen der Hysterie auffasst. Die Kranke kann nur eine kleine Anzahl von elementaren psychologischen Thatsachen in ihrem Bewusstseinsfeld vereinigen und mit ihrem Ego verknüpfen, die übrigen sich gleichzeitig darbietenden Thatsachen werden zum Theil im Unterbewusstsein vereinigt, und diese partielle Synthese soll nach J. das darstellen, was er als unterbewusste Akte beschreibt. Diese Auffassung mag für einen grossen Theil der unterbewussten Akte der Hysterischen ihre Berechtigung haben; als für alle Fälle zutreffend können wir diese nicht ansehen. J. übersieht, dass bei jeder intensiven Concentration der Aufmerksamkeit unterbewusste Akte provocirt werden können und dass in Leistung solcher (sogen. Zerstreutheiten) gerade grosse Geister oft Erstaunliches aufweisen. Wenn ein in seine Arbeit völlig vertiefter Gelehrter z. B. auf eine Frage seiner Umgebung eine Antwort ertheilt, von welcher derselbe nachträglich absolut nichts weiss — die Antwort mag passend oder unpassend sein — so haben wir einen vom Unterbewusstsein ausgehenden Akt vor uns, der ganz der automatischen Schrift der Hysterischen entspricht, doch jedenfalls nicht in einer Verringerung der Perception personelle begründet ist. Es ist nicht zu ersehen, warum nicht auch bei Hysterischen gelegentlich das Versunkensein in gewisse Gedanken zum Auftreten unterbewusster Akte Anlass geben sollte, wie beim Gelehrten oder Künstler.

Bei Besprechung der Bedingungen der Suggestion erwähnt J. die verschiedenen Abstufungen der Suggestibilität bei den Hysterischen. Manche derselben sind wenig suggestibel, weil sie zu krank sind und ihr Geist

desshalb nicht längere Zeit einen Gedanken festhalten kann. Die Suggestion erheischt zu ihrer Entwicklung, wie schon Bernheim betont, einen relativ gesunden Geist. Auf der anderen Seite glaubt J. jedoch nicht (was die Vertreter der Nancyer Schule unentwegt festhalten), dass die Suggestibilität mit einem vollkommen normalen Geisteszustande sich verträgt. „Diese vollständige und automatische Entwicklung einer von der Persönlichkeit isolirten Idee nach Art eines Parasiten findet sich nicht beim normalen Menschen.“ Während des Verlaufes der Erkrankung zeigt die Suggestibilität bei den Hysterischen oft auffällige Schwankungen; nach einem Anfall, einer Aufregung etc. kann dieselbe erheblich verringert, selbst geschwunden sein, in manchen Fällen andererseits zeigt sich die Suggestibilität lediglich während eines Zustandes besonderer geistiger Schwäche.

Die „fixen Ideen“, deren Erörterung ein Kapitel von 87 Seiten gewidmet ist, sind nach J. psychologische Erscheinungen von der Art der Suggestion, sie sollen sich von dieser nur durch den Modus ihrer Entstehung unterscheiden; während die Suggestion experimentell hervorgerufen wird, bilden sich die fixen Ideen unter dem Einflusse accidenteller Ursachen. Die psychologischen Phänomene, die J. als fixe Ideen zusammenfasst, sind die Zwangsvorstellungen und Autosuggestionen der deutschen Autoren. Ob der von Janet für diese Gruppe von Vorstellungen gewählte Titel als ein ganz glücklicher zu bezeichnen ist, will Ref. dahingestellt sein lassen und nur darauf hinweisen, dass J. mit dieser Zusammenfassung einen ganz zwecklosen Versuch unternommen hat. Am Schlusse seiner ausserordentlich weit-schweifigen Darlegung über die fixen Ideen sieht er sich veranlasst, zu untersuchen, ob die fixen Ideen der Hysterischen sich nicht durch gewisse Besonderheiten unterscheiden, und kommt hier zur Feststellung der längst bekannten Thatsache, dass die fixen Ideen der Hysterischen dem Unterbewusstsein angehören, d. h. Autosuggestionen darstellen, während die Zwangsvorstellungen (obsessions) Bestandtheile des (Ober-) Bewusstseins bilden, i. e. dem Kranken wohl bekannt sind. Er ist also genöthigt, das Vereinigte wieder zu trennen und zwar in die beiden Gruppen von Vorstellungen, welche bisher unterschieden wurden. Die fixen Ideen der Hysterischen sind nach J. die Ursache der grossen Mehrzahl der accidentellen hysterischen Symptome (Accidents) mit Einschluss der Anfälle. In dem Kapitel, welches von den fixen Ideen handelt, wird des Näheren der Zusammenhang der Dys- und Hyperästhesien, der Tics und choreatischen Bewegungen und ganz besonders eingehend der Lähmungen und Contracturen mit solchen Vorstellungen darzulegen versucht. Dass gewisse Kopfschmerzen der Hysterischen unabhängig von fixen Ideen sind, entgeht dem Autor nicht.

In dem 3. Kapitel werden als Hauptvarietäten der Attaquen der emotionelle oder Briquet'sche Anfall, der Ticanfall (Clownisme), die Exstasen und der vollständige oder Charcot'sche Anfall besprochen. Bezüglich des letzteren giebt J. zu, dass in vielen Hospitälern und selbst in der Salpêtrière sich gewisse Anfälle durch Nachahmung nach diesem Modelle modificirten. Er glaubt jedoch, dass die vollständige Charcot'sche Attaque sich zuweilen auch auf natürlichem Wege entwickelt, dass dies aber sehr selten der Fall ist. Unter einer sehr grossen Zahl von Kranken, die er zu

beobachten Gelegenheit hatte, fanden sich nur zwei Fälle, die ganz der Charcot-Richer'schen Beschreibung entsprachen.

Von den hysterischen Attaquen trennt J. die Somnambulismen, deren Besprechung das 4. Kapitel gewidmet ist. Die Charactere, auf welche J. jedoch diese Trennung stützt, können wir nicht als zutreffend erachten. Nach J. soll der somnambule Zustand durch 2 Momente sich kennzeichnen, eine gewisse Störung des Gedächtnisses nach dem abnormen Zustande und einen gewissen Grad von Intelligenz während des abnormen Zustandes, der bis zu einem gewissen Punkte die Wahrnehmung der äusseren Phänomene gestattet. Beide Momente finden wir aber auch mindestens bei vielen hysterischen Attaquen gegeben. Während der Autor dergestalt eine Trennung vornimmt, die sich nicht aufrecht erhalten lässt, vereinigt er in der Gruppe der Somnambulismen zum Theil Zustände, die bisher sicher mit Recht auseinander gehalten wurden. Er zählt zu den Somnambulismen die beiden letzten Perioden der grande Attaque Charcot's und findet keinen wesentlichen Unterschied zwischen natürlichem und künstlichem Somnambulismus. Wir können letzterer Auffassung schon nicht beipflichten, noch viel weniger jedoch der Einreihung der hysterischen Schlafzustände und der kataleptischen Anfälle unter die Somnambulismen.

Unter dem Titel „Delires“ werden die verschiedenen Formen hysterischen Irreseins besprochen. J. ist der Ansicht, dass man gewisse Delirzustände zwar als der Hysterie zugehörig betrachten kann, aber nicht alle bei Hysterischen vorkommenden geistigen Störungen der Hysterie einverleiben darf; die confusion mentale (acute Verwirrtheit), die hysterische Manie und Paranoia hält er für Geisteskrankheiten, welche durch Umgestaltung der Hysterie zu Stande kommen.

Am Schlusse des letzten Abschnittes, „die Hysterie vom psychologischen Standpunkte aus“, fasst der Autor die Ansichten, zu welchen er bei seinen Studien über die Hysterie gelangt ist, in Folgendem zusammen:

„Die Hysterie ist eine Geisteskrankheit, die der beträchtlichen Gruppe von Krankheiten in Folge von Schwäche, von cerebraler Erschöpfung, angehört. Sie hat nur ziemlich vage physische Symptome, die insbesondere in einer allgemeinen Verminderung der Ernährung bestehen; sie ist hauptsächlich durch psychische Symptome characterisirt. Das wichtigste ist eine Abschwächung der Fähigkeit der psychologischen Synthese, eine Abulie, eine Einengung des Bewusstseinsfeldes (des inneren Blickfeldes Wundt's, Ref.), die sich in einer besonderen Weise kundgibt: eine gewisse Anzahl von elementaren Phänomenen, Empfindungen und Vorstellungen wird nicht mehr percipirt und erscheint von der persönlichen Wahrnehmung (dem Oberbewusstsein, Ref.) ausgeschlossen; hieraus resultirt eine Tendenz zur dauernden und vollständigen Theilung der Persönlichkeit, zur Bildung mehrerer von einander unabhängigen Gruppen (von Vorstellungen; Ref.). Diese Systeme psychologischer Thatsachen lösen einander ab oder existiren neben einander; endlich begünstigt dieser Mangel psychologischer Synthese die Bildung gewisser parasitärer Ideen, die sich vollständig und isolirt, unbeeinflusst von der Controle des persönlichen Bewusstseins entwickeln und durch die verschiedensten anscheinend rein psychischen Störungen manifestiren. Kurz, die Hysterie ist eine Form des geistigen Zerfalles (desagrégation

mentale), die durch die Tendenz zur dauernden und vollständigen Verdoppelung der Persönlichkeit characterisirt ist.“ Mit sehr berechtigter Vorsicht fügt der Autor bei, dass eine Definition dieser Art nicht den Anspruch erheben könne, die Phänomene zu erklären, sondern einfach eine möglichst grosse Zahl derselben zusammenzufassen.

Gegen die Janet'sche Definition lassen sich zwei Einwände geltend machen. Wir können das Vorhandensein einer dauernden Herabsetzung der Fähigkeit der „psychologischen Synthese“, eine dauernde Einengung des Bewusstseinsfeldes bei allen Hysterischen nicht zugeben, wir können aber auch von diesem Umstande die Tendenz zur Verdoppelung der geistigen Persönlichkeit bei Hysterischen nicht abhängig erachten. Die Mangelhaftigkeit der psychologischen Synthese, die Einengung des geistigen Blickfeldes sind bekanntlich durch eine Abschwächung der als Aufmerksamkeit bezeichneten geistigen Function bedingt; wir begegnen der gleichen Störung bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen, bei welchen von einer Tendenz zur Theilung der geistigen Persönlichkeit nichts bekannt ist, bei Cerebrasthenie, bei verschiedenen Psychosen, bei allen erheblichen organischen Gehirn-läsionen, bei schweren Allgemeinerkrankungen etc. Mit Nothwendigkeit führt daher, wie die Beobachtung lehrt, die Unzulänglichkeit der persönlichen Wahrnehmung, die Einengung des Bewusstseinsfeldes zur Theilung der geistigen Persönlichkeit nicht. J. ist auch nicht in der Lage, einen stichhaltigen Grund dafür anzuführen, warum dies bei Hysterischen der Fall sein muss. „Die Persönlichkeit“, bemerkt er, „kann nicht alle Phänomene percipiren; sie verzichtet definitiv auf manche derselben; es ist dies eine Art Autotomie und die aufgegebenen Phänomene entwickeln sich isolirt, ohne dass das Subject Kenntniss von ihrer Thätigkeit hat.“ Warum es aber zu dieser supponirten Autotomie bei Hysterischen allein kommen soll, wird in keiner Weise ersichtlich gemacht. Weit ansprechender als die Janet'sche erscheint uns die dieser nahestehende Breuer-Freud'sche Theorie. Nach dieser bildet das Grundphänomen der hysterischen Neurose die Neigung zum Auftreten abnormer hypnoider Bewusstseinszustände, deren Vorstellungsinhalt sich in hysterischen Symptomen äussert. Diese Zustände sind transitorisch und unter einander associirbar, und ihr Auftreten setzt keine andauernde Einengung des Bewusstseinsfeldes voraus. Wir können auch von einer solchen die Gesammtheit der geistigen Stigmen der Hysterie, speciell die Anästhesien nicht ableiten, wie es von Janet geschieht. Wir sehen zu häufig bei den verschiedensten Krankheitszuständen die Einengung des Bewusstseinsfeldes ohne Gefolge von Anästhesien auftreten und können uns daher nicht mit der Versicherung des Autors begnügen, es sei eine Eigenthümlichkeit der Hysterischen, dass gerade bei ihnen sich die Mangelhaftigkeit der psychologischen Synthese durch Anästhesien, Amnesien etc. kundgibt; unser Erklärungsbedürfniss fragt nach dem Warum und auf diese Frage bleibt uns der Autor die Antwort schuldig.

Wie wir aus dem Vorstehenden ersehen, erheben sich gegen die Ausführungen Janet's über den Geisteszustand der Hysterischen gar manche Bedenken. Wir können auch nicht verhehlen, dass die Weitschweifigkeit seiner Darstellung, insbesondere zahlreiche Wiederholungen und die Häufung überflüssiger Beispiele die Lectüre seines Werkes nicht allzu anziehend

machen. Trotz alledem müssen wir das Studium desselben den engeren Fachgenossen, den Neurologen und Irrenärzten entschieden empfehlen. Wir haben hier den ersten eingehenden Versuch einer psychologischen Interpretation der hysterischen Phänomene vor uns und, wenn wir diesen Versuch auch nicht als in allen Theilen gelungen betrachten können, so wird er doch eine werthvolle Grundlage für weitere Forschungen zur Aufklärung des Geisteszustandes der Hysterischen und der Symptomatologie der Hysterie überhaupt bilden.

Wir haben vorstehender Besprechung im Interesse des Autors und des Lesers lediglich den französischen Text zu Grunde gelegt. Die uns vorliegende Uebersetzung des 1. Theiles des Werkes macht stilistisch im Ganzen einen günstigen Eindruck, aber die Wiedergabe mancher psychologischer Termini können wir nicht als zutreffend erachten, so Emotions = Erregungen und Disposition morale = sittliche Verfassung. Emotions sind nur gemüthliche Erregungen, und Disposition morale entspricht der geistigen, nicht speciell nur der sittlichen Verfassung. Wenn der Autor die Hysterie als insbesondere durch symptômes moraux characterisirt betrachtet, so kann es sich natürlich nur um „geistige“, „psychische“, nicht um moralische oder sittliche Symptome handeln. Auch die Verdeutschung von Perception personnelle mit Ichbewusstsein können wir nicht acceptiren. Janet's Perception personnelle entspricht der Apperception Wundt's, genauer, der Erhebung in das Selbstbewusstsein (Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie, 4. Aufl., 2. Band, 1893, S. 304). Da die psychologischen Termini technici in dem Werke Janet's eine grosse Rolle spielen und der Autor sich zum Theil einer eigenthümlichen Terminologie bedient, so dürfte aus dem Erwähnten hervorgehen, dass für den der französischen Sprache einigermassen Mächtigen sich in erster Linie die Lectüre des Originals empfiehlt.

L. Löwenfeld.

XIV) Max Hirsch (Berlin): Suggestion und Hypnose, ein kurzes Lehrbuch für Aerzte.

(Leipzig. Verlag von Ambr. Abel, 1893.)

Ein „Lehrbuch“ über einen Gegenstand, der noch so sehr widerstreitenden Auffassungen unterliegt wie Suggestion und Hypnose, erscheint als ein etwas sonderbares Unternehmen. Indess wir wollen über den Titel des Buches nicht rechten. Des Verfassers Absicht war offenbar, das für den practischen Arzt Wissenswerthe auf den Gebieten der Suggestion und Hypnose in knapper Form zusammenzustellen. Dabei beschränkte er sich, wie er in der Vorrede bemerkt, nicht darauf, seinen eigenen Standpunkt in Betreff der in Rede stehenden Fragen mitzutheilen, er hat vielmehr die Dinge zumeist so dargestellt, wie sie von den Forschern auf diesem Gebiete anerkannt sind. Diese an sich gerechtfertigte Bescheidenheit verleiht dem ersten Abschnitte des Buches, welcher nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblicke die Theorie der Hypnose und Suggestion behandelt, zum Theil, einen etwas compilatorischen Character, während in dem zweiten, therapeutischen Abschnitte die selbstständige Auffassung und Erfahrung des Verfassers mehr hervortritt. Besonders eingehend ist die Anwendung der Hypnose (die specielle Suggestionslehre) dargestellt, was der practischen

Tendenz des Buches sehr zu Gute kommt. Im Grossen und Ganzen dürfte das Werkchen seinem Zwecke, den practischen Arzt über die wichtigsten Thatsachen auf den fraglichen Gebieten und speciell der Suggestivtherapie zu orientiren, recht wohl genügen. Es ist nicht nothwendig und gar nicht einmal wünschenswerth, dass jeder Arzt sich zum Hypnotiseur ausbildet, allein mit der Rolle, welche der Suggestion zufällt, muss jeder Arzt gründlich vertraut sein, und aus diesem Grunde können wir nur wünschen, dass auch das Hirsch'sche Buch sich einen Leserkreis erobern möge.

L. Löwenfeld.

XV) S. Freud: Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters (im Anschluss an die Little'sche Krankheit).

(Leipzig und Wien, Franz Denticke, 1893, 8°, 168 Seiten.)

Diese sorgfältige und fleissige Arbeit ist als die Fortsetzung der früher von Freud und Rie verfassten „Klinischen Studie über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder“ zu betrachten. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen fasst Verfasser in folgende Sätze zusammen:

1. Die cerebralen Lähmungen des Kindesalters treten unter verschiedenen klinischen Formen auf, als deren Typen die folgenden anzuführen sind: 1. spastische Hemiplegie, 2. choreatische Hemiparese, 3. bilaterale Hemiplegie, 4. allgemeine Starre, 5. paraplegische Starre, 6. paraplegische Lähmung, 7. bilaterale Chorea oder Athetose.

Sie zeigen ferner eine grosse Mannigfaltigkeit von Uebergangs- und Mischformen zwischen diesen Typen.

2. Ihrer Entwicklung nach können sie eingetheilt werden in:

- a) congenital bedingte,
- b) bei der Geburt entstandene,
- c) extrauterin acquirirte.

Es ist aber nach den klinischen Eigenthümlichkeiten des Falles höchst selten, nach dessen Anamnese nicht immer möglich, diese Unterscheidung zu treffen.

3. Die anatomischen Befunde, welche dieser Lähmung zu Grunde liegen, sind sehr mannigfacher Natur, theils Ergebnisse von evident vasculären Erkrankungen, wie sie auch beim Erwachsenen sich finden, theils dem Kindesalter eigenthümliche Veränderungen, wie die Porencephalie, die lobäre atrophische und die hypertrophische Sclerose. In einer Reihe von Fällen sind auch diese letzteren Befunde als Ausgänge einer vasculären Erkrankung erkannt worden.
4. Es ist im Allgemeinen nicht möglich, einzelne der klinischen Bilder auf einzelne der anatomischen Veränderungen zu beziehen. Man muss vielmehr die ganze Reihe klinischer Formen der ganzen Reihe pathologisch-anatomischer Befunde gegenüberstellen.
5. Es ist bis jetzt fast niemals möglich, aus dem klinischen Bilde eines Falles auf dessen pathologische Anatomie zu schliessen. Der umgekehrte Schluss aus dem Sectionsbefunde auf die Krankheitssymptome während des Lebens dürfte noch seltener gelingen und wird vielleicht niemals möglich werden.

6. Die pathologisch-anatomischen Bedingungen für die Entstehung einer choreatischen Parese und einer bilateralen Athetose sind unbekannt. Die Bedingungen für die allgemeine und paraplegische Starre scheinen folgende zu sein:
 1. Dass die Läsion hauptsächlich den medialen Rand der Hemisphären betrifft,
 2. dass sie nur oberflächliche Schichten der Rinde intensiv beschädigt hat.Spastische Hemiplegie und bilaterale Hemiplegie rühren von intracerebralen Läsionen oder tiefgehenden Rindenerkrankungen oder complete Defecten her.
7. Die Sectionsbefunde gestatten zumeist eine Unterscheidung der congenital bedingten Lähmungen von den anderen, da mit einer intruterinen Gehirnerkrankung eine oder die andere Weise von Entwicklungshemmung verknüpft ist. Die Unterscheidung der Geburtslähmung von der extrauterin erworbenen ist bis jetzt nicht mit Sicherheit möglich, aber nicht aussichtslos.
8. Die Prozesse, welche die Hirnlähmungen der Kinder hervorrufen, sind sicherlich verschiedenartiger Natur, zum grösseren Theile nach ihren wesentlichen Eigenthümlichkeiten derzeit noch unbekannt. Dem Verlaufe nach setzen sie theils acut ein und gelangen bald zum Abschlusse, theils setzen sie sich nach acutem Beginn in ein chronisches Stadium fort, und endlich scheinen sie auch von vornherein chronischer Natur sein zu können.
9. Die Prozesse, welche intrauterine Gehirnerkrankung und Entwicklungshemmung machen können, sind nahezu völlig unbekannt. Von den ätiologischen Momenten, welche solche Prozesse bedingen, sind: Acute Erkrankung, psychische Alteration und allgemeine Cachexie der Mutter (Syphilis) als bestimmend für die Ausbildung der Hirnlähmung der Kinder sichergestellt.
10. Der Process, welcher die Geburtslähmungen der Kinder erzeugt, ist bekannt. Er ist traumatischer Natur und besteht in einer Blutung aus den Gefässen der Gehirnhäute, welche zunächst oberflächliche Rindenschichten schädigt. Auch intracerebrale Blutungen können bei der Geburt zu Stande kommen. Zur Entstehung dieser Blutungen concurriren zwei Momente, der traumatische Factor der protrahirten und asphyctischen, auch der beschleunigten Geburt, und die Zerreisbarkeit der Hirngefässe in Folge von allgemeiner Schwäche (Frühgeburt) und Cachexieen.
11. Die Prozesse, welche im Extrauterinleben bei Kindern Hirnlähmungen hervorrufen, sind (abgesehen von Tumor, tuberculöser Meningitis u. s. w.) nur für einen Bruchtheil der Fälle bekannt. Für diese Fälle steht es fest, dass der Krankheitsprocess infectiöser Natur ist und entweder in der directen Localisation des Krankheitsträgers im Gehirn oder in einer Läsion der Hirngefässe, die direct oder indirect vermittelt ist, besteht.
12. Zahlreiche Fälle, die sich so nach der Einwirkung der bekannten Affectionen des Kindesalters entwickeln, mögen trotzdem einer

- congenitalen Bedingung nicht entbehren. Zahlreiche Fälle, die im Extrauterinleben acut auftreten, wo die Infection nicht sicher nachweisbar ist, mögen eigentlich auf eine bereits congenitale oder schon bei der Geburt gesetzte Schädigung zurückzuführen sein.
13. Die congenital bedingten Lähmungen erscheinen vorzugsweise in den Formen der spastischen Diplegieen (bilaterale Hemiplegie und paraplegische Lähmung), ferner als spastische Hemiplegie und bilaterale Athetose, doch ist auch die congenitale Entstehung einer allgemeinen paraplegischen Starre nicht ausgeschlossen.
 14. Die Geburtslähmungen erscheinen vorwiegend als allgemeine und paraplegische Starre, ferner als bilaterale Athetose (primär oder auch nach einem Stadium der Lähmung); spastische Hemiplegieen sind als Geburtslähmungen sichergestellt, schwere spastische Diplegieen nicht ausgeschlossen.
 15. Die extrauterin erworbenen Lähmungen erscheinen vorwiegend als spastische Hemiplegieen, ferner als schwere spastische Diplegieen. Allgemeine und paraplegische Starre sind als extrauterin erworbene Affectionen nicht ausgeschlossen, halbseitige und bilaterale Athetosen sichergestellt.
 16. Die spastische Hemiplegie ist zumeist eine extrauterin erworbene, in seltenen Fällen Ausdruck einer Geburtslähmung oder congenital entstanden. Ein Drittel der erworbenen Fälle ist infectiöser Herkunft. Die diesen Hemiplegieen zu Grunde liegenden Prozesse scheinen acut einzusetzen und dann einen secundären chronischen Process im Gehirn anzuregen. Das Symptom des letzteren Processes ist die hinzutretende Epilepsie, die in seltenen Fällen auch der Lähmung vorangeht. Die Lähmung dieser Fälle nimmt einen regressiven Verlauf, complicirt sich aber häufig mit einer zunächst progressiven (Spät-) Chorea.
 17. Die seltenere choreatische Hemiparese ist ausgezeichnet durch ihre allmähliche Entwicklung und das Fehlen der Epilepsie. Ihre ätiologischen und pathologisch-anatomischen Bedingungen sind unbekannt. Der ihr zu Grunde liegende Process scheint von vornherein ein chronischer zu sein. In einer Reihe von Fällen ist das psychische Trauma für ihre Auslösung maassgebend.
 18. Die allgemeine Starre, ausgezeichnet durch zwei klinische Züge: 1. das Ueberwiegen von Starre über die Lähmung und 2. die stärkere Affection der Beine, hat ihre anatomischen Bedingungen in einer Läsion, welche am intensivsten die Umgebung des medialen Randes der Hemisphäre und dort die oberflächlichsten Schichten der Rinde betrifft.
 19. Die allgemeine Starre ist zu allermeist eine Geburtslähmung, indess ist auch erworbene allgemeine Starre sichergestellt, und eine ganze Reihe von Fällen muss congenital bedingt sein.
 20. Der Process der Meningealblutung, welche der mitgeborenen allgemeinen Starre zu Grunde liegt, scheint binnen Kurzem zum Abschluss zu kommen, denn diese Fälle von Geburtslähmung zeigen regressiven Verlauf und geringe Neigung zur Entwicklung von Convulsionen.

- In der Aetiologie der allgemeinen Starre als Geburtslähmung spielt die Schweregeburt die Hauptrolle, Frühgeburt eine Nebenrolle.
21. Die allgemeine Starre ist durch forflaufende Uebergangsformen mit der bilateralen Hemiplegie und mit der paraplegischen Starre verknüpft. Auch der einzelne Fall von allgemeiner Starre kann sich in seinem Verlaufe in paraplegische Starre umwandeln.
 22. Die bilaterale spastische Hemiplegie, die schwerste Form der Cerebrallähmung, ist ebenso häufig congenital bedingt, als durch extrauterine Erkrankung erworben.
 23. Die paraplegische Starre ist, wie die allgemeine, zumeist Geburtslähmung, selten congenital bedingt, in einer Anzahl von Fällen acquirirt. In ihrer Aetiologie spielt das Moment der Frühgeburt die überwiegende Rolle; klinisch ist sie durch die häufige Complication mit Strabismus ausgezeichnet.
 24. Die paraplegische Lähmung ist, wie die bilaterale Hemiplegie, congenital oder durch frühzeitige extrauterine Erkrankung erworben.
 25. Die bilaterale Chorea oder Athetose kann ebenso wohl congenital bedingt als bei der Geburt oder extrauterin erworben sein. Im ersteren Falle scheint psychisches Trauma der Mutter für sie bestimmend zu sein. Die congenitale Athetose ist stets eine primäre, die erworbene kann eine primäre sein oder (als Spätathetose) einem Stadium von Lähmung folgen. Von allen ähnlichen Affectionen mit Chorea oder Athetose unterscheidet sie sich durch das bei ihr nie fehlende spastische Element. Sie kann jede Combination mit einer Hemiplegie, allgemeinen oder paraplegischen Starre eingehen.
 26. Die erste Stelle in einer Generationsreihe scheint das Kind zu Geburtslähmungen, eine späte Stelle zu congenital bedingten Affectionen zu disponiren.
 27. Die infectiöse Aetiologie, sowie die sogenannten Little'schen Momente sind vielleicht in einer Reihe von Fällen, die sich durch starke Beeinträchtigung der Intelligenz auszeichnen, nicht die wirklichen Ursachen der Cerebrallähmung, sondern concurrirende Ursachen bei congenitaler Disposition (Syphilis?).
 28. Asphyctische schwere Geburt disponirt zumeist zu allgemeiner Starre, ist aber mit jeder anderen Form einer Cerebrallähmung verträglich.
 29. Frühgeburt zeigt eine innige ätiologische Beziehung zur paraplegischen Starre, keine zu den Athetosen und ist mit der Hemiplegie unverträglich.
 30. Extrauterine Erkrankung erzeugt die Mehrzahl der Hemiplegien und die schwersten Formen von spastischen Diplegien.
 31. Psychisches Trauma der Mutter scheint, wie psychisches Trauma des Kindes selbst, Athetose des Kindes zu erzeugen.
 32. Die motorischen Symptome der Cerebrallähmungen sind als Herdsymptome der motorischen Hirnpartieen aufzufassen und laufen den Allgemeinsymptomen (Idiotie, Verspätung oder Aufhebung der Entwicklung der Hirnleistungen) der Intensität nach nicht gleich.
 33. Convulsionen sind zu Beginn der acquirirten und in den ersten Tagen der Geburtslähmungen häufig. Sie entwickeln sich bei den congenitalen

wie bei den extrauterin bedingten Fällen zur Epilepsie, während sie sich bei den Geburtslähmungen verlieren.

34. Es kommen zahlreiche Fälle vor, welche in ihren Allgemeinsymptomen (Schwachsinn, Epilepsie) den Cerebrallähmungen völlig gleichen, aber deren motorische Symptome vermissen lassen. Solchen als Idiotie oder als Schwachsinn, als gemeine Epilepsie bezeichneten Fällen liegen wahrscheinlich die nämlichen Prozesse, wie die der Hirnlähmungen, zu Grunde.
35. Die sogenannte gemeine Epilepsie ist demnach keine Neurose, sondern ein congenital bedingtes organisches Leiden (bei dem dann die zugehörige congenitale Diplegie) oder ein acquirirtes (bei dem die acquirirte Hemiplegie ausgefallen wäre). In manchen dieser Fälle, die als Epilepsie beginnen, tritt die Lähmung noch später hinzu.

Koenig.

XVI) Prof. J. M. Charcot: Poliklinische Vorträge. Uebersetzt von Dr Sigm. Freud, Privatdocent an der Universität Wien.

(Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1893.)

Die vorliegende dritte Lieferung des Werkes bringt die wortgetreue Beschreibung einer längeren Reihe von Fällen, welche der jüngst verstorbene Charcot in der Pariser Poliklinik in der Zeit vom 27. April bis zum 1. Mai 1888 demonstrirt hat. Das Gros derselben bildet die Hysterie in allen Schattirungen, von der mehrere höchst instructive Beispiele geschildert werden, z. B. der hysterische halbseitige Zungenspasmus (die Existenz der hysterischen Facialislähmung leugnet Charcot), ferner ein Fall von hysterisch-traumatischer Lähmung und Hemianästhesie, der Sensibilitäts-*transfert* zeigte. Die Kranke, welche in Folge eines psychischen Traumas an einer Hemianästhesie am rechten Unterarm litt, erlangte an dieser Region die normale Sensibilität wieder, nachdem auf der anderen Seite an der gleichen Stelle ein zweites Trauma eingewirkt hatte, welches mit totaler Anästhesie (und Lähmung) des entsprechenden Gebietes einherging.

Ausserdem finden sich mehrere Fälle von hysterischem Mutismus, von Anorexie u. s. w.

Neben den hysterischen Affectionen sind die anderen Erkrankungen des Nervensystems relativ schwach vertreten. Doch enthält auch hierzu der Band einige bemerkenswerthe Beiträge, unter anderem die Schilderung eines atypischen Falles von Tabes, welcher sich dadurch auszeichnete, dass statt der initialen Periode der lancinirenden Schmerzen ein langes Stadium *excessiver allgemeiner Mattigkeit* bestand, worauf sich plötzlich heftige Larynxkrisen von ausserordentlicher Häufigkeit einstellten, hinterher entwickelten sich Romberg'sches Phänomen, Fehlen der Sehnenreflexe und Ataxie. Ferner findet sich die Beschreibung eines Falles von ungewöhnlich stark ausgesprochener atrophisch-spastischer Lähmung nach überstandenen Gelenkrheumatismus. Charcot glaubt, dass solche transitorische Atrophie die Extremitätenmuskeln der meisten Kranken befallen, welche Gelenkaffectionen durchgemacht haben, selbst dann, wenn es sich nur um ganz kurzdauernde Prozesse, wie acute Arthritis rheumatica, urica etc. handelt. Sie ergreifen vorzugsweise die Extensoren und haben mit Inaktivitätsatrophie

nichts zu thun, da sie, falls sie überhaupt einen höheren Grad erreichen, schon 10—12 Tage nach Beginn der Erkrankung in's Ange fallen.

Die Uebersetzung des Werkes ist recht geschickt.

Jentsch - Würzburg.

XVII) Dr. **Goeden**, Geh. Medicinalrath: Zur Mechanik der Seelenthätigkeiten (Neuwied. Heuser's Verlag. 29 Seiten.)

Alles Denken beruht auf der sinnlichen Wahrnehmung. Die letztere kommt jedesmal zu Stande durch eine doppelsinnige Nerventhätigkeit, erstens durch eine centripetale (Sinnesempfindung) und zweitens durch eine centrifugale (Aufmerksamkeit). Die physikalische Reizung der Sinnesnervenfasern wird im Centraltheile des Hirns durch einen psychischen Act in ein Bild, eine Vorstellung umgesetzt. Das Wesen dieses Vorgangs ist bis jetzt unaufgeklärt.

Bei den wirbellosen Thieren findet man die einfachste Art der Umsetzung der Sinnesempfindung. Hier wird die Centralstelle durch bewusstlose Nervenganglien ersetzt, welche die weitere zweckthätige Uebertragung der Sinnesempfindung einfach in reflectorischer Weise vermitteln (Instinct). Diese primitive Reflexpsyche repräsentirt also die unterste Stufe der Seelenentwicklung.

Diese bewusstlos thätigen Ganglienzellen der Wirbellosen finden sich bei den Vertebraten wieder. Letztere besitzen aber ausserdem noch anderweitig Ganglien, deren Function in der Erzeugung subjectiver Bewusstseinszustände besteht und die in der Entwicklung allmählich immer mehr in den Vordergrund treten.

Es ist fraglich, ob die unbewusst wirkenden Ganglien die Grundlage der Thätigkeit der Nervenzellen der anderen Categorien abgeben, oder ob sie bei höherer Entwicklung der letzteren sich ganz oder theilweise in Abhängigkeit von diesen befinden.

Aus den Vorstellungen, welche auf Grund unserer Sinneswahrnehmungen in uns entstanden sind, bilden wir Urtheile, Begriffe und Schlüsse. Diese Thätigkeit ist die Aufgabe des Verstandes. Der Inhalt der Verstandesthätigkeit ist die Beschäftigung mit der realen Aussenwelt. Eine höhere Stufe der Seelenthätigkeit ist die Vernunft, welche das Gebiet des abstracten Denkens umfasst.

Den Ort des Ablaufes des Denkprocesses verlegt man in die Rinde der Frontallappen des Grosshirns. Doch genügt zur Erklärung des Vorganges nicht allein die Annahme eines einzigen Nervenmechanismus, vielmehr glaubt Verfasser, dass die Denkkoperation zusammengesetzt sei einmal aus der Function derjenigen Zellen, welche die Bildung und Aufeinanderfolge der Vorstellungen, Begriffe etc. zu besorgen haben, und zweitens aus der Thätigkeit eines weiteren, gesonderten und unabhängigen Mechanismus, welcher die erstgenannten Vorgänge regulirt und vornehmlich, indem er fremde Vorstellungssreihen zur Hemmung bringt, ordnet. Diese Thätigkeit kann nicht vom Selbstbewusstsein ausgehen, welches nicht im Stande ist, auf eine Gedankenreihe einen bestimmten Einfluss auszuüben, da der Denkprocess eben nach den Regeln des Denkens verläuft, sondern nur eine

bestimmte Gedankenreihe in Bewegung setzen kann. Die Annahme eines solchen regulatorischen Mechanismus stützt Verf. auf folgende Beobachtungen:

Zunächst giebt es derartige regulatorische Apparate an den meisten übrigen Körperorganen. Sie garantiren erst die Zweckthätigkeit der Function. Ferner spricht dafür der Zustand des Traumes. Hier stellt sich das Denken als eine einfache, für sich bestehende und sich selbst überlassene Thätigkeit dar, deren Organ, losgelöst von dem Einfluss des ausser Function gesetzten regulirenden Apparates, correcturlos arbeitet.

Von dieser Anschauung ausgehend wendet sich nun der Verfasser zur Betrachtung einiger Formen der Geisteskrankheiten.

Das gesunde Denken beruht auf dem normal raschen und vollständigen Ablauf der Gedankenreihen, dem normalen Wechsel derselben und ihrer logischen Correctheit. In der Manie haben wir pathologisch rapiden und dabei unvollständigen Gedankenverlauf, in der Melancholie ist er abnorm langsam und stockend und die einzelnen Gedankenreihen von zu geringer Mannigfaltigkeit. In diesen beiden Erkrankungsformen liegt die Abnormität in der Art der Leitung und Uebertragung innerhalb des Denkkorgans. Hier muss man sich also den regulatorischen Mechanismus intact vorstellen.

Anders liegen die Verhältnisse bei Paranoia. Hier ist nach des Verfassers Ansicht der ordnende Apparat afficirt, der Denkprocess selbst normal, es fehlt nur die Controlle desselben. Die Sinnesempfindungen treten unregelt und wirr in's Bewusstsein. Der Paranoiker gleicht in dieser Beziehung dem Träumenden.

Sind beide Mechanismen ergriffen, so beobachtet man neben einander Störungen beider Functionen.

Verfasser sucht die Localisation des zweiten, übergeordneten Systems im Cerebellum, da dieses auch die Regulirung anderer Prozesse zur Aufgabe habe und zugleich beim Menschen stark entwickelt sei. Der experimentelle Nachweis der Hypothese (Durchschneidung der *crura cerebelli ad corpora quadrigemina*) dürfte kaum zu erbringen sein. Jentsch-Würzburg.

XVIII) Heinrich Stadelmann: Das Bewusstsein und seine physiologischen Veränderungen. Eine psychologische Studie.

(Würzburg. Verlag der Stadel'schen Universitätsbuchhandlung. 1894.)

Nach der Durchmusterung des oben besprochenen Aufsatzes bietet die Lectüre der vorliegenden Schrift ein doppeltes Interesse und zwar deswegen, weil der Verfasser so ziemlich vom Gegentheil desjenigen ausgeht, was Goeden zur Grundlage seiner Abhandlung gemacht hat. War nach letzterem das Bewusstsein erst secundär entstanden auf der Basis des einfachen, unbewussten Reflexactes -- wohl diejenige Auffassung, welche sich am besten mit der Evolutionstheorie in Einklang bringen lässt -- so ist bei Stadelmann alles gleich von vornherein bewusster Wille, bis auf die amoeboiden Bewegungen der Protozoen herunter. Nach dieser Hypothese sind auch die einfachen Reflexbewegungen der höheren Thiere als indirect dem Willenseinflusse unterworfen zu betrachten. Dies schliesst Verfasser nach Analogie der sogenannten geordneten Reflexe, z. B. des Gehens und Lesens, die bekanntlich derart eingetübt sind, dass sie schon durch einen minimalen Willensreiz ausgelöst werden; ebenso nun, wie die „Unwillkürlich-

keit“ der geordneten Reflexe dem Individuum, so seien die einfachen Reflexbewegungen bereits dem ganzen Menschengeschlechte „angezüchtet“ worden. Hieraus wird weiter geschlossen, dass der Sympathicus einst direct unter Willenseinfluss gestanden haben muss. Verfasser stützt diese Behauptung einmal auf die von Beanis mitgetheilten Beispiele zweier Herren, welche im Stande waren, ihre Herzschläge willkürlich zu verändern oder zu verlangsamen (welches letztere Referent übrigens geneigt ist, eher dem Vagus als dem Sympathicus aufzubürden), und zweitens auf gewisse sympathetische Heilungen, wie das Blutbesprechen, Wegzaubern von Naevi u. dergl., welche auf eine Gefässconstriction durch Sympathiceinfluss zurückgeführt werden, die durch in solchen Ausnahmefällen immer noch statthabende willkürliche Innervirung desselben, hervorgerufen durch eine „Einengung“ des Bewusstseins, veranlasst werden soll. Was das Blutbesprechen anlangt, so existirte bisher für dieses Phänomen eine schlichtere Erklärung: es ist nämlich klar, dass, wenn es gelingt, einen ängstlich erregten Menschen mit stürmischer Herzaction psychisch zu beruhigen, auch der Blutdruck stark sinken muss, wodurch selbstverständlich die Thrombenbildung erleichtert wird.

Hierauf wendet sich der Verfasser zu einer Darlegung seiner Ansichten über die verschiedenen physiologischen Veränderungen des menschlichen Bewusstseins. Dieselben kommen zu Stande durch die Abschwächung des Willens und durch die Erhöhung der Aufmerksamkeit.

Die einfachste Form der Bewusstseinsänderung stellt die oben erwähnte „Einengung“ desselben dar. In derselben soll die Aufmerksamkeit abnorm gespannt sein, so dass neben der appercipirten Vorstellung gar keine andere mehr zur Geltung kommt, wodurch diese das Bewusstsein momentan allein dominirt (ähnlich wie man ein Object dann am besten sieht, wenn alles andere aus dem Blickfelde ausgeschaltet ist). Hierher rechnet der Autor die Fälle von mechanischem Nachsprechen, wie man sie öfters bei ungebildeten Leuten, die nicht gewöhnt sind, ihre Gedanken stark zu concentriren, beobachten kann.

Als zweite Modification des Bewusstseins wird das Schlafbewusstsein angeführt. Schlaf soll dadurch entstehen, dass der Wille sich einzig und allein auf die Vorstellung Schlaf richtet. Dieselbe füllt das ganze Bewusstsein derart aus, dass sie keine andere neben sich duldet. Erst wenn der Schlafwille gegen Ende des Schlafes abgeschwächt worden ist, darf sich das Hirn nebenbei auch mit anderen Themen befassen, welche nur als Traumbilder in's Bewusstsein treten, aber regellos und ungeordnet, da die Hauptvorstellung noch zu mächtig wirkt, als dass der von ihr in Anspruch genommene Wille die nöthige logische Correctur vornehmen könnte.

Ebenso nun, wie bei dem physiologischen Schlafe das Individuum sich selbst die Vorstellung des Schlafes giebt, so nimmt es bei der Hypnose die ihm von aussen her gegebene gleiche Vorstellung an. Dieser Zustand nun ist in Folge der Ruhe der Sinnesorgane geeignet zur Uebertragung von weiteren Vorstellungen, jedoch erfolgt dieselbe urtheilsloser, als im Wachen, da die Aufmerksamkeit wie im physiologischen Schlafe zu sehr mit der ursprünglich gegebenen Vorstellung beschäftigt ist. Richtet sich der Wille nur auf die zuerst gegebene Vorstellung des Schlafes, so erhält man das Bild der Lethargie, richtet er sich dagegen auf die gleichzeitig

suggestirte Vorstellung z. B. einer Bewegung, so hat man das Stadium der Catalepsie vor sich.

Die Hypnose wäre somit ein einseitig veränderter Bewusstseinszustand, welcher zugleich mit Associationsvorgängen verknüpft sein kann.

Jentsch-Würzburg.

XIX) Robert Binswanger-Kreuzlingen: Karl Stauffer-Bern. Eine psychiatrische Studie.

(Breslau, Eduard Trewendt, 1894.)

Die äusserst interessante und lesenswerthe Schrift handelt von dem leider zu früh (im Alter von 33 Jahren) zu Grunde gegangenen, hochtalentirten Schweizer Künstler, der in Folge seiner erblichen Belastung, vor allem aber durch das Ermangeln einer entsprechend correctiven, stäten Erziehung und Unterordnung seiner Gemüthssphäre unter eine vernünftige Kritik, zu jener explosiven Manie geführt wurde, die ihn im Höhestadium derselben, mit Hintansetzung sämtlicher ethischen Grundsätze, deren Tragweite er sicher nicht mehr ermessen konnte jenen bedauernswerthen Treubruch an der von ihm zuvor so hochverehrten Gattin seines Freundes und Mäcen Welti verüben liess.

Der Verfasser zeigt im Gegensatz zu Otto Brahm, der durch ein romanhaftes Ausschmücken der Thatsachen und zu geringes Betonen der Psychosen beider Betheiligten, sei es aus Sensationslust, sei es aus Unkenntniß der massgebenden Factoren, — was der Verf. dahingestellt lassen will, — die psychologischen Motive entstellt habe, dass Stauffer bereits 2 Tage vor obengenanntem Ereigniss die eclatantesten Zeichen von Ideenflucht, Grössen- und Verfolgungswahn zu erkennen gegeben habe. Am vorletzten Tage documentirte sich die Nähe der Katastrophe durch ganz confuse Telegramme, die er an seine Freunde absandte; auch machte er einer römischen Künstlerin einen Heirathsantrag, den er am nächsten Tage zurückzog.

Schon sein. eigenthümliches, sprunghaftes Wesen als Kind, die einseitige frühreife Begabung, das zu seinem Unglück rasche Berühmtwerden und sein darnach folgendes „hastiges Geniessen seines Glückes“, als Reaction sodann das bald darauf sich einstellende Ohnmachtsgefühl und Verzweifeln an seinem Können, sein plötzliches Ueberspringen zur Radierkunst und später zur Bildhauerei, die ewige Meditation über Anfang und Ende der Dinge, die zur Zwangsidee ausartet, sein bald unablässig rastloses, unhygienisches Arbeiten, bald thatenloses Insichzusammensinken, dieser Wechsel zwischen Depressionen und Exaltationen, in die sein ungezügelter Ehrgeiz ihn stürzte, — alles trägt den Stempel des Pathologisch-Ueberreizten und lässt den gefürchteten Ausgang ahnen.

Mit grosser Wärme spricht Verf. von Stauffer als Mensch und als Künstler und bedauert nur, dass er einer langsamen geistigen und wissenschaftlichen Erziehung und besonders der Selbstbeherrschung als Correctiv für seine erbliche Belastung entbehrt habe: „Denn“, sagt er, „der Fluch der Vererbung ist die Resistenzlosigkeit!“ -- Ich möchte ausser Heredität und Erziehung noch einen 3. Factor, nämlich den psychischen Einfluss der Umgebung, im Résumé des Werkchens nochmals intensiv betonen, — den auch der Verf. an einer Stelle mit als Hauptmotiv für den völligen

Wahnsinnsausbruch St.'s andeutet, indem er sagt, dass Frau Lydia, die selbst hereditär belastet und neuropathisch und später in systematischen Verfolgungswahn verfällt, inducirend auf St. gewirkt habe, — da derselbe neben den beiden anderen Factoren eine Hauptrolle in der Gestaltung unseres geistigen Lebens spielt.

Unkelhäuser.

XX) **Paul Lefert**: La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris.

(Paris, J. B. Baillière et fils, 1894.)

Dieses Handbüchlein für den practischen Arzt umfasst 285 Seiten in Kleioctav und ist ein Collaborat von 90 internen Medicinern und Chirurgen der Pariser Kliniken, in dem sie kurz und prägnant ihre Behandlungsweise der Erkrankungen des Nervensystems klarlegen. Die Krankheiten sind in alphabetischer Reihenfolge abgehandelt, an der Spitze mit den Namen der betreffenden Autoren versehen, und zur leichteren Uebersicht befindet sich am Schlusse neben einem Inhaltsverzeichniss noch eine Tabelle der Autoren mit Seitenangabe. Mehrere Capitel sind von verschiedenen Autoren behandelt und stehen sich deren therapeutische Ansichten und Erfolge zum Vergleiche und zur prüfenden Anwendung gegenüber.

Näher auf die einzelnen Capitel einzugehen, ist hier nicht der Platz, auch wollen wir dahingestellt sein lassen, ob sich dies Taschenbuch bei uns einführen wird, obschon es leicht fasslich geschrieben ist, und die französische Pharmacie darin sich nicht schwer umändern liesse. Das Werkchen wird sich jedenfalls in Frankreich unter den älteren Aerzten, die sich in der Wissenschaft auf dem Laufenden erhalten wollen, und unter den jüngeren Collegen und den Studirenden als Vademecum viele Freunde erwerben.

Unkelhäuser.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

a) Anatomie, Histologie und Physiologie.

194) **A. E. Stscherback**-Petersburg: Ueber den Flockenstiel und die innere Abtheilung des Corpus restiforme. (Aus dem Laboratorium des Prof. Flechsig.)

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 8.)

Anatomische Beschreibung des Verlaufs der Flockenstielfasern nach Serienschnittuntersuchungen bei Foetus und Neugeborenen. Ein Theil der Fasern theiligt sich an der Bildung der Commissur dorsalwärts vom Nucleus fastigii, und geht so auf die entgegengesetzte Seite über, wo die Fasern wieder bis zur Flocke verfolgt werden können; ein anderer Theil verliert sich in den Kernen des N. vestibularis. — Das corpus restiforme tritt mit dem Flockenstiel in mehrfache Beziehungen, einige Fasern gehen in denselben über.

Hoppe.

195) **G. Pell** (Bologna): Solchi dell'arteria meningea media nell'endocranio in cento sani e in duecento infermi di mente.

(Riv. sperim. di freniatria 1892, H. 3 u. 4.)

Die Furchen der art. mening. med. sind bei Gesunden in der Regel links deutlicher ausgeprägt wie rechts, Verf. konnte im wesentlichen die gleichen Procentzahlen bei Irren nachweisen. Danillo und Lombroso fanden theilweise andere Zahlen. Strauscheid.

196) **Kaiser** (Lauenburg): Osmium. Eisen-Hämatoxylinfärbung.

(Neurol. Centralbl. Nr. 11 1893.)

Einlegen von Stücken in Müller'sche Flüssigkeit, nach 2—3 Tagen Zerkleinerung der Stücke in Schnitte von 1—2 mm Dicke, welche noch 5—6 Tage in Müller'scher Flüssigkeit liegen. Dann Einlegen in Marchi'sche Flüssigkeit (2 Theile Müll. Lösung, 1 Theil 1⁰/₀ Osmium) für 8 Tage. Darauf Auswaschen, Nachhärten in Alcohol und Einbetten. Die Microtomschnitte werden zur Färbung für 5 Minuten in eine Mischung von Liq. ferr. sesquichl., 1 Aq. dest., 3 Spir. rect. gelegt, mit Weigert'scher Hämatoxylinlösung abgespült, einige Minuten in einem neuen Quantum derselben (nicht bis zum Sieden) erhitzt, in Wasser abgespült, nach Pal differencirt und sobliesslich die Oxalsäure durch Abspülen mit ammoniakhaltigem Wasser neutralisirt.

Die Nervenfasern werden bei dieser Methode dunkelbraun bis tief-schwarz gefärbt, während das Pigment und der Nucleolus der Ganglienzellen schwarzbraun bleibt und die Zwischensubstanz sehr gleichmässig ent-färbt wird. Hoppe.

197) **Rudolf Wiassak** (Zürich): Die optischen Leitungsbahnen des Frosches.

(Archiv für Anatomie und Physiologie. Phys. Abth.. 1893.)

Vom dem Gedanken ausgehend, dass der „Sehaect“ (als solchen bezeichnet Verf. eine Erregung des peripheren Opticusactes und die davon abhängige Muskelbewegung) bei Variation des Reizes ebenfalls variire und dass diesen verschiedenen „Reactionen“ morphologisch differente Leitungsbahnen entsprächen, hat W. sehr zahlreiche Untersuchungen angestellt. Sowohl mit künstlicher Degeneration, als mit Untersuchungen an Larven und Schnittserien von normalen Thieren unter Benutzung hauptsächlich der Weigert'schen Methode versuchte Verfasser die Lösung dieser Frage bei relativ einfachem Objecte (*Rana esculenta*) anzubahnen. Er fand, dass der optische Leitungsapparat des Frosches, soweit die mit der Retina direct in Verbindung stehenden Bahnen in Betracht kommen, mindestens drei Systeme, das Axen-, Rand- und basale Bündel. Alle drei erstrecken sich bis in's Mittelhirn, unterscheiden sich einerseits durch die Art ihrer Endigung hierselbst, andererseits durch ihr Verhältniss zum Zwischenhirn. Das Axenbündel endigt in tieferen Schichten des Mittelhirndaches „frei“, seine Ursprungszellen werden also in der Retina zu suchen sein; das Randbündel „endigt“ in Ganglienzellen des Mittelhirndaches; der Endigungsmodus des basalen Bündels blieb unbestimmt. Für das Axenbündel gelang es dem Verfasser, die Lieferung von Marksubstanz nachzuweisen. Endlich fand er in weitgehender morphologischer Analogie mit den Opticusfasern ein System, das vom Mittelhirndach zum Zwischenhirn zieht; aus einem dem Randbündel

ganz analogen Plexus hervorgehend, geht das „opticoide Bündel“ nicht wie der Opticus bis in die Ausstülpung des Zwischenhirns, die Retina, sondern dringt nur bis zum Zwischenhirn vor.

Die Einzelheiten seiner Ausführungen hat W. durch sehr schöne Zeichnungen dem Verständnisse erleichtert.

G. Aschaffenburg (Heidelberg).

198) **Richard Geigel**: Untersuchungen über künstliche Abänderung der electrischen Reaction des menschlichen Nerven.

(Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd. LII, pg. 178.)

Bei Gelegenheit der electrischen Prüfung einer Tetanikranken fand der Verf., dass bei Druck auf den Sulcus bicipitalis schon bei ganz geringer Stromstärke eine K O Z auftrat. Eine systematische Prüfung dieser Erscheinung bei Gesunden und (bisher nur 2) Kranken ergab:

1. Wird eine Extremität eines gesunden Individuums mittelst eines elastischen Schlauches abgeschnürt, so erfährt die electrische Reaction der Nerven unterhalb der comprimierten Stelle sofort eine Aenderung des normalen Zuckungsgesetzes, indem beide Oeffnungszuckungen eine Steigerung erfahren, und zwar die K O Z mehr als die A O Z („Compressionsreaction“).
2. Es lässt sich einstweilen noch nicht sicher feststellen, ob die Compression der Gefässe oder der Druck auf den Nerv diese Erscheinung verursacht.
3. Oberhalb der comprimierten Stelle besteht keine Aenderung der Zuckungsformel, sondern nur einfache Herabsetzung der Erregbarkeit.
4. Das Phänomen der Compressionsreaction findet seine einfachste Erklärung in der Annahme, dass der Nerv während der Compression die Fähigkeit annimmt, überaus rasch und stark in den Zustand des Electrotonus zu gerathen, so dass er schon durch schwache und kurze Ströme für die Oeffnung des gleichgerichteten Stromes übererregbar wird. Der Katelectrotonus wirkt in dieser Hinsicht stärker als der Anelectrotonus.
5. Bei Nervenkrankheiten finden sich eventuell Abweichungen von der typischen „Compressionsreaction“, die aber noch eines genaueren Studiums bedürfen, um vielleicht semiotische Verwendung finden zu können.
6. Ebenso kann nur der Vermuthung Ausdruck gegeben werden, dass die Electrotherapie vielleicht Nutzen von dem Umstande ziehen kann, dass der Nerv unterhalb der Umschnürungsstelle sich unverhältnissmässig leicht electrotonisiren lässt.

G. Aschaffenburg (Heidelberg).

199) **C. Vanlair**: Survie après la division successive des deux vagus. (Extrait des Bulletins de l'académie royale en Belgique. 3. Série, t. XXV, Nr. 3, 1893).

Längere Erhaltung des Lebens nach doppelseitiger Durchschneidung des N. vagus wurde bisher nur in wenigen Fällen, und zumeist bei jungen Thieren beobachtet. Die von V. an Kaninchen und Hunden ausgeführten Versuche waren ebenfalls in dieser Richtung nur zum Theil erfolgreich.

Die Kaninchen erlagen sämtlich nach Durchschneidung eines Vagus, das gleiche war bei der Mehrzahl der Hunde der Fall. Aus den günstiger verlaufenden Fällen zieht der Autor folgende Schlüsse:

1. Das Leben kann nach successiver Durchschneidung beider Vagi bei ausgewachsenen ebenso wohl als bei jungen Thieren erhalten bleiben.
2. Die zur Regeneration des Vagus, oder genauer gesprochen seines Ramus laryngeus inferior, erforderliche Frist überschreitet im Allgemeinen erheblich den von den Autoren angenommenen Zeitraum. Bei einem erwachsenen Hund scheint die zur Restauration des Vagus — des rechten wie des linken — nothwendige Zeit zum mindesten 6 Monate zu umfassen.
3. Für den Versuchsnerv bleibt die Frist dieselbe, ob der andere Nerv durchtrennt wird oder nicht. Mit anderen Worten die Durchschneidung eines Vagus bereitet der Regeneration des anderen kein Hinderniss.
4. Die Frage, ob der Vagus wie der Ischiadicus die Fähigkeit besitzt, sich zweimal hintereinander zu regeneriren, bleibt noch ungelöst.

L. Löwenfeld.

b) Allgemeine Pathologie und Symptomatologie.

200) Miles: On the Mechanism of Brain Injuries.

(Brain. Sommer 1892.)

Dies Werkchen vereinigt eine Anzahl Originalexperimente des Autors an Kaninchen, Schweinen und Vögeln, die die Pathologie der Hirnerschütterung etwas aufhellen sollten. Er hält daran fest, dass die Cerebrospinalflüssigkeit eine wichtige Rolle spiele, sowohl beim Mechanismus der Hirnerschütterung, als auch bei anderen Formen von Hirntraumen. Zu folgenden Schlüssen führten seine Untersuchungen: 1. Die Symptomengruppe, die gemeinhin Hirnerschütterung genannt wird, ist das Resultat einer zeitweisen Anämie dieses Organs. 2. Diese Anämie ist eine Reflexerscheinung, ausgelöst durch Reizung der Corp. restiformia und vielleicht anderer wichtiger Centren in der Gegend der Medulla. 3. Diese Centren werden gereizt durch die Welle von Cerebrospinalflüssigkeit, welche durch den Aquädukt Sylvii, das foramen Magendii und vom Subarachnoidalraum des Hirns zu dem des Rückemarks fliesst, wenn ein starker Stoss auf den Schädel ausgeübt wird. 4. Gemäss dem hydrostat. Gesetz muss diese Welle durch das Centralnervensystem hindurch die äussersten Nervenzellen in ihrem Gleichgewichte beeinträchtigen. 5. Die Befunde von Hämorrhagieen im Hirn muss dem Rückfluthen der Cerebrospinalflüssigkeit zugeschrieben werden, deren Stoss die Blutgefässe natürlich auszuhalten haben. 6. Die Petechial-Hämorrhagieen bei einigen Fällen von Concussio cerebri sind nicht die nächste Ursache der Symptome. Sie können weit eher als Maassgrad für die Kraft des Traumas genommen werden.

Goodall (Wakefield).

201) G. T. Juttle: Kidney Disease and Insanity.

(American Journal of Insanity, April 1892.)

Der Autor gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Chronische Nephritis ist manchmal der Grund von geistigen Veränderungen, die man Geistes-

störung nennen kann. 2. Lang andauernde Angstzustände können Albuminurie setzen, sowie Cylinder im Harn (hyaline, epitheliale, körnige und Blutcylinder). 3. Diese können verschwinden, aber bei längerer Dauer der Geistesstörung als Ursache kann eine chronische Nierenkrankung hinzutreten. 4. Nierenstörungen sind bei den Geisteskranken ein recht häufiger Befund.

Gouldall (Wakfield).

Arad. Bernard.

202) **Theo. H. Kellogg**: Modifications of the respiration in the insane. (The journal of nervous and mental disease 1893, May.)

Verf. bespricht die zahlreichen Respirationsstörungen, wie sie bei den verschiedenen Irrsinsformen beobachtet werden. Er theilt dieselben in zwei Gruppen, von denen die erste die Modification in Bezug auf Frequenz, Tiefe, Rhythmus und Ton umfasst, während die andere Gruppe die spastischen Athmungsänderungen enthält; in die letztere Gruppe gehören die expiratorischen Spasmen, wie Lachen, Weinen, Niessen, Husten, Schnarchen, wie die mehr inspiratorischen Spasmen, wie Schlucksen, Gähnen, Schluchzen und Larynykrisen. Besonders bei dem hysterischen und epileptischen Irrsinn, bei Paralyse, Idiotie und Melancholie werden zahlreiche Modificationen der Athmung wahrgenommen. Verf. bespricht bei jeder Respirationsänderung kurz die Krankheiten, bei denen sie beobachtet wird, und eventuell die Verschiedenheit, die sie bei den einzelnen Krankheiten zeigt.

Strauscheid.

203) **Frederick Peterson** (New-York) and **Charles H. Langdon**: A study of the temperature in trente-five cases of general paralysis of the insane.

(The journal of nervous and mental disease 1893, Nov.)

Die Verff. haben in 25 Fällen von Paralyse die Temperatur untersucht, um die Genauigkeit der früheren, besonders deutschen Untersuchungen über das häufige Vorkommen von abnormen Temperaturen bei dieser Krankheit des näheren zu prüfen. Sie kommen zu dem Resultate, dass die durchschnittliche Körpertemperatur, wie auch die täglichen Temperaturschwankungen sich durchaus innerhalb der physiologischen Grenzen bewegen und dass demnach alle entgegengesetzten Behauptungen völlig irrig seien.

Ref. vermag in den Untersuchungen der Verff. eine keineswegs genügende Grundlage für diese Schlüsse zu sehen; können doch negative Befunde, zumal in so geringer Zahl, niemals die positiven Angaben zuverlässiger anderer Beobachter entkräften. Auch hat Ref. selbst wiederholt bei Paralytikern einige Zeit hindurch deutliche subnormale Temperaturen beobachtet, wie auch, zumal nach paralytischen Anfällen, ziemlich beträchtliche Temperatursteigerungen, für die bei genauester Untersuchung keinerlei andere Krankheit als das Gehirnleiden selbst als Grund gefunden werden konnte.

Strauscheid.

204) **Ludwig Mann**: Ueber die Verminderung des Leitungswiderstandes am Kopfe als Symptom bei traumatischen Neurosen. Aus der kgl. Univ.-Poliklinik für Nervenranke zu Breslau.

(Berl. klin. Wochenschr. 1893. 1893, Nr. 31.)

M. glaubt in der Verminderung des galvanischen Leitungswiderstandes am Kopfe ein Symptom gefunden zu haben, welches sich sehr häufig bei den mit Kopfbeschwerden einhergehenden Formen von traumatischer Neurose vorfinden und in hohem Grade geeignet sein soll, in zweifelhaften Fällen das wirkliche Bestehen derartiger Beschwerden wahrscheinlicher zu machen.

Zur Untersuchung befestigte M. unpolarisirbare Electroden von 5×10 cm. an Stirn und Nacken, schaltete 3 Elemente ein und beobachtete die Stromstärke am Hirschmann'schen Horizontalgalvanometer, bis dieselbe nicht mehr anstieg (relatives Widerstandsminimum). Die Grösse des Widerstandsminimums wurde nun mittelst Substitution des Körpers durch den Rheostaten ermittelt.

Hoppe.

c) Specielle Pathologie.

1. Gehirn.

205) **Déjérine**: Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique des différents variétés de cécité verbale.

(Extr. des mém. de la soc. de biologie 1892, Febr.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen 64jährigen sehr intelligenten Mann 4 Jahre lang zu beobachten, der folgende constant bleibende Störungen aufwies: Er war unfähig, gedruckte und geschriebene Buchstaben und Worte zu lesen bei erhaltener Fähigkeit, spontan und auf Dictat zu schreiben. Copiren konnte er nur sehr mangelhaft und nur mechanisch, indem er die Buchstaben, ohne sie zu kennen, nachzeichnete. Er erkannte jedoch die Buchstaben, wenn er sie mit dem Finger nachzeichnete, mit Hilfe des Muskelsinns. Ziffern konnte er lesen und war auch im Stande, auf dem Papier und im Kopfe Rechnungen auszuführen. Ausserdem bestand rechtsseitige Hemianopsie und Hemiachromatopsie, sowie die Unfähigkeit, Noten zu lesen, obwohl er sehr musikalisch war. Indessen vermochte er neue Melodien, die ihm vorgespielt wurden, sich anzueignen. 11 Tage vor seinem Tode stellte sich plötzlich eine neue Störung ein; er hatte die Fähigkeit, zu schreiben, gänzlich verloren und war paraphasisch.

Verf. erläutert an diesem Falle die 2 Formen der Wortblindheit: ohne und mit Störungen des Schreibvermögens. Die erste Form zeigt das erste Stadium der Krankheit, die zweite den Zustand in den letzten 11 Lebenstagen.

Die Section ergab einen alten Herd im linken lob. occipitalis, welcher die Basis des Cuneus, lobul. lingualis und fusiformis einnahm. in Form eines Keils bis zum Ventrikelependym vordrang und die Sehstrahlung mit zerstört hatte. Ein zweiter frischer Herd fand sich im l. gyr. angularis und lob. pariet. inf. Der erste Herd musste in Folge Zerstörung des Cuneus rechtsseitige Hemianopsie zur Folge haben. Zum Sehen der Buchstaben und Worte gebrauchen wir, wie zum Sehen überhaupt, die lob. occipit. beider Hemisphären. Damit aber die Idee des Wortes entstehe, müssen diese in Association treten mit den Centrea der Sprache, welche sich nur links finden und zwar das visuelle Centrum der Worte im gyr. angularis. Wenn also der Patient auch die Buchstaben mit dem rechten Occipitallappen sah, so

konnte er doch deren Sinn nicht wahrnehmen, da die Association mit dem Sprachcentrum unmöglich war; denn die Verbindung beider Cunei war zerstört und ebenso die Verbindung des linken Cunei mit dem l. gyr. angularis. Der frische Herd im gyr. angularis erklärt die kurz vor dem Tode hinzutretende totale Agraphie. Lehmann (Werneck).

206) **Rie:** Ein Fall von Microcephalie. (Gesellsch. d. Aerzte in Wien.) (Wien. klin. W. 93, 50.)

R. stellte ein 12 Monate altes Kind vor, dessen Geburt normal gewesen sein soll. Die Fontanelle war bereits im 2. Lebensmonat geschlossen. Seit dem 4. Monat täglich mehrere epileptische Anfälle: clonische Zuckungen im Arm und Bein, Wenden des Kopfes und der Augen nach links. Seit dieser Zeit verändertes Benehmen; es blieb in der körperlichen und geistigen Entwicklung zurück. Schädelumfang 35,5, Glabella-Occiput 12,8, Querdurchmesser 11,5 cm. Stirnnaht als Leiste vorspringend. Fontanelle nicht zu fühlen.

Prof. Gersung nahm folgende Operation vor. Beabsichtigt wurde ein circulärer Schnitt durch den Schädel, wie bei der Section. Dieser fürchterliche Eingriff wurde in 2 Zeiten vorgenommen. 12 radiär gegen den Scheitel verlaufende 6 cm lange Schnitte durch die Weichtheile, so dass sie in der Mitte den zu führenden Knochenschnitt kreuzen. Die Weichtheile werden vom Knochen abgelöst und unter denselben vom Knochen mit Meissel und Zange ein 3 mm breiter Knochenstreifen entfernt. Die Heilung ging per primam von Statten. Nach 3 Monaten war noch eine deutliche Knochenspalte zu fühlen.

Kurz nach der Operation fast völliges Fehlen der Anfälle. Dann Vermehrung derselben (grand und petit mal). Dann eine Periode mit wenigen, aber intensiven Anfällen und endlich erfolgte wesentliches Schwächerwerden und Verminderung der Anfälle. Im Benehmen des Kindes wurde ebenfalls eine günstige Veränderung constatirt.

Lehmann (Werneck).

207) **Dr. Emil Hougberg:** Bidrag till kände domen om den progressiva paralyssens etiologie. (Zur Kenntniss der progressiven Paralyse mit besonderer Rücksicht auf die Lues als ätiologisches Moment.) (Helsingfors 1892.)

Nach einer sehr vollständigen Literaturübersicht giebt der Verf. einige an 100 Krankengeschichten geknüpfte Bemerkungen über das Vorkommen der progressiven Paralyse. Während die Franzosen von Lues in der Aetiologie der Paralyse fast gar nichts hören wollen, glauben die nordischen Psychiater, Lues sei fast überall nachzuweisen. Die Deutschen nehmen mit Mendel eine mittlere Stellung ein. Paralyse tritt am häufigsten zwischen 30—45 Jahren ein, nicht früher als 4—5 Jahre nach der Infection, die oft recht leicht verläuft. Ein antiluetische Therapie ist resultatlos. Die Dauer der Krankheit war in 53⁰/₀ der Fälle 4, in 44⁰/₀ nur 2 Jahre.

Uebrigens ist die Monographie an interessanten Details und minutiösen Untersuchungen sehr reich. Sie eignen sich aber nicht für ein Referat.

Henrik Dedichen (Horten).

208) Dr. **J. V. Hjelmman**: Om Hjaernsyfilis. (Lues cerebialis in ætiologischer, chronologischer und prognostischer Beziehung.)
(Helsingfors 1892.)

Wie Hougberg die ätiologische Bedeutung der luetischen Infection für die Paralyse untersucht hat, sucht Dr. Hjelmman das Vorkommen des Cerebralleidens nach der Infection zu erörtern. Auch er findet, dass diese recht häufig durchaus leicht verlaufen kann, während man schon im ersten Jahre Cerebralaffectio in 25⁰/₀, in den drei ersten Jahren in 50⁰/₀ der Fälle sieht. Das Cerebralleiden ist nach dem Verf. viel häufiger, als andere Visceralaffectionen. Die Symptome sind schwerer, wenn die Therapie expectativ war; energische Mercurialisatio ist früh zu instituiren und lange zu unterhalten.
Heurik Dedichen (Horten).

209) **Lyder Borthen**: De topisk-diagnostiske Forhold ved ensidig isoleret refektorisk Pupille-Ubevægelighed. (Die topisch-diagnostischen Verhältnisse bei unilateraler isolirter reflectorischer Pupillenstarre.)

(Nord. ophthalmologisk Tidsskrift, IV. Bd. 1892, S. 129.)

Seemann, 37 Jahre, hatte vor 19 Jahren einen Chancere dure. Vor 6 und wieder vor 3 Jahren Ulceration des Gaumens. Ungefähr vor 3 Jahren eines Tages plötzlich eine Erweiterung der linken Pupille. In den letzten paar Jahren fühlt er in grösseren Versammlungen (Kirche, Theater) etwas Schwindel und bei jeder Anstrengung bekommt er Kopfweh. Im Uebrigen gesund. Bei der Untersuchung wird die Accomodation beiderseits normal gefunden, ebenso das Gesichtsfeld. Linke Pupille dilatirt, Diameter ca. 4,5 mm, rechte Pupille ca. 2 mm; keine Lichtreaction der linken Pupille, die rechte normal. Bei Convergenz und Accomodation contrahirt sich die linke Pupille, aber sehr langsam.

Was nun die Localisation dieses Leidens betrifft, erwähnt der Verf. hauptsächlich drei Möglichkeiten: Krankheit des Kernes des Sphincter iridis, der Meynert'schen Fasern (vom Corp. quadrigeminum nach dem Oculomotoriuskerne) oder Reizung des Centrum ciliospinale. Von diesen hält er die erste, eine Affectio des Kernes, für die, welche alle Wahrscheinlichkeit für sich hat.
Koch (Kopenhagen).

210) Prof. **Lemcke** (Rostock): Ueber Hyperostose des Felsenbeins bei chronischen Ohreiterungen und ihre Beziehungen zu intercraniellen Erkrankungen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 37 u. 38.)

L. macht auf ein bisher wenig beachtetes Moment aufmerksam, welches in dem Verlauf der chronischen Ohreiterungen dieselben häufig zu so verhängnisvollen Krankheiten macht. Es ist dies die als Folge der im Knochen sich abspielenden destructiven Prozesse eintretende Hyperostose des Felsenbeins, welche, wie L. an der Hand der Literatur nachweist, von den Otologen in allen Lebensaltern beobachtet worden ist, wenn auch ihre Werthigkeit verschiedene Beurtheilung erfahren hat. Während Einzelne die Hyperostose als eine Art Schutzwall für den Schädelinhalt gegen die vom Mittelohr her drohenden Eiterungsprozesse ansehen, haben andere im Gegentheil die bedrohlichen Folgen der Hyperostose für das Gehirn nachhaltig

betont. L. sieht sich durch das Studium der Literatur und durch seine eigenen Erfahrungen veranlasst, auf Seite der letzteren zu treten. L. hat aus der Zahl der in den letzten Jahren wegen chronischer Ohreiterung mit Knochenaffection operirten Fälle nur solche ausgesucht, deren Träger, abgesehen von dem Ohrenleiden, gesund waren und aus gesunden Familien stammten. Unter den so gefundenen 15 Fällen, bei denen die Dauer der Eiterungsprocesse zwischen 3 bis 19 Jahren schwankt (die ursächliche Krankheit war in 8 Fällen Scharlach, in 2 Fällen Masern, in 2 Fällen Diphtherie), fand sich bei 10 Patienten, also in 66⁰/₁₀₀, hochgradige Hyperostose, welche in 7 Fällen ansschliesslich oder hauptsächlich auf den Warzentheil beschränkt war, während in 3 Fällen der äussere Gehörgang stark verengt war. Bei 8 von diesen 10 Kranken, deren Krankengeschichten L. kurz mittheilt, wurden nun schwere, auf intercraanielle oder Labyrinthveränderungen zu beziehende Erscheinungen beobachtet.

In 2 Fällen traten im Gefolge einer chronischen Ohreiterung mit Caries des Felsenbeins und stark ausgesprochener Hyperostose des Proc. mast. in der letzten Zeit Gebirnerscheinungen auf, welche durch einen extraduralen Abscess veranlasst waren; nach der Operation Heilung.

In 4 Fällen von chronischer Otorrhoe bestand otitisches Cholesteatom (in 2 Fällen mit centraler Caries) und starke Hyperostose. Heftige Kopfschmerzen, Anfälle von Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen veranlassten in 3 Fällen, allerdings erst, nachdem bedrohlichere Erscheinungen (Schüttelfröste, Benommenheit, meningitische Symptome) aufgetreten waren, die Operation. Dieselbe hielt in den bezeichneten 3 Fällen das letale Ende nicht auf, welches in 2 Fällen durch eitrige Leptomeningitis, im 3. durch Sinusthrombose und Pyämie herbeigeführt wurde.

In einem Fall mit centraler Caries und hochgradiger Hyperostose gingen die acuten Hirnerscheinungen (Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Fieber) nach der Operation allmählig zurück, aber in langen Zwischenräumen traten immer wieder Hirnerscheinungen (taumelnder Gang, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Unbesinnlichkeit) auf, welche auf einen Kleinhirnabscess zu deuten schienen (ohne dass die Diagnose mit der für eine Operation zu fordernden Sicherheit sich stellen liess).

In einem Falle endlich, wo in den letzten Wochen sehr heftiger Schwindel, äusserst belästigende Geräusche, Ohrenscherzen und zeitweilig Fieber aufgetreten war, zeigte sich bei der Operation starke Hyperostose des Warzenfortsatzes und des äusseren Gehörganges; der Zustand besserte sich erst vollständig, als durch eine zweite Operation die necrotisirte Schnecke entfernt wurde.

In allen diesen Fällen hatten die Kranken jahrelang an Ohreiterung gelitten, dazu waren dann früher oder später lebensbedrohliche Erscheinungen getreten, welche durch Caries oder Necrose des Felsenbeines oder durch otitisches Cholesteatom oder durch mehrere der genannten Processe bedingt waren. Ausnahmslos lagen die Krankheitsherde der cerebralen Oberfläche des Felsenbeins näher, als der corticalen; bei einigen Patienten (2) wurde die cerebrale Oberfläche bereits erkrankt, bei anderen (3) bereits zerstört gefunden, während in der äusseren Umgebung des Ohres keinerlei Erscheinungen

bestanden, welche auf die deletären Prozesse in der Tiefe des Felsenbeins hindeuten können.

Was nun die Hyperostose des Felsenbeins zu einer so lebensgefährlichen Complication der Ohreiterungen macht, ist vor allem der Umstand, dass die Producte der Eiterung durch den hyperostotisch verengten (und überdies manchmal noch durch Schwellung, Polypen etc. verlegten) Gehörgang nicht abgeführt werden können; durch das Zusammenwirken von Caries und Hyperostose kann es sogar zu Eiterhöhlen im Knochen kommen, welche aller Communication nach aussen ermangeln. Die Folge davon ist, dass die Eiterherde in der Richtung des geringsten Widerstandes in die Schädelhöhle durchbrechen. Begünstigt wird dabei das Uebergreifen der entzündlichen Prozesse vom Innern des Schläfenbeins nach der Schädelhöhle durch die Gefäss- und Bindegewebsstränge, welche von der Dura mater durch den Knochen zum Mittelohr und zum Antrum mastoid. verlaufen; auch bietet bei Hyperostose der Canalis facialis und der Por. acust. int. einen Weg für die Fortleitung des Eiters.

Die Hyperostose des Felsenbeins wird diagnosticirt, wenn

1. Erscheinungen vorhanden sind, welche auf einen in der Tiefe der Gehörgänge sich abspielenden Process hindeuten (intensiv stechende, bohrende oder klopfende Schmerzen, welche in die verschiedenen Schädelgegenden ausstrahlen, dumpfes Gefühl von Druck und Schwere auf der befallenen Seite, Herabsetzung der geistigen Regsamkeit, Ohrgeräusche, Schwindel, Uebelkeit, Erbrechen, Fieber), während der Warzenfortsatz und die Umgebung des äusseren Ohres einen normalen Befund bietet,
2. der äussere Gehörgang verengt ist.

Das Trommelfell ist gewöhnlich durchbohrt, das Secret meist nicht sehr reichlich, aber von stark fötidem Geruch.

Das Ensemble dieser Erscheinungen fordert dringend zur Operation auf, welche auf eine vollständige Beseitigung der Krankheitsherde gerichtet sein muss. L. beschreibt am Schlusse die von ihm geübte Operationsmethode.

Hoppe.

2. Neurosen.

211) Prof. Louis Bauer (St. Louis): Eine atypische Neurose.

(Berl. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 5.)

Es handelt sich um einen 13jährigen väterlicherseits belasteten Knaben, bei dem sich die Krankheit seit 3 Jahren in Anfällen eigenthümlicher Natur entwickelt hat. Während der Knabe schon zu jeder Zeit sehr erregbar und empfindlich ist, stellen sich seitdem zu Zeiten (manchmal, nachdem eine merkliche Unruhe vorausgegangen) heftige Wuth- und Tobanfälle ein. Später kam (als Aequivalent?) plötzlich ein Anfall von Hyperästhesie des rechten Fusses, welche in derselben Intensität 17 Tage anhielt, dann plötzlich spurlos verschwand und sich nach 6 Wochen an dem linken Fusse in derselben Ausdehnung, Intensität und Dauer wiederholte. Aehnliche, wenn auch nicht ganz so heftige Anfälle wiederholten sich seitdem öfter. Bei allen plötzlicher Ausbruch und (nach 12-20tägiger Dauer) plötzliches Verschwinden. Die örtlichen Erscheinungen bestanden meist in erhöhter

Temperatur und excessiver Empfindlichkeit für die leisesten Berührungen. zweimal wurde erythematöse fleckenweise Röthung an der Haut der ergriffenen Theile beobachtet, welche zwischen symmetrischen Stellen beider Füsse wechselten. Einmal war aber die eine Seite des Halses im Gebiete des Accessorius ergriffen. Bald darauf trat plötzliche Taubheit ein, welche 13 Monate dauerte (während welcher Zeit anderweitige Anfälle ausblieben) und dann plötzlich wieder vollständig schwand. Bei den nächsten Anfällen sprang die Hyperästhesie ohne Intermission vom rechten Fusse zum linken und dauerte nur einige Tage; seitdem ist eine Schwäche und Unsicherheit der Beine zurückgeblieben.

B. glaubt, die Anfälle von Hyperästhesie am besten dem Gebiete der Erythromelalgie zuschreiben zu dürfen. Dem Ref. will es scheinen, als ob wir es hier mit Hysterie resp. Hystero-Epilepsie zu thun haben, welche neben anderen Symptomen auch den Symptomencomplex der Erythromelalgie zeigt (cfr. die Arbeit von Lewin und Benda über Erythromelalgie. Ref.)

Hoppe.

212) **Linsmeyer**: Ein Fall von Myositis ossificans progressiva.

(Verein für Psychiatrie in Wien, 14. XI. 93.)

Ein 28jähriger Mann erkrankt mit heftigen Schmerzen im rechten Arm- und Schultergelenk, denen bald Schwellung, Hitze und Röthung der Haut daselbst folgte. Gleichzeitig Kiefersperre. Nach 3 Monaten hörten die Schmerzen auf und die Schwellung verschwand. Gleichzeitig constatirte man jedoch eine ausgedehnte Knochenablagerung im befallenen Gebiet. Die Kiefersperre bestand fort. Nach 9monatlicher Pause traten wieder Schmerzen ein, die nach 3 Monaten schwanden; so ging es 7 Jahre lang fort; allmählich wurden befallen rechter Oberarm, Schulter, Nacken, Rücken, Gesäss, dann Rücken links, Becken, beide anteren Extremitäten und schliesslich die linke obere Extremität. Ueberall traten nach den Erkrankungen Verknöcherungen der Muskeln, Sehnen und Fascien zu Tage, ausserdem zahlreiche Exostosen und Muskelatrophieen. Die Verknöcherung fand sich in Form von Platten, Spangen, Kugeln, welche Gebilde meist mit dem Skelett verwachsen waren. Sie hatten zahlreiche Functionsstörungen der Gelenke zu Folge.

Verf. findet eine gewisse Analogie mit der Dystrophia muscul. z. B. in dem Befallensein nur gewisser Muskelgruppen und in dem so'ubweisen Fortschreiten. Der acute Beginn mit Entzündungserscheinungen erinnert an die seltene Polymyositis acuta. Verf. glaubt, obige Erkrankung den primären Myopathien zurechnen zu müssen und erklärt die Ossification durch eine bestehende diathesis ossificans.

Lehmann (Werneck).

213) Prof. **Georg Lewin** und Dr. **Theodor Benda**: Ueber Erythromelalgie. (Kritische Studie auf Grund der eigenen und der von anderen Autoren publicirten Fälle.)

(Berliner klinische Wochenschrift 1894, Nr. 3.)

Bei dem Interesse, welches sich dem Krankheitsbilde der Erythromelalgie neuerdings seit der Discussion in der Berliner klinischen Gesellschaft zugewendet hat, und bei der Dunkelheit, welche bezüglich der

Erklärung und der Rubricirung dieses Krankheitsbildes noch herrscht, kann man den Verfassern nur Dank wissen, dass sie es unternommen haben, das gesammte bisher bekannt gewordene Material zu studiren und unter Hinzufügung einiger von ihnen selbst beobachteter Fälle einer kritischen Sichtung zu unterziehen, welche geeignet ist, etwas Licht in die Dunkelheit zu bringen.

Die Verff. geben in dieser Studie, deren Lectüre Ref. nur auf das angelegentlichste empfehlen kann, zunächst einen Ueberblick über die Geschichte der Erythromelalgie und über die bisherigen Erklärungsversuche der Autoren. Die in der Literatur berichteten Fälle werden von den Verff., in 3 Gruppen gesondert, einzeln mit ziemlicher Ausführlichkeit mitgetheilt, so dass der Leser im Stande ist, sich ein eigenes Urtheil zu bilden.

Die erste Gruppe (12 Fälle) umfasst diejenigen Fälle, in denen zweifellos eine organische centrale Erkrankung zu Grunde liegt. Es sind dies 1 Fall von Graves (1864), 2 Fälle von W. Mitchell (1878), 1 Fall von Wood (1884), 1 Fall von Eulenburg (1892), 1 Fall von Hensch (1892), 1 Fall von Gerhardt (1892), 1 Fall von Lannois-Strauss (1880), 2 bisher noch nicht berichtete Fälle von Benda und von Lewin-Benda und schliesslich 1 Fall von Landraf (1892), welcher bei Myxödem beobachtet wurde. — In allen diesen Fällen ist die Erythromelalgie nur als mehr oder weniger nebensächliches Symptom der centralen Grundkrankheit zu betrachten, welche letztere sich allerdings nicht immer unter eine der bekannten Affectionen unterbringen lässt. In dem neu mitgetheilten Fall von Lewin-Benda handelt es sich übrigens nur um eine Migraine ophthalmique mit zeitweilig auftretenden schnell vorübergehenden Lähmungen, bei dem als ausnahmsweise bisher noch nicht beobachteter Symptomencomplex die Erythromelalgie zu den anderen Symptomen hinzutrat. Dieser Fall und der von Lannois-Strauss (Gelenkneuralgie) scheinen den Verff. den Uebergang zur 2. Gruppe zu vermitteln.

Die 2. Gruppe wird von 7 Fällen gebildet, welche die Verff. als centrale Affectionen aufzufassen geneigt sind. Es sind dies je 1 Fall von Aché Lespinasse (1890), von A. Seeligmüller (1882), Baginsky (1892), von Sigerson (1874), von Vulpian, Graves (1864), Morgan (1889). In allen Fällen handelte es sich um mehr oder weniger ausgesprochene Hysterie (und zwar 3 bei Männern, darunter der von Baginsky, welcher einen 10jährigen Knaben betraf), wo die Erythromelalgie als vasomotorisches Symptom neben anderen auftrat. Hierhin würde auch der neuerdings berichtete Fall von Louis Bauer (cfr. Ref. Nr. 211, S. 259) zu rechnen sein (Ref.).

In die 3. Gruppe endlich haben die Verff. diejenigen Fälle eingereiht, wo die Erythromelalgie das einzige Symptom der Krankheit bildete und und deswegen als reine Erythromelalgie bezeichnet werden könnte. Es sind im Ganzen 20 Fälle, die einander sehr gleichen. Die betroffenen Individuen sind im Allgemeinen gesund, abgesehen von den heftigen Schmerzen, die sie in ihrem Beruf schädigen und ihnen die Lebenslust rauben. Das prädisponirende Moment bilden Nervosität und schwächende Krankheiten (Malaria, Syphilis, Gonorrhoe, Rheumatismus, Alcoholismus), wozu in der grossen Mehrzahl der Fälle als veranlassendes Moment eine intensive Erkältung oder Durchnässung oder Ueberanstrengung kommt. Dies wie die

übrigen ätiologischen Verhältnisse (Bevorzugung des männlichen Geschlechts, des mittleren Lebensalters und der arbeitenden Stände), sowie Art und Verbreitung der Affection haben die Verff. zur Ueberzeugung gebracht, dass es sich um keine Krankheit *sui generis*, sondern einfach um Neuriditen und Neuralgien handelt. Alle der Erythromelalgie zugeschriebenen Symptome finden sich, wie näher ausgeführt wird, auch bei Neuralgien. Unter die Neuralgien ohne genauere Localisation rubriciren die Verff. je einen Fall von W. Mitchell, von Stephan Mackenzie und von James Paget, während sie zu den Neuralgien mit genauerer Localisation die Fälle von Morgan (1889, N. plantaris internus), Marcacci (1887, N. plantaris externus), Koch (1892, wahrscheinlich Ramus cutaneus des N. tibialis), Morgan (1889, N. medianus), rechnen. In 2 Fällen von Mitchell war die Affection diffus über die Hände verbreitet. Der Fall von M. Bernhardt und die beiden Fälle von Senator zeigen in ähnlicher Weise eine diffuse Ausbreitung in den oberen und unteren Extremitäten, der Fall Grenier neben einer Affection der Hände hauptsächlich eine Neuralgie der grossen Zehe; je einen Fall von Stillé und von Morgan glauben die Verff. als Reflexneuralgien vom Uterus resp. von der Urethra auffassen zu können. Die Anzeichen echter Neuritis finden sich nach den Verff. in den Fällen von Dreschfeld-Morgan und von Allen Surge, während der von G. Lewin mitgetheilte Fall als traumatische Neuritis aufzufassen sein dürfte.

Als Resultat dieser Studie stellen die Verff. den Satz hin, dass der als Erythromelalgie bezeichnete Symptomencomplex keine Krankheit *sui generis* ist, sondern theils eine Begleiterscheinung verschiedener Hirn- und Rückenmarksleiden, theils ein Symptom (unter vielen) der so überaus symptomreichen allgemeinen Neurosen, Hysterie, Neurasthenie etc., theils als Neuralgie oder Neuritis, theils als Reflexerkrankung aufzufassen ist. Die Erythromelalgie bildet in dieser Beziehung ein Gegenstück zur Raynaud'schen Krankheit, welche ebenfalls mit vasomotorischen, sensibeln und trophischen Erscheinungen einhergeht und dabei keine selbstständige Krankheit, sondern nur ein Symptomencomplex ist, welcher bald peripher, bald central bedingt sein kann.

Hoppe.

214) William Thornburn: Three cases of hypertrophic pulmonary osteoarthropathy.

(The Brit. med. Journ., 3. Juni 1893, pg. 1155.)

Th. beschreibt 3 Fälle von Grössenzunahme der Hände und Füsse bei Phthisikern und bringt dadurch die Zahl der Beobachtungen dieses Leidens auf 30. Die Krankheit ähnelt der Acromegalie; doch bleibt der Kopf stets frei. Sie ist in Deutschland von Friedreich, Erb, Fräntzel, Ewald, Gerhard und Bamberger beobachtet und darf nicht mit den gewöhnlichen Trommelschlägerfingern bei Phthise verwechselt werden. Die 3 Fälle sind genau beschrieben und Maasse und Abbildungen beigelegt.

Wichmann.

215) **Sigm. Freund** (Wien): Ein Symptom, das häufig die Enuresis nocturna der Kinder begleitet.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 21.)

Ungefähr in der Hälfte der Fälle von Enuresis nocturna hat F. eine Hypertonie der Adductoren gefunden. Wenn das Kind ausgekleidet mit aufliegenden Beinen auf einem Tische sitzt, so stösst man beim Versuche, die Beine möglichst weit zu spreizen, auf einen Widerstand, der zuerst sehr stark ist, nach kurzer Zeit aber nachlässt. Auf denselben Widerstand stösst man, wenn man den Unterschenkel gegen den Oberschenkel zu beugen versucht.

Eine feste Beziehung zwischen der Intensität der Hypertonie und der Intensität und Hartnäckigkeit der Enuresis besteht nicht. Die Hypertonie scheint nur bei gewissen Formen von Enuresis vorzukommen. Es liegt nach F. nahe, diese durch eine ähnliche spinale Ueberinnervation des Detrusor vesicae zu erklären, wie sie die Untersuchung der Muskeln der unteren Extremitäten nachweist.

Hoppe.

216) **N. H. Forbes**: Notes on a case of chronic eczema, associated with the development of certain nervous symptoms (hystero-psychopathy).

(The Lancet, 13. Juli 1893, pg. 134.)

Ein 72jähriger Mann leidet seit 2 Jahren an hartnäckigem, chronischen Eczem; er ist blass, mager; seine Haut trocken, braun, pigmentirt. Ueber die ganze Oberfläche beider Vorderarme, an der Aussenfläche der Arme und an der Extensorenseite der Schenkel befinden sich breite, unregelmässig begrenzte Flecken von trockenem, borkigem, pruriginösem Eczem, das mit Schuppen und Schorfen bedeckt ist, heftig reizt und juckt und schmerzt. Nach einigen Wochen wird er gemüthlich deprimirt und verzagt, zeitweise reizbar; es stellt sich Schwäche der Intelligenz ein. Acht Tage später bekommt er, während die Hautaffection sich bessert, einen ausgeprägten hysterischen Anfall. Nach weiteren 3 Wochen wird der Mann geheilt entlassen. Beachtenswerth seien in dem Fall die Beziehungen zwischen dem chronischen Eczem und der reflectorischen nervösen Störung, sowie das hohe Alter des Mannes.

Wichmann.

217) **Terrien**: De l'hystérie en Vendée.

(Arch. de Neurol. 1893, Nr. 82.)

T., dem in der Vendée ein auffallend zahlreiches Material von Neuropathien zur Beobachtung kam, machte vielfache therapeutische Versuche mit dem Hypnotismus. An der Hand einer reichen Casuistik kommt er zu dem Schluss, dass der Hypnotismus eine ausgezeichnete Behandlungsmethode bei der Hysterie ist; bei nicht hypnotisirbaren Personen liefert auch die Wasch-Suggestion recht günstige Resultate. Bei organischen Nervenleiden war, abgesehen von ganz vorübergehenden, kurzdauernden Besserungen, die Hypnose ohne Erfolg; scheinbar länger anhaltende Besserungen beruhten auf dem Schwinden hysterischer Symptome, die zu dem Grundleiden sich nicht selten hinzugesellen. In Uebereinstimmung mit der Charcot'schen Schule hält auch T. an den nahen Beziehungen zwischen Hypnotismus und Hysterie fest. — Am Schluss der Arbeit wendet er sich der Frage zu,

weshalb gerade in der Vendée, einem rein ländlichen Bezirk, Hysterie und Neurasthenie so zahlreich vorkommt, dass es z. B. nahe seinem Wohnort ganze Dörfer giebt, in denen man fast in jedem Haus ein oder mehrere neuropathische Individuen findet. Er sieht die Gründe hierfür in dem häufigen Zusammentreffen von drei an und für sich schon für das Nervensystem schädlichen Momenten: in dem weit verbreiteten Alcoholismus und in der nahen Blutsverwandtschaft der Eltern, da die Bewohner fast nur unter sich zu heirathen pflegen und in einer den Vendeern eigenthümlichen Geistesrichtung auf das Mystische und Uebernatürliche hin; spielen doch noch heute in der Vendée allerhand Geschichten von Hexen und Gespenstern eine wichtige Rolle und Aberglauben und religiöser Fanatismus halten die Gemüther in beständiger Aufregung. Diese Ueberreizung und leichte Anspruchsfähigkeit des Nervensystems ist aber, zumal, wenn noch die beiden anderen Schädlichkeiten hinzutreten, der günstigste Boden für das Entstehen functioneller Neurosen.

Falkenberg-Lichtenberg.

218) **Simon:** Des fausses paraplegies chez les garçons hystériques.
(Le Bull. méd. 1893, Nr. 100.)

S. bespricht an der Hand einiger instructiver Krankengeschichten ein Krankheitsbild, das hysterische Knaben darbieten und das in der Hauptsache in der Unfähigkeit, von selbst zu gehen oder zu stehen besteht, trotzdem die Beinmuskeln in ihrem Volumen vollständig erhalten sind und bei Rückenlage der Kinder in kräftiger Weise functioniren. Unterstützt man die Kranken beim Stehen, so sind sie wohl im Stande, wenn auch mit schlaffen Beinen, aber ohne irgend welche Ataxie, zu gehen. Diese functionellen Störungen der Extremitäten erinnern demnach an die sogenannte Astasie-Abasie. Reflexe, sowie die Hautsensibilität sind bei ihnen erhalten oder sogar gesteigert. Immer begleiten sie leichte psychische Störungen.

Für gewöhnlich werden sie von gewissen Prodromalerscheinungen eingeleitet, wie Veränderungen des Characters, leichter Erregbarkeit der Psyche, Kopfschmerzen, Druck in den Schläfen oder Schmerzen an den Körperstellen, die zum Sitz der functionellen Störungen werden. — Die Heilung erfolgt wohl mit Sicherheit, jedoch lässt sich über die Dauer der Krankheit nichts bestimmtes voraussagen (14 Tage bis mehrere Monate).

Die Diagnose bietet keine Schwierigkeiten: von cerebralen Affectionen kommen Hydrecephalie, Sclerose, Tuberculose des Gehirns, von Rückenmarksleiden diphtheritische Lähmungen, Malum Pottii, infantile Paralyse und Friedreich'sche Krankheit hauptsächlich in Betracht. Die Aetiologie, die Entwicklung, das Fehlen der Lähmung in der Rückenlage, sowie von Degenerationszuständen in den Muskeln werden bei der Differentialdiagnose ausschlaggebend sein.

Die Behandlung besteht in erster Linie in der Entfernung aus der Umgebung und in psychischer Beeinflussung. Von eingreifenden hydrotherapeutischen Verfahren, sowie von Schwefel-, Salz-, Seebädern ist abzurathen, eher sind laue Wasserwärme und sanfte Frottirungen am Platze. Von Medicamenten liefern Valeriana, Zink, Belladonna, Hyoscyamus und Kampher gute Resultate; dagegen ist zu warnen vor der Anwendung von Bromkali, Opium und Eisen. An Stelle des letzteren gebe man lieber

phosphorsauren Kalk oder Leberthran. Von dem galvanischen Strom sah S. keinen Erfolg; von dem faradischen, weil noch mehr aufregend, nur Schaden. Buschan.

d) Therapie.

219) **Ludwig Nielsen**: Behandlung af Myxödem med Pill. glandula thyroidea siccata.

(Hospitalstidende 93, S. 1189.)

Anf Anregung des Verf. hat der Apotheker Benzon in Kopenhagen aus den eingetrockneten Glandulæ thyroideæ von Kälbern Pillen hergestellt, mit welchen der Verf. Versuche vorgenommen hat, theils bei einer, früher mit frischen Glandeln behandelten Patientin, theils bei einer früher nicht behandelten. In beiden Fällen haben sich die Pillen vollkommen bewährt, selbst wenn sie mehrere Monate alt waren. Die Herstellung der Pillen geschieht in der Weise, dass die gereinigten und fein geschnittenen Glandulæ in dünnen Schichten bei 40—50° C. 14 Tage lang getrocknet werden. Sie werden darnach zerstoßen, mit Aether ausgezogen und fein pulverisirt. Die Pillen, welche 5 oder 10 Centigramm des Drüsenpulvers enthalten, werden mit Cacao überzogen. Vier Pillen à 10 Centigramm entsprechen einer halben frischen Glandula thyr. Der Verf. betont die Nothwendigkeit, mit der Behandlung während des ganzen Lebens des Kranken fortzufahren und empfiehlt zwei Pillen à 10 Centigramm täglich als die vermuthlich passende Dosis. Koch (Kopenhagen),

220) **Byron Bramwell**: The clinical features of Myxoedema.

(Edinburgh med. Journal, Mai 1893.)

In der Medico-Chirurgical Society of Edinburgh hielt B. einen Vortrag, in welchem er die Symptomatologie des Myxödems besprach und eingehend die Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit, der Acromegalie, dem Morb. Basedowii und dem chron. Morb. Brightii beleuchtete. So ausführlich und klar auch dieser Vortrag ist, bietet er doch zu wenig neues. Von grösstem Interesse dagegen ist die Discussion und Krankendemonstration, die sich an den Vortrag anschloss. In derselben wurde besonders die Behandlung des Myxödems mit der subcutanen und innerlichen Verabreichung des Schilddrüsenextractes resp. der Schilddrüsensubstanz selbst besprochen. Die Erfolge dieser Therapie sind so gute, dass sich seit Einführung derselben durch Murray die Prognose des Myxödems vollkommen geändert hat und als eine „ausserordentlich hoffnungsvolle“ zu bezeichnen ist.

B. stellt folgende Fälle vor:

1. Oct. 92 wurde eine Frau auf seine Abtheilung aufgenommen, die seit fünf Jahren von typischem Myxödem befallen ist. Sie bekam täglich die halbe Gland. thyroid. eines Schafes. Darauf stellte sich nach wenigen Tagen ein fieberhafter Zustand mit Brechen und Durchfall ein. Da B. annahm, dass diese Störungen durch die zu grosse Dosis veranlasst worden waren, so suspendirte er die Kur zehn Tage lang und verabreichte dann nur eine Vierteldrüse je den dritten oder vierten Tag. Unter dieser Behandlung trat Heilung ein. Die Haut wurde wieder weich, die geistige Regsamkeit kehrte zurück und die Pat. fühlte sich so wohl, dass sie, nachdem

sie fünf Jahre nichts zu leisten im Stande war, ihre frühere Thätigkeit wieder aufnahm.

2. Einer 33jährigen Frau, die seit 3 Jahren an typischem Myxödem leidet, verabreichte B anfangs täglich $\frac{1}{8}$ einer Schilddrüse; später wurde die Dosis auf $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ der Thyreoid. gesteigert. Bei dieser letzten Dosirung traten Nervenschmerzen, Herzklopfen und grosse Schwäche ein. Man ging daher mit der Dosis wieder zurück und erreichte bedeutende Besserung.

3. stellte B. einen Fall von Myxödem bei einem Kinde sp. sporadic cretinism vor, der ebenfalls bedeutend gebessert wurde.

4. Da B. die Beobachtung gemacht hatte, dass unter dem „thyroid. feeding“ die trockene, schuppige Haut der Myxödemkranken wieder ihre normale, weiche Beschaffenheit erhielt, so behandelte er einen jungen Mann, der an universeller Psoriasis litt, in gleicher Weise. Pat. erhielt jeden Tag eine halbe Drüse. Die Kur wurde sehr gut vertragen und schon nach zehn Tagen trat vollkommene Heilung ein.

B. lässt die Drüse ungekocht, zerkleinert und eingehüllt in Oblaten nehmen.

Bruce berichtet von einem Fall, der zweimal die Woche 2 Gramm der Schilddrüse erhalten hatte und geheilt war. Murray behandelt seine Fälle mit Injectionen eines Glycerin-Alcohol-Extracts der Schilddrüse und hat ebenfalls sehr gute Erfolge. Er bestätigt die Ansicht der anderen Autoren, dass bei der Dosirung im Anfang der Behandlung, bevor man die Toleranz des Individuums kennt, grosse Vorsicht nöthig ist. Er hat zwei Fälle verloren, die in Folge zu grosser Gaben des Extractes in den ersten Tagen der Behandlung zu Grunde gingen. Einzelne Beobachter haben bei Verabreichung der gekochten Drüse dieselben Heilerfolge erzielt, wie mit der rohen Drüse, resp. dem Extract.

Bielschowsky (Breslau.)

221) William W. Ireland: On sporadic cretinism.

(Edinburgh med. Journ.; Mai 1893.)

J. setzt auseinander, dass viele Fälle des sporadischen Cretinismus bedingt sind durch das Fehlen oder die Degeneration der Gland. thyroïd. Die Symptome dieses Cretinismus sind sehr characteristisch. Die Cretins sind zwerghaft klein, das Wachsthum geht sehr langsam vor sich und hört vor der normalen Zeit auf; die Figur ist breit und plump, die Extremitäten kurz, dick und ungelent. Der Gesichtsausdruck idiotisch, die Haut ist runzlig, der Kopf ist klein, der Haarwuchs spärlich. Die Nase ist breit und eingedrückt. Die Augen stehen weit auseinander. Die Zunge ist zu dick für den Mund, der stets offen gehalten wird. Die ersten sowohl wie die zweiten Zähne kommen sehr spät. Die Schilddrüse fehlt vollkommen, der Nacken erscheint sehr fettreich. Die geistig-n Fähigkeiten sind gering, der Character gutartig. Diese Cretins sprechen wenig und weinen niemals. — I. berichtet von drei derartigen Fällen, die mit ausgezeichnetem Erfolg mit Gland. thyroïd. gefüttert wurden. Sowohl der somatische wie der psychische Zustand wurde besser; besonders fiel es auf, dass das Wachsthum schon kurze Zeit nach Beginn der Behandlung sehr zunahm.

Bielschowsky (Breslau.)

222) **John Thomson**: A case of sporadic Cretinism treated by thyroid feeding.

(Edinburgh med. Journ., Mai 1893.)

Die Eltern des 18jährigen Kranken sind nicht blutsverwandt und gesund; ebenso die Grosseltern. Ein Bruder der Mutter war geisteskrank. Die Geschwister sind gesund. Bei der ohne Kunsthülfe erfolgten Geburt erschien das Kind vollkommen normal, auch bemerkten die Eltern bis zum Ende seines zweiten Lebensjahres keinerlei Störung in der Entwicklung. Von da an fiel das geringe Wachstum auf. Mit acht Jahren litt Pat. an Epistaxis und verlor viel Blut. Je älter er wurde, desto mehr ging seine Intelligenz zurück, so dass er jetzt weniger intelligent ist, als mit fünf Jahren. Er misst $33\frac{1}{2}$ Zoll. Der Kopf ist klein, der Haarwuchs ist spärlich, die Hautfarbe ist wächsern. Die Augenlider sind geschwollen, die Lippen dick. Die zweite Dentition hat noch nicht begonnen. Die Milchzähne sind noch vorhanden und theilweise cariös. Die Zunge ist dick, der Nacken sehr fett. Die Trachealringe können deutlich gefühlt werden. Das Abdomen ist voll. Die Extremitäten sind kurz und dick. Die Haut ist trocken, geschwollen und schuppt. Haare im Gesicht, an den Axillen und den Genitalien fehlen. Die Genitalien selbst sind infantil. Die Temperatur ist subnormal. Die Körperkraft ist gering. Was die Psyche des Pat. betrifft, so entspricht seine Intelligenz der eines dreijährigen Kindes. Er kann bis 10 zählen, aber kann nicht das Alphabet. Seine Stimme ist laut und rauh. Er besitzt nur einen geringen Wortschatz und ist gegen Fremde scheu. Musik liebt er sehr. Das Gedächtniss ist verhältnissmässig gut. Er ist meist in heiterer Stimmung, spielt gern und liebt die Thiere. Er schläft sehr viel. Die Sinnesorgane sind normal. Er wurde mit einem Viertel Schafsdrüse (2mal wöchentlich) behandelt. Nach einigen Dosen bekam er Kopfschmerz, wurde schlaflos und aufgeregert. Der Appetit liess nach; aber es wurde ein deutliches Schwinden der Hautschwellung constatirt. Bei fortgesetzter Behandlung schwanden die unangenehmen Nebenerscheinungen und die Symptome des Myxödems resp. Cretinismus gingen stetig zurück. Nach dreimonatlicher Behandlung war er um $2\frac{1}{2}$ Zoll gewachsen, der stupide Gesichtsausdruck war gewichen, die Haut war weicher, die Haare voller, die Sprache besser, die geistigen Fähigkeiten nahmen zu. Die Schlafsucht hörte auf.

Aus den dem Ansatz beigegebenen Photographieen, die den Pat. vor und nach der Behandlung darstellen, erkennt man allerdings deutlich, dass mit demselben nach jeder Richtung hin eine ausserordentliche Veränderung eingetreten ist. Verf. ist der Ansicht, dass bei längerer Behandlung der Pat. sich geistig und körperlich noch bei weitem besser entwickeln wird.

Bielschowsky (Breslau).

223) **B. Szalay**: Bromwasserstoffsäures Scopolamin bei Geisteskranken.

(Gyógyászat 1894, Nr. 7.)

Verfasser hat das von Ernst versuchte bromwasserstoffsäure Scopolamin bei 39 geisteskranken Frauen und 35 Männern im Ganzen 300 mal in Verwendung gezogen. Es wurde in 4 pro mille wässriger Lösung in Form von subcutanen Injectionen applicirt.

Das Resumé aus seinen Versuchen ist folgendes:

1. Das bromwasserstoffsäure Scopolamin ist als Hypnoticum unbrauchbar.
2. Als Sedativum hat es sich in jedem Fall bewährt.
3. Schädliche Nebenwirkungen besitzt es nicht.
4. 1·6 – 2·0 mgr ist die Durchschnittsdosis, die, subcutan applicirt, genügenden Erfolg ohne schädliche Folgen bietet.
5. Es ist als Sedativum in solchen Fällen, wo Hyoscin oder Duboisin in Folge Angewöhnung oder aus anderem Grunde nicht gereicht werden kann, bestens anwendbar.

Bei je zwei Männern und Frauen trat Erbrechen ohne weitere Begleiterscheinungen auf.

In der grössten Mehrzahl der Fälle wurde eine Vermehrung der Pulsfrequenz beobachtet. In einigen Fällen trat von vornherein eine Pulsverlangsamung ein. Immer wurde aber der Puls voller, gespannter.

Ostermayer (Budapest).

224) Verhandlungen der 1. Versammlung des Nordischen chirurgischen Vereins.

(Nord. med. Arkiv 1893, Nr. 25.)

Lindh: Bidrag till hjärnabscessernas kasuistik.

1. A. H., 36 Jahre alt, hatte seit 20 Jahren Eiterfluss aus dem rechten Ohre gehabt. Im letzten Monat heftige Schmerzen im Kopfe und vermehrter Ausfluss, sowie Paresen des Oculomotorius und Facialis. Tp. 40°. Perforation der Membr. tympani; die Haut hinter dem Ohre etwas geschwollen, kein Schmerz beim Drucke. Trepanation des Proc. mastoid. zeigte diesen gesund. Bei Trepanation in der Temporalgegend wurde in der Tiefe von 2 cm ein Abscess gefunden, aus welchem drei Esslöffel voll übelriechenden Eiters entfernt wurden. Bedeutende Besserung nach der Operation, kein Fieber, Heilung per primam. In der Nacht nach der Operation wurde er aber erregt und delirierend; der Schlaf unruhig. Dieser Zustand dauerte einen Monat an, hörte dann plötzlich auf, und seitdem ist er vollkommen gesund.

2. Ellen J., 8 Jahre alt, wurde den 26./XII. 92 in das Krankenhaus aufgenommen. Sie war bisher gesund. Kein Trauma oder Ohrenfluss. Keine Tuberculosis. Ungefähr 12 Monate vorher bekam sie starke Fiebersymptome und einige Zuckungen in den Armen. 10 Tage nach Eintritt des Fiebers verlor sie das Sprachvermögen, und der rechte Arm, später das rechte Bein wurden gelähmt. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus fand man gerade in der Mitte der Scheitelregion einen Abscess von Faustgrösse.

Bei der Incision wurde eine grosse Menge Eiter entfernt. Der rechte untere Facialis war paretisch, die rechte Pupille etwas grösser als die linke. Arm und Bein paretisch. Der Patellarreflex rechts bedeutend erhöht. Am 7./I. 93 wurde bei Sondirung Entblössung des Craniums in der Tiefe der Abscesshöhle gefunden. Trepanation. Nach links von der Mittellinie zeigte sich eine Partie des Craniums in der Grösse eines Zweimarkstückes entblösst. In der Dura ein kleines Loch, wodurch die Sonde ohne Widerstand 8 cm tief in die Gehirnsubstanz eindringt. Die kleine Oeffnung wurde erweitert und eine grosse Menge Eiters entleert. Langsam

Besserung aller Symptome. Am 8./VII. 93 konnte die Kranke ziemlich gut gehen. Die Aphasie war vollkommen geschwunden. Die Entstehungsweise dieses grossen Abscesses ist völlig dunkel, merkwürdig auch die Perforation nach aussen durch das Cranium.

P. Söderbaum:

1. Ingels Andersdotter, 50 Jahre alt, aufgenommen 12./VIII. 92, gestorben 24./XI. 92. Ein paar Monate vorher bekam die Kranke Eiterfluss aus dem linken Ohre und Facialisparese. Später Schmerzen hinter dem Ohre, Aphasie. Den 12./VIII. Trepanation des proc. mastoid., wodurch nichts abnormes entdeckt wurde. Sie wurde immer kränker mit zunehmender Somnolenz. Den 10./IX. Trepanatio cranii nach oben vom Ohre ab. Durch mehrere Einstiche wurde in der Hirnsubstanz ein Abscess entdeckt, aus dem 4 Esslöffel voll Eiter entfernt wurden. Im Ganzen Besserung, später aber wieder Verschlechterung. Den 2./VII. wieder Trepanation ohne Resultat. Den 24./XI. Tod. Bei der Section fand man eine diffuse Encephalitis des linken Temporallobus, der Gyri centrales und des linken corp. callosum. Die Entstehung der Encephalitis schreibt der Verf. dem Umstande zu, dass die Aufmeisselung nach Wagner'scher Methode mit temporärer Resection der Knochenlamelle vorgenommen wurde, indem diese sich bei der späteren Resection theilweise necrotisch zeigte und erst dann vollständig entfernt wurde.

2. Carl Gustav D., 42 Jahre alt, aufgenommen 14./IV., gestorben 24./IV. 93. Vor zwei Wochen linksseitige Hemianopsie ohne irgend welche anderen Symptome. Ein paar Tage später Erbrechen, Kopfschmerz und verminderte Pulsfrequenz. Ein paar Stunden vor dem Tode fiel der Kranke in Sopor. Bei der Section zeigte sich im rechten Occipitallobus ein Abscess von Hühnereigrösse, welcher nach dem rechten hinteren Horn der Ventrikel hin durchgebrochen war.

Akermann: Redogörelse för ett fall af kraniotomi för mikrocefali jämte nagra aramärkningar om Lannelongues operation.

Bei einem zweijährigen Knaben mit angeborener Microcephalie (Kopfumfang bei der Operation 40 cm), Sehnervenatrophie, epileptiformen Anfällen u. s. w. nahm der Verf. Craniotomie vor, nach welcher die Anfälle weniger häufig auftraten und der Kopfumfang um 2 cm wuchs. Zehn Monate später wieder Craniotomie ohne wesentliche Besserung.

Der Verf. hält die Craniotomie für berechtigt bei nicht allzu heruntergekommenen Individuen.

Dr. Tscherning sprach sich in Uebereinstimmung mit Bourneville aus, welcher diese Operation als verhältnissmässig gefährlich und ohne pathologische Berechtigung ansieht. Tsch. hatte die Craniotomie bei einem 14 Monate alten Knaben mit Kopfumfang von $38\frac{1}{2}$ cm vorgenommen. Unter steigender Temperatur starb der Knabe 9 Stunden nach der Operation. Bei der Section zeigten die Centralgyri sich auf beiden Seiten atrophisch und sclerotisirt.

Prof. John Berg: Om trigeminus-nevralgiernas operativa behandling.

Der Verf. erwähnt die verschiedenen Operationsmethoden bei der Resection des N. trigeminus, für welche er einige Modificationen vorschlägt.

Koch (Kopenhagen).

225) **E. Kemmerich**: Fleischpepton ein Herztonicum.

(Sonderabdruck a. d. Berliner klin. Wochenschrift 1894, Nr. 10.)

Verf. stellte über die Wirkung des Kemmerich'schen Fleischpeptons, dessen den Puls kräftigende Wirkung, jedoch ohne klinisch exacte Prüfungen, schon bekannt war, mit dem neuen Sphygmographen von Frey (Leipzig) genaue Pulskurven her von Patienten des Kaiserin-Augusta-Hospitals zu Berlin, die an grosser Anämie, Phthise, Carcinoma ventriculi, Typhus abdominalis, Pleuritis und Oesophagusstricturen litten oder zum Theil Reconvalescenten waren.

Er fand bei der Vergleichung der Curven, die vor oder in Intervallen nach der Einnahme von 30 Gramm Fleischpepton des Morgens im Bette hergestellt waren, — um ja eine möglichst ruhige Beobachtung zu erzielen, — dass die systolische Erhebung bei sämtlichen beobachteten Fällen nach der Einnahme sich als steiler und ausgesprochener und verbreitert darstellte. — Die beigefügten Curven lassen dies ganz deutlich erkennen. — Die Wirkung trete oft schon nach 15 Minuten ein und dauere 6 Stunden. Auch fand er, dass der Puls kräftiger und etwas verlangsamt war, woraus er eine digitalisähnliche Wirkung des Peptons folgert.

Der Nährgehalt des Fleischpeptons, das in geschlossenen Röhren mittelst Wasserdampf unter Druck hergestellt wird, — das ca. 58–60% Albumosen, die aromatischen Stoffe des Fleisches, und 8–10% Kaliphosphat, Chlorkalium und Erdphosphate enthält, — sowie seine leichte Verdaulichkeit und die augenscheinlich constatirte, tonisirende Wirkung, die auch von einer leichten diuretischen gefolgt ist, machen dasselbe zu einem wichtigen Mittel bei kachectischen Zuständen und besonders bei ulcus ventriculi. Von grossem Interesse wäre es, dessen Wirkung bei nervösen Schwächezuständen zu prüfen.

Unkelhäuser.

B. Psychiatrie.

a) Allgemeine Psychopathologie.

226) **Ludwig Bremer** (St. Louis): Traum und Krankheit.

(New-Yorker medicinische Wochenschrift, August 1893.)

Das Zustandekommen der Träume sieht B. in der Erregung der Erinnerungsbilder tragenden Ganglienzellen bei Fortfall des die normale Denkhätigkeit regulirenden Inhibitionscentrums. Beim alcoholischen Delirium bestimmt das toxische Element die Färbung des dem Traum vergleichbaren Delirs und ebenso sei in der Regel das Alpdrücken dazu prädisponirter Personen auf Diätfehler, also auch auf toxische Einwirkung zurückzuführen. Die Aehnlichkeit des hysterischen und alcoholischen Delirs (!) führt er auf die Autointoxicationen, die bei Paroxysmen durch zahlreiche Untersuchungen nachgewiesen seien, zurück. Bei Neurasthenikern herrschen die sogen. Beschäftigungsträume vor. Das häufige Wiederkehren derselben Träume nennt der Verf. Traumobsession. Rein theoretische Erörterung ohne Casuistik und ohne Versuch eingehenderer Begründung.

G. Aschaffenburg (Heidelberg).

b) Specielle Psychopathologie.

227) **Elizabeth C. Mallison** (Penns.): Four cases of paranoia in four successive generations.

(The journal of nervous and mental disease, Nov. 1893.)

Die Verf. konnte aus den Papieren einer Familie den Nachweis führen, dass sich in 4 aufeinander folgenden Generationen vom Urgrossvater, Grossvater und Vater auf die Tochter eine geistige Krankheit vererbt hatte, welche bei allen Mitgliedern den Typus der Paranoia zeigte, wenn auch bei allen der Inhalt des Delirs verschieden war. Der Urgrossvater, ein Maler, zeigte einfache Verfolgungs- und leichte Grössenideen; bei dem Grossvater, der Musiker war, zeigten sich neben Verfolgungsideen besonders erotomanische Neigungen; der Vater fühlte sich als Sohn Gottes zum Propheten und Religionsstifter berufen, während die Tochter sich für die rechtmässige Königin von England hielt. Alle genannten Abkömmlinge des Urgrossvaters waren einzige Kinder.

Strausscheid.

228) **D. E. Jacobson**: Traumatische Psykoser.

(Nordiskt med. Arkiv 1892, Nr. 13.)

Die traumatische Psychose zeigt sich gewöhnlich unter dem Bilde einer acuten Verwirrung oder einer chronischen Demenz. Am häufigsten trifft man die acute Verwirrtheit, welche sich nach Verlauf einer gewissen Zeit nach dem Unglücksfall plötzlich entwickelt, in der Regel nur ein paar Tage, höchstens ein paar Wochen dauert und dann ebenso plötzlich verschwindet, indem sie nur eine theilweise Amnesie hinterlässt. Gewöhnlich besteht eine gewisse Neigung für Recidive. Mitunter findet man Formen, welche grosse Aehnlichkeit mit epileptischen Verwirrtheitsformen darbieten, ebenso mit Fällen von transitorischer alcoholischer Verwirrtheit. Gegenüber Mittheilungen von Dementia paralytica, welche auf rein traumatischer Basis entstanden sein sollen, verhält sich der Verf. sehr skeptisch. Man ist ja hier in Skandinavien von dem syphilitischen Ursprung dieser Krankheit durchaus überzeugt. Jedoch theilt er eine Krankengeschichte mit, wo die Möglichkeit einer rein traumatischen Dementia paralytica nicht ausgeschlossen ist. Im Ganzen wird die Darstellung durch 17 Krankengeschichten aus dem Kopenhagener Communehospital illustriert.

Koch (Kopenhagen).

229) **Josef A. Hirschl**: Ueber Geistesstörung bei Morbus Basedowii.

(Jahrbücher f. Psychiatrie, XII, 1.)

Zu den bisher bekannt gewordenen 43 Fällen von Geistesstörung bei M. B., die H. einer kritischen Analyse unterwirft, fügt derselbe 6 eigene Beobachtungen (4 Männer, darunter 2 Fälle bei Kindern im Alter von 13–14 Jahren, 2 Weiber) hinzu. Vier dieser Psychosen gehören in das Gebiet der Manie. Die beiden anderen Fälle weisen Angstzustände, tiefe Depression, blasse Gesichtsfarbe und eine verhältnissmässig geringe Pulsfrequenz (nicht über 85) auf; in dem einen handelt es sich um eine Alcoholmelancholie, in dem anderen um neurasthenisches Irresein. Bei fünf dieser Kranken liess sich erbliche Disposition für Nervenkrankheiten nachweisen, einmal war die Basedow'sche Krankheit darunter direct vererbt (Mutter Struma, 3 Kinder M. B.)

Verfasser versucht sodann eine Erklärung für das Zustandekommen der Psychosen bei M. B. abzugeben. Er schliesst sich hierbei der Auffassung an, dass das Wesen dieser Krankheit auf einer Lähmung des Gefässcentrums in der med. oblongata beruhe und lässt die daraus resultirende Gefässlähmung auch im Gehirne eine Hyperämie herbeiführen, die je nach dem Grade der Fluxion bald einfache psychische Veränderungen, bald wirkliche Psychosen erzeugen wird. Nach dem Vorgange von Meynert nimmt H. nun für die Manie, und zwar für die degenerative Form, eine abnorme Hyperämie des Gehirns an, für die Melancholie einen Ausfall von corticalen Hemmungen für das Gefässcentrum in dem verlängerten Marke, der sich durch erhöhten Contractionszustand der Gefässe (auch der corticalen) und die dadurch bedingte gebundene Stimmung manifestiren.

Die Prognose der Psychosen bei M. B. ist als eine ungünstige zu stellen; von 49 Fällen wurden nur 9 geheilt. Hinsichtlich der Therapie räth Verfasser, bei Manien Ergotinpräparate zu versuchen.

Zum Schluss hebt derselbe noch hervor, dass eigenthümliche Veränderungen der psychischen Functionen sich fast stets bei M. B.-Kranken nachweisen lassen und dass diese in zweifelhaften Fällen einen diagnostischen Werth haben können.

Buscha.

230) C. Bernardini e P. Petrazzani (Reggio): Pazzia morale e simulazione.

(Riv. sper. di freniatria 1893, H. 4.)

Die sehr interessante Beobachtung der Verff. betrifft einen 30jährigen Arbeiter, der schon oft wegen Vagabondage, Diebstahl und stets erneuter Falschmünzerei vor dem Richter erschienen war. Derselbe war vom Militär wegen Epilepsie und kurzdauernder epileptischer Geistesstörungen entlassen worden. Bei der Beobachtung durch die Verff. wollte der Angeklagte grosse Abschnitte seines Lebens (insbesondere immer diejenigen, in welchen er die Verbrechen begangen hatte oder im Gefängniss war) gänzlich vergessen haben; dabei blieb er aber sich so wenig consequent, dass er zuweilen doch aus den angeblich vergessenen Lebensabschnitten zu erzählen wusste, so dass es leicht war, nachzuweisen, dass die Amnesie eine simulierte war, wie sie auch mit keinerlei klinischem Typus von Amnesie (auch nicht der epileptischen) irgend wie zu vereinbaren war. Ausserdem behauptete der Angeklagte wiederholentlich, er sei der Kaiser Karl V. und habe als solcher natürlich das Recht, Münzen zu prägen; er brachte dies in ganz ruhigem Tone vor und bot zu diesen Zeiten keinerlei Zeichen irgend einer psychischen Erregung oder irgend einer bestehenden paranoischen Geistesverfassung, so dass die Verff. aus dem gesammten Verhalten des Angeklagten nachweisen konnten, dass auch dieser Grössenwahn ein klinisch unwahrer, d. h. simulirter sei. Trotz der ausserordentlichen Erschwerung der Beobachtung durch die Simulation des G., deren Constatirung nur zu leicht dazu führt, den Exploranten für einen Schwindler, aber für geistig gesund zu erklären, konnten die Verff. auf Grund einer mehrmonatlichen Beobachtung nachweisen, dass G. ein ab ovo degenerirtes Individuum sei, dessen Geist zahlreiche Schwächen und Defecte erkennen liesse, in Folge derer er von Jugend an Verbrechen begangen habe. Auf sein „moralisches Irresein“

sind auch seine jetzigen Verbrechen zurückzuführen, wesshalb er nicht dafür verantwortlich ist. Strauscheid.

231) **Osgood Mason** (New-York): Duplex personality.

(The journal of nervous and mental disease. Sept. 1893.)

Alma Z. war bis zu ihrem 18. Lebensjahre ganz gesund; sie zeichnete sich durch eine ungewöhnliche Intelligenz, reiche Kenntnisse und vorzügliche körperliche Gewandtheit in allen gymnastischen Uebungen aus. Um die Zeit ihres 18. Lebensjahres aber stellte sich nach langer Ueberanstrengung in der Schule eine allgemeine Schwäche und öftere Anfälle von Ohnmacht ein. Doch erholte sie sich wieder und befand sich in den nächsten 6 Jahren anscheinend wohl. Dann aber machte sie eine schwere Pneumonie von typhösem Character durch und wurde darnach mit Opium, Calomel etc. so kräftig behandelt, dass sie ausserordentlich schwach wurde, zahlreiche Schmerzen hatte und öfters Ohnmachtsanfälle bekam. Nach dem Erwachen aus einer solchen Ohnmacht zeigte sie plötzlich das Bild einer neuen, fremden, durchaus verschiedenen Persönlichkeit. Sie machte den Eindruck einer kleinen Indianerin, sprach in kindischer Weise mit zahlreichen grammaticalischen Fehlern etc. Sie erfand für sich einen neuen Namen und nannte die frühere Persönlichkeit Nr. 1. Die neue Persönlichkeit trat zunächst nur wenige Stunden, später aber auch zuweilen mehrere Tage auf, um dann der Nr. 1 wieder Platz zu machen; die beiden Persönlichkeiten führten ein ganz gesondertes Leben; sie begannen immer wieder mit dem Augenblicke fortzufahren, wo die andere Person ihre Existenz für eine Zeit lang unterbrochen hatte; war z. B. Nr. 2 von Dienstag Nachmittag bis Donnerstag Abend thätig gewesen, so begann Nr. 1 mit ihrer Erinnerung nachher wieder am Dienstag Nachmittag.

Unter einer anderen ärztlichen Behandlung und dem Gebrauche des Hypnotismus gelang es nachher, das Erscheinen von Nr. 2 seltener zu machen und den gesammten Gesundheitszustand der Kranken beträchtlich zu heben. Zwei Jahre nachher heirathete sie und führte eine Zeit lang ein glückliches und zufriedenes Leben. Nach einiger Zeit aber trat die Person Nr. 2 wieder öfter auf, bis diese eines Nachts ankündigte, sie würde nächstens ganz verschwinden, dafür aber eine neue Person auftreten. In der That erschien auch bald diese Person Nr. 3 („der Knabe“, wie sie sich selbst nannte) und vertrat von nun an die Stelle von Nr. 2, die definitiv verschwunden blieb. „Der Knabe“ war viel gereifter in geistiger Beziehung, viel ernster und umsichtiger wie Nr. 2, stand aber an Kenntnissen hinter der normalen Persönlichkeit (Nr. 1) sehr weit zurück. Nr. 3 kannte die beiden anderen Personen wohl und sprach von ihnen mit Liebe und Bewunderung; Nr. 3 war öfters stocktaub, so dass sie einen Schuss in nächster Nähe nicht gehört haben würde; aber dabei verstand sie die Lippensprache so ausgezeichnet, dass sie im Grossen und Ganzen einer Conversation wohl zu folgen im Stande war. Oft behauptete die Person Nr. 3 Wochen lang das Feld; dabei kam es aber vor, dass bei besonderer Gelegenheit (z. B. beim Anhören einer Symphonie, die Nr. 1 sehr liebte), Nr. 1 für ganz kurze Zeit auftrat und dann wieder verschwand.

Verf. hat selbst die Kranke 10 Jahre hindurch beobachten können; dieselbe kannte die allbekannte Krankengeschichte von Félida von Dr. Azam ganz genau; vielleicht, dass dadurch ihr eigenes Auftreten mit veranlasst worden ist. Irgend welche Angaben über eine körperliche Untersuchung der Pat. fehlen völlig. _____ Strauscheid.

232) **Bourneville**: Recherches cliniques et therapeutiques etc.

Fall 12. Idiotie congenitale; double craniectomie; tuberculose pulmonaire (par Bourneville et Dauriac).

E. T., 13 Jahre alt, tritt in die Anstalt Ende December 91, stirbt October 92. Vater hatte mit 19 Jahren ulcus molle, Erscheinungen im Larynx sollen vom Rauchen kommen. Häufige Kopfschmerzen.

Ein Grossonkel Alcoholiker. Mutter gesund. Von 2 nachgeborenen Geschwistern eins gesund, das andere mit 4 Monaten an Krämpfen gestorben. Am Ende normaler Schwangerschaft wurde Pat. asphyctisch geboren. Kopf 3 Stunden im kleinen Becken. Die Mutter sah 2mal Convulsionen. Rechter Arm schwer beweglich. Halb-Contractur der Extremitäten. Athetotische Bewegungen. Vom Vater dem Dr. L. zur Craniectomie gebracht: Rechts 2 Excisionen, Heilung nach 20 Tagen. Im Folgejahr (91) Excision links. Besserungen nur mässig. Die Aufnahme ergibt die Narben, stumpfen Ausdrück, hohen Gaumen, grosse Ohren, Hände gegen den Vorderarm gebeugt. Bein schwach, Halbcontractur, Temperatur ungleich. Sprache fehlt, Aufmerksamkeit mässig. Oberkiefer: Canini fehlen. Die Erziehung in der Anstalt erzielt etwas Reinlichkeit, bessert den Intellect wenig. August 91 bis October 92 Tuberculose mit letalem Ausgang. Autopsie: Hirngewicht 855 Gramm. Nach Abziehen der Kopfhaut wird links ein Stück Drain sichtbar (!) von 34 mm Länge, der Kopfhaut angewachsen, gegen den Knochen frei. Links eine grosse sagittale, rechts zwei kleinere frontale Incisionen auf den Parietalia, welche fast durch Knochenwachsthum geschlossen sind. In dem so gebildeten Viereck adhärirt die Dara stark. Knochen anämisch. Windungen der linken Hemisphäre zum Theil rauh, Sulcus Sylvii breit. Windungen rechts zum Theil rauh, Lungen tuberculös. Erwägungen: 1. Der alcoholistische Grossonkel wird erwähnt. 2. Die Bedingungen des Geburtsactes werden als ätiologisches Moment angesehen. 3. Die Idiotie war complet und erklärt sich ferner durch Hirnatrophie (855 gr). 4. Keine Synostosen. Die Craniectomie ist angesichts der hier constatirten Knochenreproduction nur von ganz ephemerem Werthe! Sobald sich Idiotie zeigt, hat die Behandlung einzusetzen; bei höherem Alter wie im conc. Falle hat sie wenig Chancen. _____ Bernard.

233) **Toulouse**: Le délire des negations.

(Gazette des hôpitaux 1893.)

Toulouse: Délire des negations á apparition précoce chez une mélancholique.

(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique 1893.)

1. Verf. giebt erst einen historischen Ueberblick über die Anschauungen der französischen Psychiater bezüglich des délire des negations. Dasselbe als eine gesonderte Krankheit aufzufassen, verwirft er, schon weil die

Morphologie eines Wahnes nicht als Basis einer Classification genügt, ausserdem aber leugnet er die von Anderen angegebene systematische progressive Entwicklung desselben, die er höchstens bei dem Negationswahn der Melancholiker anerkennt. Da eine einheitliche Eintheilung der Psychosen noch fehle, sei es gestattet, psychopathologische Beobachtungen in Gruppen zusammenzufassen und von diesem Gesichtspunkte aus von einem délire des negations zu sprechen, welches sich bei vielen physischen Erkrankungen vorfindet. Es handelt sich um Kranke, die die Elemente ihres physischen und psychischen Seins und die der Aussenwelt in Abrede stellen, mitunter in systematischer Weise, und deren Denkweise schliesslich völlig von diesen Ideen beherrscht wird. Meist tritt dieser Negationswahn nur als Episode im Krankheitsverlauf auf, so bei der progressiven Paralyse und senilen und postapoplectischen Demenz. Bei Alkoholikern tritt er auf, nachdem die alkoholische Intoxication abgelaufen ist und ist dann nur ein Zeichen schwerer hereditärer Belastung. Bei Schwachsinnigen zeichnet er sich aus durch sein plötzliches unmotivirtes Entstehen. In systematischer Weise tritt er nur bei Melancholikern und Verfolgten auf, bei letzteren jedoch auch nur als Episode. Dass sich der Negationswahn bei Melancholikern besonders entwickelt, habe seinen Grund darin, dass hier der Boden am besten vorbereitet sei, und zwar sind es Ernährungsstörungen, Störungen der Empfindung, Alterationen der ganzen Persönlichkeit und schliesslich Störungen der psychischen Vorstellungen, durch welche eine unvollständige oder gänzliches Fehlen der Synthese der Empfindungen zu Stande kommt. So ist es z. B. einem solchen Patienten unmöglich, eine Wahrnehmung mit analogen, früher gemachten Wahrnehmungen zu identificiren, die nächste Folge ist, dass er das Vorhandensein des Gegenstandes, welchen er sieht, doch nicht als solchen erkennt, in Abrede stellt. Dieser Gedankengang ist der Versuch einer psychologischen Analyse des Negationswahnes.

2. Ausführliche Krankengeschichte einer Melancholischen, die einen systematischen Verneinungswahn zeigte, dadurch von den bisher bekannten Fällen abweichend, dass er schon sehr früh, bereits 8 Wochen nach Beginn der Melancholie, auftrat. Als Grund des frühen Auftretens hält Verf. die starke hereditäre Belastung nicht für genügend und vermuthet ihn in der Beschaffenheit der Sensibilitätsstörungen, dem physiologischen Substrat des Verneinungswahnes, ohne jedoch eine nähere Begründung dieser Annahme zu geben. Lehmann (Werneck).

IV. Zur Tagesgeschichte.

Die Examensfrage.

Im Folgenden bringe ich eine Zuschrift zum Abdruck, gegen deren Veröffentlichung ich eine Zeit lang Bedenken getragen habe, weil sie den Anschein einer Verquickung von sachlichen und politischen Fragen erwecken könnte. Ich lehne ausdrücklich meinerseits jede tendenziöse Auffassung der Examensfrage ab. Jedenfalls ist zu wünschen, dass diese endlich in der

Weise gelöst wird, wie es gerade von den Vertretern der practischen Aerzte längst verlangt worden ist. Sommer.

„In der brennendsten Tagesfrage nicht nur der deutschen und europäischen, sondern überhaupt der Psychiatrie, der Frage nämlich: ob die 50 Millionen deutscher Reichsbürger auch in Zukunft der Vortheile einer psychiatrischen Ausbildung ihrer Aerzte beraubt sein sollen oder nicht? —, von deren Entscheidung auch für die innere Entwicklung der Psychiatrie viel mehr abhängt, als dies Manchem auf den ersten Anblick scheinen mag: —, hierin mehren sich die erfreulichen Anzeichen dafür, dass, allen im Norden vielleicht noch bestehenden reactionären Gelüsten zum Trotz, im deutschen Süden die öffentliche Meinung immer mehr auf die Seite des Fortschritts und des Wunsches nach Beendigung der bisherigen unerträglichen Zustände tritt. Man kennt die bitteren Aeusserungen aus Bayern und wie peinlich dort die Verschlechterung von Reichswegen empfunden wird, vermöge deren die zwischen 1858 und 1872 in Bayern vollberechtigte Psychiatrie wieder unterdrückt worden ist.

Auch die badische Regierung hat in letzter Zeit eine Erklärung dahin abgegeben, dass sie die für die Einreihung der Psychiatrie in die obligatorischen Prüfungsgegenstände vorgetragenen Gründe in vollem Umfange für zutreffend erachte. —

Kein vernünftiger Mensch kann behaupten, die Psychiatrie als obligatorisches Examensfach für alle Aerzte sei unnöthig. Thatsächlich behauptet es auch Niemand. Die reactionären Versuche stützen sich immer auf Zufälligkeiten, Aeusserlichkeiten, locale, temporäre Umstände, unter welchen z. B. die für das ganze deutsche Vaterland so besonders wesentliche Thatsache voransteht, dass in Kiel noch keine psychiatrische Klinik sei. Und aus diesem durchschlagenden Grunde sollen die süddeutschen Universitäten, die mit vorzüglichen und sehr kostspieligen psychiatrischen Instituten ausgestattet sind (München, Erlangen, Würzburg, Heidelberg, Freiburg, Tübingen, Giessen), lahm gelegt sein? Dies wären merkwürdige Consequenzen aus der deutschen Einheit, bei deren Erwägung sich mancher Süddeutsche in die gute alte particularistische Zeit zurücksehnen mag.“

Zur Pastoral-Psychiatrie.

Kaiserswerth, 12. Februar 1894.

Sehr geehrter Herr College!

Bisher habe ich es absichtlich vermieden, in dem Streit „Psychiatrie und Seelsorge“ öffentlich das Wort zu ergreifen, hauptsächlich deshalb, weil ich den Frankfurter Thesen nicht ohne jeglichen Rückhalt beizustimmen vermochte, aber so lange die Erregung der Gemüther dauerte, jeden Anschein vermeiden wollte, als ob ich irgendwie auf dem Standpunkte unserer Gegner stände. Es ist nur der Punkt II, 2 der Thesen, in dem ich anderer Meinung bin, ich halte professionelle Anstalten im Princip für das Bessere, weniger des Geistlichen als des Pflegepersonals wegen, denn es führt, wie ich aus Erfahrung weiss, zu mancherlei Unzuträglichkeiten, wenn die Kranken durchweg der einen, das Pflegepersonal der anderen Confession angehören.*) In den meisten deutschen Landestheilen werden allerdings schon

*) Anm.: ? (Sommer).

sachliche Schwierigkeiten die Theilung verhindern, auch würden mit Recht nicht nur Evangelische und Katholiken, sondern auch Juden, Mitglieder verschiedener Secten etc. eigene Anstalten verlangen können, also sachlich wird sich die confessionelle Trennung nicht durchführen lassen.

Was das Pflegepersonal betrifft, so ist von Pastor v. Bodelschwingh und Genossen der Streit in eine gänzlich falsche Richtung gelenkt; nach dem Wortlaut der Frankfurter Thesen hat der Verein der deutschen Irrenärzte keinerlei Urtheil über die Qualification des geistlichen Pflegepersonals an sich gefällt, sondern nur erklärt, dass dasselbe wegen der einheitlichen ärztlichen Leitung nicht für den Wartedienst in Irrenanstalten zu empfehlen sei. Dass Angehörige religiöser Genossenschaften und Orden Vorzügliches in der allgemeinen Krankenpflege leisten, wird von so vielen Aerzten anerkannt, sowohl solchen, die in der Praxis stehen, als solchen, die Krankenhäuser, Kliniken etc. leiten, dass man darüber wohl nicht zu discutiren braucht. Was speciell die Irrenpflege betrifft, so habe ich $4\frac{1}{2}$ Jahre an einer Provinzialanstalt mit bezahltem weltlichen Personal und ca. 4 Jahre an der hiesigen Anstalt gestanden, an der Diakonissen die Pflege ausübten, und bin daher wohl in der Lage, ein vergleichendes Urtheil abzugeben. Ich muss mich ganz entschieden für letztere*) aussprechen, wie ich das auch schon vor 3 Jahren öffentlich gethan habe (Bericht über die Heilanstalt Johannisberg, Kaiserswerth, Verlag der Diakonissenanstalt 1891). Damit will ich nicht bestreiten, dass es nicht auch ein gutes weltliches Personal gäbe, in anderen Anstalten mögen andere Erfahrungen gemacht werden, geklagt wird allerdings fast überall. Aber wie gesagt, um die Eigenschaften, Leistungen etc. des geistlichen Pflegepersonals handelt es sich ja nach den Thesen gar nicht, sondern darum, ob seine Verwendung in den unter ärztlicher Leitung stehenden Anstalten practisch erscheint. Es ist zuzugeben, dass das „zwei Herren dienen“ grosse Missstände im Gefolge haben kann und dass dadurch auch gute Eigenschaften des Pflegepersonals aufgewogen werden; hieüber ohne eigene Erfahrung ein Urtheil abzugeben, halte ich mich nicht für competent, man muss sich da hauptsächlich auf die Ansicht derjenigen Collegen stützen, die nach eigener Erfahrung sich gegen die Verwendung ausgesprochen haben.

Was den übrigen Inhalt der Thesen betrifft, so stehe ich vollständig auf dem Boden derselben; diese Anschauung hat mich denn auch dazu getrieben, mir einen neuen Wirkungskreis zu suchen und meine hiesige Stelle aufzukündigen. Ich habe in fast 4jähriger Thätigkeit die Erfahrung gemacht, dass ein gedeibliches Wirken als „dirigirender Arzt“ an einer Anstalt, deren „Vorsteher“ (also Director) ein Pastor ist, nicht möglich ist. Eine solche Ansicht ist, wie die theologischen Blätter im vergangenen Jahre vielfach zu behaupten liebten, durchaus nicht gegen die Kirche gerichtet, die Sache würde ebenso oder ähnlich stehen, wenn ein Philosoph oder Jurist der Vorsteher einer Irrenanstalt wäre, wie sich z. B. auch ein Lehrer nicht darauf einlassen würde, dass der Director seiner Schule ein Mediciner wäre. Dass mir niemals Vorschriften im Verschreiben von Recepten u. dergl. gemacht sind, versteht sich von selbst, mit einem solch' kindischen Einwand, wie er thatsächlich im vorigen Jahre von den Gegnern

*) Anm.: nb. In diesem einen besonders beschaffenen Vergleichsfall.

gemacht ist, sollte man doch nicht kommen, aber es heisst hier eben in allen Dingen: *Εἰς κοίρανος ἔστιν*, nur einer kann Herr in der Irrenanstalt sein, entweder der Geistliche oder der Arzt, beide neben einander, das ist auf die Dauer nur möglich, wenn einer von ihnen eine Schlafmütze ist, wie mir ein hochgeschätzter alter College sagte, der die hiesigen Verhältnisse sehr genau kannte. Seit die hiesige Anstalt dauernd einen eigenen Arzt hat, hat die Erfahrung dies auch bestätigt, mein Vor-Vorgänger Dr. Roller hat nach ca. 4jähriger, mein Vorgänger Dr. Elspurger nach 6jähriger, ich nach etwas über 3jähriger Thätigkeit gekündigt, dieser schnelle Wechsel scheint also doch in der Unhaltbarkeit des Systems zu beruhen. Nach Pastor v. Bodelschwing's Erklärung (Tägl. Rundschau, Nr. 181, August 1893) stehen in Bielefeld die Aerzte „nicht etwa unter den Pastoren, denen sie im Vorstande coordinirt sind, sondern direct unter dem Vorstande der Anstalt“, in Kaiserswerth ist ersteres der Fall, ich weiss allerdings nicht, ob der sachliche Unterschied ein grosser ist.

Ich bin jedenfalls s. Z. mit dem Wunsche in meine Stellung eingetreten, die Schwierigkeiten, die dieselbe für den Arzt bietet, zu überwinden, aber es ist nicht möglich; kein Psychiater, der nicht die eigene Selbstständigkeit aufgeben will, wird auf die Dauer an einer Krankenanstalt zu wirken vermögen, an der er, der die Kranken behandeln, also den eigentlichen Zweck der Anstalt erfüllen soll, eine untergeordnete Stellung einnimmt, in der er sich fortwährend, gerade durch die Kleinigkeiten des täglichen Lebens, in der Freudigkeit seines Wirkens gestört sieht.

Nachdem ich dieser Tage die in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ zusammengestellte Literatur über diese Streitfrage gelesen habe, war es mir ein Bedürfniss, meinen Standpunkt in derselben kurz darzulegen. Ich möchte Sie freundlichst ersuchen, mein Schreiben in dem von Ihnen redigirten Centralblatt zum Abdruck zu bringen.

Mit vorzüglichster Hochachtung ergebenst

Dr. Bartels.

P. S. Auf die in dem Streit pro et contra angeführten Punkte einzugehen, vermeide ich, nur einen, der mich gewissermassen persönlich betrifft, möchte ich erwähnen. Pastor Hafner schreibt in seinem mit ebenso viel souveräner Anmassung wie sachlicher Unkenntniss abgefassten Artikel (Christl. Welt, Nr. 37, 1893, September): „Könnten die günstigen Heilerfolge, die der Arzt von Kaiserswerth im letzten Jahresbericht zu verzeichnen hat — 51⁰/₀ der Entlassenen geheilt —, nicht auch in Zusammenhang stehen mit der christlichen Hausordnung und dem christlichen Geiste, der dort alles durchweht?“ Der genannte Herr hat zweifellos nicht nur den 56. Jahresbericht der Kaiserswerther Diakonissenanstalt, in dem diese Mittheilung enthalten ist, sondern auch den vorhergehenden 55. gelesen es wäre dann ehrlich gewesen, aus meinem darin befindlichen Specialbericht Folgendes zu erwähnen: „Die Heilungsergebnisse waren weniger günstig wie im Vorjahr; nur 11 = 31,4⁰/₀ der Abgegangenen konnten geheilt entlassen werden. — Die Heilungsziffer ist von so vielen verschiedenen Umständen abhängig, dass sie, besonders in einer kleineren Anstalt, starken Schwankungen unterworfen sein muss; in der Zeit von 1884—1891 differirt sie zwischen 26,6⁰/₀ und 47⁰/₀.“ Nach der Hafner'schen Auffassung müsste also die christliche Hausordnung und der christliche Geist in einem Jahre

nur halb so ausgesprochen oder wirksam gewesen sein wie in anderen. Thatsächlich beruhen die günstigen Resultate darauf, dass die hiesige Anstalt nur Heil-Anstalt ist. Dr. B.

Nachtrag zu dem Aufsatz: Die Stellung der Irrenärzte

im Februar-Heft 1894 dieses C.-Bl.

Von Dr. Hoppe.

Wie Herr Med.-Rath Gerlach, Director der Provinzial-Irrenanstalt Marienthal zu Münster, die Güte hatte, mir eben mitzutheilen, ist an den Irrenanstalten der Provinz Westphalen das System der Dienstalterszulagen für die Irrenärzte bereits seit mehreren Jahren durchgeführt. Das Gehalt des Directors steigt scalenmässig von 4500 bis 7500 Mark, das der Oberärzte von 3000 bis 4500 Mark und das Gehalt der Assistenzärzte von 1200 bis 2500 Mark. Ausserdem ist, wie ich der soeben erschienenen Broschüre von Dr. Schäfer-Langenhorn: „Zur inneren Organisation der Irrenanstalten“ entnehme, in Westphalen auch meine Forderung erfüllt, dass die Irrenärzte auf Lebenszeit angestellt werden. Der Umstand, dass ungefähr zu gleicher Zeit mit meinem Aufsatz dieses Schriftchen erschienen ist, welches ebenso (wenigstens der Hauptsache nach) die unwürdige Stellung der Irrenärzte besonders in materieller Hinsicht behandelt und ähnliche Forderungen stellt wie ich, ist ein Zeichen dafür, dass der Zustand unhaltbar, die Frage brennend geworden ist. Die beifälligen Zuschriften von Herrn Director Gerlach und von anderer Seite haben mir die Gewissheit gegeben, dass im allgemeinen meine Forderungen als berechtigt anerkannt werden. Es handelt sich also nur noch darum, das was als berechtigt und nothwendig anerkannt ist, durchzusetzen. Dazu bedarf es der einmüthigen Mithilfe aller Irrenärzte. An diejenigen Herren Collegen, welche für meine Forderungen eintreten wollen, richte ich die Bitte, mir dies mitzutheilen.

Der VIII. internationale Congress für Hygiene und Demographie

findet in Budapest vom 2. bis 9. September 1894 statt. Im Anschluss daran findet eine hygienische Ausstellung statt; dieselbe wird sich von den bisherigen ähnlichen Ausstellungen dadurch unterscheiden, dass sie keine Industrie-Ausstellung sein wird, sondern nur solche Gegenstände umfassen wird, welche zur Erklärung und zum Studium der in das wissenschaftliche Programm aufgenommenen und auf dem Congress zum Vortrag gelangenden Fragen dienen. Zu den wichtigsten und interessantesten Berathungen wird die für den 4. Sitzungstag auberaumte grosse Diphtheritis-Debatte zählen. Diese Frage gelangt bekanntlich im Sinne der Beschlüsse des Londoner Congresses zur Verhandlung und es wurde dieselbe durch das Executiv-Comité auf der breitesten, und zwar auf internationaler Grundlage derart vorbereitet, dass in jedem Lande eine besondere Commission nach gründlichem Studium ihre Vorschläge verfasst, welche in der vereinigten Sitzung der Sectionen für Bacteriologie, Prophyl-

laxis und Kinder-Hygiene die Grundlage der Berathung bilden werden. Das Präsidium dieser Commissionen haben in den einzelnen Ländern die folgenden Forscher übernommen: In Deutschland Prof. Fr. Löffler (Greifswald), in Oesterreich Prof. Wiederhofer (Wien), in England Dr. Edward Scaton (London), in Bayern Prof. H. Ranke (München), in Belgien Dr. E. Fordeus (Brüssel), in Frankreich Dr. Roux (Paris), in Ungarn Dr. Kornel Chyzcer (Budapest), in Italien L. Pagliani (Rom), in Schweden Prof. E. Almquist (Stockholm), in den Vereinigten Staaten Prof. Billings (New-York), in Russland Prof. Nicolans Filatow (Moskau), in Serbien Dr. Paul Szeics, Ober-Physikus (Belgrad), in Spanien Prof. Francis Criado y Aguilar (Madrid), in Rumänien Dr. D. Sergiu (Bukarest), in der Schweiz Prof. Ed. Hagenbach-Burkhardt (Basel), in Dänemark Prof. S. T. Sörensen (Kopenhagen), in Norwegen Prof. Axel Johanessen (Christiania).

Der nach dem Congress zu veranstaltende Ausflug nach Constantinopel wird durch den Umstand an Interesse gewinnen, dass die Mitglieder des Congresses im Anschlusse an diesen Ausflug auch die Stadt Belgrad besuchen werden, von wo eine diesbezügliche Einladung ergangen ist.

Redactionelles: Dieses Heft sowie das Aprilheft wurden in Vertretung des zur Berichterstattung in Rom zum Congress anwesenden Dr. Sommer von Dr. Unkelhäuser-Würzburg redigirt.



CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie,

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie,

XVII. Jahrgang.

1894 Juni.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Paragraph 51 und „partielle Verrücktheit“.

Von Prof. Dr. Rieger-Würzburg.

„Partielle Verrücktheit“ unter § 51 R. Str. G. B. zu subsumiren oder nicht, dies ist häufig eine der zeitraubendsten Aufgaben. Auch nachstehendes Ober-Gutachten ist ein Beweis dafür. Ich drucke es, vorläufig ohne weitere Zusätze, ab. Sein Object ist die Wittwe H., 44 Jahr alt, die verschiedenen Frauen und Mädchen, welche desshalb bestraft worden sind, Kinder abgetrieben hat.

Bisher liegen folgende, in Betracht kommende, Gutachten über ihren Geisteszustand vor:

- I. Von Herrn Landgerichtsarzt U. unter dem 1. Juli 1892.
- II. Von Herrn Director K. unter dem 26. August 1892.
- III. Von Herrn Dr. H. unter dem 25. October 1892.
- IV. Von Herrn Landgerichtsarzt U. unter dem 3. November 1892 (zweites Gutachten).
- V. Von Herrn Director K. unter dem 25. November 1892 (zweites Gutachten).

(Ich werde diese Gutachten im Nachstehenden immer unter diesen römischen Zahlen aufführen.)

Da die Gutachten I resp. IV und II resp. V nicht übereinstimmten, indem erstere die Angeklagte für geisteskrank, letztere aber nur für eine „sehr leicht reizbare zeitweise krankhaft erregbare, nervöse Person mit schlechten Charaktereigenschaften“ erklärte, bei der aber das Bestehen einer Geisteskrankheit nicht nachzuweisen sei; — so wurde auf Grund dieser Divergenz der ärztlichen Auffassungen das Obergutachten angeordnet. —

Das hier vorliegende psychiatrische Problem enthält zwei Fragen von grosser Schwierigkeit, die sich in folgender Weise unterscheiden und kennzeichnen lassen:

I. Es handelt sich auf jeden Fall nicht um leicht nachweisbare, grobe intellectuelle Defecte, sondern es kann sich nur darum handeln: ob bei einer sonst ungeschwächten Intelligenz, vortrefflichem Gedächtniss u. s. f. derjenige krankhafte Geisteszustand vorliegt, den die Psychiatrie als Paranoia bezeichnet und der dadurch characterisirt ist, dass bestimmte Wahnideen, welche mehr oder weniger ausgedehnte Gedankenkreise betreffen, bei einem, im Uebrigen geistig intacten, Individuum vorhanden sind. Es ist dies der Zustand, der im gewöhnlichen Sprachgebrauch häufig als partielle Verrücktheit bezeichnet wird.

Wenn nun solche Wahnideen einen Inhalt haben, der sich unmittelbar und zweifellos als ein nothwendiger Weise absurder documentirt, so ist die Sache verhältnissmässig einfach. So wenn Jemand etwa behauptet von hoher Geburt, von göttlicher Abstammung u. dergl. zu sein, wobei sich Angesichts der offenkundigen Sinnlosigkeit und Unmöglichkeit der Behauptungen höchstens noch die Frage erheben kann, ob nicht bewusste Simulation vorliegt. Denn in einem solchen Falle kann es sich weder um die Möglichkeit handeln, dass die Behauptung objectiv wahr sein könnte, noch um die, dass sie das Product der bewussten Lüge eines Geistesgesunden sei. Wenn Jemand sich für einen Gottessohn erklärt, so kann dies weder möglich noch im gewöhnlichen Sinne erlogen sondern wenn nicht direct krankhaft höchstens in bewusster Absicht simulirt sein, um aus irgend welchen Gründen den Schein der Geisteskrankheit zu erwecken.

Im vorliegenden Falle handelt es sich aber keinesfalls um derartige Wahnideen. Vielmehr kann bei allem, was die Angeklagte behauptet, vor allem die Vorfrage gestellt werden, ob es nicht objectiv wahr ist, da der Inhalt ihrer Behauptungen kein an und für sich unmöglicher und von vornherein völlig absurder ist. Ferner ist eben deshalb von vornherein auch gerade so gut die Möglichkeit vorhanden, dass sie einfach mit Bewusstsein lügt, so dass also, ehe man überhaupt das Vorhandensein krankhafter Wahnideen annehmen kann, diese zwei gekennzeichneten Möglichkeiten zuvor auszuschliessen wären.

II. Auch wenn das Vorhandensein krankhafter Wahnideen bei der Angeklagten bestimmt nachgewiesen sein sollte, so liegt noch eine zweite Hauptschwierigkeit für ihre Begutachtung darin, dass die ihr zur Last gelegten strafbaren Handlungen keinesfalls, wie sonst in der Regel in Fällen aufgehobener Zurechnungsfähigkeit, als directer Ausfluss ihrer Wahnideen betrachtet werden können. Dadurch wird aber selbst für den Fall, dass dauernde Geistesstörung angenommen werden könnte, wenigstens die Anwendbarkeit von § 51 B. St. G. B. immer noch zweifelhaft, besonders in Hinsicht auf dessen nähere Bestimmung: „Zustand von Geisteskrankheit, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.“ —

Von den beiden hiemit characterisirten Fragen behandle ich zunächst die erste allein:

I. Der Geisteszustand der Wittwe H. war schon vor der jetzigen Untersuchung gelegentlich beanstandet worden. Doch war früher anlässlich ihrer fünf Vorstrafen (1884 wegen Körperverletzung, 1885 wegen falscher Beschuldigung, 1888 wegen Urkundenfälschung, 1890 wegen Beleidigung) schliesslich doch jedesmal ihre Zurechnungsfähigkeit angenommen, 1889 auch von Dr. U. auf Befragen ausdrücklich bejaht worden. Dabei hatte es sich aber immer nur um unbedeutende Haft- und Gefängnisstrafen gehandelt (das Maximum betrug 14 Tage Gefängnis), bei deren Verhängung dem Geisteszustande des Betroffenen in der Regel keine so genaue Beachtung geschenkt werden kann wie dann, wenn eine schwere Strafe in Frage steht. Während der diesmaligen Untersuchungshaft, die seit 1. Mai 1892 währt, traten aber bald Umstände zu Tage, welche die erste Begutachtung vom 1. Juli 1892 veranlassten (Nr. I). Dieses Gutachten war schon am 17. Mai 1892 vom Untersuchungsrichter requirirt worden, indem der Landgerichtsarzt ersucht wurde „um eine Beobachtung ihres Geisteszustands, ob eine Störung desselben vorliegt und damit gänzliche oder theilweise Unzurechnungsfähigkeit, und ob eventuell nach Schluss der weiteren Untersuchungshandlungen eine Unterbringung und Beobachtung der Angeschuldigten in einer öffentlichen Irrenanstalt indicirt erscheint.“

Anlass zu dieser Anzweiflung ihrer geistigen Gesundheit hatte Folgendes gegeben: In ihrem Verhör vom 13. Mai 1892 hatte sie ausgesagt: „Ich weiss nur, dass ich einmal so weit war, als ich zwei Jahre Wittfrau war, da bekam ich es abgetrieben von einem Manne, den ich nicht nenne. Ich weiss nicht, was er machte, er gab mir ein Fläschchen Wein, in dem etwas war, und betäubte mich damit, indem er es unter meine Nase hielt. Ich will jetzt den Mann nennen und es hier niedergeschrieben haben. Es war der Bürgermeister hier.“ Ferner war am 13. Mai 1892 ein Brief des Sohnes Karl H. eingelaufen, in dem es heisst: „Wittve H. leidet an Blutarmth, Rückenweh, Magenkrampf, Schmerz, Unregelmässigkeit der Nerven, und hatte bereits mehrmals den lebensgefährlichen Nervenschlag. Auch steht fest, dass ihre Gehirnnorgane nicht fehlerlos sind. Die Kranke bedarf schon, um den lebensgefährlichen Nervenschlag zu vermeiden, in Allem einer vorsichtigen sanften Behandlung und besonders der Wärme, wie die hierüber bestehenden polizeilichen Verordnungen beweisen. Arzneien, wie Opium u. s. f., welche blutregend, den Körper schwächend die Respiration störend, sowie schlafherzeugend wirken, dürfen der Kranken in keinem Falle gereicht werden, weil die Naturgesetze solche Arzneien bei dieser Krankheit als Schaden bringend hinstellt. Vielmehr bitten wir das Gericht, uns bei etwaigem Unfall Kenntniss zu geben, damit wir alsbald das Nöthige veranlassen können. Wir bitten um so mehr, da die ganzen Verhältnisse der Wittve H., die Aussprüche der nicht auf beweislosen Hypothesen und höheren Gründen balancirenden, in der Kategorie geprüften, daher gesetzlich als Sachverständige zuständigen Naturärzte verlangen, wie dieselben uns von einem Rechtsschutzverein jederzeit gestellt werden.“ —

Diese Probe eines Geistesproducts von Karl H., von dem noch viele andere gleichermassen beweisende Schriftstücke bei den Acten liegen, beweist

für diesen mit Sicherheit, dass er sich in einem Geisteszustand befindet, der als Paranoia mit Uebergang in Schwachsinn zu characterisiren ist. Dessen Geisteskrankheit wird auch in den Acten überall als notorisch bezeichnet. Ferner lagen Herrn Dr. U. für sein Gutachten (Nr. I) sechs mit Bleistift von Wittwe H. im Gefängniss geschriebene Bogen vor, welche Aufzeichnungen die hauptsächlichste Grundlage für die Beanstandung ihres Geisteszustands gebildet haben. Alles was sie seither, auch hier in Würzburg, vorgebracht hat, ist im Wesentlichen nur eine beständige Wiederholung des Inhalts dieser Niederschrift.

Gutachten Nr. I stellt alle für Geisteskrankheit sprechenden Punkte kurz und bündig zusammen und kommt zu dem Schluss, dass die Angeklagte an Wahnideen leidet. Dr. U. beantragt demgemäss ihre Verbringung in eine Irrenanstalt, „damit auch von competenten Seite festgestellt werde, dass sie an Geistesstörung leide und dass wegen ihrer Gemeingefährlichkeit ein dauernder Aufenthalt in einer Anstalt nothwendig erscheint.“ In einem P. S. weist der Begutachter noch speciell darauf hin, dass das Vorhandensein einer Geistesstörung durchaus nicht widerlegt werde durch das Erhaltensein des logischen Denkens und Schliessens.

Als eine auffallende Lücke in diesem Gutachten Nr. I habe ich zu bezeichnen, dass es mit keinem Wort des sehr wichtigen-Umstands Erwähnung thut, der im Gutachten Nr. III desselben Arztes constatirt ist: dass die Angeklagte nämlich schon c. im Jahr 1885 dem (inzwischen verstorbenen) Pfarrer B. und dem Berichterstatter Dr. U. selbst Mittheilung gemacht hat „über das sträfliche Verhältniss, in dem der Bürgermeister zu ihr gestanden habe. Weil sie sich ihm nicht mehr hingegeben habe, verfolge er sie. Ob sie damals auch schon von Kindsabtreibung gesprochen hat, ist dem Unterzeichneten nicht mehr erinnerlich.“ — Ich lege grossen Werth auf die Constatirung dieser Thatsache, dass schon c. Mitte der achtziger Jahre solche Aeusserungen der Angeklagten über Bürgermeister H. gefallen sind, wesshalb ich diese Ergänzung des ersten Berichts durch den zweiten für sehr wichtig halte. Es dürfte anzunehmen sein, dass im Gutachten Nr. I die ausdrückliche Hervorhebung dieser Thatsache nur durch ein Versehen unterblieben ist in dem überhaupt nur sehr kurzen und summarischen, *brevi manu* an den Untersuchungsrichter erstatteten, Bericht, der mehr eine Anregung zu eingehender Untersuchung Seitens psychiatrischer Sachverständiger geben sollte und der dann in dem ausführlichen Gutachten Nr. IV vom 3. November 1892 seine Ergänzung gefunden hat. Auf jenen ersten Bericht hin wurde die Angeklagte am 14. Juli 1892 in die Kreis-Irrenanstalt verbracht und dort bis 26. August 1892 beobachtet, worauf sie wieder in das Untersuchungsgefängniss zurückgebracht wurde, da Director K. sie nicht für geisteskrank erklärt hatte in seinem Gutachten (Nr. II) vom 26. August 1892. Dieses Gutachten kam nämlich zu dem Resultat, dass das, was Gutachten Nr. I für krankhafte Wahnideen erklärt hatte, nicht als solche sondern vielmehr als Product bewusster Verlogenheit aufzufassen sei, welche letztere nicht unter pathologischen sondern unter moralischen Gesichtspunkten betrachtet werden müsse.

Angesichts dieser Divergenz der beiden Gutachten fasste die Strafkammer am 8. September 1892 den Beschluss, weiteres Beweismaterial

über den Geisteszustand der Angeklagten erheben zu lassen und daraufhin die beiden Begutachter zu erneuten Gutachten aufzufordern. Auf Grund dieses neuen Beweismaterials wurden dann die Gutachten Nr. IV und V abgegeben, zwischen welchen auch diesmal im Wesentlichen sich die gleichen Abweichungen ergaben wie zwischen Nr. I und II. Unter dessen war noch Gutachten Nr. III von dem pract. Arzt Dr. H. abgegeben worden, welches hauptsächlich einen, unten sub. II zu erledigenden, Punkt berührt, wesshalb erst dort darauf zurückzukommen sein wird.

Wenn nun wegen der unvereinbaren Widersprüche zwischen den Begutachtern K. und U. ein Obergutachten abzugeben ist, so muss dieses von vornherein sich auf den Standpunkt stellen, dass, soll überhaupt ein medicinisch-psychologisches Problem vorliegen, die Angaben der Angeklagten über alles den Bürgermeister Betreffende objectiv falsch sein müssen. Denn wären sie wahr, so wäre die Sache überhaupt für uns gegenstandslos, da, abgesehen von dem diesen Berührenden, nichts bei der Angeklagten vorliegt, was in wesentlichem Grade als Zeichen von Geisteskrankheit aufgefasst werden müsste. Bei der persönlichen Beobachtung in Würzburg hat sie auch nichts Wesentliches zu dem hinzugefügt, was schon in ihren Aufzeichnungen in den Acten enthalten ist. Sie hat zwar in Bezug auf die seither verflossene Zeit einige weitere Behauptungen vorgebracht wie z. B. folgende: Kurze Zeit vor ihrer Verbringung nach Würzburg seien unter den Fenstern ihres Gefängnisses zwei Herren eines Abends vorbeigegangen und der eine habe gesagt: „Die Frau H. kommt jetzt nach Würzburg. Dort ist ein Professor, der ein guter Freund vom Bürgermeister ist, und der soll diesem jetzt aus der Klemme helfen.“ Aber auch diese Geschichte bezieht sich wieder nur auf den gewöhnlichen Mittelpunkt ihrer Behauptungen.

Es war mir von Wichtigkeit hinsichtlich dieser so bestimmt ausgesprochenen Behauptung eine genaue Auskunft darüber zu bekommen, ob ihr Inhalt im Hinblick auf die localen Verhältnisse ein völlig absurder ist; und ich habe auf eine dahin gerichtete Anfrage von dem Herrn Staatsanwalt die Mittheilung erhalten, „dass die Zelle nicht gegen eine öffentliche Strasse sondern rückwärts gegen den völlig abgeschlossenen Gefängnisshof zu liegt, so dass es absolut unmöglich ist, dass Wittve H. das von ihr mitgetheilte Zwiegespräch gehört hat.“

Somit besteht auch in Bezug auf diese Geschichte lediglich die gleiche Alternative, die überall wiederkehrt: Lügt die Angeklagte oder handelt es sich um eine krankhafte Wahnidee bezw. Sinnestäuschung?

In jeder anderen Hinsicht könnte sie zwar als nervöse, auffallend reizbare und dergl. Person bezeichnet werden. Aber Symptome einer schwereren Hirnstörung, eigentliche Intelligenzdefecte sowie andere Wahnideen fehlen völlig. Sollte sie also geisteskrank sein, so könnte ihre Geisteskrankheit nur in dieser partiellen Verträglichkeit bestehen, vermöge deren sie sich ein geschlossenes Wahnsystem in Beziehung auf den Bürgermeister ausgebildet hätte. Im anderen Falle wären alle ihre, auf diesen bezüglichen, Behauptungen Lügen, die sich dadurch von Wahnideen unterschieden, dass sie mit dem Bewusstsein ihrer objectiven Falschheit vorgebracht

und festgehalten würden, welches subjective Moment bei den Wahnideen eben fehlt. Es könnte dann dahingestellt bleiben, ob sie diese bewussten Lügen vorbringt, bloss um Skandal zu machen und durch scheussliche Verleumdungen Unheil zu stiften, oder in der Hoffnung dadurch, dass sie andere verleumdet, sich selbst herauszuhelfen und der schweren ihr drohenden Strafe zu entgehen. In beiden Fällen wäre sie thatsächlich nicht geisteskrank.

Aber um diese Alternative weiter discutiren zu können, muss der thatsächliche Boden fest gegeben sein, dass die Behauptungen objectiv falsch sind. Ich habe desshalb unter dem 7. März 1893, nachdem ich mich eingehend mit der Angeklagten beschäftigt hatte, an das Kgl. Landgericht folgendes Ersuchen gestellt:

„Vor die äusserst schwierige Aufgabe gestellt, über den höchst problematischen Zustand der Rubricatin im Kgl. Medicinalcomité ein Referat zu erstatten und diesem eine bestimmte gutachtliche Aeusserung vorzuschlagen, würde ich mich hiebei wenigstens einigermaßen auf einer festeren Grundlage befinden, wenn es möglich wäre, dass von Seiten des Gerichts mir die nachstehend aufgeführten Behauptungen der Angeklagten als jeder objectiven Grundlage vollkommen entbehrend erklärt würden, so dass ich wenigstens nur vor die einfache Alternative gestellt wäre zu entscheiden: ob die Behauptungen Product einer krankhaften Verrücktheit oder bewusster Lügenhaftigkeit sind. Dass sie zum grössten Theil objectiv falsch sein müssen, ist ja aus Gründen des gesunden Menschenverstandes mir auch jetzt schon völlig klar. Doch stünde ich der vorhin gekennzeichneten Alternative gegenüber auf einem viel festeren Boden, wenn Seitens des Gerichts mir zur unzweifelhaften Basis meines Gutachtens die Thatsache gegeben wäre, dass alles im Nachstehenden Aufgeführte vollständig aus der Luft gegriffen sei. Nachdem nun einmal ein psychiatrischer Fachmann, Director K., in zwei Gutachten die Angeklagte für eine Lügnerin, nicht für eine Geisteskrankte erklärt hat; ist es für mich immerhin schwierig, meine, wie ich jetzt schon sagen kann, durch eingehende Beobachtung gewonnene subjective Ueberzeugung, dass sie geisteskrank ist, auch den übrigen Mitgliedern des Medicinalcomités gegenüber so zu beweisen, dass auch diese mit völliger Ueberzeugung meiner Auffassung sich anschliessen können. Noch erheblich schwerer ist dies aber so lange schliesslich auch noch die Möglichkeit nicht völlig ausgeschlossen ist, dass wenigstens ein kleiner Kern von Wahrheit in den nachstehenden Behauptungen enthalten sein könnte. Der Sache Fernstehende könnten dann immerhin denken, dass doch möglicherweise irgend etwas in früheren Jahren zwischen dem Bürgermeister und der Angeklagten vorgekommen sein möchte, was von ihr dann nur lügenhaft entstellt worden wäre. Liegt die Sache aber thatsächlich so, wie es mir persönlich äusserst wahrscheinlich ist; dass nämlich auch nicht die mindeste persönliche Beziehung stattgefunden hat, die als ein Körnchen Wahrheit in den Behauptungen der Angeklagten enthalten wäre; so ist die Annahme eigentlicher Verrücktheit fast unabweisbar und die Annahme einer bloss moralisch zu beurtheilenden Verlogenheit wird eminent unwahrscheinlich. Ich muss um so grösseres Gewicht auf dieses mein Ersuchen legen, als auf alle Fälle bei der Angeklagten der Zustand vorläge,

dass sich ihre Verrücktheit ausschliesslich nur auf ihre Beziehungen zu dem Bürgermeister erstreckte und somit eine exquisit „partielle“ wäre. Andere, hiemit nicht zusammenhängende, geistige Abnormitäten lassen sich nicht bei ihr nachweisen. Um so wichtiger ist die möglichst vollkommene Kenntniss des Thatsächlichen in dieser Hinsicht, deren Gewinnung durch alle dem Gericht zu Gebot stehenden Beweismittel ich deshalb vor meiner Begutachtung lebhaft wünschen muss. Die Behauptungen, über welche ich um diese Feststellungen bitte, sind folgende:

1. Dass der Bürgermeister H. im Jahre 1874 mit der Angeklagten unzüchtige Handlungen vorgenommen habe mit Entblössungen, ejaculatio seminis u. s. w.
2. Dass derselbe im Jahr 1876 auf seinem Bureau Abends die Angeklagte gleichfalls verschiedene Male zu unsittlichen Handlungen missbraucht habe.
3. Dass er sie speciell um jene Zeit geschwängert habe.
4. Dass er diese Schwangerschaft nach etwa zwei Monaten durch Einstechen einer Nadel in die Gebärmutter beseitigt habe, worüber sie jedoch keine näheren Mittheilungen machen könne, weil sie durch ein Betäubungsmittel, das er ihr unter die Nase gehalten, vorübergehend bewusstlos gewesen sei.
5. Dass sich derselbe nach diesem Vorgang immer noch mit ihr in unsittliche Beziehungen habe einlassen wollen, dass sie sich aber dazu nicht mehr hergegeben habe. Beweis dafür sei, dass er sie aufgefordert habe, als sie im Jahr 1876 nach W. gegangen sei, um das Damenfrisiren zu erlernen. sie solle ihm nach Beendigung ihres Curses telegraphiren, worauf er sie abholen und ihr dabei die Stadt W. zeigen werde. Sie habe das aber nicht gethan.
6. Dass derselbe die Nadel, mittelst welcher er die Abtreibung bei ihr vollzogen habe, bis zum Jahr 1889 in ihrem Besitz gelassen habe. Auf dem Griff dieser Nadel seien die Buchstaben G. H. gestanden.
7. Dass derselbe diese Nadel ihr abverlangt, dass sie aber die Herausgabe verweigert habe.
8. Dass ihr diese Nadel dann am 20. Juli 1889 auf die Weise entwendet worden sei, dass durch Schutz männer eine ihr gehörige verschlossene Chatouille in ihrer Wohnung geholt worden sei, in welcher sich die Nadel befunden habe. Nach der Zurückgabe der Chatouille sei diese erbrochen gewesen und daraus entwendet: die Nadel, ein Medaillon und 185 Mark, während nur noch zwei Puderschachteln darin gewesen seien.“ —

Auf dieses mein Ersuchen hin wurden noch weitere Erhebungen angestellt, deren Resultat mir unter dem 25. März 1893 in einem Actenfascikel übermittelt worden ist. Und zwar war auf meine Anregung hin zuerst die Angeklagte selbst hier im Würzburger Landgerichtsgefängnis

nochmals eingehend durch einen Gensdarmrie-Wachtmeister vernommen worden, dem gegenüber sie nochmals die gleichen Beschuldigungen wie immer bisher gegen H. wiederholte. Speciell wurde sie dabei noch veranlasst Zeugen für ihre Behauptungen anzugeben, was sie auch that. In Folge davon wurde Frau K. eidlich vernommen, welche aussagte, dass Frau H. ihr schon vor mehreren Jahren erzählt habe, bei ihrem Umzug sei ihr Geld aus der Chatouille entwendet worden; ferner dass sie erzählt habe, H. habe es mit ihr haben wollen, sie habe sich aber nicht hergegeben. Die Zeugin giebt ferner an, dass sie die Angeklagte in einem Zustand beobachtet habe, in dem sie ganz verwirrt gesprochen habe, so dass die Zeugin desswegen zum Arzt geschickt habe, der aber nicht kam. Die Zeugin Elisabeth K. sagt gleichfalls unter Eid aus, dass sie und ihr Mann schon vor 8 Jahren häufig die Angeklagte für nahezu geisteskrank haben halten müssen. In gleichem Sinne spricht sich aus die beeidigte Zeugin H. geb. H., Geschwisterkind der Angeklagten. Schliesslich sagen die Schutz-männer M., B. und T. übereinstimmend unter Eid aus, dass ihnen von dem behaupteten Diebstahl nichts bekannt sei, bezw. dass ein solcher, wegen dessen die Angeklagte schon im Jahr 1889 Klage erhoben hatte, die abgewiesen wurde, gar nicht vorgekommen sein könne. — In der Zugschrift vom 25. März 1893 theilt der Herr Untersuchungsrichter mit, dass er von einer nochmaligen Vernehmung des Bürgermeister als voraussichtlich gänzlich ergebnisslos abgesehen habe. Dieser war am 13. September 1892 unbeeidigt vernommen worden und hatte erklärt: „Von allen den Behauptungen der Angeklagten kann ich mit bestem Gewissen sagen und wenn nöthig beschwören, dass dieselben völlig grundlos und aus der Luft gegriffen sind. Dieselben sind mir auch ganz neu. Diese Anschuldigungen hat sie früher in ihren Eingaben oder Beschwerden oder mündlich nie vorgebracht.“ —

Ich persönlich zweifel: nun nach allen meinen unmittelbaren und den aus den Acten gewonnenen Eindrücken nicht daran, dass alle Behauptungen der Angeklagten objectiv falsch sind. Wollte man aber in dieser Hinsicht doch noch Zweifel hegen, so kann man sich auch auf den Standpunkt stellen, dass das Gericht den objectiven Thatbestand festzustellen und die psychiatrische Begutachtung sich mit der Discussion des hypothetischen Satzes zu begnügen hat: Wenn die Behauptungen der Angeklagten, den Bürgermeister betr., objectiv falsch sind, so sind sie nicht bewusste Lügen sondern Phantasie-Producte einer Verrückten. Denn sie tragen den Character derjenigen subjectiven Wahrheit an sich, welche entweder in der objectiven Wirklichkeit oder in der Verrücktheit begründet ist.

Lässt sich dieses hypothetische Urtheil begründen, so ist also in jedem Fall bewusste Lüge ausgeschlossen; und ob diese Anschliessung möglich ist, dies ist die medicinisch-psychologische Frage im vorliegenden Fall. Der wichtigste Beweis dafür, dass sie bewusst lügt, wäre dadurch gegeben, wenn sie sich bei den vielen Unterredungen mit ihr einmal, mit dem bezeichnenden Vulgär-Ausdruck gesprochen, verschnappte, d. h. sich ausnahmsweise widerspräche. Würde sie bewusst lügen, so müsste sie ja stets zwei Gedankengänge haben: den der Wirklichkeit ent-

sprechenden im Stillen und Innern, den erlogenen in den lauten Aeusserungen; es erforderte dann immer Anstrengung von den wahren Gedanken nichts auf die Zunge kommen zu lassen, gelegentliche lapsus in diesem Sinne wären nur mit Anstrengung zu vermeiden und desshalb bei häufigen Unterredungen fast unvermeidlich. Thatsächlich ist aber Derartiges bei der Angeklagten nie beobachtet worden: sie ist in ihren Behauptungen stets consequent und unerschütterlich. — Schon dies spricht sehr gegen bewusste Lüge. Ferner ist unter deren Voraussetzung unbegreiflich, dass sie an ihren Behauptungen festhält, auch nachdem ich ihr mit grosser Bestimmtheit auseinandergesetzt habe, dass sie auf Grund dieser Behauptungen werde für geisteskrank erklärt werden müssen, was ihr unzweifelhaft das Allernangenehmste ist, vor allem wegen der dabei unvermeidlichen Consequenz, dass sie auf unbestimmte Zeit in einer Irrenanstalt internirt wird. Aber auch schon desswegen ist ihr die Aussicht für geisteskrank erklärt zu werden sehr unangenehm, weil es dann voransichtlich zu keiner Gerichtsverhandlung käme sondern die Untersuchung eingestellt würde. Sie hat aber den lebhaftesten Wunsch vor Gericht und zwar vor das Schwurgericht, wie sie sagt: vor die Männer des Volks, gestellt zu werden, um dort ihre Enthüllungen über den Bürgermeister in voller Oeffentlichkeit machen zu können. Würde sie mit Bewusstsein lügen, so müsste sie fast nothwendigerweise, wenigstens für den Augenblick, mit ihren Behauptungen zurtrockhalten, da ihr deutlich genug gesagt worden ist, es liege kein Grund vor sie für geisteskrank zu erklären, sobald sie zugebe, dass ihre Behauptungen falsch sind. Sie thut dies aber nie. Ferner: Hält man sie für eine bewusste Lügnerin, so muss jedenfalls ein erhebliches geistiges Raffinement zur Erklärung ihrer consequenten Lügen vorausgesetzt werden. Unter dieser Voraussetzung wäre aber hinwiederum unerklärlich, was für ein Interesse sie überhaupt an der Aufwendung dieses ganzen Lügenapparates haben sollte. Dass ihre Lügen sich bald als solche herausstellen werden, müsste sie alsdann sehr genau wissen, und selbst wenn sie Glauben fände, so würde ihr dies ja gar nichts nützen. Ihre Strafe würde ja durchaus nicht verringert, wenn sie sich früher selbst ihre Leibesfrucht hätte abtreiben lassen.

Die Art und Weise, wie sich die Angeklagte benimmt, wenn man in sie dringt, Beweise für ihre monströsen Behauptungen beizubringen, ist völlig diejenige einer Geisteskranken. Sie geräth dann in ein confuses Gerede, dass der Bürgerreister doch an all ihrem Unglück Schuld sei, dass sie seinetwegen doch niemals Unterstützung bekommen habe etc.; wobei sie dann überhaupt keinem vernünftigen Zuspruch mehr zugänglich ist sondern in einer allgemeinen Schimpferei endigt.

Den Eindrücken gegentüber, die meiner Ansicht nach für Geisteskrankheit und unbewusste Fälschung bei ihr sprechen, scheinen mir die Gründe, welche Director K. gegen diese Auffassung geltend macht, nicht genügend in's Gewicht zu fallen. — Ich will sein Schlussgutachten (Nr. V) hier noch einer eingehenden Erörterung unterziehen.

Er erkennt zwar an, dass der Sohn Karl H. geisteskrank sei, erwähnt dies aber nur unter dem Gesichtspunkt der Familienanlage, unter welchem es nicht einmal eindeutig ist, da Karl H. seine Geisteskrankheit auch von

seines verstorbenen Vaters Seite geerbt haben könnte. Viel wichtiger erscheint mir aber der directe und unzweifelhafte verderbliche Einfluss, den das Zusammenleben mit diesem Sohn auf den Geisteszustand der Mutter seit Jahren ausgeübt haben muss. Sie hält ihren Sohn mit Hartnäckigkeit für ganz vernünftig und nur für lungenleidend. Unter diesen Umständen ist es aber eine ganz notwendige Folge, dass sie von dessen Verrücktheit bei dem beständigen Zusammenleben mit ihm angesteckt werden musste, wovon sich auch in den Acten durch Jahre hindurch auf Schritt und Tritt die Spuren verfolgen lassen. — Wenn ferner Gutachten Nr. V verschiedene Zeugen anführt, welche die Angeklagte nicht für geisteskrank halten, so kann ich diesem Umstand durchaus kein Gewicht beimessen. Denn dies ist einfach selbstverständlich. Wäre die Angeklagte so unzweifelhaft geisteskrank, dass sie auch allen Zeugen so erschienen wäre, dann brauchte kein Obergutachten über sie abgegeben zu werden. Ausserdem ist ja durchaus nicht ausgeschlossen, dass ihre Geisteskrankheit erst in neuerer Zeit sich gesteigert hat und in der That in den früheren Jahren, auf welche sich jene Zeugenaussagen beziehen, noch nicht so vorhanden war wie heute, worauf noch nachher sub Frage II zurückzukommen sein wird.

Gutachten Nr. V betont nach Recapitulation des ganzen zur Beurtheilung vorliegenden Materials, dass sich alles bei der Angeklagten in Betracht kommende nur bewege „auf dem Gebiet der Characterverschlechterung.“ Ihre, von dem Begutachter für objectiv falsch gehaltenen, Behauptungen werden, wie schon oben hervorgehoben, als die Lügen einer „sittlich verwilderten Person“ bezeichnet. Dann heisst es aber doch: „Die Möglichkeit muss angenommen werden, dass die H. in die Anschuldigungen gegen den Bürgermeister sich allmählich so hineingelogen und hineinphantasirt hat, dass sie schliesslich einen Theil ihrer Lügen selbst glaubte. Man kann dies einen Wahngedanken nennen, aber ein solch' einzelner Wahn begründet noch nicht die Annahme einer wirklichen Geisteskrankheit, wie ja die Fälle bekannt sind, dass Menschen von Zwangsgedanken beherrscht werden, ohne dass sie desshalb als geisteskrank bezeichnet werden können.“ —

Gegen diese Darlegung muss ich sehr lebhaft Einsprache erheben und zwar in zweierlei Hinsicht:

1. Wenn die Angeklagte Wahneideen hat, so hat sie nicht nur eine einzelne sondern ein ganzes zusammenhängendes Wahnsystem, das nur darin einen particularen Character zeigt, dass es sich durchweg um den Bürgermeister dreht.
2. Durch die Heranziehung des Begriffs: „Zwangsgedanke“ kann über den in Frage stehenden Zustand der Angeklagten nicht im Mindesten Aufklärung verbreitet werden. Denn von etwas Derartigem handelt es sich bei ihr ja nicht im Entferntesten, und es fehlt in dieser Hinsicht jede Analogie. Zwangsgedanken würden sich in Anwendung auf den Inhalt ihrer Gedankenkreise so äussern, dass sie etwa sich beklagte, es kommen ihr immer solche Gedanken, als ob sie mit dem Bürgermeister Unzucht getrieben habe oder treiben solle; sie wisse aber selbst, dass dies krankhafte Einbildungen seien und dergl.

Gerade hievon ist aber nicht im Mindesten bei der Angeklagten die Rede, bei der man vielmehr ganz einfach das Trilemma aufstellen kann: Entweder spricht sie die Wahrheit oder lügt sie oder äussert sie die Wahnideen einer Verrückten. Es kann sich ein Begutachter oder Richter für die beiden ersteren Möglichkeiten entscheiden. Wer aber Wahnideen überhaupt anerkennt, der muss sie auch als festgewurzelte und zusammenhängende anerkennen.

Ich fasse deshalb mein Gutachten ad I dahin zusammen:

Vorausgesetzt dass die Behauptungen der Angeklagten, den Bürgermeister betr., falsch sind, so sind sie nicht Producte bewusster Verlogenheit sondern krankhafter Verrücktheit.

II. In Bezug auf die oben gestellte zweite Frage: ob eine, bei der Angeklagten anzunehmende, Geisteskrankheit in Bezug auf die von ihr begangenen strafbaren Handlungen im Sinne des § 51 B. Str. G. B. in Betracht kommt, ist vor allem zu erwägen: ob sich Anhaltspunkte finden, dass die Angeklagte früher schon sich im gleichen Geisteszustande befunden hat wie jetzt oder nicht?

Die Anklage bezieht sich auf Delicts von Ende Juni 1890, 3. März 1892 und 24. April 1892. Auch das letzte liegt also beinahe ein Jahr, das erste beinahe drei Jahre zurück. In dieser Hinsicht besteht nun eine grosse Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Geisteszustand der Angeklagten sich in der, schon beinahe ein Jahr währenden, Untersuchungs-Einzelhaft noch entschiedener im Sinne der Paranoia verändert haben wird. Denn es giebt für deren Weiterbildung, bei vorhandener Disposition, wie die Gefängnispraxis alltäglich lehrt, keine geeigneteren Verhältnisse als die Einzelhaft. Auch sind ja die Hauptbeweisstücke für Paranoia erst in der Untersuchungshaft von ihr geliefert worden in den sechs Bogen ihrer Aufzeichnungen, die bei den Acten liegen. Andererseits ist es aber auch höchst unwahrscheinlich, dass die Gedanken, die in der Einzelhaft schliesslich zur zusammenhängenden schriftlichen Aeusserung gelangt sind, früher gar nicht bei ihr sollten vorhanden gewesen sein, und wir müssen nothwendigerweise annehmen, dass schon seit Jahren das Verfolgungswahnsystem bei ihr in Entwicklung war. Positiv bewiesen ist dies ja auch durch die obengenannten Zeugen, die schon aus den achtziger Jahren darüber berichtet haben, speciell durch Dr. U.

Die Hauptschwierigkeit ist aber folgende: Auch wenn wir annehmen wollten, dass die Angeklagte schon vom Jahr 1880 ab im Wesentlichen ebenso geisteskrank gewesen sei als heute, so erhebt sich die Frage:

War dann diese Geisteskrankheit eine solche, durch welche in Bezug auf die strafbare Handlung ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war?

Dass Jemand in directer Consequenz seiner Paranoia fremde Kinder abtreibt, liesse sich eigentlich nur denken, wenn er den Wahn hätte, aus irgend welchen Gründen habe die Menschheit auszusterben oder dergl. Irgend etwas Derartiges liegt aber weder bei der Mutter noch bei dem Sohne vor, welch' letzterer überhaupt sich um diese Praxis der Mutter nicht gekümmert zu haben scheint. —

Nach den Acten scheint nun übereinstimmend angenommen zu werden, dass die Angeklagte die Abtreibungen lediglich aus dem gewöhnlichen wohl-erklärlichen Motiv der Gewinnsucht begangen habe. Es ist mir aufgefallen, dass, soweit ich sehen kann, nirgends in den Acten die Verwunderung ausgesprochen ist darüber, dass die Angeklagte sich so minimal hat bezahlen lassen. Von der Frau D., die, aus der Thatsache zu schliessen, dass eine Caution von 19,000 Mark sofort von ihr gestellt werden konnte, sich in sehr guten Verhältnissen befunden haben muss, erhielt sie jedesmal nur 6 Mark. Der Thatbestand des § 219 R. Str. G. B.: „Die Mittel zur Abtreibung gegen Entgelt verschafft“ — ist freilich auch bei dieser minimalen Bezahlung gegeben. Eine raffinierte Verbrecherin hätte aber doch wahrlich in finanzieller Beziehung die Frau D. anders auszunützen gewusst. Bleibt man auf dem Gebiet der Normal-Psychologie, so ist dies räthselhaft. Völlig erklärlich wird es bei einer Verrückten, die überhaupt ihre eigene Welt hat und thut was ihr einfällt, ohne in normaler Weise ihren Nutzen und Schaden zu calculiren. —

Die Schwierigkeit, die in der mangelnden causalen Verknüpfung zwischen der vermuthlichen Geisteskrankheit und den Delicten liegt, ist auch im Gutachten Nr. V (Schluss) noch speciell dahin entschieden worden: „Will man auch annehmen, dass sie gegenüber dem Bürgermeister in einem Wahn befangen ist, so kann diesem Wahn doch kein beschränkender Einfluss auf die Willensfreiheit bezüglich der angeschuldigten Handlungen zuerkannt werden.“

Diese Frage hat auch besonders Dr. H. im Gutachten Nr. III in den Vordergrund gestellt. Er sagt: „Eine ungesetzliche Handlung, bei welcher geistige Erregung, Hass, Zorn, Rachsucht die Triebfedern bilden, müsste unbedingt als unter krankhaftem Affect verübt angesehen werden, denn in ihren Wuthausbrüchen ist sie von blinder Leidenschaftlichkeit und sicher von geminderter Zurechnungsfähigkeit.“ Dagegen könne ihr in Bezug auf ihre Abtreibungsdelichte die Einsicht und Erkenntniss der Unerlaubtheit und Strafbarkeit solcher Handlungen nicht abgesprochen werden. Denn diese schliessen jeden seelischen Reizzustand aus, bedürfen vielmehr ruhiger geistiger Ueberlegung etc.

Hiegegen ist zu bemerken: Die Einsicht und Erkenntniss der Unerlaubtheit und Strafbarkeit kommt nicht in Betracht. Von ihr ist in § 51 nicht die Rede sondern nur in § 56 bei Angeschuldigten zwischen zwölftem und achtzehntem Lebensjahr sowie in § 58 bei Taubstummen, was alles nicht hieher gehört. In dem, hier allein in Betracht kommenden, § 51 handelt es sich lediglich um „Ausschluss der freien Willensbestimmung“, hier also um die Specialfrage: Kann bei einem in gewisser Richtung Geisteskranken in anderen, mit seinem Wahn nicht im Zusammenhang stehenden, Beziehungen doch freie Willensbestimmung angenommen werden?

Ich halte diese Frage für unlösbar, weil etwa gerade so vieles pro als contra beigebracht werden kann. Ich halte sie aber auch für eine ganz müssige, besonders im vorliegenden Falle.

Ob die Angeklagte zwischen 1890 und 1892 mit oder ohne Ausschluss der freien Willensbestimmung Kinder abgetrieben hat, ist verhältnissmässig

gleichgiltig gegenüber von der, heute ganz klar vorliegenden, practischen Frage: ob sie jetzt ein Object fernerer criminalistischer Behandlung sein kann oder nicht? Und in dieser Hinsicht ist zu sagen: Wenn sie ad I als paranoisch anerkannt wird, so kann jetzt kein weiteres Strafverfahren mit ihr durchgeführt werden. Es findet dann zum Mindesten, ganz abgesehen von ihrem Geisteszustand in den letzten Jahren, jetzt § 203 der Str. P. O. auf sie Anwendung: „Vorläufige Einstellung des Verfahrens kann beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren der Umstand entgegensteht, dass der Thäter nach der That in Geisteskrankheit verfallen ist“. —

Entscheidet sich aber das Gericht in diesem Sinne aus dem Grunde, weil sie jetzt nicht verhandlungsfähig ist; so muss in Bezug auf ihre weitere Unterbringung jedenfalls § 80 des bayerischen Polizeistrafgesetzbuches Anwendung finden und sie in dessen Anwendung als gemeingefährliche Geisteskranke auf die Dauer in einer Irrenanstalt internirt werden.

II. Bibliographie.

XXI) Kraepelin: Psychiatrie.

(Leipzig Ambros. Abel, 1893, IV. Auflage, 702 Seiten.)

Die vollständige, auch äusserlich gekennzeichnete Umgestaltung von Kraepelin's „kurzem Lehrbuch“ ist mit den Lebensschicksalen des Verfassers eng verknüpft. „Es war mir vergönnt, unter günstigeren Bedingungen als je zuvor, meine ganze Aufmerksamkeit der Sammlung von klinischen Beobachtungen zuzuwenden.“ Kr. hat seine Thätigkeit dementsprechend wesentlich auf die Ausgestaltung der speciellen Pathologie gerichtet. Bei der Vergleichung der verschiedenen Auflagen seines Lehrbuches kommt die Richtung, in welcher sich sein Streben in der klinischen Psychiatrie bewegt, sehr deutlich zu Tage. Es handelt sich um sorgfältige klinische Analyse der Fälle, Herauslösung der wesentlichen Momente und vorsichtige Zusammenfassung zu klinischen Einheiten. Kr. zielt also im Grunde auf eine richtige Vereinigung von Analyse und Synthesis in der klinischen Psychiatrie. Dass bei dieser Methode kleinere und schärfer umgrenzte Gruppen herauskommen, als wir sonst in den bequemen Sammeltöpfen der practischen Psychiatrie aufzubewahren pflegen, ist erklärlich. Dabei vermeidet jedoch Kr. die Gefahren, welche in dem Streben nach Specialisirung von Krankheitsgruppen insofern liegen, als hierbei sehr leicht zufällige Formen, unter welchen ein psychisches Grundmoment zum Vorschein kommen kann, zu Einheiten verknüpft werden (z. B. wenn mau — um ein ganz grobes Beispiel zu geben — eine Gruppe von *paranoia technica* unterscheiden wollte, weil die betreffenden Paranoiker zufällig technische Systeme ausgestalten). Diese Verwechslung von zufälligen Formen eines geistigen Vorganges und dem wesentlichen Kern des letzteren ist im Allgemeinen in der Psychiatrie der Gegenwart noch häufiger, als man auf den ersten

Blick denken sollte. Gerade bei dem allgemeinen Bestreben zur Zusammenfassung gleicher Fälle, welches Kraepelin's Buch beherrscht, muss ausdrücklich betont werden, dass Kr. die Krankheitsformen nicht durch Zusammenfassung zufälliger äusserer Symptome, sondern durch Aufdeckung der Uebereinstimmung wesentlicher psychischer Grundmomente zu vermehren sucht.

Ueber die speciellen Punkte, in welchen Kr. vorwärts geht, kann man sich aus der Vergleichung der Inhaltsübersichten der verschiedenen Auflagen des Buches einen ersten Ausblick verschaffen. Da fällt zunächst auf, dass im scheinbaren Gegensatz zu Kr.'s Bestreben nach Differenzirung gerade eine Anzahl von Formen, welche in der III Auflage unterschieden werden, nun weggelassen sind. Es sind dies in der Gruppe der Delirien die früher sub C und D neben den Fieberdelirien und Intoxicationsdelirien unterschiedenen: *Delirium transitorium* und *Delirium acutum*. Referent glaubt in dieser Weglassung einen Fortschritt in der pathogenetischen Auffassung der Psychosen zu erblicken, da es sich bei diesen Formen wahrscheinlich um Symptome unerkannter Grundkrankheiten (Intoxicationen, Epilepsie, progressive Paralyse etc.) handelt.

Ferner fehlt in der zweiten Gruppe (die acuten Erschöpfungszustände) neben *Collapsdelirium*, hallucinatorischer Verwirrtheit und *Dementia acuta* die früher sub C angeführte asthenische Verwirrtheit. Es lässt sich deutlich erkennen, dass Kr. die letztere Form in die nunmehr unter dem Namen acute Verwirrtheit (Meynert) beschriebene Form hat aufgehen lassen. Die symptomatische Beschreibung (cfr. III. Auflage, pg. 260, Zeile 20, sequ. —, „es sind „falsche Zeitungen“, die man ihnen giebt; es ist „immer alles anders“; er ist an einen „ganz verkehrten Ort“ gerathen u. s. f.“, sequ. —) ist direct in den Text, betr. die acute Verwirrtheit (IV. Auflage, pg. 262, Zeile 19, sequ.) hineinverwebt. Die *Dementia acuta* sucht Kr. schärfer gegen die anderen Formen der Erschöpfungszustände abzugrenzen. Immerhin ist diese Differenzirung practisch sehr schwierig. Kr. sagt selbst: „Die Kranken können zunächst einige Tage lang das Bild des *Collapsdeliriums* oder einer *Amentia* darbieten“, fügt aber hinzu: „doch fällt bei genauerer Beobachtung deutlich die grosse Gedankenarmuth, die tiefe Verworrenheit, die Wiederkehr derselben Wendungen und die völlige Unfähigkeit zur Auffassung der einfachsten Fragen und Eindrücke auf.“ Ich halte es für möglich, dass bei fortschreitender Kenntniss über die Natur und das Auftreten dieser Zustände die *dementia acuta* als Unterabtheilung der Gruppe: „acute Verwirrtheit“ sich darstellen wird.

Kraepelin selbst bereitet diese Auffassung vor, indem er sagt (IV. Auf., 273): „Die Unterscheidung der acuten Demenz von der *Amentia* stützt sich wesentlich auf die schwerere Beeinträchtigung der intellectuellen Vorgänge. Da es sich nach unseren oberen Ausführungen in beiden Krankheitsprocessen schliesslich wohl nur um graduelle Unterschiede handelt, so muss es, was die Erfahrung bestätigt, Uebergangsformen geben.“

Die Kapitel III und IV (Manie und Melancholie) zeigen keine wesentlichen Veränderungen, dagegen finden sich im Kapitel V (der Wahnsinn) grundlegende Aenderungen. Die erste Gruppe (hallucinatorischer Wahnsinn) ist in der IV. Auflage genauer differenzirt [a. einfache Formen (cfr. III.

Aufgabe, pg. 311 bis 319), b. ängstlich-stuporöse Formen, c. labile Formen] Ob man eine „labile Form“ des hallucin. Wahnsinns herausheben soll, welche (IV. Aufl., pg. 334) neben den „allgemeinen Symptomen des hallucin. Wahnsinns einen sehr eigenthümlichen unregelmässigen Wechsel zwischen depressiver und manischer Verstimmung darbietet“ — oder ob man diesen Stimmungswechsel als Reaction auf wechselnde Hallucinationen und als Nebenerscheinungen auffassen soll, muss noch weiter discutirt werden. Die Heraushebung einer ängstlich-stuporösen Form des hallucin. Wahnsinns erscheint dagegen durchaus nothwendig, um in das Gebiet der Katatonie und Katalepsie Klarheit zu bringen. Es ist interessant zu sehen, dass Kraepelin in dem Kapitel „Wahnsinn“, während er den hallucinatorischen Wahnsinn um die genannte Untergruppe vermehrt hat, den katatonischen Wahnsinn (III. Auflage, Eintheilung V D) fallen gelassen hat. Dafür hat Kr. in der IV. Auflage sub. VIII ein ganz neues Kapitel, die psychischen Entartungsprocesse, eingefügt, in welchem neben der Dementia praecox und Dementia paranoides als dritte Gruppe die Katatonie aufgezählt wird.

Diese drei Veränderungen des Buches: Einfügung einer Untergruppe des hallucin. Wahnsinns, Weglassung des katatonischen Wahnsinns und Bildung der neuen Kategorie der psychischen Entartungsprocesse mit einer Gruppe Katatonie scheinen zusammen zu gehören: Es handelt sich um Auflösung der unter dem Namen Katatonie zusammengefassten Psychosen. Kraepelin hat, wenn ich die Sache recht verstehe, diejenigen Fälle, in denen die Muskelzustände im Verlauf einer Krankheit, nämlich des hallucinatorischen Wahnsinns auftreten, ganz aus der Gruppe der Katatonie herausgelöst und damit eine ganz verschiedene prognostische Beurtheilung der mit katatonischen und kataleptischen Symptomen verlaufenden Fälle angebahnt. Auch der expansive Wahnsinn ist in der IV. Auflage fortgefallen, oder vielmehr in dem Hauptbegriff des hallucinatorischen Wahnsinns aufgegangen. Man kann unschwer aus der Vergleichung der Auflagen erkennen, dass eines der Hauptinteressen Kraepelin's darauf herausläuft, einerseits die mit Wahnbildung, andererseits die mit abnormen Muskelzuständen auftretenden Psychosen einer genaueren Analyse zu unterwerfen. Dies tritt besonders noch in der Einfügung des Kapitels über die Dementia paranoides hervor.

Wir müssen es uns versagen, diese vergleichende Studie über die die verschiedenen Auflagen von Kraepelin's Lehrbuch weiter durchzuführen. Wer später Geschichte der Psychiatrie schreiben will, wird diese Methode wohl weiterführen müssen. Das was das Lehrbuch für jeden Leser, der nicht bloss Registratar von Wissens-elementen in einem Buche sucht, werthvoll und vertraut macht, ist besonders das Erfassen von Wissenschaft in statu nascendi. Dieses Buch lehrt nicht bloss, sondern es arbeitet.

S o m m e r.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Specielle Pathologie.

a) Sehapparat.

234) **Adolph Bronner:** Nervous ocular asthenopia in school children.

(The Lancet, 10. Juni 1893.)

Die Kinder, welche an nervöser Asthenopie leiden, sind nervös in Folge hereditärer Belastung oder langer Krankheit. Häufig klagen Schulkinder, dass sie in der Schule nicht gut sehen können, dass die Buchstaben beim Lesen durcheinanderfliessen, die Augen schmerzen, thränen, dass sie Licht nicht ertragen können. Die Sehweite ist mitunter verringert, mitunter normal, wechselt von Tag zu Tag. Schwache Concav- oder Convex-Gläser bessern oder verschlechtern oft bedeutend. Manche Kinder können wegen Lichtscheu die Lider nicht offen halten, doch vermag ein nur wenig gefärbtes Glas dem sofort abzuhelpfen. Häufig besteht leichter Strabismus oder Ptois. In vielen Fällen kann die Accomodation normal sein, aber das Kind kann bei einer bestimmten Entfernung des Buches nicht für längere Zeit lesen, weil die Buchstaben durcheinander fließen. Dann wird das Buch etwas näher oder weiter, oder schräg gehalten. Meist wird es sehr nahe vor das Gesicht gehalten. Manche Kinder halten den Kopf auf eine Seite oder kneifen die Augen zu; in einem Fall konnte ein Junge besser lesen, wenn er sich an seinem Ohre zog. Oft scheinen die Gegenstände grösser oder kleiner zu werden oder sich zu entfernen. Häufig findet man Gesichtsfeld-einschränkung, während das centrale Sehen gut ist. Mit kleinem Object gemessen ist das Gesichtsfeld kleiner, als mit grossen gemessen. Farben werden fast immer erkannt. Manchmal entsteht diese Asthenopie nach leichten Traumen.

Wichmann.

235) **Koenig:** Ein Fall von einseitigem Beweglichkeitsdefect des Bulbus nach oben. — Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 1. XII. 1892.

(Berl. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 31.)

Der Fall betrifft einen 14jährigen Idioten, welcher väterlicherseits aus einer phthisischen Familie stammt; die Grossmutter mütterlicherseits litt an epileptischen Krämpfen, 2 Geschwister sind in jugendlichem Alter an Hirnhautentzündung gestorben, ein Bruder leidet an (wahrscheinlich tuberculöser) Scoliose. Der Knabe selbst bekam in seiner 5. Lebenswoche epileptische Krämpfe, welche 14 Tage lang fast ohne Unterbrechung angehalten haben sollen. Von der Zeit an blieb er geistig zurück. Der Knabe zeigt nun das interessante Phänomen, dass das rechte Auge, welches in der Ruhelage eine Spur nach unten abgelenkt und nicht ganz so weit von dem Oberlide bedeckt ist wie das linke, beim Blick nach oben völlig

zurückbleibt (Ausfall des Rect. sup. und Obliqu. inf.), während es beim Blick nach unten tiefer heruntergeht als das linke; ausserdem besteht rechts eine ganz leichte Insufficienz der Interni.

R. glaubt nicht, dass der Defect der Rest einer abgelaufenen durch capilläre Blutungen (in Folge der epileptischen Anfälle) bedingten Oculomotoriuslähmung ist, sondern hält es für wahrscheinlicher, dass es sich um eine congenitale Erkrankung handelt, wofür auch das Fehlen der secundären Ablenkung spricht. — Danach würde hier eine sehr seltene Form einer congenitalen Oculomotoriuslähmung vorliegen.

Hoppe.

266) **Elschnig**: Ueber den Einfluss des Verschlusses der Arteria ophthalmica und der Carotis auf das Sehorgan.

(Arch. f. Ophth., 39, 4.)

Aus zwei selbst beobachteten und einigen von Anderen (Virchow, Fraenkel, Uthoff) mitgetheilten Fällen von Thrombose der Carotis interna und des Anfangsstückes der A. ophthalmica schliesst E., dass bei langsam und allmählich erfolgendem Verschluss (also bei Thrombose) der genannten Gefässe eine Störung in der Function und Circulation der Netzhaut jedenfalls nicht eintritt. Plötzlicher Verschluss der Ophthalmica durch Embolie ist bisher nicht sicher beobachtet. Auch dabei wird aber jedenfalls höchstens eine schnell vorübergehende Functionsstörung des Sehorgans eintreten, indem durch die zahlreichen, durch Injectionsversuche nachgewiesenen Anastomosen zwischen der A. ophthalmica und der Carotis externa schnell ein Collateralkreislauf hergestellt wird.

Die Thrombose der Carotis interna kann allerdings secundär, durch Embolie der peripheren Zweige der A. ophthalmica (A. centralis retinae und A. ciliares) zu Erblindung und zu schweren Ernährungsstörungen von Netzhaut und Aderhaut Veranlassung geben.

Heddaeus (Essen).

237) Prof. **Kochewnikoff**: Zwei Fälle von Ophthalmoplegia nuclearis.

(Medicinskoje Obosrenie 1894.)

Klinische Fälle legen nicht selten den medicinischen Grundwissenschaften und zwar der Anatomie und der Physiologie solche unerwartete und schwere Fragen vor, dass diese Wissenschaften sehr oft ausser Stande sind, diese Fragen zu befriedigen.

Deshalb muss die Klinik und hauptsächlich die Klinik für Nervenkrankheiten diese Fragen selbst beantworten. Zu solchen Fragen kann man die unlängst vorgelegte Frage über den Anfang der motorischen Augenerven rechnen. Da diese Frage keine genügende Erklärung bei den anderen Wissenschaften findet, ist sie ausnahmslos auf unsere eigenen klinischen Kenntnisse hingewiesen. Sehr interessant sind die zwei vom Autor mitgetheilten Fälle von Ophthalmoplegia nuclearis, wobei die Grundlagen des ersten ein acuter Process in Form einer reinen Nervensystemerkrankung, des andern ein gröberer anatomischer Process, am wahrscheinlichsten eine Hirnblutung waren.

Didrichson-Char'kow.

238) Dr. Kraus (Magdeburg): Einseitige Lähmung des M. obl. sup. nach Diphtherie.

(Cbl. für Augenheilkd. 1894, Nr. 43.)

Typische einseitige Trochlearislähmung. Ausgang in Heilung.
Heddaeus (Essen).

239) Max Perles: Ueber Heilung von Stauungspapillen.

(Cbl. für Augenheilkd. 1893, S. 289).

6 Fälle von hochgradiger Stauungspapille bei noch gutem Sehvermögen und Gesichtsfeld; vollständig geheilt durch J und Hg. Die Möglichkeit einer so vollständigen Heilung ist vor Allem an die Bedingung geknüpft, dass die A. centralis retinae noch keinen bleibenden Schaden gelitten hat.
Heddaeus (Essen).

240) Uthhoff: Untersuchungen über die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen.

(Arch. f. Ophthalm., 39 u. 40, 1.)

In der sehr umfangreichen Abhandlung (340 Seiten) verarbeitet U. 100 selbst beobachtete Fälle von eigentlicher Lues des Centralnervensystems. (Tabes, Paralyse, isolirte Ophthalmoplegia interna oder externa u. s. w. auf syphilitischer Basis sind nicht mit einbegriffen.) 17 von den 100 Fällen kamen zur Section. Sie werden im ersten anatomischen Theil der Arbeit ausführlich mitgetheilt unter Heranziehung von 150 Fällen aus der Literatur. Als häufigster anatomischer Befund fanden sich basale gummöse meningitische Processe, viel seltener isolirte grössere Gummigeschwülste, gummöse Convexitätsmeningitis, isolirte gummöse Degeneration einzelner Hirnnerven. Syphilitische Veränderungen an den Hirngefässen waren ebenfalls häufig vorhanden, schienen aber, wenigstens in U.'s eigenen Fällen, nie die Ursache der Functionsstörungen abzugeben. Letztere liessen sich vielmehr immer auf gleichzeitige directe syphilitische (entzündliche, gummöse u. s. w.) Veränderungen der Nervenbahnen und zwar ganz vorwiegend der Nervenstämmе an der Basis cranii zurückführen. Die Functionsstörungen im Bereich der einzelnen Hirnnerven (II., III., VI., IV., V.,) werden der Reihe nach besprochen und mit den anatomischen Befunden in tabellarischer Uebersicht zusammengestellt.

Im zweiten klinischen Theil geht U. die einzelnen Symptome durch und bespricht an der Hand seiner 100 und der Literaturfälle: 1. die ophthalmoscopischen Veränderungen (Stauungspapille, Neuritis optica, einfache Atrophie), 2. die klinische Erscheinungsweise der Sehstörung, 3. die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen im Bereiche der Augen, 4. die pathologischen Erscheinungen von Seiten der Pupillen. Bei der Menge des Gebotenen ist ein auch nur annähernd erschöpfendes Referat unmöglich und muss, besonders auch wegen der zahlreichen statistischen Angaben und der sehr lehrreichen Tabellen auf das Original verwiesen werden. Einige Einzelheiten mögen hervorgehoben werden.

In 85⁰/₁₀ aller Fälle von Hirnsyphilis sind Augenstörungen vorhanden, in über 50⁰/₁₀ von diesen ist der optische Leitungsapparat in Mitleidenschaft gezogen. Die Stauungspapille bei Hirnsyphilis kann sich zurückbilden,

kann recidiviren und doch wieder zurückgehen, kann heilen mit gutem Sehvermögen, aber atrophisch weisser Papille, kann zu wirklicher Atrophie mit Erblindung führen. Häufigste Ursache sind 1. gummöse Geschwülste, 2. basale gummöse Meningitis. Einseitige Stauungspapille ist sehr selten und weist auf gleichzeitige gummöse Erkrankung des betreffenden Opticusstammes resp. seiner Scheiden hin. Neuritis optica kommt schon häufiger einseitig vor. Sie ist fast immer complicirt mit anderweitigen syphilitischen Hirn- und Augenerscheinungen. Syphilitische Arteriitis in der Netzhaut wurde nie beobachtet. Es scheint danach nur in den seltensten Fällen möglich zu sein, aus dem Augenspiegelbefund allein auf Hirnlues zu schliessen.

Auch die Form der Sebstörung bietet an und für sich nichts Characteristisches für Hirnlues. [Besonders häufig ist basal bedingte Hemiopie, sowohl homonyme Tractushemiopie wie heteronyme (Chiasma-) Hemiopie]. Allein die Schwankungen im Verlauf, die Rückbildungsfähigkeit, selbst wo bereits totale beiderseitige Erblindung eingetreten ist, die öftere Einseitigkeit des Processes, das verhältnissmässig späte Auftreten von ophthalmoscopischen Veränderungen, die Complicationen — das sind doch Anhaltspunkte genug zur Unterscheidung von verwandten Krankheitsbildern, besonders von der progressiven Sehnervenatrophie. Bei multipler Sclerose ist Hemiopie selten, der Augenspiegelbefund oft lange negativ, Stauungspapille eine „grösste Ausnahme“. die Complicationen sind ganz andere.

Bei Hirnsyphilis sind der sensible und die motorischen Augennerven ausserordentlich häufig mitergriffen. In den 100 Fällen U.'s war erkrankt: der III. 34mal und zwar 15mal doppelseitig, 15mal einseitig ohne und 4mal einseitig mit gekreuzter Körperlähmung; der VI. 16mal, und zwar 11mal doppelseitig, 4mal einseitig ohne und 1mal einseitig mit gekreuzter Körperlähmung; der IV. 5mal, 4mal ein-, 1mal doppelseitig, der V. 14mal einseitig. Isolierte Lähmung der äusseren Augenmuskeln ist fast immer nucleär, ausnahmsweise aber auch basal bedingt. (40, 1, S. 61.) Corticale III-Lähmung, speciell Levatorlähmung, ist bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen. Die recidivirende III-Lähmung scheint bei Hirnsyphilis nicht vorzukommen. Nystagmusartige Zuckungen sind selten (Gegensatz: bei multipler Sclerose).

Reflectorische Pupillenstarre ist 10mal notirt, d. i. in 10⁰/₀ der Fälle. Wiederholt war sie nach ausgedehnteren III-Lähmungen zurückgeblieben. In 2 allerdings nicht ganz einwandfreien Fällen ergab die Section Veränderungen im Stamm des N. III.

Hemiopische Pupillenreaction konnte nur einmal und auch da nur andeutungsweise nachgewiesen werden (hat also keine differentialdiagnostische Bedeutung. Ref.) In der Literaturanzählung hat Verf. übersehen, dass der Fall von Oliver mit dem von Dercum identisch ist.

Nur in 4⁰/₀ der Fälle combinirte sich die Hirnsyphilis mit ausgesprochen tabischen Erscheinungen. Heddaeus (Essen).

b) Gehirn.

241) Charles E. Nammack (New-York): „Cerebral hemorrhage associated with narrowing of aorta“. Hirnhämorrhagie in Gesellschaft von Aortenenge.) (The Medic. Record, 2. December 93.)

Die Fälle von Aorten-Kleinheit und Stenose sind verhältnissmässig zahlreich; dagegen giebt es nur wenige unter ihnen, in denen es zu

Hirnhämorrhagien kam. Es ist daher die Frage, ob derartige Aorten überhaupt jemals zu Hirnblutungen Veranlassung geben; in vorliegendem Falle lag die Ursache jedenfalls nicht in der Enge der Aorta, sondern in einer syphilitischen Arteriitis. Voigt (Oeynhansen),

242) **J. A. Campbell**: Note on a case of tumour of the Brain the result of an Apoplexy.

(The Lancet, 13. Febr. 1892, pg. 357.)

33jähriger Mann, hatte als Kind Krämpfe, befindet sich seit Jahren (seit 17. Nov. 1870) in der Anstalt, wo er Aufnahme gefunden hatte, nachdem er in einem Zustande grosser Depression mit Selbstmordgedanken aggressiv gegen seinen Vater geworden war. Am 3. Juli 1891 Anfall von Lähmung mit geringem Kraftverlust rechts. 12. Juli Krampfanfall mit Steigerung der Lähmung. Vorübergehende Besserung. Drei Monate später Tod. Die Diagnose war auf wiederholte Apoplexie links gestellt. Die Section wies einen Orange-grossen Tumor in der rechten Hemisphäre etwas nach hinten oberhalb des Seitenventrikels nach. Auf Grund der microscopischen Untersuchung kommt Dr. Coats zu der Ansicht, es handle sich um einen grossen Blutklumpen, der in den Process der Organisation übergegangen sei. Wichmann.

243) **Richard P. Ryau**: A case of a revolver bullet in the occipital lobe of the brain for at least two years without symptoms.

(Brit. med. Journ., 4. März 93, pg. 458.)

Ein 74jähriger Verbrecher, der schon oft Selbstmordversuche gemacht hatte, schoss sich angeblich 2 Jahre vor seinem Tode eine Revolverkugel in die Stirn. Er war seitdem dement und gedächtnisschwach. Nachdem er an Gangrän des Beines gestorben war, fand sich bei der Section im Centrum des Stirnbeins eine Depressionsnarbe, Zersplitterung der inneren Knochen tafel, Knochensplitter durch die Dura durchgedrungen. Zahlreiche kleine Bleikörnchen in der Hirnsubstanz. Duraoberfläche verdickt und fleckweise mit dem Knochen verwachsen; alte Hämorrhagien in derselben. Oberfläche des Gehirns anscheinend normal, abgesehen von allgemeiner Atrophie der Windungen. Gehirns substanz nirgends verletzt. An der Oberfläche des Occipitallappens nahe den mittleren Windungen und dicht bei der Medianfissur fand sich eingekapselt eine Revolverkugel. R. nimmt an, dass das Geschoss nach Durchschlagung des Stirnbeins nach aufwärts gestiegen und längs der Oberfläche des Grosshirns unter dem Schädeldach bis zu dem Tentorium cerebelli verlaufen sei, wo es ohne Symptome zu machen zwei Jahre lang lag. Wichmann.

244) **G. Sfoicesco et V. Babes**: Un cas de paralysie alterne, consécutive à un foyer de ramollissement du pédoncule cérébral gauche.

(La Romanie médicale 1893, Nr. 2.)

57jähriger Alkoholiker, angeblich bisher gesund gewesen. 4 Tage vor Spitalaufnahme bemerkte derselbe in der Nacht beim Versuche, sich aufzurichten, eine erschwerte Beweglichkeit der rechten Ober- und Unterextremität. Sprache und Intelligenz intact. Bei der Aufnahme: Parese des

rechten Armes und Beines, Sensibilität erhalten. Gesichtsmuskulatur intact. Ptosis des linken oberen Angulides. Pupillen gleich weit, reagiren auf Licht und Accomodation. Strabismus divergens. Rechtes Auge gesund. Keine Sprachstörung, kein Erbrechen, keine Kopfschmerzen, kein Schwindel. Gedächtniss und Intelligenz erhalten. Die übrigen Organe gesund. Die Diagnose wurde auf eine Läsion des linken Hirnschenkels gestellt, die sich bei der Section des 19 Tage nach Beginn des Leidens unter pulmonären Erscheinungen verstorbenen Kranken bestätigte. Erweichungsherd des hinteren Drittels des linken Hirnschenkels, desgleichen ein solcher in der Mitte der linken Thalamus opticus. Der linke Oculomotorius an seiner Austrittsstelle vollständig zerstört. Die Arterie, die zu diesem Hirnschenkel führt, in hohem Grade atheromatös entartet und vollständig obliteriert.

Epicrise: Difformirende chronische Endarteritis, im besonderen der Arterien der Hirnbasis mit Obliteration der Arterie des linken Hirnschenkels. Erweichungsherde in den oben angegebenen Partien. Ausgesprochenes Oedem der centralen Ganglien links. Einfache Hypertrophie des Herzens; chronische difform. Endocarditis der Aorta.

Buschan.

245) Prof. L. Bianchi (Neapel): Ueber die Function des Stirnlappens.

(Berl. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 13.)

Gegentüber der Ansicht von Munck und Goltz, wonach die Intelligenz überall in der Hirnrinde ihren Sitz hat, sieht sich B. nach seinen Experimenten an Affen und Kunden genöthigt, der Hitzig'schen Anschauung beizustimmen, welche ein besonderes Organ der Intelligenz postulirt und dasselbe im Stirnhirn findet. Seine Experimente betreffen den sogen. präfrontalen Lappen, das ist, den ganzen Theil, welcher nach vorn von der Basis der Stirnwindungen bleibt und electricisch nicht im geringsten reizbar ist.

Mit der Exstirpation dieses Lappens treten (abgesehen von den in den ersten Tagen nach der Operation durch dieselbe bedingten Störungen) keinerlei Störungen der Bewegungen, des Tastgefühls oder des Geruches, dagegen vorzugsweise Störungen der psychischen Functionen auf und zwar:

1. Aufregung, Unruhe, fortwährendes zweckloses Hin- und Herlaufen (mit kurzen und seltenen Pausen).
2. Mangel an Neugierde und Gleichgiltigkeit für alles, was geschieht.
3. Mangel an Zuneigung für andere Thiere (gegenüber dem früheren lebhaften Interesse).
4. Herabminderung des Geschlechtstriebes.
5. Grosse Beweglichkeit und ausserordentliche Furcht vor Geräusch und dem Anblick anderer Thiere.
6. Mangel an Kritik und Ueberlegung.
7. Fressgierigkeit und Zusammenschleppen von Gegenständen ohne Unterscheidungsvermögen.

Hoppe.

246) **Gustav Brook** (Frankfurt a. O.): Ueber einen Fall von transcorticaler motorischer Aphasie.

(Berliner Dissertation 1892.)

Der Fall, welcher in der ersten medicinischen Klinik der Charité zur Beobachtung kam, betraf eine 77jährige bisher geistig intacte Frau, welche am 30. April 1892 plötzlich einen Schlaganfall mit rechtsseitiger Hemiplegie und Aphasie erlitt.

Die Aphasie war anfangs vollständig. Als Patientin am 5. Mai in die Klinik aufgenommen wurde, war Spontansprechen und Spontanschreiben aufgehoben, während Wortverständniss, Nachsprechen, Copiren, Lautlesen erhalten war (es bestand also transcorticale motorische Aphasie).

Am 7. Mai trat wieder eine Verschlimmerung ein und es bestand bis zum 17. Mai nahezu Totalaphasie.

Dann besserte sich der Zustand wieder. Es war wieder nur transcorticale motorische Aphasie vorhanden, die am 19. zu schwinden begann; von nun an war nur noch eine Verminderung der Intelligenz zu constatiren. In der Folge stellten sich noch 2mal vorübergehende Verschlechterungen ein: am 30. Mai zeigte sich, dass das Auffinden von Wörtern erschwert war und gelegentlich ein falsches angewendet wurde (Paraphasie), während beim Schreiben auf Dictat statt der dictirten Zahlen meist andere, Worte aber fast gar nicht ausgeführt wurden (Paragraphie). Am 2. Juni trat eine noch rascher sich ausgleichende Verschlechterung des Nachsprechens und des Wortverständnisses ein.

Von Einzelheiten ist noch interessant, dass, als Patientin am 19. Mai anfang, spontan zu sprechen, sie dies zunächst nur auf einem directen Antrieb (durch Fragen oder Vorhalten eines Gegenstandes) that. Von einem vorgehaltenen Gegenstande werden leichter die Eigenschaften und der von ihm gemachte Gebrauch, als die Bezeichnung angegeben; besonders erschwert war die Anwendung der Eigennamen. Dieselbe Erschwerung im Auffinden von Worten mit engerer Bedeutung (Substantiva) zeigte sich auch bei der Verschlimmerung am 30. Mai; hier trat aber noch eine Steigerung des Sprechbedürfnisses hervor, so dass sie die Wörter mehrmals wiederholte, mitunter in Verbindung mit indifferenten Redebestandtheilen, oder dass sie, wenn sie ein Wort nicht fand, in dem Bestreben, eine Antwort zu geben, statt des gewünschten ein Wort von ähnlicher Bedeutung nannte. Ähnlich verhielt es sich zu diesen verschiedenen Zeiten mit den Schreib- und Lesestörungen.

Was die Localisation in diesem Falle anbetrifft, so glaubt B., wie er des näheren ausführt, dass die aphasischen Störungen und ihr Verlauf sowohl auf eine Affection der acustischen (1. Schläfenwindung) als der motorischen Region (Broca'sche Windung) des Sprachfeldes zurückgeführt werden können.

Hoppe.

247) **Courmont**: Lésion corticale de la région temporo-occipitale ayant déterminé de l'aphasie. Vortrag in der Société des sciences méd. de Lyon.

(Lyon médic. 1893, Nr. 16, 22. avril.)

März 1891 apoplectischer Anfall, Bewusstseinsverlust während dreier Tage. Nach weiteren 5 Tagen bei der Spitalaufnahme constatirt: weder

motorische Paralyse, noch Sensibilitätsstörungen, aber ein leichter Grad von verbaler Taubheit und grössere Weite der Pupille auf der rechten Seite. Die Sprachstörungen blieben 5 Monate lang bestehen. — Am 20. December neuer Anfall, plötzlicher Sprachverlust. Nach einigen Stunden schon Aufnahme in's Krankenhaus, wo folgendes gefunden wurde: eine Art Stammeln (bredouillement); der Kranke schreibt seinen Namen und die Worte, die man ihm dictirt, aber er ist erst nach wenigen Minuten im Stande, das Geschriebene zu erkennen. Gleichzeitig ausgesprochene Dilatation der rechten Pupille und Unmöglichkeit, zu pfeifen und die Zungenspitze vorzustrecken. Sonst keine motorischen Störungen. — Februar 1894 Tod in Folge einer eitrigen Pleuritis. Bei der Section fand man in der linken regio temporo-occipitalis die Dura adhärent an einer Gehirnstelle. Im gleichen Niveau Erweichung, die an der Oberfläche die Ausdehnung eines 2 Francstückes hatte, das hintere Drittel der ersten und zweiten Temporalwindung betraf und in die Tiefe bis in das Horn des Seitenventrikels ging. Die Läsion hatte also nicht den Sitz in den Centren für Aphasie, Aperception oder Transmission, sondern in der ganzen sensitiven Zone, ohne dass Sensibilitätsstörungen bestanden haben.

Buschan.

248) Prof. L. Bianchi (Neapel): Klinisch und pathologisch-anatomischer Beitrag zur Lehre von der Wortblindheit (optische Aphasie).
(Berliner klin. Wochenschrift 1894, Nr. 14.)

Der Fall betrifft einen 71jährigen Buchdrucker, der früher starker Potator und stets sehr erregt war, in den letzten Monaten häufige epileptische und Schwindelanfälle mit Bewusstseinsverlust hatte und nach einem sehr intensiven Anfall auf der rechten Seite gelähmt und aphasisch wurde.

Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte er neben einer leichten Parese der linken Gesichtshälfte, mässiger Abschwächung des Tast- und erheblicher des Muskelsinns, träger Pupillenreaction, rechtsseitiger Hemianopsie und schlechtem Gehör besonders eine erhebliche Störung der Sprache. Während er alles nachsprechen konnte und alles verstand, vermochte er die Worte für die Antwort nicht zu finden und kam über den Beginn des Satzes meist nicht hinaus, so dass sein Sprechen ruck- und bruchstückweise vor sich ging. Besonders fehlten ihm die Gattungs- und Personennamen. Lesen war ihm vollständig unmöglich, höchstens dass er einmal eine Silbe richtig herausbrachte und mit derselben irgend ein Wort bildete. Er vermochte ebenso wenig spontan zu schreiben (er schrieb ganz falsch, verschrieb sich) als abzuschreiben, während er nach Dictat schreiben konnte (analog dem Nachsprechen vorgesagter Worte). — In der Klinik hatte er fortwährend Krampfanfälle und zahlreiche Gesichtshallucinationen, welche, wie seine Geberden zeigten, die rechte Hälfte des Gesichtsfeldes einnahmen.

Die Section ergab in der rechten Hemisphäre einen kleinen frischen Erweichungsherd im äusseren Segment des Linsenkernes und einen ebensolchen in der weissen Substanz der ersten Stirnwindung vor dem Fusse derselben; ausserdem einen alten Erweichungsherd im Corp. callosum (am Splenium), der nach oben in den Praecuneus sich erstreckte und das untere Drittheil desselben einnahm. In der linken Hemisphäre fand sich ein alter Erweichungsherd am Gyrus angularis, welcher besonders die graue Substanz

des ersten Sulcus temporalis im hinteren Theil derselben zerstört hatte, and indem er die erste und zweite Schläfenwindung völlig verschonte, sich in der weissen Substanz des Gyrus angularis bis zum Hinterhorn des Seitenventrikels erstreckte, die graue Substanz des Occipitallappens aber freiliess.

In diesem letzten Herde sieht B. die Ursache der Sprachstörung. Dieselbe ist bedingt durch Zerstörung des „Wort-Gesichtscentrums“. Und da dieses verbal-visive Centrum, welches die Erinnerungsbilder für die Seelensprache liefert, in Verbindung mit dem verbal-acustischen Centrum steht, so hindert das Fehlen von Erinnerungsbildern für die Sprache auch das Eintreten der motorischen Function für Sprache und Schrift. Es folgt daraus die functionelle Ueberlegenheit des visiven Centrums gegenüber dem dem Gehörscentrum zukommenden Theile des inneren Sprechens, welche im vorliegenden, einen alten Buchdrucker betreffenden Falle, wo sich zwischen den Gesichtsbildern der Buchstaben, Silben und Worte und den entsprechenden motorischen Vorstellungen enge Beziehungen bilden mussten, besonders hervortritt.

H o p p e.

249) **Pierre Marie:** Sur l'heredo-ataxie cérébelleuse.

(La semaine médicale, 2. Sept. 1893, S. 444.)

Unter dem Titel „hereditäre cerebellare Ataxie“ fasst M. eine Gruppe von Fällen zusammen, die nach seiner Ansicht von der Friedreich'schen Krankheit mehr oder minder differirend mit letzterer 2 Charactere gemeinschaftlich haben: identische Bewegungsstörungen und den hereditären Ursprung. Seine Ausführungen stützen sich im Wesentlichen auf die Beobachtungen von Fraser, Nonne, Sanger Brown, Klippel und Durante.

In ätiologischer Beziehung ist bemerkenswerth, dass der hereditäre Einfluss bei der cerebellaren Form durch Generationen zu verfolgen ist, während die typische Friedreich'sche Krankheit sich selten bei den Ascendenten findet. Es erklärt sich dies aus dem Umstande, dass letztere schon in der Kindheit oder zur Zeit der Pubertät gewöhnlich einsetzt, während bei der cerebellaren Ataxie die ersten Erscheinungen sich zumeist erst zwischen dem 20. und 33. Jahre geltend machen. Die Affection scheint eine Neigung zu haben, sich vorwiegend durch Frauen zu übertragen und in Familien mit besonders ausgesprochener neuropathischer Disposition aufzutreten. Das Leiden beginnt gewöhnlich mit langsam fortschreitender Unsicherheit der Beine beim Gehen und Stehen (seltener mit lancinirenden Schmerzen in den Beinen.) Nach einem oder mehreren Jahren greift die Unsicherheit auf die Arme über und ungefähr zu gleicher Zeit stellen sich Störungen der Sprache und des Gesichtes ein. Die Patellarreflexe sind erhalten, öfters sogar gesteigert, zuweilen kommt es zu einer gewissen geistigen Schwäche und zu Störungen von Seiten der Schlingmuskeln und der Blase. Der Verlauf der Krankheit ist im Wesentlichen progressiv, der Tod wird in der Regel durch intercurrente Leiden herbeigeführt.

Die Motilitätsstörungen entsprechen im Allgemeinen denen der Friedreich'schen Krankheit. Eigenthümlich der cerebellaren Ataxie ist nur ein mehr minder permanenter spastischer Zustand der Extremitäten, insbesondere der Beine. Die Patellarreflexe sind gesteigert (nur in einem Falle von Klippel und Durante als schwach bezeichnet), während bei der typischen

Friedreich'schen Krankheit diese Reflexe gewöhnlich erloschen sind. Objective Störungen der cutanen Sensibilität sind selten. Der Muskelsinn wird von der Mehrzahl der Autoren als intact oder kaum verändert bezeichnet; der Plantarreflex ist zumeist erhalten, selten gesteigert oder aufgehoben. Unter den Sinnesorganen zeigen nur die Augen diagnostisch wichtige Störungen. Ptosis fand sich in 2 Fällen von Sanger-Brown; bei der Mehrzahl der Kranken sind nystagmusartige Zuckungen bei beträchtlichen Augenexcursionen, häufig ferner Lähmung des rechten Abducens und erschwerte Convergenz angegeben. Die Pupillen sind gewöhnlich ganz gleich, der Lichtreflex ist verlangsamt oder erloschen, auch Abschwächung und selbst Mangel der accomodativen Reaction kommt vor. Das Gesichtsfeld erweist sich häufig concentrisch eingeengt, die Sehschärfe verringert; auch Amaurose und ein- und doppelseitige Blindheit wurde beobachtet. Veränderungen des Augenhintergrundes constatirten Fraser, Sanger-Brown und Nonne (weissliche Verfärbung der Papille, Verringerung des Calibers der papillaren Gefässe). Die Sprache ist wie bei der Friedreich'schen Krankheit verlangsamt, guttural, hässlich, ähnlich der bei multipler Sclerose, jedoch weniger scandirend.

Die psychischen Fähigkeiten erfahren keine Veränderung, Störungen seitens der Verdauung und des Urogenitalapparates mangeln, ebenso trophische Störungen.

Die der hereditären cerebellaren Ataxie eigenthümlichen Charactere lassen sich in Folgendem zusammenfassen: Vorgeschnitteneres Alter beim Auftreten der Erkrankung, Erhaltung oder selbst Steigerung der Patellarreflexe, Häufigkeit spastischer Erscheinungen, Sehstörungen, Mangel von Kyphoscoliose und Klumpfuß (die bei der Friedreich'schen Krankheit häufig sich finden).

M. hält es mit Rücksicht auf diese klinischen Charactere für geboten, die beiden in Frage stehenden Affectionen nosographisch zu trennen. In den beiden Fällen (Fraser- und Nonne), in welchen eine Autopsie möglich war, wurde Atrophie des Kleinhirns gefunden (in dem Falle Fraser's dabei auch Schwund der Purkinje'schen Zellen). Das Rückenmark dagegen erwies sich microscopisch intact; Nonne constatirte nur eine einfache Verringerung des Volumens. Bei typischer Friedreich'scher Krankheit mangeln dagegen degenerative Veränderungen der Rückenmarksstränge in der Regel nicht.

Es existiren jedoch mehrere Beobachtungen (Seligmüller, Rouffinet, Menzel), die in Anbetracht ihrer weniger sich abgrenzenden klinischen Gestaltung und der Complicirtheit der bei der Autopsie gefundenen Läsionen sich nicht in der von M. unterschiedenen Gruppe der cerebellaren Ataxien unterbringen, aber auch nicht der typischen Friedreich'schen Krankheit zuweisen lassen. Besondere Schwierigkeiten bereitet der Fall Menzel's, in welchem neben fast allen classischen Symptomen der typischen Friedreich'schen Krankheit Steigerung der Patellarreflexe und andere spastische Erscheinungen constatirt wurden und bei der Autopsie neben degenerativen Veränderungen des Rückenmarkes Atrophie des Kleinhirns mit Schwund der Purkinje'schen Zellen sich fanden. M. hält es diesen Thatsachen gegenüber für möglich, „dass beide Affectionen (die Friedreich'sche Krankheit und die hereditäre cerebellare Ataxie) nur verschiedene Modalitäten derselben Krank-

heitsspecies darstellen, dass derselbe initiale hereditär-degenerative Process in den Nervencentren analoge aber verschiedene Organsysteme befallt, bei der Friedreich'sohen Krankheit eine andere Anzahl von Systemen, als bei der cerebellaren Heredo-Ataxie.“

Diese Auffassung ermangelt nach ihrer anatomischen Seite jedenfalls nicht einer gewissen Berechtigung. Ob aber die derzeit vorliegenden klinischen Erfahrungen die von M. vorgeschlagene Scheidung einer cerebellaren Ataxie von einer „typischen“ Friedreich'schen Krankheit genügend rechtfertigen, scheint dem Referenten fraglich. Atrophie des Kleinhirns findet sich bei beiden Gruppen von Fällen, nur der Grad der Atrophie schwankt und Senator*) hat bekanntlich in jüngster Zeit sich dahin ausgesprochen, dass den wesentlichen Zügen der Friedreich'schen Krankheit eine congenitale Atrophie des Kleinhirns (wahrscheinlich mit Atrophie des Rückenmarkes einhergehend) zu Grunde liegt. Wenn diese Auffassung gewissermassen ein Extrem darstellt, so dürfte andererseits die stärkere oder geringere Atrophie des Kleinhirnes vorerst kaum eine ausreichende Basis für die Sonderung der in Frage stehenden hereditären Affectionen in zwei Species bilden.

L. Löwenfeld.

c) Rückenmark.

250) H. Goldscheider: Demonstration zweier Fälle von Halswirbel-erkrankungen. (Ges. d. Charité-Aerzte, 23. Febr. 1893.)

(Berlin. klin. Wochenschr. 1893, Nr. 39.)

Der erste Fall betrifft eine 23jährige Plätterin, bei der sich nach einem Falle auf dem Glatteise Anfang 1892 Schmerzen entwickelten, die vom Nacken herunterstrahlten und zunächst in den Gelenken localisirt wurden. Während die Schmerzen allmählig stärker wurden, begann eine Atrophie des rechten Armes, welche sich bei ihrer Aufnahme in die Klinik im Mai 1892 von der Hand (Schwund des Daumen- und Kleinfingerballens und der *Mm. interossei*) bis auf den Unterarm erstreckt und auch den Triceps ergriffen hatte. Dazu gesellte sich im weiteren Verlauf eine entsprechende Atrophie des linken Armes, und allmählig entstand auch eine Lähmung der Beine. Dieselben konnten bei der Vorstellung nur in geringer Höhe und äusserst mühsam bewegt werden. Auch die Kopfdrehung, besonders nach rechts, zeigte sich behindert. Rechte Pupille kleiner als die linke. Daneben bestand Druckempfindlichkeit der Vertebra prominens. Auf eine Affection der unteren Halswirbel wies neben der anderen Symptomen auch das Bestehen von Parästhesien an der inneren Fläche des Armes.

Dass es sich um eine Spondylitis tuberculosa handelte, konnte trotz des Fehlens eines Senkungsabscesses aus dem remittirenden Fieber und der Reaction auf Tuberculin erschlossen werden.

Die zweite Kranke war schon im Sommer 92 wegen Haemoptoe in der Charité behandelt worden. Nachdem im August 92 plötzlich eine Lähmung der rechten Hand aufgetreten war, kam sie im October wieder in das Krankenhaus. Sie zeigte, wie die vorige Kranke rechterseits Atrophie des Daumen- und Kleinfingerballens, der Extensoren (mit Lähmung derselben),

*) Senator: Ueber hereditäre Ataxie. Berl. klin. Wochenschrift 1893, Nr. 21.

Tricepslähmung, Verkleinerung der rechten Pupille und der Lidspalte. Weiterhin stellte sich Lähmung beider Beine und der Blase ein, während der linke Arm frei blieb. Wie im vorigen Fall bestehen Schmerzhaftigkeit der Vertebra prominens (und des 1. Dorsalwirbels), sowie zuweilen sehr heftige Schmerzen, welche vom Nacken ausstrahlten und in die Schulter gehen. Im Gegensatz zum vorigen Fall zeigen aber die gelähmten Muskeln Entartungsreaction. Der 2. Fall repräsentirt also den Typus der Lähmung mit nachfolgender Atrophie, der erste eine Entwicklung von Atrophie ohne (complete) Lähmung. Während diese häufigere Form auf eine Affection der Vorderhörner zu deuten scheint, scheint jene durch eine Affection der vorderen Wurzeln zu Stande zu kommen

Characteristisch für die Affection der unteren Halswirbel (in deren Gegend die Centren für die kleinen Hand- und Unterarmmuskeln liegen) ist, dass sich zunächst eine atrophische Lähmung des Daumen- und Kleinfingerballens und der Mm. interossei (Klauenhand) entwickelt, wozu sich später Atrophie der Unterarmmuskeln (das eine Mal mehr der Strecker, das andere Mal mehr der Beuger) gesellt. Dann kommt es durch Bethheiligung der vorderen Seitenstränge zu einer spastischen Parese der unteren Extremitäten. Sehr characteristisch ist das Auftreten von oculo-pupillären Symptomen (Centrum cilio-spinalē!), besonders wenn der erste Dorsalnerv betheiligt ist, in welchem Sympathicusfasern verlaufen, die vom Centrum cilio-spinale kommen und zu den Augen gehen.

In der Discussion machte Heyses darauf aufmerksam, dass die oculo-pupillären Symptome seitens des Sympathicus auch bei Cerebralaffectionen und zwar bei Hemiplegien auf der Seite der Hemiplegie auftreten, woraus zu schliessen sei, dass die Sympathicusfasern ausser dem Centrum im Halsmark noch ein zweites im Cerebrum haben. Gleichzeitig theilte H. 2 neue Fälle dieser von Nothagel und Seeligmüller beschriebenen Störung mit.

Hoppe.

251) C. Mansell Moullin: Fracture; dislocation of the second lumbar Vertebra; Laminectomy; Recovery.

(The Lancet, 13. Febr. 92, pg. 359.)

Ein 38jähriger Arbeiter war in eine Kalkgrube 25 Fuss tief gestürzt und in Folge dessen paraplegisch. 7 Tage nach dem Unfall wird er im London Hospital aufgenommen. Es zeigt sich, dass der zweite Lendenwirbel nach vorn auf den dritten verschoben und leicht gegen links rotirt ist. Extension erfolglos. Motorische Paralyse beider Beine; Sensibilität soweit geprüft rechts „gut“, ebenso links oberhalb des Knies, am linken Unterschenkel herabgesetzt. Parästhesien, Harn- und Stuhlbeschwerden. Da die Besserung in den nächsten 3 Wochen nur gering war, wurde am 3. März die Laminectomie gemacht und die verschobenen Wirbeltheile mit so gutem Erfolge entfernt, dass das Gehvermögen wieder hergestellt wird.

Wichmann.

d Muskeln.

252) P. Blocq et Marinesco: Sur un cas de myopathie primitive progressive du type Landouzy avec autopsie.

(Archiv de Neurol. XXV, 74.)

Verff. berichten über den anatomischen Befund bei einem an progressiver Muskelatrophie (Typus Landouzy-Déjérine) leidenden 22jährigen, jungen Mädchen, das während der letzten 7 Jahre ihres Lebens fortgesetzt klinisch beobachtet wurde und an Lungenphthise zu Grunde ging. Vater und Grossmutter der Kranken litten an der gleichen Muskelaffectio. Bei der Pat. selbst war von Kindheit an eine gewisse Schwebbeweglichkeit der Oberlippe und des oberen Angenlides aufgefallen, das selbst im Schlaf den Augapfel nicht vollständig zu bedecken vermochte; im übrigen erschien das Mädchen bis zum 14. Jahre normal und gut entwickelt. In diesem Alter begann sie auffallend schnell zu wachsen, gleichzeitig fiel aber eine früher nicht bemerkte Ungeschicklichkeit in den Bewegungen der Arme auf; oft liess sie fallen, was sie gerade in der Hand hielt. Allmählig wurde ihr die Beugebewegung des Unterarms immer schwerer und bald darauf trat auch eine Schwäche in den Beinen ein. Die objective Untersuchung ergab eine typische progressive Muskelatrophie. Bezüglich der klinischen Einzelheiten, sowie des weiteren Verlaufs sei auf das Original verwiesen, hier mag nur noch erwähnt werden, dass Pat. zeitweise auch alle Zeichen einer schweren Hysteroepilepsie darbot.

Bei der Autopsie fanden sich macroscopisch die atrophischen Muskeln beider Oberarme, sowie beiderseits der supinator longus, die musculi radiales und einzelne Bündel des extensor communis, ferner die peronei auffallend graugelb verfärbt, ähnlich dem Fettgewebe, während die übrigen nicht atrophischen Muskeln an Farbe und Consistenz nichts Auffälliges darboten, doch muss bemerkt werden, dass aus äusseren Gründen bei weitem nicht alle Muskeln mit genügender Sorgfalt untersucht werden konnten. Am Nervensystem war mit blossen Auge nichts Abnormes zu erkennen. Microscopisch fanden sich die atrophischen Muskeln sehr stark verändert: Die Muskelfasern sind theils verschmälert, theils hypertrophisch mit ampullenartigen Anschwellungen versehen, theils ganz zerfallen und kaum noch als solche zu erkennen; das interfasciculäre Bindegewebe ist hypertrophirt, besonders auffallend ist aber die starke Wucherung des Fettgewebes: an der Peripherie der Fettbläschen sitzen mehrfach eigenartige, fein granulirte Zellen auf, die den Ehrlich'schen Mastzellen gleichen, sich aber bei genauer Untersuchung doch als Fettzellen erweisen. Die Gefässe zeigen fast alle mehr oder minder auffällige Veränderungen, namentlich Verdickung der Adventitia und Wucherung der Intima, wodurch das Lumen stark verengt, bei einigen sogar fast ganz verschlossen wird. Die Muskelnerven erscheinen bis in die feinsten Verästelungen hinein völlig normal.

Rückenmark und Medulla oblongata sind gänzlich intact, ebenso die die peripheren Nerven, nur im nerv. radialis finden sich eigenthümliche von den Autoren als „systèmes tubulaires“ bezeichnete Gebilde. Es sind dies schon macroscopisch durch ihre hellere Färbung sich abhebende kleine Partien von runder oder ovoider Form, die an der Peripherie einzelner Nervenbündel sitzen. Unter dem Microscop kann man an ihnen eine lamel-

löse bindegewebige Wandung und einen Inhalt unterscheiden, der zunächst aus verschiedenen zahlreichen Zellen zu bestehen scheint, die ein oder mehrere stärker färbare Körperchen (Kerne?) enthalten; bei genauerer Untersuchung ergibt sich aber, dass diese Pseudozellen keinen protoplasmatischen Inhalt, wohl aber Myelin enthalten, und die scheinbaren Kerne erweisen sich als Achsenoylinder. Demgemäss sprechen die Verff. diese Gebilde als veränderte Nervenfasern an, die schon von früheren Beobachtern bei den verschiedensten normalen und pathologischen Zuständen bemerkt, aber verschieden gedeutet und bezeichnet worden sind (système hyalin intravaginal von Renaut, corpuscules à structure alvéolaire von Rakhmanikoff, obliterirte Gefässe von Siemerling und Oppenheim, Bindegewebsspindel von Schultze etc.), denen aber eine pathologische Bedeutung nicht beizumessen ist, die vielmehr als normale Bestandtheile eines Nerven betrachtet werden müssen.

Auf Grund dieses anatomischen Befundes stimmen die Verff. den Autoren bei, welche die in Frage stehende Muskelatrophie als primäre Erkrankung eines Muskels auffassen, der durch Heredität hierzu besonders prädisponirt ist. Das Myoplasma eines solchen Muskels wird namentlich, wenn die Ernährungsvorgänge, wie in der Kindheit, sehr lebhaft sind, unfähig, die Ernährungsstoffe aus der Lymphe in genügender Menge aufzunehmen, und das Stützgewebe reisst die nicht verbrauchten Stoffe an sich und vermehrt sich auf Kosten des Myoplasma; gleichzeitig tritt auch eine Wucherung des Fettgewebes auf. Die eigenartige Localisation der Krankheit auf ganz bestimmte Muskelgruppen steht in engster Beziehung zu der Entwicklungsgeschichte der Muskeln.

Falkenberg-Lichtenberg.

e) Periphere Nerven.

253 Thomay Buzzard: Some symptoms and varieties of multiple Neuritis. (The Lancet, 18. Nov. 93.)

Bei der grossen Häufigkeit der alcoholischen Neuritis und der Thatsache, dass häufig Alcoholmissbrauch geleugnet wird, ist es wichtig, differentialdiagnostische Momente zwischen Alcohol-Neuritis und anderen Formen der Neuritis zu kennen. Hauptcharacteristicum der Alcoholneuritis ist bei dieser die geistige Störung; gewöhnlich besteht deutliche Gedächtnisschwäche, ferner eine gewisse Indifferenz und Unfähigkeit, den eigenen Zustand richtig zu beurtheilen. Bei Frauen, die an Alcoholneuritis leiden, bleibt die Periode aus, was von grosser practischer Wichtigkeit ist. Diese Amorrhoe kommt bei anderer Neuritis nicht vor. Häufig sind bei Alcoholneuritis Hautaffectionen, Urticaria mit kleinen purpuraähnlichen Hämorrhagien, besonders an den Beinen. Ulcus perforans pedis hat Buzzard nicht bei Alcoholneuritis gesehen. Es kommt bei Tabes, Paralyse und Diabetes vor. Die Parästhesien in den verschiedenen Körpertheilen bei Alcoholneuritis beruhen auf Polyneuritis. Harnsäure kann ähnliche Parästhesien verursachen. B. weist dann auf die im Gefolge verschiedener anderer Krankheiten — Diphtherie-, Septicaemie, Gicht, Rheuma, Diabetes — auftretende multiple Neuritis hin und erwähnt besonders noch einen Fall von Arsenikneuritis.

Wichmann.

254) **Charles Wray**: The diagnosis [of Paralysis of the elevators and depressors of the eyeball.

(The Lancet, 18. Nov. 93.)

W. giebt ein Schema, nach welchem die Lähmung der Auf- und Abwärtsdreher des Augapfels leicht erkannt werden kann. Es eignet sich nicht zum Referat, deshalb sei auf das Original verwiesen. **Wichman n.**

255) **E. Sottas und J. Sottas**: Note sur un cas de paralysie puerperale généralisée (polynévrite puerperale).

(Gazette des hôpitaux, Nr. 123, p. 1153, 1892. Mitgetheilt in Annales de médecine 1893, p. 379.)

Die Verff. berichten über einen Fall von Polyneuritis puerperalis bei einer 30jährigen XVI-para. Im Beginn der Schwangerschaft hatte hartnäckiges Erbrechen bestanden; in Folge davon trat Beeinträchtigung der Ernährung und Körperschwäche ein, welche die Patientin an's Bett fesselten. Gleich nach der rechtzeitig eintretenden Entbindung bestand keinerlei Lähmung. In den ersten Tagen des Wochenbettes bestand Temperatursteigerung. Am 4. Tage wurde Parese der Beine bemerkt mit lancinirenden Schmerzen in den Beinen, Kreuzschmerzen, Gürtelgefühl, Ameisenkriebeln in den Fusssohlen und Hyperästhesie der Haut. Drei Tage später wurde der linke Arm und der Rumpf ergriffen, 8 Tage darauf der rechte Arm; die Erscheinungen waren dieselben wie in den Beinen. Gesichts-, Augen-, Respirations- und Schlingmuskeln blieben intact, jedoch bestand zuerst etwas Retentio urinae, später Neigung zur Incontinentia urinae et alvi. In zwei Wochen war der Höhepunkt erreicht. Ausser dem Kriebeln bestand Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und besonders Abends exacerbirten die lancinirenden Schmerzen. Es bestand deutliche Abmagerung des ganzen Körpers und die Muskeln waren schlaff. Zwei Monate blieb der Zustand unverändert, dann fing die Lähmung an, zurückzugehen, aber zu gleicher Zeit starb die Kranke an Phthisis pulmonum. Die Autopsie konnte nicht gemacht werden.

Das unstillbare Erbrechen, wie auch die Temperatursteigerung im Wochenbett ist auch in anderen Fällen von Polyneuritis puerperalis beobachtet worden, doch kommt hier daneben die vorhandene tuberculöse Lungenaffection als Ursache dieser Symptome in Betracht.

Andererseits hat die Diagnose zu entscheiden, ob Neuritis oder diffuse Myelitis vorgelegen hat. Verff. entscheiden sich für erstere wegen der Intensität der Schmerzen, besonders der Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und wegen der rapiden Ausbreitung der Lähmung mit Verschonung der Respirationsmuskeln und Tendenz zur Besserung. Das Vorhandensein von Sphincterenlähmung spricht nicht dagegen, obschon sie häufiger bei Myelitis als bei Polyneuritis vorkommt.

Ofterdinger (Rellingen).

256) **Ruxton and Goodall**: Changes in the Nerves of the Limbs in general Paralysis of the Insane.

(Brain. Sommer 1892.)

Der Verfasser untersuchte Theile von Nerven vom Oberarm, Unterarm und Bein in 10 Fällen. In keinem dieser Fälle liess sich Syphilis nach-

weisen, noch konnte auch in einigen dieser Fälle anamnestisch etwas von dieser Störung erhoben werden. Anzeichen chronischer Entzündung und Degeneration wurden in 9 von 10 Fällen gefunden. In der Hauptsache waren diese Fälle folgende: Vermehrung des Bindegewebes, das oft massenhaft gesehen wurde, Vermehrung kleiner Rundzellen, der Kerne und des Fettes. Die Blutgefässe zahlreich, breit, gefüllt, mit verdickter Wand. Die Alteration der Nervenfasern: diese waren oft sehr dünn, oder aber gequollen, von ganz homogenem Aussehen. Das Mark war zerrissen, körnig, der Axencylinder dick aufgetrieben, in den ganz vorgeschrittenen Fällen nicht sichtbar. Diese Befunde bezogen sich weit mehr auf die Nerven am Handgelenk und Knöchel, als auf die höher gelegenen von Arm und Bein. Correspondirende Nerventheile waren oft ungleichmässig afficirt. Ferner fand Verf. krankhafte Veränderungen, die auf eine Obliteration der Blutgefässe hinweisen in 8 von 10 Fällen. Die hauptsächlich ergriffenen Gefässe waren einmal verschmälert, capillär, dann auch wohl etwas weiter, mit einzelnen Muskelfasern in der Wandung. Grosse Gefässe mit gut ausgebildeten Wänden waren einige Male involvirt. Andere Gefässe schienen Verdickungen der Intima zu haben, ohne ganz obliterirt zu sein. Diese Veränderungen hauptsächlich in den Theilen mit chronischer Neuritis sind aber auch an anderen Theilen, wo die Nerven ganz gesund sind, zu finden, können folglich nicht in allen Fällen den begleitenden entzündlichen Zuständen zugeschoben werden. Goodall (Wakefield).

257) **W. v. Bechterew:** Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrümmung als besondere Erkrankungsform.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 13.)

B. hat das Krankheitsbild, welches er als ein besonderes aufzufassen sich gezwungen sieht, in 5 Fällen beobachtet. Die ausführlichen Krankengeschichten mögen im Original nachgelesen werden.

In allen Fällen bestand:

1. Grössere oder geringere Unbeweglichkeit (oder wenigstens ungenügende Beweglichkeit) der Wirbelsäule oder eines Theiles derselben ohne auffallende Schmerzhaftigkeit beim Beklopfen oder Beugen;
2. bogenförmige Krümmung der Wirbelsäule nach hinten, hauptsächlich im oberen Brusttheil (Kopf nach vorn gerichtet und gesenkt);
3. Parese der Muskeln des Rumpfes, des Halses und der Extremitäten, meist mit geringer Atrophie der Rücken- und Schulterblattnuskeln.
4. Herabsetzung der Empfindlichkeit, hauptsächlich in der Gegend der Vertheilung der Hautzweige der Rücken- und unteren Halsnerven und zuweilen auch der Lendennerven;
5. Parästhesien und Hyperästhesien im Gebiet dieser Nerven und Schmerzen im Rücken, in der Halsgegend, aber auch in den Extremitäten und in der Wirbelsäule (hier besonders bei längerem Sitzen); in einzelnen Fällen auch Reizerscheinungen von Seiten der motorischen Nerven.

In allen Fällen, in denen eine Anamnese erhoben werden konnte (3), ergab sich als Ursache hereditäre Belastung und traumatische Verletzung des Rückens.

Zu den frühesten Symptomen gehört das Gefühl von Schwere sein des Kopfes und das Unvermögen, den Körper gerade zu halten, so dass schon

in den ersten Perioden der Krankheit die Verkrümmung der Wirbelsäule nach hinten sich entwickelt. Parallel damit treten Reizungserscheinungen der Hals- und Rückennerven auf, deren Erkrankung jedenfalls die zunehmenden paretischen und atrophischen Störungen der betreffenden Muskeln bedingt. Im allgemeinen schreitet die Krankheit langsam aber stetig vorwärts.

Bezüglich der Pathogenese nimmt B. einen sich selbstständig entwickelnden, diffusen, chronischen, der Spondylitis deformans ähnlichen Process an, welcher einerseits zur verbreiteten festen Verwachsung der Wirbel und andererseits zum Druck auf die Nervenwurzeln führt, wozu sich mit der Zeit eine durch die Compression veranlasste Erkrankung des Rückenmarks gesellen kann.

Hoppe.

258) J. T. Eskridge (Denver, Colo.): Idiopathic muscular atrophy complicated by multiple neuritis.

(The journal of nervous and mental disease, 1893.)

Ein Mädchen, dessen Vater an einer langsam fortschreitenden Lähmung gestorben war und dessen Bruder an typischer progressiver Muskelatrophie litt, erkrankte selbst im 17. Lebensjahre an Schwäche der Beine, die viele Jahre hindurch das einzige Krankheitssymptom blieb. Dann trat ganz allmählich Muskelatrophie auf, die nachher auch den Rumpf und die Arme befiel. Jetzt im Alter von 46 Jahren Lähmung der Beine und Atrophie (E.A.R.), Anästhesie im Ischiadicus- und Cruralgebiet, Atrophie der Brust- und Rückenmuskeln, Pseudohypertrophie der Deltoidei, Atrophie zahlreicher Hand- und Armmuskeln; das Gesicht ist frei. Der Verf. stellt die Diagnose: Dystrophia muscularis progressiva, mit chronischer multipler Neuritis combinirt. Die Beschreibungen der progressiven neurotischen Muskelatrophie scheinen dem Verf. unbekannt zu sein.

Strauscheid.

f) Neurosen.

259) Paul Blocq: L'athétose double.

(Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1892, Nr. 30.)

Die doppelseitige Athetose ist eine seltene Erscheinung, über deren Wesen wir noch recht mangelhaft unterrichtet sind, trotzdem ihrem Studium besonders in den letzten Jahren sehr viele Arbeiten gewidmet wurden. — Die erste Kenntniss der Krankheit stammt von Clifford Alburt aus dem Jahre 1872, die erste klinische Bearbeitung von Clay Shaw aus dem folgenden Jahre her; Andry lieferte 1892 den wichtigsten Beitrag, (20 Fälle Fälle bis dahin); Blocq indessen verfügt zur Zeit über ungefähr 90 Beobachtungen aus der Praxis und der Literatur, von der er anscheinend eine vollständige, namentliche Zusammenstellung giebt.

Characteristisch für das Leiden sind — kurz gesagt — die unfreiwilligen, nicht oscillirenden, incoordinirten Bewegungen, die mehr oder weniger den choreiformen gleichen, aber im Gegensatz zu diesen sich mit einer ausgiebigen Langsamkeit vollziehen und dabei den ganzen Körper ergreifen. Was die Natur der doppelseitigen Athetose anbetrifft, so bestehen unter den Autoren zwei entgegengesetzte Ansichten, d. h. ob dieses Leiden als ein autonomes zu betrachten sei (Charcot, Bourneville, Pilliet, Blocq und Blin, Huet und Michalowski)

oder nur als ein Syndrom, das man im Laufe der verschiedenartigsten Nervenkrankheiten, wie Neurosen, Neuritis, Myelitis, Encephalitis etc., beobachten kann (Rosenbach, Laquer, Massalongo, Vizianski, Andry). Oulmont bringt die Krankheit mit der Hemi-Athetose zusammen und denkt sich zwischen beiden Leiden ähnliche Beziehungen wie zwischen Chorea und Hemichorea, für Grasset ist die doppelseitige Athetose eine Art Chorea, die manchmal, nicht immer, mit Hirnatrophie einhergeht. — Charcot als ein Anhänger der Auffassung von einem selbstständigen Krankheitsbilde bezeichnet die Bewegungen des fraglichen Leidens als *mouvements athétosiques* zum Unterschiede von den *mouvements athétoides* in jenen Fällen, wo Spasmen, mehr oder minder denen der Athetose ähnlich, auftreten.

Die doppelseitige Athetose befällt mit Vorliebe das weibliche Geschlecht und zwar am häufigsten in der frühesten Kindheit (daher in diesen Fällen von manchem als angeboren angesehen), manchmal auch im vorgeschrittenen Alter von 2—7 Jahren und selbst Erwachsene (11 mal unter 72 Fällen, Personen über 16 Jahr). Für die Entstehung des Leidens ist nervöse Disposition, nicht gerade directe Erblichkeit von Einfluss. Auch Schwangerschaft, frühzeitige oder schwere Geburten, Traumen u. a. m. sind als prädisponirende Ursachen anzuschuldigen.

Die pathologische Anatomie stützt sich bisher auf 9 Sectionen, die indessen keine einheitlichen, 2 mal sogar sich widersprechende Resultate ergeben haben. Diesen Beobachtungen zufolge würde es sich um Vorgänge irritativer Art handeln, die von einer directen oder reflectorischen Erregung der psychomotorischen Zellen des Gehirns und auch der Vorderhornzellen ausgehen.

Die doppelseitige Athetose nimmt für gewöhnlich einen langsamen, kaum merklichen Anfang und localisirt sich zuerst nur auf einen einzigen Körpertheil oder nur eine Körperhälfte; in anderen Fällen setzt sie brüsk mit convulsiven Attacken, paralytischen Anfällen, schmerzhaften Crisen in den Gliedern, manchmal auch mit Sprachstörungen und spastischen Paraplegien ein. Das am meisten in die Augen springende Zeichen sind jedoch die Bewegungstörungen, für die das Langsame und ausgiebig Uebertriebene als recht characteristisch gelten; sie sind undulirend, gleitend und erinnern an die peristaltischen Bewegungen der Muskeln oder die der Medusen. Man kann sagen, dass die Schnelligkeit dieser Bewegungen im umgekehrten Verhältniss zu ihrer Intensität steht. Der Willen kann sie in einzelnen Fällen ein wenig unterdrücken; Gemüthsbewegungen dagegen erhöhen sie meistens. Im Schlaf endlich sistiren sie zumeist. — Die doppelseitige Athetose befällt, wie ihr Name bereits besagt, mehr oder minder den ganzen Körper, vorzüglich localisirt sie sich jedoch auf die Extremitäten und das Gesicht, weniger auf den Hals und den Rumpf. Von den Oberextremitäten, die am constantesten und stärksten ergriffen werden, zeigen die Finger die intensivsten Bewegungen; die beabsichtigten Bewegungen der Hände erleiden hierdurch naturgemäss eine starke Beeinträchtigung. Die Unterextremitäten werden in $\frac{9}{10}$ der Fälle mitbefallen; auch hier zeigen die Zehen die ausgiebigsten Bewegungen. Es ist klar, dass der Gang recht oft gestört ist und die damit verbundene Ruhe Veranlassung zu Decubitus giebt. — Charcot vergleicht den Gang sehr glücklich mit dem der Enten („comme des

canes“). Seine Hauptmerkmale sind die des spasmodischen Ganges; recht oft aber existirt gleichzeitig ein gewisses Hüpfen mit Schlottern (dandinement), wie es ganz genau dem Vergleiche von Charcot entspricht. Endlich auch kommt ein ganz uncoordinirter Gang vor, dessen Complicirtheit sich nicht beschreiben lässt.

Im Gesicht sind vorzugsweise die Muskeln der Lippen und die der Augenlider, sowie der Stirn befallen. Wenn auch dadurch die verschiedenartigsten Grimassen hervorgerufen werden, so überwiegt doch der Ausdruck des Lachens. — Die Zunge wird abwechselnd hervor- und zurückgestreckt, wie der Kopf einer Schildkröte aus ihrem Gehäuse. — Die Bewegungen des Halses sind seltener als die bisher genannten und bewirken eine Beugung und Streckung des Kopfes; von denen des Rumpfes werden die meisten durch die Muskeln des Rückens und Abdomens hervorgebracht.

Zumeist besteht mit den geschilderten Erscheinungen im Krankheitsbilde der doppelseitigen Athetose noch eine andere Störung der Motilität, eine Starrheit der Muskeln, die vorübergehend sein kann und sich nur gelegentlich der Bewegungen oder intensiverer Zunahme derselben einstellt, aber auch in anderen Fällen zu einer bleibenden wird. Hierdurch unterscheiden sich die athetischen Bewegungen von denen der biegsamen Chorea. — Dieser Zustand der Rigidität ist spastischer Natur und geht mit Erhöhung der Sehnenreflexe einher (von 37 Fällen mit angegebenem Patellarreflex war dieser in 21 Fällen erhöht). Diese beständige Contractur kann Schläfheit der Ligamente und somit Gelenkdeformationen zur Folge haben, die den von Charcot bei Rheum. nodosus beschriebenen gleichen. Die einzigen trophischen Störungen, die man beobachtet, bestehen in Verkümmungen der Wirbelsäule. Atrophie der Muskeln kommt nicht direct vor, wohl aber Hypertrophie der bei den Bewegungen am thätigsten Muskeln; Andry vergleicht diese Dickenzunahme der wahren Hypertrophie der Athleten und Tänzerinnen. Andere trophische Störungen kommen nur ausnahmsweise vor, wie Alterationen der Sensibilität und Veränderungen in den organischen Apparaten. — Störungen der Intelligenz sind in $\frac{1}{4}$ der veröffentlichten Fällen verzeichnet worden: von einfacher intellectueller Schwäche an bis zur Idiotie.

Der Verlauf der doppelseitigen Athetose bietet ziemlich immer das gleiche Bild. Zumeist bleibt sie stationär bis zum Tode, der manchmal die directe Folge ist, zumeist aber durch ein intercurrentes Leiden eintritt oder erst im vorgertückten Alter (bis 57 Jahr). Manchmal nehmen die Störungen, besonders die Contracturen, progressiv zu; in anderen Fällen andererseits erfahren sie einen leichten Nachlass. Die Prognose ergibt sich hieraus von selbst.

Die medicamentöse Behandlung ist ohnmächtig gegen das Leiden. Dagegen verspricht sich Blocq mehr Erfolg von der Craniectomie nach Lannelongue und rät zu einem Versuche.

Das Krankheitsbild der doppelseitigen Athetose könnte Verwechslungen darbieten, einmal mit der Chorea Sydenhamii, zum anderen mit der chronischen Chorea. Bei ersterem Leiden sind die Bewegungen indessen brüsk und entwickeln sich rapider. Auch bei der chronischen Chorea sind die Bewegungen schneller und nehmen bei intendirten Acten eher ab als zu,

schliesslich gehen sie nicht mit Rigidität der Muskeln einher. — Friedreich'sche Krankheit, Chorea electrica, Paramyoclonus, maladie des tics, Parkinson'sche Krankheit u. a. m. sind mit der doppelseitigen Athetose weniger zu verwechseln.

Nach dieser eingehenden Schilderung der doppelseitigen Cerebral-Athetose characterisirt Blocq im Gegensatz hierzu die „athetoïden“ Bewegungen der etwa zu verwechselnden Krankheiten: tabische, paralytisch-spinale, neurotische und hysterische doppelseitige Athetose. Bei diesen unterscheiden sich die unfreiwilligen Bewegungen von denen der autonomen Athetose durch ihre Intensität, ihren Sitz und ihre Entwicklung: In den 10 bisher beobachteten Fällen von Tabes mit athetoïden Erscheinungen traten dieselben zu einer bestimmten Periode auf und waren vorübergehender Natur; in dem einen Falle von infantiler Paralyse betrafen sie nur die contracturirten Unterextremitäten und gingen mit Abnahme der Reflexe und deutlicher Muskelatropie einher; in den 3 Fällen von peripheren Neuritiden unterschieden sie sich leicht durch die Sensibilitätsstörungen, das Fehlen der Spasmen und andere Symptome von der eigentlichen Athetose; in dem einen Falle von Hysterie mit athetoïden Bewegungen zeichneten sich diese durch ihre Flüchtigkeit aus,

Die Seltenheit solcher Fälle im Vergleich zu dem sich gleichbleibenden klinischen Symptomencomplex der doppelseitigen Athetose spricht auch zu Gunsten der Auffassung des einer selbstständigen Krankheit.

Buschan-Stettin.

260) **M. Schmidt**: Ueber die Complication von Diabetes mellitus mit Morbus Basedowii.

(Diss. Würzburg 1892.)

Ein 37jähriger Bahnarbeiter acquirirte nach häufigen Durchnässungen Diabetes mell., bald darauf zeigten sich aber auch Exophthalmus, Gräfe'sches Symptom, Pulsbeschleunigung, Tremor, subjective Hitzegefühle und profuse Schweißsecretion. Struma war nicht vorhanden. — Bei 8 aus der Literatur zusammengestellten Beobachtungen über die gleiche Complication traten die Symptome von D. m. und M. B. entweder gleichzeitig auf oder der Diabetes folgte dem schon längere Zeit bestehenden Morbus Basedowii nach.

Mercklin.

261) **Féré**: Troubles de la motilité générale dans les paralysies systématisées. Vortrag in der Soc. de biologie, 15. avril.

(Le Bulletin méd. 1898, Nr. 31.)

Zwei Fälle von Astasie-Abasie bringen einen neuen Beweis für den von F. schon früher aufgestellten Satz, dass die sogen. systematisirten Paralysen mit Bewegungsstörungen in allen Körperregionen einhergehen. Die beiden Kranken, die an einer Lähmung der Muskulatur zum Aufrehtstehen und Gehen litten, zeigten in gleicher Weise eine deutliche Schwäche der Muskeln der Oberextremitäten, die nach der Heilung rasch ihre normale Kraft wieder erhielten.

Buschan.

262) **E. Asmus**: Ein neuer Fall von Acromegalie mit temporaler Hemianopsie.

(Arch. f. Opth. 39, 2.)

Betrifft eine 63jährige Frau, bei welcher das Grössenwachsthum der Glieder (Nase, Lippen, Zunge, Unterkiefer, Hände, Füsse) anfangs der 40er Jahre begonnen hatte. Die Einschränkung des Gesichtsfeldes und die beginnende Atrophie der Sehnerven sprachen mit Wahrscheinlichkeit für eine Vergrösserung der Hypophyse. Erfolgreiche Jodkaliumkur.

Heddaeus (Essen).

263) **P. Kronthal**: Morbus Basedowii bei einem 12jährigen Mädchen und dessen Mutter.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1898, Nr. 27.)

Der vom Verfasser berichtete Fall erhöht die Anzahl der bisherigen Beobachtungen von Basedow'scher Krankheit im Kindesalter auf 26. Er ist im besonderen noch dadurch interessant, dass seit 2 Jahren auch die Mutter des Mädchens — indessen ohne nachweisbare Struma — an demselben Leiden erkrankt ist, sowie dadurch, dass dasselbe ausserdem noch Zwangsvorstellungen darbietet. — Nach den aus der darüber existirenden Literatur gesammelten Erfahrungen des Verfassers bietet das Krankheitsbild bei Kindern keine sonderlichen Abweichungen von dem bei Erwachsenen; nur das Gräfe'sche Zeichen, sowie der Tremor scheinen bei jenem constant zu fehlen.

Buschan.

264) **Beaven Rake**: A case of acromegalia.

(Brit. med. Journ.: 11. März 1893, pg. 518.)

Der Fall betrifft einen 10jährigen Negerjungen, der mit 7 Monaten geboren ist und dessen Extremitäten nach Angabe der Mutter schon von Geburt an grösser als normal gewesen seien. Ein gut genährter, gut aussehender Junge. Stirn breit und prominent. Unterkiefer lang und schwer. Rechte Brustwarze etwas mehr entwickelt als die linke. Zweite und dritte Zehe jederseits stark hypertrophisch; die Vergrösserung betrifft anscheinend alle Gewebe. Allgemeine Vergrösserung beider Füsse; der rechte Fuss noch grösser als der linke. An den Händen waren Zeige- und Mittelfinger grösser als normal. Eine Photographie und Tabelle der Masse der Extremitäten sind beigegeben.

Wichmann.

265) **J. Mackie White**: A case of acromegalia.

(Lancet, 25. März 1893, pg. 642.)

Typischer Fall eines 27jährigen Dienstmädchens, dessen Vater an Paralyse gestorben ist. Abbildung und Masse sind beigegeben.

Wichmann.

g) Syphilidologie.

266) **G. H. Pierson**: Ueber die Beziehungen zwischen Lues und Dementia paralytica. (Anbang zum Bericht über die Privatheilanstalt für Gemüths- und Nervenranke in Pirna, jetzt Lindenhof bei Coswig.)

P. erörtert zuerst die Möglichkeit, eine gute Anamnese in Bezug auf frühere syphilitische Infection bei beginnenden Paralytikern zu bekommen.

P. meint, dass es bei den Patienten einer Privatanstalt im Allgemeinen leichter ist, zuverlässige Daten zu bekommen. Immerhin stehen aber auch hier der Erhebung einer sicheren Anamnese manche Hindernisse entgegen. „Es liegt auf der Hand, dass in Folge dessen die negativen Ergebnisse bei der Paralyse noch weit mehr an Bedeutung für die vorliegende Frage gegen die positiven zurückstehen, als dies betreffs der Tabes von Moebius u. A. mit Recht hervorgehoben worden ist . . .“ „Immerhin ist aber schon jetzt, trotz all' dieser Schwierigkeiten, die Zahl der sicher mit Lues behafteten Paralytiker eine so grosse, dass sie allein schon genügt, diese Infection unter den ätiologischen Momenten der Paralyse an die erste Stelle zu setzen.“ Entsprechend wie in der Aetiologie der Tabes wird die Bedeutung der Syphilis für den Ausgleich progressiver Paralyse noch gesteigert durch folgende Punkte:

1. Die weitaus grössere Häufigkeit der Paralyse bei Männern gegenüber den Frauen;
2. das seltene Vorkommen der Paralyse bei Frauen der höheren Stände ;
3. das Vorkommen von paralytischen Ehepaaren;
4. Häufigkeit der Paralyse bei den Berufsklassen, bei welchen syphilitische Infection überhaupt am häufigsten beobachtet wird.

Als sonstige ursächliche Momente spielen neben der Syphilis folgende Dinge eine Rolle: 1. Heredität, 2. Kopfverletzungen, 3. Alcoholmissbrauch, 4. Gemüthsbewegungen und Sorgen. Am wenigsten Bedeutung misst P. dem Momente der geistigen Ueberanstrengung bei. „Man kann nicht behaupten, dass Kaufleute, Officiere und Fabrikantensich geistig am meisten anstrengen.“ Bei den paralytischen Frauen, welche wegen ihrer meist nachzuweisenden syphilitischen Infection wenig oder gar keine Kinder haben, ist der adminiculirende Umstand der Sorgen, Anstrengungen, Nachtwachen etc. in viel geringerem Maasse vorhanden, als bei nicht inficirten und deshalb nicht paralytisch werdenden Frauen mit vielen Kindern. P. kommt zum Resultat:

1. dass die Syphilis die weitaus wichtigste Ursache der Dementia paralytica darstellt;
2. dass anderweitige Schädlichkeiten im Wesentlichen nur als begünstigende Factoren neben der Lues wirken ;
3. dass die bis jetzt vorliegenden statistischen Zusammenstellungen bezüglich der Häufigkeit der Syphilis bei Paralytikern wahrscheinlich hinter der Wirklichkeit erheblich zurückbleiben.

Die Zusammenstellung ergibt folgendes:

Gesamtzahl der Fälle von Dementia paralytica = 126.

119 Männer

Sichere Lues	72 =	60 ¹ / ₂ %
Wahrscheinliche Lues	16 =	30 %
<hr/>		
Sa.	88 =	ca. 73 %

7 Frauen

Sichere Lues	3 =	ca. 43 %
Wahrscheinliche Lues	2 =	ca. 28,5 %

von 119 von 88 Luet.

Lues und Heredität:	18 =	15 %	resp. ca. 20 ¹ / ₂ %
Lues und Alcohol:	3 =	2,4%	resp. ca. 3,4%

		von 119	von 88 Luet.
Lues und {	Kopfverletzungen :	4 = 3,2 ⁰ / ₁₀₀	resp. ca. 4,5 ⁰ / ₁₀₀
	Insolation :		
Lues und	Heredität und Alcohol :	2 = 1,6 ⁰ / ₁₀₀	resp. ca. 2,2 ⁰ / ₁₀₀
Lues u. Heredität u.	{	1 = 0,8 ⁰ / ₁₀₀	resp. ca. 1,4 ⁰ / ₁₀₀
	Kopfverl. : Insolation :}		
		von 119	
Fabrikanten und Kaufleute :		62 =	ca. 52 ⁰ / ₁₀₀
Officiere, Beamte incl. 2 Aerzte und 2 Geistliche :		37 =	ca. 31 ⁰ / ₁₀₀
Gewerbetreibende, Landleute :		20 =	ca. 17 ⁰ / ₁₀₀
Von 88 Luetischen waren			
Fabrikanten, Kaufleute :		46 =	ca. 52 ⁰ / ₁₀₀
Officiere, Beamte :		27 =	ca. 30 ⁰ / ₁₀₀
Gewerbetreibende, Landleute :		15 =	ca. 17 ⁰ / ₁₀₀
		Sommer.	

B. Psychiatrie.

1) Allgemeine Psychopathologie.

267) Dr. N. Kraynsky: Experimente über die Dauer der psychophysischen Reaction auf die tactilen und schmerzhaften Reize bei Gesunden sowie nerven- und psychisch kranken Menschen. 1893.

Autor stellte mit Hilfe eines von ihm selbst eingerichteten Apparates eine ganze Reihe Untersuchungen in dieser Hinsicht bei gesunden und nerven- und psychisch kranken Menschen an. Ohne Zweifel haben die Zahlen, die bei der Untersuchung der psychisch kranken erhalten wurden, nur eine relative Bedeutung. Besonders Interesse bieten die Untersuchungen der Tabetiker.

Besonders grell tritt bei ihnen zu Tage die beinahe nie fehlende und stark ausgesprochene Verzögerung der Leitung der schmerzhaften und tactilen Gefühle und besonders der schmerzhaften. Dieses Symptom ist so wichtig und constant, dass es zu den nothwendigen Symptomen der Tabes dorsalis gerechnet sein muss; es tritt schon ganz im Anfange der Krankheit auf, wo nur ein oder zwei dieser Krankheit eigene Symptome aufzuweisen sind. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Veränderungen bei der Reaction auf schmerzhaft Reize sich zu denjenigen auf tactile Reize wie 4—5 zu 1 verhalten.

Die zweite Gruppe der untersuchten Kranken stellt die unlängst von Erb unter dem Namen Paralysis spinalis syphilitica beschriebene Krankheit dar. Irgend welche bedeutende qualitativ abnormale Gefühle oder Störungen in den Leitungsbahnen sind nicht zu bemerken. Im Gegentheil kann man beinahe bei allen an dieser Krankheit erkrankten ein beständiges und charakteristisches Symptom, eine bedeutende Veränderung des Temperaturreflexes, seiner Durchleitung und ziemlich stark ausgedrückte Temperaturreflexe beobachten. Der beobachtete Fall von Myelitis zeigt eine bedeutende Veränderung der Durchleitung tactiler und schmerzhafter Reize beim Reizen der unteren Extremitäten, das darauf deutet, dass im Rückenmark die Bahnen von der Krankheit getroffen sind, welche die entsprechenden Reize leiten. Im beschriebenen Falle von Leptomeningitis wurden eine bedeutende

Verzögerung in der Durchleitung von schmerzhaften Reizen und verschiedene Paralgiesien beobachtet. Bei der Untersuchung eines Kranken mit Sclerosis lateralis erwies es sich, dass die Reaction auf schmerzhaft Reize nur auf der vorderen Seite des linken Schienbeines verlangsamt war. In einem ausserordentlich seltenen und interessanten Falle von Sclerosis lateralis amyotrophica et Paralysis bulbaris konnte man keine besonderen Abweichungen in dieser Hinsicht diagnosticiren. Bei dem Myelitiker konnte man keine bedeutenden Abweichungen in der Durchleitung bemerken; im Gegentheil ist das qualitativ tactile Gefühl am ganzen Körper bedeutend geschwächt. Bei zwei an Morbus Basedowii erkrankten Frauen konnte man keine bestimmten Veränderungen der Dauer der Reaction bekommen. In den beiden Fällen von Epilepsie, wobei die Untersuchungen in den lichten Perioden und gleich nach den Anfällen angestellt wurden, erwies sich die Reaction auf beide Reize und zwar überall — verkürzt; die Kranken reagirten sehr rasch. Das Symptom war besser hinsichtlich des tactilen Gefühles ausgesprochen. In den fünf Fällen von Hemiplegie unterschieden sich die Resultate, was jedenfalls mit der Pathologie der Erkrankung ganz übereinstimmt. Wenn die Erkrankung ihren Sitz in der Capsula interna hat, was beim Autor der Fall war, so wird das Erkrankungsbild verschieden sein, abhängig davon, ob die sensorischen Bahnen oder die vorderen zwei Drittel von ihr, wo nur motorische Fasern zu finden sind, getroffen sind. Und in der That, es kommen Fälle von Hemiplegie vor, wo sensorische Störungen ausbleiben, aber auch solche, bei denen sie constatirt werden. Obgleich noch bis jetzt nicht ganz genau die Eintheilung der tactilen und schmerzleitenden Bahnen in der Capsula interna bekannt ist, ist zweifellos nachgewiesen, dass z. B. die Durchleitung eines schmerzhaften Gefühls oder eines tactilen, wie z. B. bei einem Kranken, bei dem die Durchleitung der schmerzhaften Reize von einem Beine abnormal war, 'gestört sein kann. In zwei Fällen haben wir reine Hemiplegien, ohne dass das Hautgefühl und seine Durchleitung gestört sind. Im Gegentheil ist in zwei anderen Fällen das Gefühl geschwächt, wobei eigentlich nicht in einem solchen Maasse das Gefühl, als vielmehr seine Durchleitung, geschwächt ist. Einen ganz anderen Character haben und von grossem Interesse sind die Störungen in der Reaction bei psychisch Kranken und zwar in den angestellten Untersuchungen in den Fällen von Melancholia passiva. Der Kranke wurde wiederholt in der Zeit des Intervallum lucidum und der Verschlimmerung der Krankheit untersucht. Der Unterschied ist ausserordentlich: im ersten Falle haben wir eine normale Reaction und das Gefühl bleibt beinahe ganz unverändert, im zweiten Falle bei allen Untersuchungen sind die mittleren Zahlen der Reaction sehr gross. Aber noch deutlicher treten charakteristische Eigenthümlichkeiten in einer ganzen Reihe von Untersuchungen hervor. Neben ganz normalen Zahlen bekommt man Reactionen, deren Dauer 10mal mehr ist. Wenn man die Reihe der minimalen Zahlen betrachtet, so sieht man, dass sie hinsichtlich der Grösse der Abweichung von der Norm bedeutend der Reihe der maximalen Zahlen nachgeben. Interessant ist die Art des Reagirens der Kranken. Nachdem der Kranke gut verstanden hat, was man von ihm fordert, schickt er sich, obgleich nicht ganz gern, aber mit voller Bereitwilligkeit an, die erforderliche Bewegung zu machen, und in der That, die ersten 2—3 mal

geiangt sie ihm; aber bei den nächsten Malen vergisst er zu antworten und indem er sich gleichsam plötzlich daran erinnert, verspätet sich natürlich das erwartete Signal, womit man auch die grossen Zahlen der Reaction erklären kann. Ganz dieselben Zahlen bekam man bei der Untersuchung einer Kranken. In einem untersuchten Falle von Neurasthenie war die Reaction unbedeutend gleichmässig verkürzt. In einem Falle von Paranoia hypochondrica konnte man keine Veränderungen in der Dauer der Reaction constatiren.

H. Diedrichson.

268) **Hubert Roetteken** (Docent für Literaturgeschichte in Würzburg): Kleist's Penthesilea.

(Zeitschrift für vergleichende Literaturgeschichte. Neue Folge VII.)

R. kritisiert in eingehender Weise folgende Aeusserung Kraft-Ebing's: (ofr. Psychopathia sexualis, VIII. Aufl., S. 89 Anm.): „Ein grässliches Gemälde eines erdachten vollkommenen weiblichen Sadismus bietet der geniale, aber zweifellos geistig nicht normale Heinrich v. Kleist in seiner Penthesilea.“ R. verneint den Werth psychiatrischer Studien für die Literaturgeschichte durchaus nicht e fundamento, verlangt nur etwas mehr „liebvolle Sorgfalt und umfassende Rücksichtnahme auf alle Einzelheiten.“ „Wir haben es gewiss mit Dank zu begrüssen, wenn Fachvertreter der Psychiatrie den Characterproblemen ihre Aufmerksamkeit zuwenden, welche unsere Wissenschaft bietet.“ Nichtsdestoweniger weist er die Verunstaltung zurück, welche eine Reihe von hervorragend poetischen Gestalten der deutschen Literatur mit oder ohne Schuld psychiatrischer Fachvertreter durch die Popularpsychiatrie, welche den sensationellen Kern unserer gegenwärtigen Zeitungsschreiberei bildet, zu erleiden gehabt hat.

„Man kann den Zeitungen solchen Unfug nicht verbieten, aber die Thatsache, dass er begangen wird, scheint mir geeignet, den Vertretern der Psychiatrie die äusserste Vorsicht und Selbstkritik zur Pflicht zu machen, wenn sie literaturhistorische Probleme von ihrem Standpunkt behandeln, namentlich dann, wenn sie dabei auf eine Diagnose aus der Psychopathia sexualis kommen. Das grosse Publikum steht diesen Dingen anders gegenüber, als der Fachmann. Es zieht eine viel schärfere Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit als dieser, und es hat gegen das Kranke einen instinctiven Widerwillen. Ob dieser Zustand durch weitere Aufklärung geändert werden soll und kann, untersuche ich hier nicht; jedenfalls besteht er. Ich halte es für recht wohl möglich, dass für Moll Goethes Liebeslieder nichts oder wenig von ihrem Zauber verloren haben, trotz seiner Diagnose; für das grosse Publikum aber mischt sich dem Genusse dieser Lieder ein höchst störender associativer Factor bei, wenn es von Fachseite belehrt wird, dass diese Gedichte in einer Phantasie wuchsen, die krankhaften und unlauteren Vorstellungsreihen zugänglich war. Und ebenso wird die Freude an der doch so rührend schönen Gestalt des Käthchen für viele und nicht die schlechtesten Menschen gestört, wenn sie glauben müssen, es handle sich um ein sexualpsychopathisches Weib. So werden Quellen edelsten Genusses verstopft und das ist schade. Ist nun eine solche Diagnose unzweifelhaft richtig, so mag man denn in Gottes Namen der Wahrheit das Opfer schlachten. Aber unzweifelhaft richtig muss sie sein, über alle

Einwände erheben, mit aller der Sorgfalt und strengen Kritik gewonnen, die man an einem lebendigen Menschen für Diagnose und Prognose anwendet. Denn das Material, um das es sich handelt, unsere grossen Dichter und die Gestalten ihrer Phantasie, gehört zu den edelsten Gütern unserer Nation.“

Roetteken weist nun an der Hand einer eingehenden Untersuchung des Textes unter genauer Abwägung aller Motive nach, dass die psychiatrische Diagnose in Bezug auf den sadistischen Character der Penthesisilea falsch ist. Zum Schluss weist Roetteken in einer Weise, welche deutlich zeigt, dass gerade ihm psychiatrische Verstellungen nicht ermangeln, auf die merkwürdigen Störungen des Bewusstseins und der Erinnerung bei Penthesisilea hin. Mit principieller Wendung gegen die „specielle psychiatrische Diagnostik in der Literaturgeschichte“ weist R. darauf hin, dass der Dichter „Gestalten schafft, die ihm und uns sehr eindrucksvoll sind, aber doch in keiner Krankheitsregistratur als Ganzes sich unterbringen lassen.

Sommer.

269) Bourdin: Un type d'héréditaire dégénéré.

(Arch. de Neurol. XXVII, 85.)

B. berichtet über einen Kranken, über dessen Heredität anamnestisch freilich nichts zu erfahren war, den aber B. nach dem ganzen klinischen Bilde nicht ansteht, als Typus eines degenerirten Hereditärs zu bezeichnen. Der 19 Jahre alte Kranke, der somatisch nichts Besonderes darbott, war auffällig durch allerhand sexuelle Besonderheiten; schon frühzeitig, im 5. Lebensjahre, erwachte in ihm der sexuelle Trieb, mit 8 Jahren trieb er Onanie, seit dem 12. Jahre zeigte er päderastische Neigungen, coitirte daneben aber auch mit öffentlichen Dirnen. Pat. sah das Unmoralische seiner sexuellen Beziehungen vollständig ein, er behauptete aber, nicht anders handeln zu können, Zwangsvorstellungen sexuellen Inhalts verfolgten ihn und trieben ihn zu Zwangshandlungen.

Daneben traten zeitweise mancherlei thörichte Grössenideen auf, die er, ohne sie zu einem Wahne zu verarbeiten, in ganz unzusammenhängender Weise äusserte. Zweifelsucht und eine unüberwindbare Furcht vor bestimmten Thieren (Spinnen und Kellerasseln), Neigung zu Schwindelanfällen, Tics der Gesichtsmuskulatur und eine sehr geringe Ausbildung aller höheren, seelischen Affecte vervollständigten das klinische Bild.

Der Fall ist für B. ein Beweis, dass bei dem hereditär Belasteten die letzte Ursache seiner Abnormitäten in einer Schwäche des Willens zu suchen ist. Jedes psychische Centrum tritt in Thätigkeit, sobald die physiologischen Bedingungen hierfür gegeben sind, ohne dass die als Willen bezeichnete Function in genügender Weise hemmend oder regulirend auf den Ablauf der Vorstellungen einwirkt.

Falkenberg-Lichtenberg.

270) E. D. Bondurant (Tuskaloosa): „Note upon the occurrence of indican in the urine of insane patients.

(The medic. Record, 23. December 1893.)

Nach Verf. kommt Indicanurie in Fällen acuter Geisteskrankheit zweimal so häufig vor, als in denen chronischer. Während von letzteren kaum

8 v. H. abnormen Indicangehalt des Urins zeigen, beläuft sich dieser Gehalt in 100 Fällen unter Geisteskrankheiten auf über 20 v. H. Has liegt aber wahrscheinlich nicht daran, dass die verschiedenen Geisteskrankheiten irgend welchen verschiedenen eigenthümlichen Einfluss auf den Lebensprocess haben, sondern vielmehr darin, dass die chronischen Geisteskranken sich einer verhältnissmässig guten körperlichen Gesundheit erfreuen, während bei den acuten gewöhnlich in einer Reihe wichtiger Lebensprocesse (Verdauung, Assimilation u. s. w.) Störungen vorhanden sind.

Voigt (Oeynhausen).

2) Specielle Psychopathologie.

271) **Roussell Sturgis** (Boston, Mass.): „The use of suggestion during hypnosis of the first degree, as a means of modifying or of completely eliminating a fixed idea“. (Der Gebrauch der Suggestion im ersten Grade der Hypnose, um eine fixe Idee einzuschwächen oder ganz auszuschließen.) (The med. Record, 17. Febr. 94.)

Um das Werden einer fixen Idee zu verstehen, ist es nach Verf. nothwendig, sich das denkende Gehirn in 2 Theile getheilt zu denken. Während in dem einen die Ideen sofort als durch einen äusseren Reiz entstanden erkannt werden, zum Bewusstsein gelangen, werden in dem andern Ideen zwar gleichfalls durch äussere Reize gesetzt (namentlich zu Zeiten geistiger Ueberarbeitung, geistiger Depression u. s. w.), doch wird das Gehirn diese Einpflanzung nicht gewahr oder es verknüpft sie wenigstens nicht mit ihrem äusseren Reize. Eine solche in diesem zweiten Gehirnabschnitte hervorgerufene Idee kann dann nach Monaten oder Jahren erst zum Bewusstsein gelangen. Sind nun alle seelischen Functionen im Gleichgewicht, so wird diese Idee durch andere im Schach gehalten; ist dies nicht der Fall, so wird sie schliesslich leicht zur alleinherrschenden werden. Aber auch die durch äussere Reize gesetzte und sofort bei ihrem Entstehen zum Bewusstsein gelangende Idee kann zur fixen werden, wenn sich das denkende Gehirn allzuviel mit ihr beschäftigt. Verf. führt als Beispiel für beide Entstehungsarten 3 Fälle an und erwähnt dann noch eine dritte, die im Wesentlichen abhängt von gewissen geistigen oder körperlichen erbten oder erworbenen Eigenthümlichkeiten des Betreffenden. In jenen 3 Fällen wurde Heilung erzielt durch Suggestion während des ersten Stadiums der Hypnose (in welchem der Kranke sich der Umgebung noch vollkommen bewusst ist und dessen einzelner Vorgänge er sich nach dem Erwachen genau erinnert). Um richtig zu suggeriren, d. h. so, dass die zugeführte Idee allmählig dazu gelangen kann, die fixe zu verdrängen und zu unterdrücken, giebt Verf. bestimmte Regeln. Vor Allem soll man die beabsichtigte Suggestion aufschreiben und dem Kranken vor der Hypnose mittheilen, damit jede Gelegenheit zum Missverstehen der Suggestion ausgeschlossen sei. Sodann soll die Hauptsuggestion, d. h. diejenige, welche sich auf die fixe Idee selbst, nicht auf etwaige Folgezustände derselben bezieht, immer und immer wiederholt werden und zwar stets mit denselben Worten und in der gegenwärtigen, nicht in der zukünftigen Zeitform (man sagt also z. B. nicht: Du wirst denken, glauben u. s. w., sondern: Du denkst). Endlich empfiehlt es sich, die fixe Idee nicht direct, sondern auf Umwegen anzugreifen.

Voigt (Oeynhausen).

272) **John K. Mitchell** and **G. E. de Schweinitz** (Philadelphia): A further study of hysterical cases and their fields of vision.

(The journal of nervous and mental disease. Jan. 1894)

Die Verff. haben in 25 Fällen von Hysterie eine genaue perimetrische Prüfung des Gesichtsfeldes für weiss und für Farben vorgenommen und veröffentlichten in der vorstehend genannten Arbeit ihre Resultate. Achromatopsie, so wie dieselbe von französischer Seite beschrieben worden ist, haben sie nie gefunden. Häufig beobachteten sie eine Umkehrung der normalen Folge der Farben, so dass das Roth den grössten Kreis einnahm; besonders kam dies in Fällen, in welchen hysterische Anästhesie bestand, vor. Das Gesichtsfeld für Grün war öfter, wie die übrigen und relativ am meisten eingeschränkt. Bei der oft schwierigen Unterscheidung von Neurasthenie und Hysterie kann die Gesichtsfeldprüfung oft einen entscheidenden Anhalt geben. Möglicherweise findet sich bei hysterischer Hyperästhesie eine Erweiterung der Farbfelder und ein schärferes Erkennungsvermögen für Farben; die Verff. haben wenigstens in einem Falle eine Andeutung hierfür gefunden. Die Schwere der hysterischen Allgemeinerscheinungen steht in keinerlei Verhältniss zu der Farbensinnstörung. Die gewöhnlichsten perimetrischen Befunde bei Hysterie sind: 1. Einengung der Farbfelder; 2. Einengung der Gesichtsfelder für weiss und Farben; 3. theilweise oder völlige Umkehrung in der Reihenfolge der Farben, so dass meist roth das grösste Gesichtsfeld erhält; hierbei kann zugleich eine Einengung der einzelnen Felder oder theilweise normale Weite oder zuweilen Ueberweite bestehen; 4. Ungewöhnliche Gesichtsfelddefecte (wie Hemianopsie, stärkere Einengung auf der einen wie auf der anderen Seite etc.)

Strauscheid.

273) **J. Mosher**: Mental epilepsy.

(The journal of nervous and mental disease, June 1893.)

Verf. giebt mehrere forensische Beispiele jener Form der psychischen Epilepsie, welche sich nach aussen als plötzlich auftretende Tobsuchtsanfälle heftigster Art, die von Zeit zu Zeit wiederzukehren pflegen, kennzeichnet; nach dem Abklingen des Tobsuchtsanfalles folgt Stupor oder Coma. In ihrem Anfälle werden die Kranken sofort aggressiv und werden durch einen unwiderstehlichen inneren Trieb zum Mord (oft der nächsten Angehörigen oder auch wildfremder Menschen) oder Selbstmord getrieben; regelmässig beobachtet man in solchen Anfällen das Bestehen von Hallucinationen und Wahnideen; oft tauchen letztere bei erneuten Anfällen in ganz gleicher Weise wieder auf, trotzdem sie in der Zwischenzeit ganz verschwunden waren. An den Anfall haben die Kranken entweder gar keine oder eine nur summarische Erinnerung. Sie pflegen mit der Zeit der psychischen Degeneration der Epileptiker anheimzufallen und so allmählich ganz zu verblöden.

Von den mitgetheilten 5 Fällen betreffen die beiden ersten ganz junge Weiber, die plötzlich fremde Personen angegriffen resp. zu tödten gedroht hatten. Der dritte Fall betrifft einen 32jährigen Mann, der früher für ganz harmlos galt, im Anfälle aber unter dem Einflusse schlimmster Hallucinationen seine beiden Eltern ermordete, ihre Herzen herauschnitt, sie

briet und theilweise verzehrte. Ein 45jähriger Mann zieht sich im Winte nackt aus und geht hinaus; in einem andern Anfall ver- letzt er zwei kleine Kinder. Der letzte 48jährige Patient hat sowohl ausserhalb wie innerhalb der Anstalt eine ganze Reihe von Mord- versuchen gemacht.

Strauscheid.

C) Criminal-Anthropologie.

274) Kirn: Geistesstörung und Verbrechen. Vortrag. Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Anstalt Illenau.

(Heidelberg 1892.)

In lichtvoller Weise streift Verf. zunächst die Verwandtschaft zwischen Geistesstörung und Verbrechen, bespricht in grossen Zügen die Verbrecher- psychologie und zwar der Leidenschafts-, Gelegenheits- und Gewohnheits- verbrecher. Die beiden ersten Klassen sind in der Regel geistig vollkommen normale Menschen, letztere bilden die grösste Zahl der Sträflinge und sind in ihrer überwiegenden Majorität identisch mit dem „geborenen Verbrecher“ der italienischen Schule; hierauf wird ein kurzes Bild desselben nach Lom- broso gegeben. Nur ein gewisser Procentsatz der Gefangenen, der aber lange nicht so hoch ist, wie das die Italiener angeben, zeigt körperliche und geistige Abnormitäten, aber durchaus nicht in typischer Weise. Die häufigen intellectuellen oder sittlichen Schwächezustände sind nun aber durchaus nicht immer angeboren und wo sie es sind, durchaus nicht einheitlich. Es giebt also keinen Verbrechertypus. Selten ist das Bild der Moral insanity, das ebenso gut auch erworben sein kann. Ein Vergleich des Verbrechers mit dem Geistes- und Gemüthszustand des Wilden und des Kindes ist durchaus unzulässig. Der Begriff des Ver- brechens und somit des Verbrechers ist kein absoluter, nur ein relativer. Den Entartungszeichen ist nur ein relativer Werth beizulegen; ein abnormaler Schädel insbesondere braucht nicht auch not- wendig ein abnormales Gehirn zu enthalten. „Vielfach wird also der sogenannte Verbrechertypus nicht anders aufzufassen sein als ein Complex erworbener krankhafter Prozesse . . .“ Sicher ist nur, dass der Durchschnitt der Gewohnheitsverbrecher unter dem mittleren geistigen Niveau der Menschen im Allgemeinen steht, aber dies ist durchaus nicht immer angeboren. Moral insanity darf man weiter nicht mit Epilepsie identi- ficiren. — Man sieht, die Sätze Kirn's decken sich völlig mit den Untersuchungen des Referenten, Baer's und vieler Anderer, d. h. sie legen das Unhaltbare der Lehre Lombroso's klar. Freilich werden Kirn und Baer ebenso wie es dem Ref. erging, von Lom- broso als Kenner der Criminalanthropologie nicht anerkannt werden, was sie aber jedenfalls wenig geniren wird, da die Wahrheit trotz Lombroso's sich geltend macht.

Näcke (Hubertusburg).

275) **Wagner v. Jauregg**: Ueberblick über das gesammte Gebiet der socialen Psychiatrie. Antrittsvorlesung an der psychiatr. Klinik an der Landesirrenanstalt in Wien.

(Wien. med. Wochenschr. 1893, S. 148.)

Verf. giebt einen kurzen Ueberblick über das gesammte Gebiet der Psychiatrie, insofern sie als sociale Wissenschaft aufzufassen ist. In marcanen Zügen schildert er die 3 zur Zeit in socialer Beziehung wohl die die wichtigsten Fragen derselben: Alcoholismus, Degeneration, Verbrecher. Während er hinsichtlich der beiden ersten Punkte keine wesentlich neuen Gesichtspunkte bringt, ist seine Anschauung über die Natur des Verbrechers in mancher Beziehung originell; ausserdem aber ist es von Interesse, zu einer Zeit, wo auch in Deutschland die criminalanthropologische Schule Freunde und Gegner gewonnen und zu vielfachen Controversen geführt hat, den Standpunkt jedes erfahrenen Psychiaters kennen zu lernen.

Ohne die grossen Verdienste Lombroso's zu verkennen, ist Verf. der Ansicht, dass eine abnorme psychische Organisation, wie sie Lombroso dem Verbrecher zuschreibt, in das Gebiet der Psychiatrie gehöre; die meisten Züge, welche die criminalanthropologische Schule, allerdings in ausserordentlicher Vertiefung und Erweiterung der Analyse, dem geborenen Verbrecher zuschreibt, kennt die Psychiatrie schon lange bei den Degenerirten, deren Minderwerthigkeit sich hauptsächlich auf der ethischen Seite findet und die früher unter der moral insanity zusammengefasst wurden. Die stigmata criminalitatis sind keine anderen als die stigmata hereditatis. Verf. sieht also in dem Verbrecher nicht wie Lombroso eine Varietät des Menschengeschlechts, eine atavistische Bildung, sondern einen psychischen Krankheitszustand. Während einerseits bei dem Verbrecher einige Momente, die sicher als Krankheit aufzufassen sind, — so die Neigung zu Epilepsie, Geisteskrankheit — dies wahrscheinlich machen, ist andererseits auch die Lehre von den Atavismen — und die antisociale Veranlagung des Verbrechers müsste als psychischer Atavismus aufgefasst werden — nicht ohne Einwand. Ein Theil der Rückschlagsbildungen ist sicher wohl auf fötale oder infantile Hirnerkrankung zurückzuführen.

Die enge Beziehung zwischen atavistischen Symptomen und Krankheitserscheinungen zeigt Verf. auf einem anderen Gebiete der Naturwissenschaft, der Botanik. Man ist im Stande, z. B. durch Verstümmelung einer Pflanze oder intensive Kälteeinwirkung, also durch krankmachende Einflüsse, willkürlich Rückschlagsbildungen zu erzeugen. Diese Pflanzen bringen alsdann Formen, z. B. Blätter hervor, die der jetzigen Spezies nicht eigen sind, wohl aber den in der Tertiärzeit lebenden Vorfahren derselben. Es werden also durch krankheitszeugende Einflüsse Entwicklungsformen hervorgerufen, die als atavistische aufzufassen sind.

Dass ein solches Gesetz, in der Botanik anerkannt, auch für das Thierreich und den Menschen gelte, ist sehr wahrscheinlich. Es könnten demnach gewisse beim Verbrecher vorkommende Merkmale atavistischer Natur und doch die Folge eines krankmachenden Einflusses (z. B. fötaler Hirnerkrankung, Alcoholismus des Erzeugers) sein und damit ist der mit somatischen und psychischen Atavismen Behaftete als Kranker documentirt. Dass die psychischen Atavismen zahlreicher sind als die körperlichen, ist

anzunehmen nach dem Gesetze, dass die Rückschlagsbildungen am häufigsten die zuletzt erworbenen Charactere der Gattung betreffen und zweifellos ist das dem Menschen eigene Seelenleben, vor allem dessen ethische Seite, der zuletzt erworbene Gattungscharacter.

Das Streben der criminal-anthropologischen Schule, welche Trennung des „Zufallsverbrechers“ vom „Verbrecher durch Organisation“ verlangt und bei der Strafe das letzteren nur den Schutz der Gesellschaft, nicht Strafe und Rache bezweckt, erkennt Verfasser an.

Lehmann (Werneck).

276) Actes du troisième Congrès international d'anthropologie criminelle, tenu à Bruxelles en août 1892.

(Bruxelles 1893.)

Genau ein Jahr nach Abhalten des Brüsseler Congresses ist der uns vorliegende officielle Bericht, 525 Seiten (Grossoctav) stark, erschienen, mit einem vorzüglichen Register versehen. Ueber den Werth des Congresses selbst hat Kurella (November 1892), wie ich glaube, etwas zu absprechend geurtheilt; eingehend habe ich die Hauptresultate im 49. Band von Laehr's Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie dargestellt, in kürzerer Weise im neurologischen Centralblatte. Sicher ist viel Unhaltbares und Ueberflüssiges gesprochen, aber auch manche interessante und werthvolle Mittheilung auf dem Congress gebracht worden, wie man erst jetzt, nach Erscheinen des officiellen Berichtes, recht sehen kann. Je nach dem Standpunkt, den man vertritt, wird man enttäuscht oder befriedigt sein. Kurella, der mehr minder den Lombroso'schen Verbrechertypus und die Lehre vom geborenen Verbrecher vertritt, sieht nichts wirklich stichhaltig dagegen Vorgebrachtes, während ich und die meisten Anderen, die diesen Standpunkt bekämpfen, das Gegentheil behaupten, wie auch, dass gerade sehr Vieles für den riesigen Einfluss des Milieus — den individuellen Factor beim Verbrechen hat wohl Niemand gelengnet — geltend gemacht wurde. Wer wird Recht behalten? Nun die Zukunft wird es ja lehren! Jedem Interessenten sei aber der Bericht angelegentlichst empfohlen; er wird sicher, wenn er nicht voreingenommen ist, so manches finden, das ihn freut. Hier sei zu den Kurella'schen Bemerkungen noch einiges hinzugefügt. Interessant ist der Vortrag des Richters Goddyn über die „prisons-asiles et des réformes pénales, qu'elles entraînent.“ Er schliesst sich meist den von den belgischen Aerzten geforderten Massregeln an. Rühmend muss ich an dieser Stelle überhaupt das hohe Interesse und die oft grosse Kenntniss der belgischen Juristen für die Criminal-Anthropologie und Sociologie hervorheben, Dinge, die bei uns kaum zu verzeichnen sind. Wichtig war die Mittheilung von Debierre, der zunächst nachwies, dass manches zur berühmten mittleren Hinterhauptgrube gezählt ward, was gar nicht hierher gehörte, sodann, dass er selbst unter 406 Verbrechern diese Grube nur 13 mal antraf, womit natürlich die ihr von Lombroso ertheilte Wichtigkeit in nichts zerfällt, was man übrigens ja schon früher wusste. Auch konnte er dieselbe bei 30 Anthropoiden und weiter bei Schädeln von Kynecephalen und Macacen nicht finden. Bemerkenswerth sind endlich auch die Vorträge von Motet (les mobiles du

délit et du crime chez l'enfant et chez l'adulte), von Gaudenzi (über einen neuen Craniographen), von Aubry (le vitriol au point de vue criminal) und einige andere. N ä c k e (Hubertusburg).

IV. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Vor der Tagesordnung stellt Herr Bernhardt einen 19jährigen Mann vor mit hochgradiger angeborener rechtsseitiger Ptosis. Beim Oeffnen des Mundes und beim Verziehen des Unterkiefers nach links tritt unwillkürliches Heben des Lides ein. Das Auge hat sonst annähernd normale Sehschärfe; die Pupille reagirt und die Bewegungen derselben sind frei. B. führt das Leiden auf einen Defect in einem Abschnitt des Oculomotoriuskernes zurück. Herr Bruns zeigt gleichfalls vor der Tagesordnung einen Rückenmarkstumor. Es handelt sich um eine 20jährige Dame, die im Beginn ihres Leidens nur über Schmerzen im Kreuz und in den unteren Extremitäten klagte. Später trat eine Paraplegie ein mit Sensibilitätsstörungen, Herabsetzung der electricischen Erregbarkeit, Blasen- und Mastdarmbeschwerden, Fehlen der Patellarreflexe und fibrilläre Zuckungen. Der Vortragende stellte die Diagnose auf Neubildung im Rückenmark und zwar in der Gegend der Lendenanschwellung und beschloss die Vornahme einer Operation. Es wurde das Rückenmark vom 9. Dorsal- bis zum 2. Lendenwirbel freigelegt, doch nichts gefunden. Pat. fühlte sich noch lange Zeit nach der Operation verhältnissmässig wohl und erlag schliesslich der Influenza. Bei der Section wurde ein Sarcom gefunden, das jetzt bereits den oberen Rand der Operationsöffnung nach unten hin überragte und sich hinauf bis zum 7. Dorsalwirbel erstreckte.

Zur Tagesordnung spricht Herr Oestereicher über: Psychische Störung nach Sulfonalgebrauch. Er berichtet über einen Fall, in dem ein 48jähriger Neurastheniker, der fünf Jahre lang Sulfonal gebraucht hatte, nach Aussetzen dieses Mittels plötzlich in einen tobsuchtsartigen Verwirrungszustand gerathen war. Der Patient war körperlich sehr heruntergekommen, hatte Verdauungsstörungen und Beschwerden von Seiten der Nieren gehabt; er erholte sich bald und wurde auch geistig wieder reger.

In der Discussion erwähnt Mendel, dass auch er diesen Fall für ein Intoxicationsdelirium halte, dass er bei der chronischen Sulfonalvergiftung aber auch Fälle getroffen habe, bei denen Verdauungsbeschwerden und Störungen von Seiten der Nieren fehlten, sondern die nur starken Schwindel und Ataxie zeigten. — Nach Aussetzen des Mittels weichen die Beschwerden bald.

Herr Dr. E. Jellineck (als Gast): Ueber das Verhalten des Kleinhirns bei Tabes dorsalis.

Der Vortragende berichtet über 6 Fälle, in denen er im corpus dentatum Schrumpfung der Ganglienzellen, Schwund der markhaltigen Nervenfasern und Verminderung der das corpus dentatum umgebenden Gefässe gefunden hat. Ausserdem konnte er in den Endbäumchen der Hemisphärenläppchen starken Faserschwund constatiren.

Rust-Dalldorf.

V. Zur Tagesgeschichte.

Die diesjährige Sitzung des
Vereins der deutschen Irrenärzte
findet in Dresden am 22. und 23. September statt. Näheres folgt.
Sommer.



Verzeichniss *)
der
Neurologischen Litteratur
für das I. Quartal 1894,
zusammengestellt von
Dr. med. et phil. **G. Buschan.**

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie.

- 1) Azoulay: Quelques particularités de la structure du cervelet chez l'enfant. Soc. de biol. (B.) *Bullet. médic.*, Nr. 19.
- 2) Bechterew, W.: Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. Leipzig, E. Besold.
- 3) Beyer, E. H.: Experimenteller Beitrag zur secundären Degeneration der Pyramidenbahnen. Dissertation. Jena.
- 4) Clasen, F.: Ueber die Muskeln und Nerven des proximalen Abschnittes der vorderen Extremität der Katze. Dissert. Bonn.
- 5) Collens: A contribution of the arrangement and function of the cells of the cervical spinal cord. *New-York med. Journ.*, Nr. 791. S. 98.
- 6) Déjerine: Recherches sur les connexions corticales des fibres du pied du pédoncule cérébral. Soc. de biol. (B.) *Le Bullet. méd.* Nr. 1.
- 7) Déjerine: De la structure des ganglions nerveux de l'intestin chez les mammifères. Soc. de biol. (B.) *Bulletin medical*, Nr. 1.
- 8) Fraser: On the lobus olfactorius impar of birds and mammals. *Royal acad. of med. in Ireland.* (B.) *Lancet*, febr. 17.
- 9) Goodall, Edw.: The microscopical examination of the human brain. London, Baillière & Co.
- 10) Lenhossék: Die Geschmacksknospen in den blattförmigen Papillen der Kaninchenzunge. Würzburg, Stabel.
- 11) Lenhossék: Beiträge zur Histologie des Nervensystems und der Sinnesorgane. Wiesbaden, Bergmann.
- 12) Nissl: Mittheilungen über Karyokinese im centralen Nervensystem. *Vortg. 25. Vers. d. südwestd. psych. Vereins.* (B.) *Neurol. Centrbl.* Nr. 2.
- 13) Nissl, Fr.: Ueber Rosin's neue Färbemethode des gesammten Nervensystems und dessen Bemerkungen über Ganglienzellen. *Neurol. Centralbl.* Nr. 3.
- 14) Rauber, A.: *Lehrbuch d. Anatomie des Menschen.* IV. Aufl. von Quain-Hoffmann's Anatomie, Bd. II, 2. Nervenlehre, Sinnesorgane, Leitungsbahnen. Leipzig, Besold.
- 15) Schaffer, Karl: Ueber die Structur der nervösen und Protoplasmafortsätze der Ganglienzellen (Nissl's Methode). *Közlemenyek az összehasonlító (Bericht aus d. Gebiet der vergl. Physiol. u. Pathologie.* Heft 1).
- 16) Sherrington, C. S.: Note on experimental degeneration of the

*) (B.) oder (M.) oder (R.) bedeutet Bericht, Mittheilung oder Referat. Wo kein solcher Vermerk steht, sind die citirten Arbeiten Originalabhandlungen.

- pyramidal tract. *Lancet*, Febr. 3.—17.
- 17) Villiger, E.: Schema vom Faser-verlauf im Rückenmark. Basel, Sallmann.

2) Physiologie.

a) Spezielles.

- 18) Albert und Schnitzler: ein Versuch über Hirndruck. *Intern. Kl. Bdsch.* Nr. 1—3.
- 19) Arboing, S.: modifications rares de la contraction des cavités du coeur sous l'influence de la section et des excitations des nerfs pneumogastriques. *Arch. de physiol.* Nr. 1.
- 20) Bechterew u. Oskankow: über den Einfluss der Grosshirnrinde auf den Schluckact. *Ges. d. Neuropath. u. Psych. zu Kasan.* (B.) *Neurol. Centralbl.* Nr. 2.
- 21) Berkholz: experim. Studie über die Wirkung des Physostigmin, Santonins, Codeins, Cocains, Strychnins und der Carbonsäure auf die psychomotorische Zone der Grosshirnrinde. *Diss. Riga.*
- 22) Bianchi: über die Funktion der Stirnlappen. *Berl. Klin. Wochenschr.* Nr. 13.
- 23) Brunner C.: die bisher. Resultate experim. Untersuchungen über die Art der Wirkung des Tetanusgiftes auf das Nervensystem. *Deut. med. Wochenschr.* Nr. 5.
- 24) Butte, L.: action du nerf pneumogastrique sur la fonction glyco-génique du foie. *Soc. de biol. (B.) Semaine méd.* Nr. 11.
- 25) Colman, W. S.: on so-called „colour hearing“. *Lancet*, march 31.
- 26) Doyon: de l'action exercée par le système nerveux sur l'appareil excréteur de la bile. *Arch. de physiol.* Nr. 1.
- 27) Dreser, H.: über die Beeinflussung des Lichtsinnes durch Strychnin. *Arch. f. experim. Patholog.* 2—3.
- 28) Gley E. und Rochon-Duvignau: contribution à l'étude des troubles trophiques chez les chiens thyroïdectomisés. *Arch. de phys.* Nr. 1.
- 29) Grigorescu: action des substances toxiques sur l'excitabilité des nerfs et des muscles périphériques. *Arch. de phys.* Nr. 1.
- 30) Krogius, Ale.: Zur Frage von der Cocainanalgesie. *Centralbl. f. Chir.* Nr. 11.
- 31) Lewin u. Boer: Quetschung und Ausrottung des Ganglion coeliacum. *Deutsch. med. Wochenschr.* Nr. 10.
- 32) Letourneau: l'évolution littéraire dans les diverses races humaines. *Bibl. anthrop. t. XV Paris, Ba-taille & Co.*
- 33) Morat und Dufourt: les nerfs glyco-sécréteurs. *Lyon médic.* Nr. 7.
- 34) Morat: nerfs et centres inhibiteurs. *Arch. de phys.* Nr. 1.
- 35) Mosso, Aug.: die Temperatur des Gehirns. *Leipzig, Veit.*
- 36) Pándi, Kolom.: über die Veränderungen des Central-Nervensystems nach chronischer Vergiftung mit Brom, Cocain, Nicotin und Antipyrin. *Ung. Archiv f. Medic.* 3 u. 4.
- 37) Russell, Risien: functions of the cerebellum. *Proceed. of the Roy. Soc. (B).* *Lancet*, march 31.
- 38) Unna: über mucinhaltige Bestandtheile der Neurofibrome und des Centralnervensystems. *Mtsht. f. pract. Dermat.* Nr. 2.
- 39) Vetter: über die neueren Experimente am Grosshirn, mit Bezugnahme auf die Rindenlocalisation beim Menschen. *Deut. Arch. f. klin. Med.* Bd. 52 S. 352.
- 40) Wladimiroff, A.: über die anti-toxin erzeugende und immunisierende Wirkung des Tetanusgiftes bei Thieren. *Zeitschr. f. Hygiene.* XV, 3.
- 41) Zeissl, v. M., neuere Versuche über Innervation der Blase. *Gas.*

d. Aerzte in Wien. (B.) Wien. med. Presse Nr. 4.

b) Allgemeines.

- 42) Frey, M. v.: die Gefühle und ihr Verhältnis zu den Empfindungen. Leipzig, Besold.
- 43) Kräpelin: über geistige Arbeit, Jena, G. Fischer.
- 44) Laborde, J.-V.: les sensations et les organes des sens dans leurs relations avec les fonctions intellectuelles et instinctives. Rev. mens. de l'école d'anthropologie, Nr. 1.
- 45) Manouvrier: Essai sur les qualités intellectuelles considérées en fonction de la superiorité cérébrale quantitative, Revue mens. de l'école d'anthropologie, mars.
- 46) Mund, H.: Die körperliche und geistige Erziehung der Kinder. Hannover, Mett.
- 47) Porter, Townsend: Untersuchungen der Schulkinder in Bezug auf die physischen Grundlagen ihrer geistigen Entwicklung. Verh. d. Berl. anthrop. Gesellsch., XXV, Heft 6, S. 337.
- 48) Pszybiszewski, Stan.: Psychischer Naturalismus. Freie Bühne, Nr. 2.
- 49) Warlich, H.: Wie kann ein gesunder Körper und ein gesunder Geist bei der Erziehung der deutschen Jugend gebildet werden? Cassel, Hühn.
- 50) Wilks, Samuel: On the nature of dreams. O. Medic. Magazine, Nr. 8, febr.

3. Allgemeine Pathologie.

a) Allgemeines.

- 51) Althaus, Jul.: Ueber Encephalasthenia. Deutsch. med. Wochenschrift Nr. 13.
- 52) Blocq, Paul: Études sur les maladies nerveuses. Paris, Rueff & Co.

53) Brissaud: Ueber pathologisches Lachen und Weinen. Intern. klin. Rdsch. Nr. 12.

54) Calba, H.: Troubles nerveux et sensitifs chez les tuberculeux pulmonaires. Thèse, Lyon, 3. Janv.

55) Debove u. Achard: Manuel de médecine. t. IV: Maladies du système nerveux.

56) Kupferschmid, Adb.: Das Kindesalter und dessen geistige und leibliche Entwicklung; die Entstehung der Nerventübel und die Erfolge des Kneipp'schen Heilverfahrens in Bezug auf nervöse Erkrankungen etc. Freiburg i. B. Schorpp.

57) Laache, S.: Zur Lehre von den Schmerzen sogenannten vasculären Ursprunges. Deut. med. Wochenschrift Nr. 13.

58) Schwarz, Arthur: Ueber acute nervöse Erschöpfung. Gyógyászat Nr. 1 u. 2.

59) Solis-Cohen: On vasomotor ataxia. Amer. Journ. of the med. scienc., febr., Nr. 262.

60) Szegö, Koloman: Ueber die nervösen Erscheinungen bei der Rachitis. Magyar Orv. Archiv, Heft 3.

61) Vedeler: Impotentia feminarum. Norsk. Magaz. f. Lægevidensk. Nr. 3, S. 183.

b) Sensibilität, Reflexe.

62) Hughl, Jackson: Dr. Risien Russel's recherches on the kneejerks during artificially induced asphyxia in dogs and rabbits. The kneejerks in two cases of opium poisoning. Lancet I, jan. 20.

63) Jurka, H.: Ueber den Werth der Goldscheider'schen Methode. Monatschr. f. Unfallheilkd. Nr. 2.

64) Letang: Note sur un nouveau procédé d'anesthésie locale; applications thérapeutiques de la méthode

et détermination de l'équivalent mécanique de la sensibilité. Thèse, 10. mars, Paris.

65) Müller, G.: Eine einfache Methode, simulirte Schmerzen zu diagnostizieren. Mtschr. f. Unfallheilkunde Nr. 4.

66) Stewart, T. Grainger: On a case of perverted localisation of sensation or allachaesthesia. Brit. med. Journ., jan. 6.

67) Verhoogen: Dissociation de la sensibilité dans un cas de lésion des nerfs du plexus brachial. Journ. de méd. de Bruxelles, Nr. 3, S. 66.

4. Pathologische Anatomie.

68) Babès u. Marinesco: Sur les formes de la dégénération et de l'inflammation des nerfs in Atlas d. pathol. Histologie des Nervensystems. Berlin, Hirschwald.

69) Babès: Sur les divers stades et les formes de la dégénération des faisceaux nerveux dans les cordons de la moelle in Atlas d. pathol. Histologie d. Nervensystems. Berlin, Hirschwald.

70) Emminghaus, H.: Einiges über pathologisch-anatomische Befunde bei Innervationsstörungen des Darmes. Münch. med. Wochenschrift, Nr. 506.

71) Göschel: Sectionsbefund eines in Folge von Fractur der Schädelbasis und eitriger Meningitis verstorbenen Arbeiters. Aerztl. Localver. Nürnberg (B.), Münch. med. Wochenschr. Nr. 9.

72) Holm, Harald: Pathologisk-anatomiske Forandringer af Ganglioceller i Centralnervesystemet (pathol.-anat. Veränderungen d. Ganglienzellen d. Centralnervensystems). Norsk. Magaz. f. Lægevid. Nr. 3, S. 161.

73) Homén: Sur les altérations des nerfs après les amputations in Atlas d. pathol. Histologie des Nervensyst., Berlin, Hirschwald.

74) Jalland: Myxo-fibrome of the cauda equina and other nerves. York County Hosp. (B.) Lancet, march 31.

75) Jellinek. Ueber das Verhalten des Kleinhirns bei Tabes dorsalis. Berl. Ges. f. Psych. (B.) Allg. Centr.-Ztg. Nr. 25.

76) Leyden: Die neuesten Untersuchungen über die pathologische Anatomie und Physiologie der Tabes dorsalis. Berl. Ges. für Psych. (M.), Neur. Centralbl. Nr. 1.

77) Obersteiner u. Redlich: Ueber Wesen und Pathogenese der tabetischen Rückenmarkserkrankung. Ges. d. Aerzte in Wien. (B.) Wien. klin. Wochenschr. Nr. 9.

78) Otto, B.: Untersuchungen über Sehnervenveränderung bei Arteriosclerose. Oest.-ung. Centralbl. Nr. 2.

79) Pfeiffer, R.: Ueber eigenartige Veränderungen in der Arachnoides, den extramedullären Rückenmarkswurzeln und den beiden Nervi optici. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., Heft 1, S. 45.

80) Sölder, v.: Präparate von einem diffusen Gliome. Verein f. Psych. in Wien. (B.) Wien. klin. Wochenschrift Nr. 1.

81) Taylor, Edw. Wyllus: Zur pathologischen Anatomie der multiplen Sclerose. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk., Heft 1.

82) Vanlair, C.: Sur la régénération des nerfs. In Atlas der pathol. Histologie d. Nervensystems. Berlin, Hirschwald.

83) Rüdinger: Ueber absichtliche Schädelumbildung. Münch. anthrop. Gesellsch. (B.) Correspondenzblatt der deutsch. Gesellsch. f. Anthrop. Nr. 1.

84) Wheaton: Two specimens of congenital cranial deformity in infants etc. Path. Soc. (B.) Lancet I, jan. 20.

5. Specielle Pathologie.

I. Gehirn.

a) Allgemeines.

85) Bronner: On intra-cranial disease secondary of ear disease. Bradford med.-chir. Soc. (B.) Lancet, febr. 17.

86) Debierre, Ch.: La moelle épinière et l'encephale avec applications physiol. et méd.-chirurg. et suivis d'un aperçu sur la physiologie de l'esprit. Paris, Alcan.

87) Estense- Giov. Silv.: Amnesia retro-antegrada emotiva. Ref. med., Nr. 5

88) Eulenburg: Differenzialdiagnostische Uebersicht der klinisch wichtigsten Erkrankungsformen des Gehirns und der Gehirnhäute. Börner's Reichs-Medic. Kalender für 1894. Beiheft.

89) Körner: Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Frankfurt a./M. Alt.

90) Lautard: Étude sur les anomalies des vaisseaux de la base de l'encéphale. Thèse, Paris, janv. 10.

91) Isidor: Lésion cérébrale et crânienne. Soc. anatom. (B.) Bullet. méd. Nr. 3.

92) Reichert: The effects of certain parts of the brain upon the heat processus. Univers. med. Magaz. Nr. 5, febr.

b) Tumoren.

93) Brissaud: diagnostic d'une tumeur du corps restiforme, autopsie. Progrès méd. Nr. 3. S. 41.

94) Bruns: zur differentiellen Diagnostik zwischen den Tumoren des

Kleinhirns und der Vierhügel. Berl. Ges.f.Psych. (M.)Neur.Centrbl.Nr.1.

95) Bruns: Demonstration eines Präparates von Rückenmarktumor. Berl. Ges. f. Psych. (B.) Allg. Centr. Ztg. Nr. 25.

96) Jackson, Hughl. u. Russell, Ris.: a clinical study of a case of cyst of the cerebellum. Brit. med. Journ. Nr. 1730 febr. 24.

97) Keen: four cases of brain tumour. Amer. journ of med. sc. Nr. 1.

98) Klein: cases of brain tumour. Amer. Journ. of the med. scienc. febr. Nr. 262.

99) Jalland: cerebellar tumour; necropsy. Lancet I. march 17.

100) Pel, P. K.: eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz und mit normalem Augenhintergrund; Exstirpation Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 5.

101) Steele, A. K.: report of a case of cerebral tumour diagnosed by focal symptoms; operation, successful removal of tumour. Journ. of amer. med. assoc. Nr. 4.

102) Taylor, James: a post-graduate lecture on intra-cranial tumours. Lancet I, jan. 20.
Ferner Nr. 150.

c) Abscess.

103) Hughl Jackson: temporo-sphenoidal abscess from ear disease; right hemiplegia with lateral deviation of the eyes and aphasia; trephining; recovery Lancet febr 17.

104) Moullin, Mansell: a case of cerebral abscess in a boy. Clin. Soc. of Lond (B) Lancet I, march. 17.

105) Säger: ein chirurgisch geheilter Fall von Abscess im rechten Schläfenlappen Aerztl. Ver. Hamburg. (B) Deut. med. Wochenschr. Nr. 2.

d) Hämorrhagie, Trauma.

106) Albers: complic. Bruch des linken Seitenwandbeines mit Krämpfen auf

- der entgegengesetzten Körperseite. Freie Vereinig. d. Chir. Berlin. (B.) Centrbl. f. Chir. Nr. 5.
- 107) Astros d': pathologie du pédoncule cérébral; les hémorragies, les ischémies et les ramolissements; les localisations pédonculaires. Rev. de méd. janv.
- 108) Fox: a case of cerebral haemorrhage in a child seven years of age, following mitral disease. (B.) Lancet I, jan. 27.
- 109) Haslam, Will. F.: case of haemorrhage from a branch of the middle meningeal artery; trephining, recovery. Lancet febr. 24.
- 110) Littlewood: two cases of middle meningeal haemorrhage, with well-marked brachial monoplegia in one of them. Lancet, feb. 17.
- 111) Nägeli-Ackerblom: ausgedehnte Gehirnruptur par Contrecoup ohne Schädelknochenfractur. Allg. med. Centralzt. Nr. 23.
- 112) Vlantassopoulo: contribution à l'étude de l'hérédité dans l'hémorragie cérébrale. Thèse, Paris févr. 8.
- 113) Waters: left hemianaesthesia and hyperhidrosis following an injury three years ago. Sheff. med.-chir. Soc. (B.) Lancet, march. 31.
- e) Thrombose, Embolie.
- 114) Campbell: a case of thrombosis of the left inferior cerebellar artery with lesion of the spinal cord. Liverp. med.-chir. Journ. jan. Nr. 26.
- 115) Eskridge: bilateral cerebral thrombosis due to syphilitis arteritis with incontinence of the vesical and anal sphincter. New-York med. Journ. jan. 6, Nr. 1096.
- 116) Saveliew: Gehirnaterien-Embolie. Virchow's Archiv Heft 1, S. 112.
- 117) Wicks, Charl.: cerebral embolism occurring in a girl aged nine years and eleven months Lancet I, jan. 20.

f) Varia.

- 118) Allocco d': Ein Fall von primärer Tuberculose des Kleinhirnwurmes u. Basilar meningitis. Boll. delle cliniche. Genn.
- 119) Greiwe, J. E.: Ein solitärer Tuberkel im rechten Grosshirnschenkel etc. Neurol. Centralblatt Nr. 4.
- 120) Möller, Magnus: Ett Fall af hiernsyfilis med akut leptomeningit. (Fall von Gehirnsyphilis mit acuter Leptomeningitis.) Hygiea Nr. 1, S. 85.

g) Hemiplegie, infantile Lähmungen, bulbäre Lähmungen.

- 121) Fisher, Theod.: Hemiplegia during perforation of an empyema cavity etc. Lancet I, march 17.
- 122) Rosenfeld: Ein Fall von infantiler spastischer Hirnlähmung. Aerztl. Ver. Nürnberg. (B.) Münch. med. Wochenschr. Nr. 3.
- 123) Filatow, N.: Bulbärparalyse bei einem Kinde von 11 Jahren. Russisch. Med. obozr. Nr. 1. (B.) Bullet. médic. Nr. 26. Allg. med. Centr. Ztg. Nr. 28.
- 124) Tollemer: Poly-encéphalites supérieures; ophthalmoplégies nucléaires ou paralysies bulbaires supérieures. Thèse, Paris, mars 15.
- 125) Vignes: Ophthalmoplégie orbitaire d'origine traumatique. Soc. d'ophtalm. (B.) Bullet. méd. Nr. 22. Ferner Nr. 188, 202, 421, 473.

h) Aphasie, Taubheit, Stummheit.

- 126) Behrens, P.: Ueber Aphasie im Kindesalter nach cerebraler Hemiplegie. Diss. Göttingen.
- 127) Bloch: Die Hörfähigkeit der Taubstummen. Wien. med. Blätter Nr. 2.
- 128) Bouisson: De l'aphasie pneumonique passagère. Thèse, Paris, janv. 25.

- 129) Chereau: Sur quelques cas d'aphasie transitoire chez des fumeurs. Thèse, Paris, janv. 10.
- 130) Gutzmann: Heilungsversuche bei centromotorischer und centrosensorischer Aphasie. Ver. f. innere Medic. (B.) Allg. med. Centralztg. Nr. 12.
- 131) Hebold, O.: Ein Beitrag zur Lehre von der Aphasie. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, H. 3 u. 4.
- 132) Lockwood, C. B.: On the transient aphasia occurring during the course of syphilis. Harveian Soc. (M.) Lancet I, jan. 20.
- 133) Treitel, L.: Grundriss d. Sprachstörungen, deren Ursache, Verlauf und Behandlung. Berlin, Hirschwald.
- 134) Waldo, Henry: Motor aphasia without hemiplegia. Brit. med. Journ., jan. 6, S. 15.
- 135) Wyllie: Aphasia and other disturbances of speech. Edinbg. med. Journ., febr.
Ferner Nr. 268, 277, 278.
- i) Sehstörungen, Pupillenreaction.
- 136) Adamük: Zwei Fälle von Neubildungen des Nervus opticus und der Orbita mit letalem Ausgang. Arch. f. Augenheilk., XXVIII, 2, S. 129.
- 137) Bruns: Ein neuer Fall von Alexie mit rechtsseitiger homonymer Hemianopsie (subcorticale Ataxie, Wernicke) mit Sectionsbefund etc. Neur. Centrbl. Nr. 1 u. 2.
- 138) Brunton, Lauder: Headaches, pointing out the frequency of their dependance upon ocular defects. Practit. Nr. 2.
- 139) Magnus, H.: Ein Fall von Rindenblindheit. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 4.
- 140) Ord und Shattock: Left hemisphere of a brain from a case of

- aphasia Path. Soc. of London. (B.) Lancet, march 24.
- 141) Samelsohn: Seltener Beobachtungen zur Semiotik der Pupillenreaction. Niederrh. Ges. für Natur und Heilkd. (B.) Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 4.
- 142) Sulzer: Des troubles oculaires du vertige paralytant Ann. d'ocul. Bd. 41, Nr. 1, S. 5.
- 143) Uthhoff, W.: Untersuchungen über die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen. Arch. für Ophth. 40, 1, S. 43.
Ferner Nr. 269, 270.

k) Meningitis.

- 144) Drews, R.: Gleichzeitige Erkrankung an Typhus abdom. und Meningitis cerebrospin. bei einem 3¹/₂jährigen Kinde. Allg. med. Centralztg. Nr. 10.
- 145) Eilers, P.: Fälle von tuberculöser Meningitis im Anschluss an operativ geheilte Caries des Schläfenbeins. Diss. Halle.
- 146) Flexner u. Barlow: Contribution to the knowlege of epidemic cerebro-spinal meningitis. Amer. Journ. of the medic. scienc., febr., Nr. 262.
- 147) Grasset: Pneumococcie méningée. Semaine médic. Nr. 14.
- 148) Roger u. Crochet: Hémorrhagie méningée d'origine charbonneuse. Soc. méd. des hôpit. (B.) Semaine médic. Nr. 14.
Ferner Nr. 398.

II. Rückenmark.

a) Allgemeines.

- 149) Eulenburg: Grundzüge einer klinischen Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten. Börner's Reichs-Medic. Kalender für 1894. Beiheft.
- 150) Mayer: Ueber Rückenmarksveränderungen bei Hirntumoren.

- Ver. f. Psych in Wien. (B.) Wien. klin. Wochenschr. Nr. 1.
- 151) Marie, Pierre: Vorlesungen über die Krankheiten des Rückenmarkes. Deutsch von Max Weiss. Wien, Deuticke.
- b) Trauma, Tumoren, Halbseitenlähmung.
- 152) Frank, E.: Ueber einen Fall von Tumor sacralis congenitus mit maligner Degeneration. Prag. med. Wochenschr., 12. Jan.
- 153) Ferrier u. Watson Cheyne: A case of tumour of the spinal cord; removal of tumour; death. Lancet I, march 24.
- 154) Görchel: Ein Fall von Brown-Séquard'scher Halbseitenlähmung des Rückenmarkes. Aerztl. Ver. Nürnberg. (B.) Münch. med. Wochenschrift Nr. 3.
- 155) Herhold: Ueber einen Fall von Brown-Séquard'scher Halbseitenverletzung des Rückenmarks. Deut. med. Wochenschr. Nr. 1.
- 156) Hulke: A case of injury of the lumbar swelling of the spinal cord caused by a fall. Lancet I, march 17.
- 157) James, Alex.: Clinical lecture on a case of spinal injury. Edinb. med. Journ., S. 622, jan.
- 158) Pfeiffer, R.: Zur Diagnostik der extramedullären Rückenmarkstumoren. Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkd., Heft 1, S. 62.
- 159) Ransom u. Thompson: Case of tumour of the spinal dura mater. Brit. med. Journ. Nr. 1730, 24. febr.
- 160) Turney u. Clutton: Case of tumour pressing on the spinal cord; operation; death. Lancet, Febr. 17.
- c) Myelitis.
- 161) Bateau: Myélite syphilitique. Gaz. méd. de Nantes Nr. 3.
- 162) Deroye u. Gallois: Myélite ascendante aiguë d'origine grippale. Soc. de scienc. méd. de la Côte d'Or. (B.) Bullet. méd. Nr. 10.)
- 163) Félix, H.: Mort rapide par myélite ascendante aiguë d'origine infectieuse. Ann. de méd. et de pharm. milit., Nr. 1, S. 37.
- 164) Lamy: De la méningo-myélite syphilitique. Gaz. hebdom. Nr. 7.
- 165) Lomonaco, A.: Su di un notevole caso di mielite acuta diffusa. Gazz. med. di Roma Nr. 15.
- 166) Marie, P.: Origine poliomyélique de certaines lésions des faisceaux blancs médullaires dans la pellagra etc. Soc. médic. (B) Bullet. méd. Nr. 4. Merc. méd. Nr. 3.
- 167) Plessner, W.: Ueber toxische Myelitis. Diss. Berlin.
- 168) Sottas: Myélites syphilitiques. Thèse, 10. mars, Paris.
- d) Sclerose, Tabes und Verwandtes.
- 169) Babinski: Sur les scléroses systématiques dites primitives de la moelle. (B.) Bull. méd. Nr. 6, Merc. méd. Nr. 4.
- 170) Takács, And.: Drei Fälle von multipler Sclerose; ein Fall von Polyneuritis. Ver. d. Spitalärzte zu Budapest, 21. Febr. Ferner Nr. 81.
- 171) Brissaud: Maladie de Little et tabes spasmodique. Semaine médic. Nr. 12.
- 172) Douglas: Tabes dorsalis. Medic. Press. Nr. 2853.
- 173) Fournier: Les crises gastriques du tabes. Tribune médic. Nr. 2, Gaz. des hôp. Nr. 5.
- 174) Isaac u. Koch: Der Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes dorsalis. Dermat. Zeitschr., Heft 2.

(Fortsetzung folgt.)

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 Juli.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Ueber eine neue Untersuchungsmethode des Centralorgans speciell zur Feststellung der Localisation der Nervenzellen.¹⁾

Vortrag, gehalten bei der Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 3. Juni 1894.

Von Dr. Franz Nissl,

II. Arzt. an der städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Die neue Methode ist eine experimentelle Untersuchungsmethode des gesamten centralen Nervensystems, deren Leistungsfähigkeit allerdings ganz bestimmte und relativ enge Grenzen gezogen sind. Wenn die neue Methode auch nicht die allgemeine Bedeutung beanspruchen kann, wie sie z. B. die Gudden'sche Methode oder die entwicklungsgeschichtliche oder die vergleichend anatomische Methode besitzt, so hat sie vor allen übrigen hirnanatomischen Untersuchungsmethoden den Vorzug, dass sie eine genaue Feststellung der Localisationsverhältnisse der Nervenzellen innerhalb der grauen Massen ermöglicht.

Ich will ein recht klares Beispiel wählen. Die Aufgabe würde lauten, für jeden einzelnen Augenbewegungsmuskel, also z. B. für den muscul. rectus oculi super. oder m. r. o. infer. oder für den musculus obliquus inferior oder für die Pupillenbewegung u. s. f. die entsprechenden Nervenzellen im Oculomotoriuskern zu localisiren.

Es ist wohl allgemein anerkannt, dass auch die eingehendste Untersuchung des normalen Objectes hier kaum zum Ziele führen wird, sollte auch das Object in eine durchaus vollständige lückenlose Schnittreihe zerlegt worden sein. Aber ich kenne auch unter den übrigen Untersuchungsmethoden keine, die eine glatte und prompte Beantwortung der gestellten Aufgaben ermöglichte. Es könnte sich hierbei überhaupt nur um die Gudden'sche Methode handeln. Vielleicht käme noch die Marchi'sche in Betracht. Allein beide werden uns gerade an der Stelle, an der unsere Untersuchung einsetzen soll, im Stiche lassen.

¹⁾ Nach einem auf der XIX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden gehaltenen Vortrage.

Denn bei der Gudden'schen Methode haben sich von allen Seiten her die gesund gebliebenen Oculomotoriuskernteile gegen die Lücke des atrophisch gewordenen Theiles hin verschoben und schon dadurch ist es, insbesondere wenn es sich nur um wenige Nervenzellen handelt, oft geradezu unmöglich, die Stelle genau festzustellen, auf der sich die entsprechenden Zellen befunden haben, ganz abgesehen davon, dass es schwierig ist, die Schnittfläche so anzulegen, dass beide Hälften völlig correspondiren. Beim Marchi'schen Präparat ist zu erwägen, dass mit dem Aufhören der Markscheiden überhaupt jedes weitere Vordringen ausgeschlossen ist, dass das vereinzelte Auftreten der schwarzen Degenerationskügelchen keine Garantie für die Sicherheit der Deutung des Befundes giebt und dass Degenerationserscheinungen an den Nervenzellen in derartigen Präparaten nicht mit Sicherheit nachzuweisen sind. (Bregmann).

Allerdings könnte man noch die Methode der secundären Degeneration anführen mit dem Hinweise darauf, dass z. B. die Oertlichkeitsverhältnisse der Nervenzellen für die Daumenballenmuskulatur im Rückenmark bereits festgestellt sind, dass auch durch die Rückenmarksuntersuchungen von im Vorderarm Amputirten über den Sitz der entsprechenden Nervenzellen genauere Angaben gewonnen wurden und dass über die Localisationsverhältnisse der Ganglienzellengruppen in der Lendenanschwellung Mittheilungen vorliegen. Hiergegen ist einzuwenden, dass einmal die Ergebnisse der secundären Degenerationsmethode nicht übereinstimmen und andererseits sich im Wesentlichen nur auf die grossen Nervenzellen der Vorderhörner beschränken, davon gar nicht zu reden, dass die Angaben hinsichtlich der Localisationsbestimmungen der grossen Nervenzellen der Vorderhörner keinen Anspruch auf grosse Genauigkeit machen können. Bei der Amputation des Vorderarms z. B. sind auch dessen sensible Nerven mit entfernt worden, denen doch ebenfalls Nervenzellen entsprechen müssen. Ueber den Sitz dieser erfahren wir nichts, gar nicht zu reden von den Spinalganglienzellen, die auch mit dem entfernten Gliede irgendwie in Zusammenhang stehen. Dazu kommt, dass die Methode der secundären Degeneration in der Regel in Verbindung mit der Chromsalzhärtung ausgeführt wird und dass der Gebrauch des Chromsalzes an und für sich schon, wie ich bereits vor Jahren nachgewiesen habe, eine genauere Feststellung der Localisationsverhältnisse der Nervenzellen ausschliesst.

Aber auch angenommen, dass die Methode der secundären Degeneration in Zusammenhang mit einer guten Nervenzellendarstellungsmethode in Anwendung gebracht wird, so sind die Ergebnisse trotz allem mit der allergrössten Vorsicht aufzunehmen. Ich weise auf folgende wichtige Umstände hin, die in Betracht gezogen werden müssen.

Es steht fest, dass jene Zellform, die wir in den motorischen Kernen und in den Vorderhörnern des Rückenmarks finden, einer regressiven Veränderung anheimfällt, sobald die Verbindung zwischen Nerven- und Muskelzelle unterbrochen wird, dass diese Veränderung stürmisch¹⁾ einsetzt und

¹⁾ Der Process setzt meist an einer Stelle der Peripherie der Zelle (am Nervenfortsatzhügel dieser Zellen; damit ist nämlich jene sanfte Hervorwölbung von sich nichtfärbender Substanz gemeint, aus der der Nervenfortsatz entspringt) ein und äussert sich hauptsächlich an den färbaren Substanzportionen des Zelleibes darin, dass dieselben unter einer feinkörnigen Umwandlung rareficiren, wobei der Kern die Tendenz zeigt, ganz an die Peripherie der Zelle zu rücken.

ungefähr am 18.—22.—30. Tage ihren Höhepunkt erreicht hat und dann eine Weile stabil bleibt. Von jetzt an zeigt sich eine eigenthümliche Erscheinung. Ein sehr kleiner Theil fällt dem Zelluntergange anheim; der weitaus grösste Theil der getroffenen Zellen aber beginnt sich langsam zu erholen, wahrscheinlich von Seite anderer Verbindungen aus, so zwar, dass z. B. beim Facialiskern 50—60 Tage nach der Unterbrechung die Unterscheidung der anfänglich hochgradig veränderten Zellen von gesunden Zellen für den Ungeübten Schwierigkeiten macht. Bezüglich des weiteren Verhaltens dieser Zellen und ihres Endschiicksals möchte ich heute noch kein endgültiges Urtheil¹⁾ abgeben, da das bisherige Material zu einer so wichtigen Schlussfolgerung doch zu dürftig genannt werden muss. Andere Nervenzellenformen reagiren in wesentlich anderer Weise, wenn ihre Verbindung mit dem Endorgan oder mit dem zunächst gelegenen peripheren oder centralen Centrum unterbrochen wird. Die einen fallen regressiven Veränderungen anheim, die stürmisch einsetzen und sehr rasch zum Zelluntergang führen; bei anderen Nervenzellenformen verläuft die regressive Veränderung viel langsamer und allmählig, um dann, wie es scheint, bei einem gewissen Stadium auf längere Zeit stabil zu bleiben; bei wieder anderen Zellformen bin ich nur in der Lage, angeben zu können, dass auch sie eine regressive Umwandlung erfahren, dass ich aber weder über deren Verlauf, noch auch über deren Endschiicksal genaueres weiss. Zu diesem vielgestaltigen Verhalten der einzelnen Zellformen kommt noch, dass wir nichts wissen von dem Endschiicksal der Neurogliawucherungen, die stets mit den regressiven Veränderungen der Nervenzellen einhergehen und hinwiederum nichts von dem Einfluss gewucherter Gliazellen auf gesunde Nervenzellen der Umgebung, dass wir ferner darüber im Unklaren sind, ob bei lang dauernden Degenerationsvorgängen nicht die rückläufigen Nervenzellveränderungen über das nächstgelegene Centrum hinausschreiten. Dazu kommen noch die unausbleiblichen Verschiebungspänomene und ähnliche Factoren. Kurz, selbst auch angenommen, dass die Methode der secundären Degeneration in Verbindung mit einer guten Nervenzellendarstellungsmethode geübt wird, so sind in Bezug auf die Nervenzellen so viele noch nicht aufgeklärte Erscheinungen vorhanden, dass die Feststellung der Localisation der abhängigen Nervenzellen mit Sicherheit nicht gelingt.

Während also mit Hilfe der bisherigen Untersuchungsmethoden eine genaue derartige Feststellung nicht ermöglicht wird, gestattet dieses die neue Methode in relativ einfacher Weise.

Sie beruht auf folgenden gesetzmässigen Thatsachen:

1. Die Aufhebung der Verbindung mit Nervenzellen mit ihrem Endorgan gleichgültig, ob dies eine Muskel- oder Sinnesepithelzelle ist, ruft in den Nervenzellen eine regressive Veränderung hervor. Ich betone, dass es sich hierbei nicht um neugeborene, sondern um erwachsene und halberwachsene Thiere handelt.
2. Im Centralorgan ruft die Hinwegnahme eines Centrums oder die Durchschneidung der aus diesem Centrum hervortretenden Bahn in den

1) Mit aller Reserve möchte ich meine subjective Meinung dahin aussprechen, dass diese (motorische) Nervenzellen schliesslich doch jener Veränderung anheimfallen, die man zweckmässig als einfache Atrophie der Zellen bezeichnet.

Nervenzellen des zunächst gelegenen und von jenem Centrum direct abhängigen Centrums eine rückläufige Veränderung hervor, die in den allerersten Wochen sicher nicht über das zunächstgelegene Centrum hinausgreift.

3. Je nach der Nervenzellenform verläuft die rückläufige Veränderung verschieden. Ganz allgemein kann man aber von sämtlichen Nervenzellenformen sagen, dass die Veränderungen zunächst in einer Schwellung des Zellkörpers und in eigenartigen Alterationen¹⁾ der sich färbenden Substanzportionen, bei einigen Zellformen auch in spezifischen Erscheinungen des Zellkerns bestehen. Weiterhin gilt von sämtlichen Zellveränderungen gemeinsam, dass sie bei Anwendung zweckentsprechender Methoden ohne jede Schwierigkeiten ziemlich zu gleicher Zeit ungefähr 8—15 Tage nach dem experimentellen Eingriff erkannt werden können.
4. Es ist ein Gesetz im gesammten Centralorgan, dass in dem Momente, wo die Nervenzellen von einer Noxe direct getroffen, eine rückläufige Veränderung erfahren, die Gliazellen der Umgebung eine progressive Veränderung erleiden. Es ist ganz gleichgültig, welcher Art die Noxe ist: stets reagirt die Gliazelle der Umgebung mit einer üppigeren Entfaltung des Zellenleibes, mit einem Succulenterwerden desselben; bisher sich nicht tingirende Zellkörper werden sichtbar und den Höhepunkt der progressiven Erscheinungen kennzeichnet die Proliferation der Gliazelle auf dem Wege der Karyokinese.²⁾ Weigert gebührt das Verdienst, dieses Gesetz in seinem vollen Umfang erkannt zu haben. Ich betone, dass diese innige Wechselbeziehung zwischen progressiver Veränderung der Gliazellen und regressiver der Nervenzellen nur dann eintritt, wenn eine Noxe lediglich nur die spezifischen Elemente des Centralorgans, also die Nervenzelle und -Faser schädigt.

Selbstverständlich werden diese Thatsachen nur dann fructificirt werden können, wenn die Technik uns eine Methode zur Verfügung stellt, die eine sofortige und absolut sichere Erkennung der rückläufigen Nervenzellenveränderungen gestattet. Eine derartige Methode aber besitzen wir in der Nissl'schen Methylenblautinction, die seither durch den Zusatz von venetianischer Seife, den ich der Anregung Dr. Frank's in Wiesbaden verdanke,

¹⁾ Es handelt sich entweder um eine körnerartige Umwandlung der färbaren Substanzportionen mit der Tendenz zur Rareficirung oder um Lockerung des Gefüges derselben, wobei die scharfe Conturirung verloren geht und auch die Färbbarkeit eine geringere wird, oder auch um eine directe Rareficirung derselben mit Abnahme der Färbbarkeit.

²⁾ Die Karyokinese der Neurogliakerne kommt nicht bloss bei Thieren vor, sondern auch beim Menschen (z. B. bei der Paralyse etc.). Sie ist ausser auf die gewöhnliche Weise (Flemming'sche Fixirung oder Platinchromosmiumessigsäure- etc.-Fixirung mit Tinction mit Delafield'schem Haematoxylin) auch mit der Weigert'schen Mitosenfärbung zur Darstellung zu bringen. Letztere besteht in Härtung in Alcohol, Einbettung in Celloidin oder Aufkleben ohne Einbettung mit Gummi. Die Schnitte kommen zunächst eine halbe Stunde in Tinctura ferri acetici Rademacheri, sodann nach oberflächlicher Abspülung in H₂O in Weigert's Hämatoxylin. Oberflächliche Abspülung nach einer halben Stunde. Rasche Differencirung in 1 HCl : 10J Alcohol 70%. Hierauf Wasser. Entwässerung. Aufhellung. Balsam. Diese Weigert'sche Mitosenfärbung kann übrigens auch bei jeder anderen Fixirung mit bestem Vortheil gebraucht werden.

und durch die Ersetzung des Origanumöls durch Oleum cajebutti wesentlich verbessert wurde und an Sicherheit der gleichmässigen Tinction gewonnen hat.¹⁾

Die Methode, wie sie nunmehr zur Ausführung kommt, stellt ein sehr feines Reagens für alle Arten von Nervenzellenveränderungen dar und es wird durch dieselbe nicht nur die Veränderung als solche ersichtlich, sondern insbesondere auch der Grad der Veränderung. So ist man bereits 24 Stunden nach der Durchschneidung eines motorischen Nerven im Stande, die allerersten Veränderungen in den entsprechenden Nervenzellen zu erkennen etc. Dazu kommt, dass die Methode auf dem Princip der maximalen Entfärbung beruht, dass sie ein electives Tinctionsverfahren darstellt. Dadurch, dass sich im Centralorgan lediglich nur die Nervenzellen färben, sowie die Kerne der Glia und der Gefässwände, treten die Nervenzellen ungemein plastisch und klar auf weissem Boden hervor; deshalb werden also auch veränderte Nervenzellen viel leichter erkannt werden können, als bei einer nicht-electiven Tinction, zumal die Neurogliawucherung gewissermassen ein Index dafür ist, dass an dieser Stelle veränderte Nervenzellen gefunden werden müssen.

Die Ausführung der Methode besteht darin, dass man bei einem erwachsenen oder halberwachsenen Thiere jene Centren entfernt oder jene Bahnen durchschneidet, von denen festgestellt werden soll, welche Nervenzellen von ihnen abhängig sind. Die Art der Ausführung dieser operativen Eingriffe entspricht vollauf dem Verfahren bei der Gudden'schen oder Marchi'schen Methode. Da es nun feststeht, dass trotz der vielgestaltigen Reactionsweise der einzelnen Nervenzellenformen bei allen Nervenzellenformen die rückläufigen Veränderungen zwischen dem 8. und 15. Tage unschwer erkannt werden können, wird man die Thiere zwischen dem 8. und 15. Tage tödten, das Organ in 96° Alcohol verbringen und es dann je nach Bedürfniss in eine fortlaufende Reihe von Schnitten zerlegen oder man wird sich mit einzelnen Schnitten begnügen. Färbt man nun diese mit der genannten Tinctionsmethode, so wird der Untersucher im Stande sein, nicht bloss die abhängigen Centren zu erkennen, sondern auch innerhalb der grossen Massen die einzelnen abhängigen Nervenzellen zu localisiren.

¹⁾ Die Methode ist folgende: Härtung kleiner Blöcke in 96° Alcohol. Aufkleben derselben nach Weigert ohne Einbettung mit Gummi arabicum. Die Schnitte werden in einer Schale von Alcohol 96° aufgefangen. Färben in einem Uhrschildchen. Die Farblösung wird über einer Spiritusflamme so lange erhitzt, bis kleine aufsteigende Bläschen mit hörbarem Geräusch zerplatzen (ca. 65–70° C). Darauf in Anilinölalcohol, wo die Schnitte differencirt werden. Sobald keine gröberen Farbwolken mehr abgehen, ist die Differencirung beendet. Schnitt auf den Objectträger. Abtrocknen mit Filtrirpapier. Hierauf einige Tropfen Ol. Cajebutti. Abtrocknen mit Filtrirpapier. Dann einige Tropfen Benzin. Hierauf Benzincolophonium. Erhitzen, bis alle Benzingase verschwunden sind. Färbeflotte: Methylenblau B. pat. 3,75. Venetianische Seife 1,75. Destill. Wasser oder weiches Brunnenwasser 1000,0. — Die Differencirungsfähigkeit besteht aus 10,0 wasserhellen Anilinöls und 90,0 Alcohol 96°. Das Anilinöl wird als „wasserhelles“ direct aus den Höchster Farbwerken bezogen und muss sorgfältig vor Licht geschützt werden. Benzincolophonium bereitet man sich, indem man auf Colophonium Benzin giesst und 24–30 Stunden stehen lässt. Die sich hierbei oben abcheidende durchsichtige Masse ist zum Gebrauche fertig. Dadurch, dass man das Benzin sich durch Stehen verflüchtigen lässt oder durch Zugabe von Benzin kann man je nach Bedürfniss dickere und dünnere Lösungen herstellen. Eine Gefahr ist es allerdings, dass beim Einbetten auch die Schnitte anbrennen. Bläst man aber die Flamme sofort aus, dann kann nichts Unangenehmes begegnen. Ausserdem sind Zellveränderungen, die durch etwaiges Anbrennen des Schnittes entstehen, sehr charakteristisch und deshalb nicht leicht mit anderweitigen Veränderungen zu verwechseln.

Die neue Methode hat ebenso, wie alle übrigen Untersuchungsmethoden, auch ihre Schattenseiten.

Wie schon aus dem bisher Gesagten hervorgeht, sind vor Allem ihrer Leistungsfähigkeit relativ enge Grenzen gezogen. Wenn die geschlossenen grösseren Faserbahnen auch in Zellpräparaten verfolgt werden können, so macht der Verlauf feinerer Bahnen grosse Schwierigkeiten. Bei manchen, namentlich dann, wenn es sich um versprengte Bahnen handelt, ist es geradezu unmöglich, deren Verlauf zu beobachten. Dieser Umstand ist oft sehr bedauerlich, insbesondere, wenn, wie es so häufig vorkommt, nur ein gelungenes Object zur Verfügung steht.

Dann aber kommt es sehr viel auf die Ausführung der Operation selbst an. Operirt man nämlich nicht völlig aseptisch, so können sich an die Operation eitrige Entzündungen anschliessen, die in hohem Grade verwirren und ihre Wirkung auch auf Nervenzellen äussern können, die nichts mit den durchschnittenen Bahnen und den entfernten Centren zu thun haben. Hierin liegt meiner Ansicht nach auch die Erklärung für den bekannten Befund Forel's, der nach Durchschneidung des nervus facialis ein anderes Resultat als nach Ausreissung dieses Nerven erhielt. Er führt ihn darauf zurück, dass in dem einen Falle, wo das entfernte Stück Nerv sehr gross war, also bei der Ausreissung, die entsprechenden Kernzellen zu Grunde gingen, während bei der Durchschneidung, wo an der entsprechenden Kernzelle noch ein relativ grosses Stück Nerv hing, diese zwar am Leben blieb, wegen Functionsmangel aber atrophirte. Meiner Ansicht nach hat sich im ersteren Falle seiner Operation eine eitrige Entzündung angeschlossen, die sehr rasch zum Zelltod der entsprechenden Gebilde führte. Ich kann auf Grund einer sehr grossen Anzahl von Versuchen erklären, dass es völlig gleichgültig ist, ob man einen Nerven durchschneidet oder ihn excidirt oder ihn ausreiss: der Accent ist auf die völlige Unterbrechung¹⁾ der Verbindung zu legen und auf die Fortdauer dieser Unterbrechung.

Sehr grosse Schwierigkeiten treten dem Untersucher entgegen, wenn die abhängigen Nervenzellen nicht zu Gruppen vereinigt sind oder wenigstens einigermaßen gesammelt sich vorfinden, sondern im Gewebe vereinzelt und zerstreut liegen. Kennt der Untersucher nicht alle Nervenzellenformen und ihre Veränderungen, beherrscht er nicht völlig die Methodik und berücksichtigt dabei nicht die Fehlerquellen, die jeder einzelne Fall mit sich führen kann, so werden falsche Ergebnisse und irrige Schlussfolgerungen nicht ausbleiben.

Weiterhin sind noch eine ganze Reihe von Einzelheiten zu berücksichtigen, deren Nichtbeachtung zu folgeschweren Irrthümern führen kann. Ich kann unmöglich alles besprechen, denn die hierbei in Betracht kommenden Punkte sind so innig mit den Eigenschaften der einzelnen Nervenzellenformen verknüpft, dass die Kenntniss derselben die Voraussetzung für das Verständniss dieser Einzelheiten ist. Ich will hier nur auf die noch

¹⁾ Von grossem Interesse waren mir die Ergebnisse jener Versuche, wo ich die Unterbrechung der Verbindung des Nervus facialis mit chemischen Reagentien, z. B. mit Kochsalzkrystallen etc. oder mit einer Ligatur, die später wieder aufgelöst wurde, hergestellt habe. Auf diesem Wege gelingt es sehr leicht, sich darüber Klarheit zu verschaffen, wie Veränderungen der Nervenzellen sich zurückbilden.

unaufgeklärte Chromophilie der Nervenzellen anspielen, auf die Thatsache, dass in einzelnen Kernen, z. B. in den meisten Thalamuskernen die Neuroglia-wucherung ganz erstaunliche Grade erreicht, während die progressive Vorgänge der Neuroglia, z. B. in vielen motorischen Kernen gegenüber jenen Kernen einen unverhältnissmässig geringen Grad erlangen. Endlich deute ich noch darauf hin, dass vereinzelte Nervenzellen wohl immer im Centralorgan sich finden, bei denen man Andeutungen jener Veränderungen wahrnehmen kann, welche identisch sind mit denen, die wir experimentell durch einen Eingriff erzielen können. Wenn man sich klar macht, dass Kochsalzkrystalle die Faserleitung für kurze Zeit unwegsam machen können und dass dieser Umstand sich auch an den entsprechenden Nervenzellen rückwirkend, wenn auch nur vorübergehend äussert, so kann man es vollauf begreiflich finden, dass auch einmal bei einem gesunden Thier vorübergehend Bedingungen vorhanden sind, die zu einem Einsetzen von regressiven Veränderungen der Nervenzellen führen können. Auch erwähne ich noch, dass hinsichtlich des Zeitraumes, welcher von dem Momente des experimentellen Eingriffs bis zur Tödtung¹⁾ des Thieres verstrichen ist, sich die einzelnen Nervenzellenformen sehr verschieden verhalten und dass hinsichtlich dieses Punktes auch wohl die Thierart, sowie der Angriffspunkt der Operation mit in Betracht gezogen werden müssen. Wenn ich für das Kaninchen den Zeitraum zwischen 8 und 15 Tagen nach der Operation angegeben habe, so bedeutet diese Angabe lediglich, dass sich dieser Zeitraum bei allen meinen bisherigen Versuchen am Kaninchen bewährt hat. In Bezug auf den Angriffspunkt will ich nur bemerken, dass die Veränderungen an den Nervenzellen relativ am raschesten am Facialiskern einsetzten, dass dieselben Veränderungen am Vagus kern sich um einen Tag später zeigten, während sie am nervus radialis und ulnaris noch später erschienen, so dass hierbei wohl auch die Länge des in Angriff genommenen Nerven eine Rolle spielt.

Kurz, eine ganze Reihe von Erscheinungen bedarf noch sehr wohl der Aufklärung. Die Methode ist erst ungefähr zwei Jahre alt und deshalb noch viel zu wenig von mir erprobt, insbesondere sind noch manche Fragen nicht so durchgearbeitet, dass ich heute schon eine Antwort darauf zu geben im Stande wäre. Für die Lehre der secundären Degeneration sind alle diesbezüglichen Fragen von eminenter Wichtigkeit.

Wenn ich diese Methode veröffentlicht habe, ohne dass ich alle in Betracht kommenden Punkte bis in's Detail ausgearbeitet habe und so manche Frage unbeantwortet lassen musste, so rechtfertige ich die Veröffentlichung damit, dass die Methode trotzdem so, wie ich sie dargelegt habe, im Stande sein wird, die Lösung wichtiger anatomischer Fragen anzubahnen und mancher Untersuchung ein förderliches Hilfsmittel zu sein, und andererseits damit, dass ich selbst in der nächsten Zeit kaum dazu kommen werde, auf den Ausbau der Methode viel Zeit verwenden zu können. Man kann die neue Methode im Gegensatz zur Methode der secundären Degeneration als „Methode der primären Reizung“ bezeichnen.

Was meine mitgebrachten Präparate betrifft, die ich demonstirt habe, bemerke ich, dass ich nur solche Präparate gewählt habe, die in klarerer Weise die Localisationsverhältnisse abhängiger Nervenzellen zeigen, als dies

¹⁾ Von allen Tödtungsarten hat sich am besten das Erhängen des Kaninchens bewährt.

z. B. mit der Gudden'schen Methode der Fall ist. So lassen z. B. die Facialisdurchschneidungen in einer nicht misszudeutenden Weise die entsprechenden Nervenzellen erkennen. Nicht minder klar demonstriert eine Anzahl von Präparaten die Abhängigkeit des Thalamus von der Hirnrinde. Gerade die neue Methode liefert den besten Beweis für die Richtigkeit der seinerzeit von mir beschriebenen Thalamuskern, insoferne als sich von der Hirnrinde aus eine Veränderung der Nervenzellen der einzelnen Kerne in Verbindung mit Neurogliawucherung erzielen lässt. Die einzelnen experimentell veränderten Kerne lassen sich schon bei ganz schwachen Vergrösserungen ja selbst zum Theil mit blossem Auge erkennen. Ein Theil der Thalamuskern, z. B. der grosszellige oder der vordere ventrale oder der grosszellige Kern des corpus geniculatum internum zeigen eine relativ spärliche Neurogliawucherung. Von grossem Interesse sind endlich die Präparate, in denen der nervus ulnaris, ferner der ulnaris und radialis und schliesslich alle drei Nerven excidirt wurden. Da die abhängigen Nervenzellen hier nicht in geschlossenen Gruppen sich finden, sondern vielmehr mehr oder weniger Längssäulen bilden, so findet die Beurtheilung derartiger Rückenmarksquerschnitte am besten mit starken Systemen oder mit der Oelimmersion statt. Die abhängigen motorischen Nervenzellen, sowie die entsprechenden vom peripheren Nerven abhängigen Spinalganglienzellen machen nicht die geringste Schwierigkeit. Auch die entsprechenden grösseren Nervenzellen in den hinteren Theilen der Vorderhörner und in den vorderen Partien der Hinterhörner sind unschwer zu erkennen. Dagegen aber muss man bezüglich der Beurtheilung der Zellen der Substantia gelatinosa Rolandi kritisch zu Werke gehen. Trotzdem kann es keinem Zweifel unterliegen, dass bei der Durchschneidung eines gemischten Nerven auf beiden Seiten der Substantia gelatinosa Rolandi bestimmte Zellen eine Veränderung erleiden. Nach meinen Experimenten am gemischten Nerven geht mit Sicherheit hervor, dass hinsichtlich der hinteren Wurzelfasern ein Theil derselben auf der gleichen Seite bleibt, ein Theil aber eine Kreuzung erfährt und sich mit den Zellen des entgegengesetzten Hinterhorns verbindet. Diesem Verhalten entspricht auch, dass grössere Zellen mit netzförmigem Typus auf der entgegengesetzten Seite eine Veränderung erleiden, während die motorischen Nervenzellen (parallelstreifige Structur) stets auf derselben Seite (insbesondere die lateralen Zellgruppen) regressiv verändert werden.

II. Bibliographie.

XXII) L. Luciani (Rom): Das Kleinhirn. Deutsch von Dr. M. O. Fraenkel.

(XV. n. 288 S., gr. 8°. Leipzig, E. Besold, 1893. Preis 10 M.)

Luciani's grosse Arbeit über das Kleinhirn ist in Italien noch vor seiner Berufung nach Rom als Nachfolger Moleschott's erschienen. Die vorliegende sehr gute Uebersetzung giebt dem deutschen Publikum ein ausgereiftes Werk, in dem die Resultate achtjähriger vivisectorischer Forschung

an Affen und Hunden mit einer fast lückenlosen Zusammentragung der klinischen Thatsachen verschmolzen sind zu einer einheitlichen Theorie der Functionen des Kleinhirns. Was an dieser Theorie zunächst auffällt, ist die Unbefangenheit der ihr zu Grund gelegten Beobachtungen, die nicht unter der die Theorie der Hirnfunctionen heute beherrschenden fast zwangsmässigen Frage nach dem Wo? der Functionen stehen, sondern das Thatsächliche völlig beschreiben und ohne Autosuggestion analytisch verarbeiten. Die Resultate gehen deshalb auf eine Dynamik der Hirnfunctionen hinaus und gelangen jenseits eines starren Schematismus, der in der Aphasie-Lehre und von da aus selbst in der Psychiatrie so absolut herrscht, zu einem Einblick in das Kräftespiel im Hirn. Luciani erweist, um das Ergebniss ganz kurz zu formuliren, im Kleinhirn ein Organ zur Anhäufung und Aufsammlung der Kräfte des centralen Nervensystems, das nur insoweit einen Einfluss auf die Bewegungen mittels der quergestreiften Muskulatur hat, als es die potentielle Energie derselben erhöht. Dieser Einfluss macht sich nicht auf die gesamte Muskulatur in gleichem Maasse geltend, sondern vorwiegend auf die unteren Extremitäten und auf die Fixatoren der Wirbelsäule.

Diesen Einfluss des Kleinhirns bezeichnet L. als einen *sthenischen*; daneben kommen noch andere neuromuskuläre Einflüsse des Kleinhirns in Betracht, nämlich ein tonischer, durch den der Grad der Muskelspannung während ihrer Functionspausen wächst, und ein statischer, durch welchen der Rhythmus der elementaren Impulse während der Function beschleunigt wird und der normale Ablauf und die regelmässige Thätigkeit der Handlungen sich ergibt.

In Verbindung mit diesen, durch andere Nervencentren hindurch wirkenden, functionellen Reizen des Kleinhirns geht ein trophischer Einfluss und zwar ein directer, durch Degeneration und Sclerose gewisser Nervenbahnen und Centren bewiesener, und ein indirecter, besonders durch langsam verlaufende Muskel- und Hautentartung, ferner in Polyurie, Glycosurie und rapider Abnahme des Körpergewichts sich zeigender.

Das Kleinhirn ist ferner kein Conglomerat von verschiedenen Centren, sondern ein functionell homogenes Organ; der mittlere Lappen des Kleinhirns hat keine grössere oder auch nur andere functionelle Bedeutung, als die Seitenlappen, und seine verschiedenen Segmente haben alle im allgemeinen dieselbe Function.

L. spricht dem Kleinhirn jede sensorielle Function ab, lässt aber, vor allem wegen der Mängel der bisherigen klinischen Beobachtung, die Frage nach dem Antheil des Kleinhirns am psychischen Leben offen.

Unter anderen Hauptergebnissen der Arbeit L.'s will ich nennen den Mangel jeder Beziehung des Kleinhirns zum Geschlechtstrieb und der Zeugung, die bilaterale-directe (nicht gekreuzte) Function desselben, die Widerlegung der Flourens'schen Theorie, die in das Kleinhirn ein abstractes Princip der Coordination oder Regulirung der Bewegungen verlegt.

Unter den für den Kliniker wichtigen Ausführungen L.'s will ich nur seine Auseinandersetzung mit Nothnagel über das Wesen der „cerebellaren Ataxie“ hervorheben (p. 8—16, p. 191 ff.). Für Nothnagel sind Wurm und Seitenlappen zwei anatomisch und physiologisch vollkommen differente Organe, während Luciani's Versuche eine homogene Function

beider ergeben, und nicht mehr gestatten, eine cerebellare Ataxie auf eine Läsion des Wurmes zu beziehen.

Ueber das vivisectionische Verfahren L.'s sei bemerkt, dass seine Versuche in drei Gruppen zerfallen: Exstirpation des Wurms, Exstirpation eines Seitenlappens, Exstirpation des ganzen Kleinhirns. Die von L. angewandten Methoden zur Untersuchung der Muskelkraft und Coordination werden für die mit einem so viel willigeren und besser gekannten Material arbeitende Klinik wohl anwendbar sein; man muss gestehen, dass die von L. getübte sorgfältige Beobachtung und Analyse des Verhaltens der Thiere die klinischen Beobachtungen, die bisher gemacht wurden, recht in den Schatten stellen.

Ein näheres Eingehen auf die Symptomatologie der von L. gesetzten Kleinhirndefecte würde die Grenze eines Referats überschreiten. Bemerkt sei nur noch, dass die sehr bemerkenswerthen anatomischen Ergebnisse der Experimente Luciani's 1891 von Marchi in seiner bekannten, auch durch ihre anatomische Methode bedeutenden Arbeit über Ursprung und Verlauf der Kleinhirnschenkel niedergelegt worden sind.

Die Frage, welche Rolle bei den Erscheinungen nach Kleinhirn-exstirpationen Verletzungen des Acusticus spielen mögen, streift L. nur ganz leicht.

Kurella.

XXIII) F. Dizard: Étude sur le morphinisme et son traitement par la suppression totale et définitive des narcotiques et des boissons alcooliques (Genève 1893.)

Der Verfasser behandelt in dem ersten Abschnitte seiner unter Forel's Aegide entstandenen Schrift zunächst in sehr eingehender Weise die Geschichte des Morphinismus und der übrigen Ismen, des Cocainismus, Chloralismus, Antifebrinismus etc. mit Einschluss des Alcoholismus. Die verheerenden Wirkungen des letzteren in der Schweiz erhellen aus der von dem Verfasser angeführten Thatsache, dass im Jahre 1891 in 15 Städten der Schweiz mit einer Bevölkerung von 500,000 Einwohnern 425 Todesfälle direct oder indirect durch Alcoholmissbrauch verursacht wurden und dass in dem gleichen Jahre in der ganzen Schweiz wahrscheinlich ungefähr 2550 Personen in Folge dieses Missbrauchs zu Grunde gingen (darunter mehr als 600 im Delirium tremens). Des Weiteren werden in dem ersten Abschnitte der Schrift die Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie des Morphinismus erörtert. Die von Forel getübte, von D. empfohlene Behandlung zeichnet sich durch Einfachheit aus: In den Fällen, in welchen die Kranken nicht an grosse Dosen gewöhnt und kräftig genug sind, um die Wirkungen der Abstinenz ohne Gefahr zu ertragen, plötzliche Entziehung des Morphiums, in den übrigen Fällen allmälige Entziehung im Verlaufe von höchstens 3—6 Wochen. Während der Abstinenz erhalten die Kranken keine Alcoholica zur Erleichterung ihrer Beschwerden, auch nicht Cocain oder andere Alcaloide; nur Chloral oder Sulfoal in kleinen Gaben wird zur Beruhigung in besonders schweren Fällen dargereicht; ausserdem Injectionen mit Aq. dest. und öftere Verabfolgung indifferenten Pulver mit der Versicherung, dass dieselben Morphium enthalten. Zur Erzielung von Schlaf und Widerwillen

gegen das Narcoticum erweist sich oft die Hypnose hilfreich. Nur muss man mit dem Hypnotisiren vor der Entziehung beginnen, weil die Abstinenz die Suggestibilität sehr beeinträchtigt. Die Kur soll immer in einem Asyle vorgenommen werden. Um Recidive zu verhüten, empfiehlt D., die Kranken so lange in der Anstalt zu behalten, dass sie nach der Entlassung kein Verlangen nach Morphin mehr haben, und ihnen wenn möglich ein schriftliches Versprechen abzunehmen, dass sie sich jedes Narcoticums enthalten und einer Abstinenzgesellschaft beitreten werden. Auf letzteren Umstand, i. e. die gänzliche Enthaltung von Alcoholis, legt D. grosses Gewicht; er glaubt, dass die Morphinisten auch zum Alcoholismus disponirt sind und es den Kranken wegen ihrer Willensschwäche leichter ist, sich der Narcotica und Alcoholica gänzlich zu enthalten, als dieselben mässig zu gebrauchen.

In dem 2. Abschnitte der Schrift wird eine Reihe von Fällen von Morphinismus, Chloralismus und Cocainismus etc. mitgetheilt, die in Burgölzli zur Behandlung gelangten. Hieran schliesst der Autor seine Conclusions und eine sehr ausführliche Bibliographie des Gegenstandes. Von den Conclusions wollen wir nur 2 Punkte berühren. Nach D. ruft eine zumeist hereditäre Psychopathie den Morphinismus, Cocainismus, Alcoholismus etc. hervor und diese chronischen Intoxicationen tragen ihrerseits wieder zur Weiterentwicklung der Psychopathia bei. Gegen diese Auffassung liess sich wohl manches geltend machen. Viel bedenklicher erscheint dem Ref. jedoch die Meinung des Verfassers, dass es gestattet sein sollte, die Morphinisten wie die chronischen Alcoholiker gegen ihren Willen auf ein ärztliches Attest hin in Specialasylen oder Irrenanstalten zum Behufe der Heilung unterzubringen. D. will in dieser zwangsweisen Internirung keinen Eingriff in die persönliche Freiheit erblicken, weil ein solcher nicht möglich ist, wo der Wille nicht mehr existirt. Dieser radicalen Anschauung gegenüber möchten wir nur an die Thatsache erinnern, dass die Aerzte bekanntlich ein grosses Contingent zu den Morphinisten liefern und dass Aerzte der verschiedensten Stellung dem Morphinismus anheimfallen. Ein hervorragender Münchener Universitätslehrer z. B. war einen grossen Theil seines Lebens dem Morphinismus ergeben, was ihn jedoch nicht hinderte, der Wissenschaft und der Menschheit die ausgezeichnetsten Dienste zu leisten. Viele dem Morphinismus anheimgefallene Collegen erfüllen Jahre lang, wenn auch mit grossen Schwierigkeiten, die Pflichten ihres Berufes in vollem Umfange. Die Annahme, dass der Morphinist mit dem Alcoholiker auf eine Stufe zu stellen sei und beide in gleichem Maasse des sogenannten freien Willens ermangeln, halten wir daher für ganz und gar ungerechtfertigt, wenn wir auch zugeben, dass der psychische Zustand der Morphinisten im Allgemeinen nicht als ein normaler betrachtet werden kann.

L. Löwenfeld.

XXIV) Schrenck-Notzing, Frhr. von: Der Hypnotismus im Münchener Krankenhause (links der Isar). Eine kritische Studie über die Gefahren der Suggestivbehandlung.

(Leipzig 1894.)

Der Verf. übernimmt es in obiger Schrift, die Behauptung Friedrich's (Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser in München, Bd. VI)

zurückzuweisen, dass die Suggestionstherapie nach den Bernheim'schen Vorschriften Gefahren in sich berge, „die den Nutzen nicht aufwiegen und zu den verderblichsten Folgen für das Seelenleben des Patienten führen.“ Er zeigt, dass unter den von Friedrich mitgetheilten Fällen sich nicht ein einziger findet, in welchem aus der allein zu Heilzwecken und richtig angewandten Suggestion ein wirklicher Nachtheil entstand, und dass die Misserfolge dieses Beobachters und die Schädigungen, welche er einem Theile seiner Patienten durch seine hypnotische Behandlung zufügte, lediglich auf dessen Unvorsichtigkeit und mangelhafte Sachkenntniß zurückzuführen sind. Die von Friedrich erzielten Resultate können daher natürlich nicht als von irgend welchem Belang für die Beurtheilung des Werthes der Suggestivtherapie erachtet werden.

L. Löwenfeld.

XXIV a) Schrenck-Notzing, Erhr. von: Ein Beitrag zur psychischen und suggestiven Behandlung der Neurasthenie.

(Berlin 1894. Sep.-Abdr. der Zeitschrift für Hypnotismus, Jahrg. II.)

Die Schrift zerfällt in zwei Kapitel; in dem ersten werden die Mittel und Methoden der psychischen Behandlung der Neurasthenie im Allgemeinen besprochen, in dem zweiten wird die suggestive Behandlung einzelner Formen und Symptome der Neurasthenie durch casuistische Mittheilungen und Uebersichtstabellen erläutert. Wir müssen uns begnügen, hier auf die Folgerungen einzugehen, welche der Autor aus seinen statistischen Zusammenstellungen zieht. Nach seinen Berechnungen kann etwa $\frac{1}{3}$ der Neurasthenischen auf suggestivem Wege geheilt werden. In zahlreichen Fällen bildet die Ursache des Misserfolges der hypnotischen Behandlung das Misslingen der Hypnotisirung.

v. Schr. glaubt, dass man wenigstens 10 - 12% der Neurasthenischen als unbeeinflussbar betrachten darf. Dauernde Resultate können mit der fraglichen Therapie bei Neurasthenischen nur durch unendliche Geduld, sich gleichbleibende Energie und consequente Durchführung des Heilplanes gewonnen werden. Als besonders wirksam bezeichnet der Autor die Suggestivbehandlung bei den Störungen des Sexualtriebes und ganz speciell bei der conträren Sexualempfindung, — er betrachtet die hypnotische Suggestion geradezu als Specificum gegen diese Verirrungen, — ferner bei gewissen psychischen Symptomen, Anomalien des Fühlens und Vorstellens, Angstzuständen, Stimmungen und Zwangsvorstellungen, Störungen des Triebens (Nahrungs- und Geschlechtstriebes) und des Willens, auch bei den so häufigen Schlafstörungen. Nach des Autors Ansicht soll übrigens die Suggestivbehandlung keineswegs die übrigen Heilmethoden verdrängen, sondern lediglich eine zweckmässige Ergänzung unseres nicht an Ueberfluss leidenden Heilschutzes bilden. Speciell in schweren Fällen soll man das Suggestivverfahren mit anderen Heilmethoden combiniren; die Wirksamkeit ersterer bleibt im Ganzen auf mittelschwere und leichte Fälle beschränkt.

L. Löwenfeld.

XXV) P. Mannheim (Berlin): Der Morbus Gravesii (sogenannter Morbus Basedowii). Gekrönte Preisschrift mit 2 Tafeln.

(Berlin 1894, Hirschwald.)

XXVI) L. Hirschberg: Ueber die Basedow'sche Krankheit. Historisch-kritische Studie.

(Wiener Klinik, Heft 2 u. 3. Wien 1894. Urban & Schwarzenberg.)

Bekanntlich hatte die Berliner Hufeland-Gesellschaft im Jahre 1892 die „Basedow'sche Krankheit“ als Thema einer Preisaufgabe (Alvarenga-Preis) ausgesetzt. Der interessante Stoff liess erwarten, dass derselbe von verschiedenen Seiten in Angriff genommen werden würde, wie im übrigen auch die jetzt mehrfach auftauchenden Abhandlungen, theils selbstständige Monographien, theils monographische Darstellungen in den Fachzeitschriften beweisen.

Von den beiden am Eingange angezeigten Bearbeitungen des Themas hat die erstere, der die Unterstützung von Seiten Prof. Mendel's zu Theil geworden ist, den ersten Preis erhalten; vielleicht hat dazu der Umstand beigetragen,*) dass der Verfasser 47 einschlägige Krankengeschichten aus der Mendel'schen Praxis und Klinik im Anhange beigegeben und theilweise auch bei der Bearbeitung berücksichtigt hat. Uns sagt in mancher Beziehung die Hirschberg'sche Darstellung mehr zu; dieselbe trägt vor allem den sichtbaren Stempel eines immensen Fleisses. Die Literaturübersicht umfasst 737 Nummern und bei der Lectüre überzeugt man sich, dass Verfasser die weitaus grösste Anzahl dieser Abhandlungen im Original durchgelesen hat. Andererseits aber beeinträchtigt diese enorme Belesenheit, d. h. das überaus häufige fortlaufende Citiren im Text, sowie die Einschachtelung von Anmerkungen, die manchmal nur in recht losem Zusammenhange mit dem Vorausgehenden stehen, die Uebersichtlichkeit der Darstellung. Die Arbeit von Mannheim ist in mancher Beziehung recht oberflächlich gehalten, was man an dem Unberücksichtigtlassen verschiedener wichtiger Gesichtspunkte und an unrichtigem Citiren merkt. Ein Fehler scheint uns von vornherein der Umstand zu sein, dass der Verfasser die bekannte zusammenfassende Darstellung, die Möbius 1890 in der deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde gegeben hat, als bekannt voraussetzt und nur die nach dieser Zeit datirenden „neueren Erfahrungen“ (wie das Thema vorschrieb) eingehender behandelt hat, wobei er, wie schon gesagt, verschiedenes Wichtige unberücksichtigt lässt. Von einer monographischen Darstellung — und eine solche soll es doch in der ganzen Aulage sein — verlangt man aber auch ein Verarbeiten der älteren Forschungen, die gerade für unser Thema von grosser Bedeutung sind. Weiter nimmt es uns Wunder, dass Mannheim den althergebrachten Namen „Basedow'sche Krankheit“ in „Graves'sche Krankheit“ umgewandelt hat. Abgesehen davon, dass jene Bezeichnung sich nicht nur vollständig in der inländischen, sondern auch in der ausländischen, besonders französischen Literatur eingebürgert hat, entbehrt solche Veränderung des Namens vollständig jeder Berechtigung. Wenn man auf die Priorität der Entdeckung Gewicht legen will, dann gebührt unstreitig dieselbe dem Engländer Parry; Parry'sche Krankheit müsste demnach im Grunde genommen dieselbe heissen.

*) Anmerkung der Redaction. ?

Der erste Theil der beiden Arbeiten behandelt, dem gestellten Programm der Preisaufgabe entsprechend, die Geschichte der Krankheit. Leider verfolgen die beiden Autoren die Geschichte nicht weiter als bis in den Beginn der sechziger Jahre hinein, wie wir sie in jedem Lehrbuche schon finden können. Unseres Erachtens hat die Neuzeit nicht gerade unwichtige Entdeckungen auf dem Gebiete der Symptomatologie, Pathologie, Therapie etc. zu verzeichnen, die bei einer historischen Darstellung nicht fehlen dürfen.

Der zweite Abschnitt gilt den neueren Erfahrungen auf dem Gebiete der Pathologie und pathologischen Anatomie. Wir erwähnten bereits oben, dass Mannheim hierbei, besonders hinsichtlich der Symptomatologie, etwas flüchtig verfahren ist. Daher kommt es auch, dass entweder gar nicht erwähnt oder höchstens nur ganz flüchtig erwähnt werden: die Anomalien der Thränensecretion, die Pupillenreactionen, die ophthalmoscopischen Befunde, die trophischen Störungen am Auge, Zahncaries, verschiedene Hautverfärbungen, Haarausfall, das Vigouroux'sche Zeichen, das Trousseau'sche Zeichen, die alimentäre Glycosurie, die asthmatischen Anfälle u. a. m., was für die Basedow'sche Krankheit charakteristisch ist. — Die Aetiologie des Leidens, die unseres Erachtens für die Pathogenese von grossem Werth ist, haben beide Autoren beinahe vollständig ignorirt; desgleichen das gewiss interessante Vorkommen der Krankheit bei Thieren. — Das Kapitel über pathologische Anatomie bringt, wie auch zu erwarten stand, nichts, was für die Erklärung des Krankheitsbildes von Bedeutung sein könnte. Den bekannten Befund Mendel's an den Corpora restiformia etc. würdigt Mannheim über das Maass hinaus und erläutert ihn auf zwei wohl gelungenen Tafeln. Wir glauben nicht, dass dieser sicherlich nur zufällige Befund für die Pathogenese von Werth ist, was auch von anderer Seite mehrfach gesagt worden ist.

Der dritte Abschnitt, die Kritik der bisherigen Theorien, ist in beiden Werken in gleicher Weise bearbeitet worden. Beide Autoren kommen zu dem Schlussresultat, dass nur eine centrale Theorie die einzig annehmbare Erklärung abgeben könne. Nach dem Vorgange von Sattler verlegen beide den Sitz der Krankheit in bestimmte Bezirke des verlängerten Markes. Referent steht auf dem Standpunkt, dass diese sogenannte bulbäre Theorie das proteusartige Bild des Morbus Basedowii nicht vollständig zu erklären im Stande ist, sondern dass man den Sitz der Krankheit über das ganze Grosshirn hin localisiren müsse, räumt aber auch ein, dass der Bulbus in erster Linie in Mitleidenschaft gezogen ist. — Erfreulich ist es, dass beide Autoren gegen die sich täglich mehr und mehr breit machende Theorie von der „Vergiftung“ durch die Schilddrüse“ und die daraus resultirende — sozusagen — Gemeingefährlichkeit der Chirurgen, die beinahe jedem Falle von Herzklopfen mit nervösen Störungen operativ zu Leibe gehen wollen, energisch zu Felde ziehen. Die Ausführungen Mannheim's sind so verständlich und so klar gehalten, dass jeder unbefangene Beurtheiler sich von der Haltlosigkeit der Vergiftungstheorie überzeugen lassen muss.

Das Kapitel der Therapie ist von Mannheim eingehend und sachgemäss bearbeitet worden und scheint uns das beste der Monographie zu sein. Mit Recht hebt auch er hervor, dass eine vernünftige Allgemeinbehandlung (Ruhe, Diät, Luftkur, Hydrotherapie, Electricität, Mechanotherapie) recht günstige Erfolge zu verzeichnen hat; dagegen verspricht er sich von den Medicamenten

wenig Erfolg. Hirschberg kommt in seiner Darstellung, die das Wissenswertheste wiedergibt, zu dem gleichen Resultat; auffallend ist nur, dass er dem Gebrauche des Eisens, das allgemein nur im Reconvalescenzstadium angerathen wird, so sehr das Wort redet.

Buschan.

XXVII) Wernicke: Gesammelte Aufsätze und kritische Referate zur Pathologie des Nervensystems.

(Berlin. Verlag von Fischer's med. Buchhandlung.)

„In der That scheint es mir völlig auf das Gleiche hinauszukommen und für den Fortschritt der Wissenschaft gleich wesentlich, dass eine neue Erkenntniss sich Bahn bricht, oder dass eine irrthümliche Aufstellung als solche nachgewiesen und damit ein Hemmniss des Fortschrittes aus dem Wege geräumt wird“ (ofr. Vorwort pg. V). Wernicke, welcher in warmen Worten für die Freiheit der Kritik eintritt, wird es mir nicht verargen, wenn ich zu seinen „Grundzügen einer psychiatrischen Symptomenlehre“, welche einen wichtigen Bestandtheil des vorliegenden Buches bilden (Abdruck aus der Berl. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 23) offen eine negative Stellung einnehme und sie für ein Hemmniss des Fortschrittes erkläre. Die vorliegende Sammlung bietet für die Psychiatrie im engeren Sinne zunächst deshalb ein grosses Interesse, weil der Zusammenhang von Wernicke's psychiatrischer Symptomenlehre mit seiner Sprachcentrenlehre deutlich zu Tage tritt. Es handelt sich um systematische Uebertragung der in dieser enthaltenen Begriffe auf das weitere Gebiet der Psychiatrie.

(Pg. 161): „Die nächste Aufgabe der Psychiatrie wird deshalb darin bestehen, ein natürliches Eintheilungssystem der Krankheits Symptome zu schaffen, einen Rahmen, der weit genug ist, um die anscheinend unerschöpfliche Mannigfaltigkeit der psychischen Symptome in sich aufzunehmen, und dabei dennoch in jedem seiner Fächer von so bestimmtem Inhalt, dass derselbe mit kurzen Worten ausgedrückt werden kann. Ein solches Eintheilungsprincip kann durch Verfolgung der Grundsätze, welche bei der Aphasielehre allgemeine Geltung erlangt haben, gewonnen werden.“

(Pg. 163): „Eine nähere Betrachtung ergibt nun bald die Anwendbarkeit dieses an dem Sprachvorgange entwickelten Schemas auf alle psychischen Symptome überhaupt.“ Die Uebersicht, welche W. für die psychiatrischen Vorgänge entwirft, lautet:

1. Psychosensorische Anästhesie, psychosensorische Parästhesie, psychosensorische Hyperästhesie.
2. Intrapsychische Afunction, intrapsychische Parafunction, intrapsychische Hyperfunction.
3. Psychomotorische Akinese, psychomotorische Parakinese, psychomotorische Hyperkinese.

Es ist leicht zu sehen, dass Nr. 1 der Gruppe der sensorischen Aphasien, Nr. 3 der Gruppe der motorischen Aphasien, Nr. 2 dem übrigen Theil des Sprachschemas (der Leitung vom sensorischen zum motorischen Sprachcentrum und den Leitungen von und zu dem Begriffscentrum) entspricht. Dieses Sprachschema selbst ist eine Uebertragung des Reflexschemas auf das cerebrale Gebiet der Sprache in Verbindung mit der Hilfsconstruction eines Begriffscentrums. Die Belege hierfür finden sich in der ersten der in der Sammlung abgedruckten Abhandlungen.

Cfr. pg. 1: „Der aphasische Symptomencomplex“ als „eine psychologische Studie auf anatomischer Basis“, Breslau 1874 erschienen). Zwischen diesem alles im Keim enthaltenden Anfang und den Grundzügen der psychiatrischen Symptomenlehre, in welchen die Begriffsübertragung ihr Endziel erreicht, liegen folgende ebenfalls abgedruckte Abhandlungen:

1. Ueber die motorische Sprachbahn und das Verhältniss der Aphasie zur Anarthrie. Fortschritte der Medicin II, 1884, S. 1 u. 405.
2. Einige neuere Arbeiten über Aphasie. Fortschritte der Medicin III, 1885, S. 824, IV, 1886, S. 371 u. 463.
3. Ueber das Bewusstsein. Allgemeine Zeitschrift für Psych., 35. Bd., S. 599, 1879.
4. Nochmals das Bewusstsein. Allgem. Zeitschr. für Psych., 36. Bd., 1880, S. 509.
5. Aphasie und Geisteskrankheit. Cfr. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. | Wiesbaden 1890, S. 273.

Alle diese Arbeiten zusammen bilden die Kette von der Arbeit über das Sprachschema zu dem Zielpunkt der psychiatrischen Symptomenlehre.

Im Wesentlichen handelt es sich um eine Fesselung der psychiatrischen Wissenschaft durch einige aus der Sprachcentrenlehre abgezogene Begriffe. Dieses Schema kann im Wesentlichen nur ein Hemmniss im Fortschritt der wissenschaftlichen Psychiatrie sein. Nicht in der zwangsmässigen Classification von Geisteszuständen, sondern in der Weiterbildung der Methoden der psychiatrischen Untersuchung liegt die nächste Aufgabe unserer Wissenschaft. Durch die classificatorische Bezeichnung eines Geisteszustandes, z. B. eines Stupors als intrapsychischer Manie Afunction oder der als psychomotorischer Hyperkineses wird für die Erkenntniss dieser Zustände nichts gewonnen. Nur wenn wir exacte Untersuchungsmethoden finden, welche z. B. die kataleptischen Zustände einer genaueren Analyse zugänglich machen könnten, werden sich, abgesehen von allen wie die Moden wechselnden Classifications, wirkliche Fortschritte unserer Wissenschaft anbahnen.

Es muss nun jedoch gerade betont werden, dass das Wernicke'sche Schema, welches als Ganzes nur ein Hemmniss der Wissenschaft sein kann, in einem Punkte eine wichtige Anregung in methodologischer Beziehung giebt. Pg. 163: „Durch das mündliche Krankenexamen wird in der That nur ein Theil der psychischen Symptome eines Kranken enthüllt, oft sogar nur ein kleiner Theil, und es dürfte zweckmässig sein, an die Stelle der Sprachäusserungen das ganze motorische Verhalten eines Kranken zu setzen. Es ist nämlich leicht ersichtlich, dass nur die Motilität eines Kranken im weitesten Sinne uns das Beobachtungsmaterial liefert.“ In diesen Worten W.'s begrüesse ich eine fruchtbare Anregung. Jedoch ist zu wünschen, dass das Schema nur als primitiver Grundriss der Krankenuntersuchung Verwendung findet, nicht aber als Zwangsstuhl, in den nun die methodischen Beobachtungen über Geisteszustände hinsingestellt werden, ähnlich wie es mit vielen interessanten Sprachstörungen in Bezug auf das Sprachschema gegangen ist.

So viel über das speciell psychiatrisch Interessante der Sammlung. Ich muss dabei noch folgendes bemerken: Wer Theorien bekämpft, kommt fast regelmässig in den Anschein, als ob er auch den Kern von richtigen Thatsachen leugnet, welche einer falschen Theorie zu Grunde liegen können. Ich glaube durch meine früheren Aufsätze über Sprachstörungen vor der falschen Auffassung geschützt zu sein, als ob ich die Thatsache leugnete, dass durch cerebrale Herderkrankungen eine Reihe von isolirten Sprachstörungen hervorgerufen werden können.

Was positive Daten und kritische Besprechungen über isolirte Störungen nach Herderkrankungen betrifft, so dürfte kein zur Zeit vorhandenes Buch so reich sein, als diese Sammlung von Aufsätzen; ebenso bilden die Aufsätze über die allgemeine Pathologie des Gehirns im Grunde trotz der unzusammenhängenden Entstehungsweise ein geschlossenes Ganzes. Wer im Stande ist, das Theoretische abzustreifen und darunter die elementaren Thatsachen zu erkennen, für den ist das Buch eine wahre Fundgrube von Wissenschaft. Jedenfalls sollte es in keiner psychiatrischen Bibliothek fehlen.

Zum Schluss möchte ich aus Wernicke's Vorwort zu dem seinem Freunde Carl Friedländer gewidmeten Buche die Worte citiren: „Aus der Widmung gerade mag aber der Leser entnehmen, dass ich mich noch jetzt zu derselben Freiheit sachlicher Kritik bekenne, die ich damals — oft zu meinem Nachtheil — bethätigt habe.“
Sommer.

XXVIII) Th. Ziehen: Psychiatrie für Aerzte und Studirende.

(Berlin 1894. Friedr. Wreden. 470 S. mit 6 Lichtdrucktafeln.)

Unter den in den letzten Jahren neu erschienenen Lehrbüchern der Psychiatrie nimmt das vorliegende eine ganz besondere Stellung ein. Verf. hat versucht, die Lehren der physiologischen Psychologie, wie er sie in seinem allbekanntesten Leitfaden entwickelt hat, auf die klinische Psychiatrie anzuwenden, dabei glaubte er von allen mehr oder weniger metaphysischen Hypothesen (Apperception, Willensvermögen, Selbstbewusstsein u. s. w.) völlig absehen zu müssen.

Hierdurch hat das Buch ein etwas eigenartiges Gepräge erhalten. Denn der psychologische Schematismus ist nicht nur in dem allgemeinen Theile, der weit über die Hälfte des Buches ausmacht und besonders gut gelungen ist, sondern auch in dem klinischen Theile ziemlich scharf durchgeführt und beeinträchtigt hier allerdings vielfach ausserordentlich die Klarheit und Lebendigkeit der Schilderung der Krankheitsbilder, auf die in einem Lehrbuche doch immer ein Hauptgewicht gelegt werden muss. Im allgemeinen Theile wird man ungern eine kurze Schilderung der Einrichtung der Irrenanstalten, der familialen und colonialen Verpflegung etc. vermissen, alles Dinge, die für eine überaus grosse Anzahl von Aerzten böhmische Dörfer sind, über die ein Lehrbuch der Psychiatrie deshalb zweckmässig kurz berichtet. In der speciellen Psychopathologie ist zunächst die Classification der Psychosen von besonderem Interesse; wir lassen sie deshalb unten folgen. Die wohlbegründeten Ansichten des Verf. über die Paranoia-Gruppe sind unseren Lesern durch anderweitige Arbeiten wohl bekannt. Unter der Gruppe Neurasthenie wird das ganze neurasthenische Irresein mit den Hauptsymptomen: krankhafte Reizbarkeit und wechselnde Störungen

des Vorstellungsablaufes zusammengefasst. Mit besonderem Interesse hat Ref. das leider sehr knapp gehaltene Kapitel über die zusammengesetzten (secundären) Psychosen gelesen, das zwar mehr bietet, als die secundäre Demenz und secundäre Verrücktheit der früheren Autoren, aber immerhin eine etwas eingehendere Darstellung verdient hätte. Die Einführung der Debilität an die Stelle der Imbecillität, und die Umschreibung der letzteren als die höhere Stufe der Idiotie kann Ref. als eine glückliche Neuerung nicht betrachten, da hiermit nur ohne Noth die schon so zahlreichen psychiatrischen Namen ohne Aussicht auf Einigung vermehrt werden. Bei der Schilderung des pathologisch-anatomischen Befundes bei der Paralyse ist die Darstellung wohl etwas zu knapp gerathen, auch dürfte die nummerirte Aufzählung der einzelnen Befunde wohl nicht die glücklichste Form der Schilderung sein.

Die früher gebräuchliche zusammenhängende Darstellung des epileptischen, alcoholistischen und hysterischen Irreseins hat Verf. ganz aufgegeben; er schildert nur kurz die epileptische und alcoholische Demenz; die übrigen Manifestationen der Epilepsie und des Alcoholismus muss man im ganzen Buche zusammensuchen. So sehr diese Abtrennung auch an sich berechtigt sein mag, so wünschenswerth wäre es andrerseits im Interesse der Lernenden, wenn die kurze Uebersicht aus der allgemeinen Aetiologie des allgemeinen Theiles hier in etwas erweitertem Maasse Platz fände. 10 physiognomische Bilder auf 6 Lichtdrucktafeln dienen zur Illustration der Krankheits schilderungen. Bei der sicherlich erfolgenden Neuauflegung des Werkes wäre zumal eine weitere Ausarbeitung des klinischen Theiles besonders wünschenswerth.

Die Eintheilung der Psychosen ist folgende:

I. Psychosen ohne Intelligenzdefect.

A. Einfache Psychosen.

1. Affective Psychosen:

a) Manie, b) Melancholie, c) Neurasthenie.

2. Intellectuelle Psychosen:

a) Stupidität,

b) Paranoia: I. Paranoia hallucinatoria acuta, II. Paranoia hallucinatoria chronica, III. Paranoia simplex acuta, IV. Paranoia simplex chronica.

c) Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen.

B. Zusammengesetzte Psychosen.

a) Secundäre hallucinatorische Paranoia, b) postmanische und postmelancholische Stupidität, c) postneurasthenische hypochondrische Melancholie und Paranoia, d) postmelancholische hypochondrische Paranoia, e) melancholisch-maniakalisches Irresein, f) Katatonie.

II. Defectpsychosen.

A. Angeborene Defectpsychosen.

a) Idiotie, b) Imbecillität, c) Debilität.

B. Erworbene Defectpsychosen.

a) Dementia paralytica, b) Dementia senilis, c) Dementia secundaria nach Herderkrankungen, d) Dementia secundaria nach functionellen Psychosen, e) Dementia epileptica, f) Dementia alcoholica.

Strausscheid.

XXIX) v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage.

(678 S., 8^o. Stuttgart, F. Enke, 1893, Pr. 16 M.)

XXX) Derselbe: Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland und Frankreich. Dritte umgearbeitete Auflage.

(Stuttgart, F. Enke, 1893, 488 S. 8^o, Pr. 12 M.)

Die wohlbekanntesten Lehrbücher des Wiener Psychiaters liegen in neuen Auflagen vor und zeigen in denselben die alten Vorzüge und die spezifischen Eigenschaften der Klarheit und Einfachheit, denen sie ihre grosse Verbreitung verdanken. Ueberall, am glücklichsten vielleicht in der gerichtlichen Psychopathologie, zeigt sich das Bestreben, den Fortschritt unseres Wissens in den Rahmen der Arbeiten aufzunehmen. Ob v. Kr. dem Fortschritte der Psychiatrie in weiteren Auflagen nach allen Seiten wird gerecht werden können, ohne eine tiefer greifende Umarbeitung des Lehrbuches der Psychiatrie vorzunehmen, erscheint mir zweifelhaft. So dürften die „anatomischen Vorbegriffe“ und die „physiologischen Vorbemerkungen“ in Zukunft entweder gründlich erweitert auftreten oder fortbleiben; im Zeitalter Ramon's und Golgi's muthet es darin etwas eigenthümlich an, von den Beziehungen der Ganglienzellen der Hirnrinde nichts zu hören als: „Wahrscheinlich sind diese Millionen von Zellen untereinander verbunden“. Die Definition der Gefühle auf pg. 14: („Unsere concreten Vorstellungen sind fortwährend von gewissen psychischen Bewegungen begleitet, die man Gefühle nennt. Diese Betonung der Vorstellungen durch Gefühle ist eine Thatsache, die dem Gemüthe zugeschrieben wird“), ferner die Bezeichnung der Ideenassociation als mechanische Folge der Vorstellungen, im Gegensatz zu den logischen, und die gleich darauf gegebene, aus Aristotelischen, Wundt'schen und eigenen Elementen wunderlich gemischte Eintheilung der Associationen machen einen etwas stark veralteten Eindruck.

In höherem Grade und allseitiger „up to date“ ist die neue Auflage der gerichtlichen Psychopathologie, an der besonders die reiche Casuistik und die bewunderungswürdige vollständige Bibliographie hervorzuheben sind. An neu hinzugekommenen Kapiteln sind einfach und klar geschriebene Darstellungen der forensischen Bedeutung von Neurasthenie, traumatischer Neurose, Morphinismus und Cocainismus, Eifersuchtswahn und Zwangsvorstellungen zu nennen; in den psychischen Entartungen nehmen die sexuellen Anomalien einen breiten Raum ein; ein neuer Abschnitt über „Paranoia politica“ lehnt sich theils an Lombroso's Darstellung des politischen Verbrechers, theils an allerneueste sogenannte politische Vorgänge in Deutschland an. Ob es sich bei dieser Construction einer pathologischen Varietät auf Grund des Lebensgebiets, in dem sie sich bethätigt, um eine glückliche Neuschöpfung v. K.'s handelt, wird der weiteren Erfahrung überlassen werden müssen; die häufigen Missverständnisse, denen die Lehre von der „Paranoia querulans“ in der forensischen Praxis thatsächlich begegnet, berechtigt zu einiger Reserve gegenüber der „Paranoia politica“.

Kurella.

XXXI) C. Lombroso: Trattato profilattico e clinico della pellagra.

(Turin, Bocca 1893. 393 p. 8°. 20 Tafeln. Preis 10 Lire.)

Die Pellagra ist die schlimmste und wichtigste Volkskrankheit Italiens; sie wächst in den letzten Jahren und der gelegentlich periodisch festgestellte Stand an Pellagrösen ist ungefähr gleich der der Geisteskranken im Königreich Preussen in und ausserhalb der Anstalten; in einzelnen Landschaften (Brescia, Cremona) kommen auf 100 Personen der bauerlichen Bevölkerung mehr als 2 Pellagrose.

Es handelt sich also bei ihr um eine sociale Calamität ersten Rangs und damit gewinnt die Frage nach ihrer Aetiologie eine enorme practische Bedeutung. Lombroso hat vor 30 Jahren unter allgemeinem Widerspruch zuerst behauptet, dass die Pellagra eine chronische Intoxication sei, und (1872), dass die toxische Substanz, von ihm Pellagrozein genannt, in dem verdorbenen Mais enthalten sei, welcher den ländlichen Tagelöhnern und den Kleinbauern der italienischen Landschaften zwischen Alpen und Apennin zur Hauptnahrung dient in Form des Breis (Polenta) oder des Maisbrodes.

Lombroso's Theorie, die ihn fast völlig seinen wissenschaftlichen Ruf und seine akademische Stellung gekostet hätte, ist nun allgemein anerkannt, nachdem er und seine Schüler, später auch andere Forscher, mit verbesserten, zumal chemischen, bacteriologischen und experimentellen Methoden die vielfach verwickelten Einzelprobleme der Frage behandelt haben.

Für den Psychiater und Neurologen ist die Pellagra deshalb wichtig, weil sie stets bedeutende nervöse Störungen hervorruft, wozu einerseits das Anfangssymptom — das die Nahrungsbereitung bedingende Erythem — andererseits zahlreiche Spät-Symptome: Tetanie, Contracturen, Paresen und vor allem eine meist unheilbare Psychose gehören, von welcher letzteren jährlich 13 — 1800 Fälle in den öffentlichen Anstalten Italiens gezählt werden.

Durch Tuzzeks bekannte Arbeit weiss man auch bei uns, dass die Pellagra anatomische Veränderungen im Rückenmark hervorruft; nach seinen Untersuchungen und den neueren Arbeiten von Golgi und Belmondo handelt es sich meist um eine Degeneration der Pyramidenstränge und um eine etwas seltenere Degeneration der Goll'schen, manchmal auch der Burdach'schen Stränge; die Affection der Hinterstränge reicht in der Regel nicht unter das Cervical- oder obere Dorsalmark herab, während die Pyramidenbahnen meist in ihrem ganzen Verlauf ergriffen sind. Ob es sich dabei um eine echte combinirte Systemerkrankung (Tuzzek 1893) handelt, kann zweifelhaft sein, da in acut verlaufenden Fällen (sogenannter Typhus pellagrosus) eine acute Meningo-Myelitis nachweisbar ist, mit erheblicher Leukocythen-Infiltration der Pia und des ganzen Rückenmarksquerschnitts.

Bezüglich des Gehirnes und speciell seiner Rinde stimmt Lombroso mit der später erschienenen Arbeit Tuzzek's überein in der Negativität der Befunde. Die Gehirnhäute ergaben bei Pellagra-Psychosen das banale Bild alter Demenzen; an den Cervicalganglien des Sympathicus findet sich eine abnorme Pigmentation; Lombroso verdankt diese Befunde Golgi.

Untersuchungen der Nervenwurzeln und Nervenstränge scheinen nicht vorzuliegen, was um so auffallender ist, als das von Lombroso gezeichnete klinische Bild der Pellagra grosse Aehnlichkeit mit dem der Beri-beri hat, von der sie sich allerdings durch die meist vorhandene Steigerung der

Reflexe, zumal des Kniephänomens, und das normale Verhalten der electrischen Erregbarkeit der Nerven unterscheidet. Freilich beruht diese letztere Angabe auf der Untersuchung von 4 dementen Pellagrösen, die seit Jahren in der Irrenanstalt sind (pg. 158).

Als allgemeines psychisches Symptom der nicht geisteskranken Pellagrösen bezeichnet L. eine „bei den Parias der lombardischen Länder“ an sich natürliche Depression, ferner eine „grössere moralische Impressionabilität und grössere psychische Erregbarkeit“.

L.'s klassisches Buch ist wohl auch nicht mehr ganz ohne unmittelbares practisches Interesse für uns, da das Maisbrod seit 1892 auch in Deutschland seinen Einzug gehalten hat; um so mehr ist demselben eine Uebersetzung in's Deutsche zu wünschen, schon damit unser ärztliches Publikum den Theoretiker der Criminalität und Genialität von einer dem deutschen Ingenium näher liegenden, nüchternen, für ängstlich-bedenkliche Gemüther weniger verwirrenden Seite kennen lernt.

Kurella.

XXXII) Ch. Féré: La famille névropathique. Théorie tératologique de l'hérédité, de la prédisposition morbide et de la dégénérescence.

(334 p. 12^o, 25 Holzschnitte. Paris. F. Alcan. 1894. Preis 4 fr.)

Féré, der den Degenerationszeichen seit Jahren in seiner Epileptiker-Abtheilung in Bicêtre viel Aufmerksamkeit zugewendet und die Zahl der bekannten vermehrt hat, giebt hier den Versuch einer Theorie der Entartung, der zu dem Resultate führt, dass kein nothwendiger Zusammenhang zwischen bestimmten Stigmata und bestimmten Formen der Degenerescenz einerseits, bestimmten Ursachen derselben andererseits besteht. F. lässt also die Probleme in demselben chaotischen Zustande, in dem er sie gefunden hat. Er giebt daneben freilich an Thatsachen und auch an Resultaten ihrer Analyse manches neue, u. a. den Nachweis, dass es „teratologische“ Familien ohne gleichzeitig nervöse Anomalien giebt, in denen dann doch hin und wieder „degenerative“ nervöse oder psychische Zustände auftauchen. F.'s Ausführungen fehlt es, um zu überzeugen, vielfach an umfassender Casuistik und statistischer Darlegung seines Materials. Das Wesen der Disposition zu psychischen und nervösen Anomalien sieht er in einer vererbten Tendenz zu Ernährungsstörungen während der embryonalen Periode; er erwartet deshalb auch einen erfolgreichen Widerstand gegen degenerative Tendenzen von einer Einwirkung auf die Ernährung des Embryo. Ueber das wie? dieser „Hygiene der Zeugung“ giebt er leider keine Auskunft: „Ce n'est pas le lien de développer les règles de l'hygiène de la génération; je me borne à signaler la possibilité de résister à la dégénérescence en favorisant la nutrition des générateurs et en localisant l'activité nutritive, ce qui pourrait se trouver réalisé par exemple par un repos systématique“.

Monstruositäten, Degenerationszeichen und psychopathische Veranlagung sind für Féré gleichwerthige Dinge: „On n'entre pas dans le champ de l'hypothèse lorsqu'on admet que les individus affectés d'anomalies des formes extérieures présentent à un degré quelconque des anomalies visibles ou non de leurs structures internes“ (p. 226). Er citirt zum Beweise u. a. eine Reihe von Fällen, wo unilaterale (hysterische) Functionsstörungen auf derselben Seite sassen, wie gewisse Degenerationszeichen.

Dass die Degenerationszeichen bei den Descendenten in der Regel andere sind als bei den Ascendenten, wie F. behauptet, soll darauf hindeuten, dass die Degenerescenz die Aehnlichkeit beider aufhebt, also die Vererbung hindert; Entartung ist deshalb soviel wie „dissolution de l'hérédité“; damit sei denn auch erklärt, dass normale Ascendenten unter dem Einfluss abnormer Zeugungsbedingungen dieselben Anomalien bei ihrer Descendenz hervorbringen, wie Ascendenten, die an vererbaren Krankheiten leiden: „Nous n'avons pas à nous étonner si les dégénérés par hérédité ne diffèrent pas des dégénérés par troubles de nutrition.“ In summa, für F. sind die erblichen Krankheiten Krankheiten der Erbllichkeit; während der Entwicklung des Embryo versagt an einer oder mehreren Stellen die Vererbungstendenz, und diese Stellen verfallen einer Art Anarchie; was dann aus ihnen wird, darüber entscheidet nach F. — wenn wir ihn richtig verstehen — der Zufall, die Gesetze der Entwicklung sind partiell verschwunden.

Zu dem gesetzlosen indifferenten Brei, als welcher für F. die Degenerationsformen sich zeigen, hebt sich auch keine zum Verbrechen prädisponirende Varietät ab: „Il est impossible de distinguer la criminalité de l'aliénation: les criminels sont des dégénérés qui ne diffèrent des autres ni par leurs caractères biologiques ni par leurs caractères anatomiques. Même lorsqu'il ne porte aucune malformation grossière extérieure, par le seul fait qu'il se montre incapable des adaptations héréditaires, le criminel doit être considéré comme un tératome“.

Wunderlicher Weise spricht sich Féré, der in dem ersten Kapitel die Keimplasma-Theorie der Vererbung en bloc adoptirt, entschieden gegen die Möglichkeit aus, dass pithecoïde oder sonst theromorphe Zustände bei Degenerirten auf Atavismus beruhen können; dabei fordert die Weismann'sche Theorie von der Rolle des Ahnenplasma bei der Vererbung dringend dazu auf, die Theromorphieen der Degenerirten als Rückschlagsbildungen zu erklären:

Eine Familie ist in ein paar Generationen trunkstüchtig, die Keimplasmen von Vater, Grossvater u. s. w. werden dadurch entwerthet und von der Uebertragung ihrer Vererbungstendenzen ausgeschlossen; dadurch bekommen die Keimplasmen der Ahnen freie Bahn und das Resultat ist eine Annäherung der neuen, degenerirten Generation an eine weiter zurückliegende Generation, an die „atavi“, also ein Atavismus.

So anregend F.'s Ausführungen sind, so sehr schweben sie in der Luft. Eine Entschädigung für den seinen Hypothesen fehlenden positiven Gehalt liefern die beiden nur kurzen Kapitel XVII und XVIII, über die stigmates de la dégénérescence, sie enthalten eine sehr vollständige Aufzählung der bisher beobachteten Degenerationszeichen, die viel mehr enthalten, als alle mir bekannten Versuche einer Zusammenstellung derselben; wenn dieser Catalog auch jeden Versuch einer Classificirung vermissen lässt, wird er doch seines vielfach neuen Inhaltes wegen völlig unentbehrlich sein für alle, die sich mit der Statistik und Theorie dieser interessanten Dinge befassen.

Der flüssige Stil des Buches und seine brillante Ausstattung bei billigem Preise werden es der allgemeinen Beachtung noch besonders empfehlen.

Kurella.

XXXIII) P. Näcke: Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. Mit Ausblicken auf die Criminal-Anthropologie überhaupt.

(Wien, Braumüller, 1894, VIII und 257 Seiten.)

Das vorliegende Buch enthält N.'s unter ähnlichem Titel bereits veröffentlichte Artikel aus der Laehr'schen Zeitschrift, nebst seinen beiden Aufsätzen in Jolly's Archiv über 16 Frauenschädel und über den *torus palatinus*, ferner ein sehr ausführliches Literaturverzeichniss über psychisch-forensische und criminologische Arbeiten und ein Verzeichniss der vom Verfasser bisher veröffentlichten Arbeiten.

Die ursprünglichen Aufsätze erscheinen darin in erweiterter und vielfach geglätteter Form; dass dieselben zu Anerkennung, aber auch zu gelegentlichem Widerspruche vielfach herausfordern, ist den Lesern des Centralblattes bekannt. Die ungewöhnlich zahlreichen Mittheilungen des Verfassers aus seinem Briefwechsel über die zur Discussion stehenden Probleme mit zahlreichen berühmten und unberühmten Männern der verschiedensten Berufsarten geben dem Buch einen piquanten Reiz.

Das Buch widerlegt übrigens am besten N.'s von ihm auch auf dem letzten internationalen Congress in Rom ausführlich wiederholte Behauptung, dass die Psychiater über die anthropologischen Probleme der Criminalistik nicht mit Erfolg mitreden können und dürfen.

Ein Register lässt das sonst vortrefflich ausgestattete Buch vermissen.

Kurella.

XXXIV) C. Lombroso: *L'Uomo di Genio.*

Sesta edizione, completamente rifatta.

(740 p. 8°, 23 Tafeln. Turin, Bocca 1894, 16 Lire.)

Lombroso's vielumstrittene Werk liegt in 6. Auflage vor. Seine Tendenz ist im Wesentlichen die alte. Nordaus gewagte Anwendung der etwas missverstandenen Hauptgedanken L.'s finden verbindliche, aber entschiedene Ablehnung. Eine Reihe neuer Kapitel ist hinzugekommen, darunter interessante Untersuchungen an einigen hochbegabten lebenden Italienern, die sich auf Gesichtsfeld, Sehschärfe, Tastsinn, Reactionszeit beziehen, ferner Erörterungen über die Bedeutung von Rasse und Geschlecht, vor allem eine Reihe neuer kleiner Monographien über eine grosse Zahl genialer Naturen, n. a. Michelangelo, Bruno, Leopardi, Carlyle, Coleridge, Gauthier, Flaubert, Richard Wagner.

Das ganze Werk hat ferner durch Theilung an Einheitlichkeit und Zusammenhang gewonnen.

Für Leser, die Lombroso's Theorie der Genialität skeptisch gegenüber stehen, wird das Buch eine unvergleichliche Sammlung von Thatsachen sein, die reichste, die bisher für eins der interessantesten Probleme der psychischen Anthropologie dargeboten ist. Die Art, in der dies Material geboten ist, ist nicht die des mühsamen Compilers; sie erinnert ein wenig an die Arbeit der Titanen, die den Ossa auf den Pelion thürmten, um den Olymp zu stürmen.

Es liegt etwas tragisches darin, dass der italienische Forscher — zum Entsetzen der Pedanten — seine Ziele so hoch steckt, höher vielleicht, als

seine titanische Kraft reicht; aber ohne prometheischen Wagemuth sind die höchsten Fragen nicht zu lösen, und wem der ganze Hypothesenbau zu kühn erscheint, der wird durch einen unvergleichlichen Reichthum interessanter und feiner Einzelbeobachtungen gefesselt werden.

Kurella.

III. Referate und Kritiken.

a) Rückenmark.

277) **Alexander James**: Clinical lecture on a case of Friedreich's ataxie.

(Edinburgh med. Journ. December 1893.)

Der 26jährige Arbeiter stammt von gesunden Eltern. Er ist der 15. von 16 Geschwistern, von denen 10 an unbekanntem Krankheiten, 2 an Tuberculosis starben. Lues wird geleugnet. Die erste Krankheitserscheinung machte sich vor 6 Jahren bemerkbar und bestand in der Erschwerung der Sprache. Vor 3 Jahren trat Unsicherheit beim Gehen besonders im Dunkeln auf. Etwas später begannen die Hände zu zittern. Jetzt bietet Patient folgenden Status: Die grobe Kraft der Arme und Beine ist herabgesetzt, eine Lähmung ist nicht vorhanden. Romberg'sches Phänomen stark ausgesprochen. Der Gang ist atactisch, Patellarreflexe fehlen. Wenn Patient die Arme bewegt, so bemerkt man choreaartige Zuckungen. Feinere Verrichtungen, wie Schreiben etc., fallen dem Patienten schwer. Keine lancinirenden Schmerzen, aber Ameisenlaufen in den Beinen. Am Kopf treten häufig Nickbewegungen auf. Nystagmus lateralis. Die Pupillen reagiren auf Licht, keine Augenmuskellähmung. Augenhintergrund normal. Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden, ebenso sind die Sinnesorgane normal. Patient klagt über Schwindel, Gedächtniss und Intelligenz normal, die Sprache ist häsitirend. An der Zunge bemerkt man fibrilläre Zuckungen, Schlingbeschwerden sind nicht vorhanden. Verf. bespricht ausführlich die Differentialdiagnose zwischen der Friedreich'schen Krankheit und der disseminirten Sclerosis und kommt zu der Ansicht, dass der vorliegende Fall dem ersteren Krankheitsbilde zuzurechnen ist. In der Anamnese fehlen zwar directe Angaben über die Heredität der Krankheit, aber es findet diese seine Erklärung darin, dass Leute aus den niederen Ständen meist nichts Sicheres über die Erkrankungen ihrer Angehörigen zu berichten wissen.

Bielschowsky (Breslau).

278) **J. E. Edgren**: Om den progressiva muskelatrofiens s. k. neurala form. (Ueber die sogenannte neurale Form der progressiven Muskelatrophie.) (Hygiea 93, S. 541.)

Bei L-n, 23 Jahre alt, Kupferschmied, dessen älterer Bruder an einer ganz ähnlichen Krankheit leidet, während eine Schwester an Epilepsie gestorben ist, zeigte sich schon als Kind eine Schwäche in den Beinen. Erst im Alter von 17 Jahren merkte er jedoch bei einer ungewöhnlich anstrengenden Arbeit eine grössere Unsicherheit und Steifigkeit der Beine und hatte gleich-

zeitig recht bedeutende Schmerzen in den Füßen, welche sich auch später gelegentlich einstellten. Von da ab fing eine mehr ausgesprochene Schwäche der Beine an sich zu entwickeln und die Füße nahmen eine fehlerhafte Stellung ein. Es traten vom Jahre 1889 ab kleine unfreiwillige Zuckungen in den Muskeln der unteren Extremitäten, später ebenfalls in den Armen und der Kopfmuskulatur auf. Erst in allerletzter Zeit hat er bemerkt, dass die Muskulatur der Hände ein wenig abgemagert ist. Bei der Untersuchung im Krankenhaus fand E. Steifheit und verminderte Beweglichkeit der Füße, Atrophie der Muskulatur an den Füßen und den Crura, Equinovarus-Stellung der Füße, sowie ausgesprochene Klauenstellung der Zehen, Atrophie der kleinen Muskeln der Hände, herabgesetzte electriche Erregbarkeit der atrophirten Muskeln und deren Nerven, in einzelnen Muskeln Entartungsreaction. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe mangelten, ebenso der Plantarreflex. Die Sensibilität der Haut an den Crura und den Füßen war herabgesetzt. Alle Veränderungen waren vollkommen symmetrisch.

Koch (Kopenhagen).

279) **Thévenet**: Paralyse pseudo-hypertrophique avec rétraction des membres inférieurs. Vorstellung in Soc. des sc. méd. de Lyon.

(Lyon médical 1894, Nr. 16, avril 22.)

11jähriger Knabe aus nachweisbar gesunder Familie begann die Anzeichen einer sich progressiv langsam entwickelnden Paralyse darzubieten. Im 16 Jahre status praesens wie folgt: Der Kranke kann nicht das Bett verlassen. An der oberen Partie des Körpers sind die Muskeln zum grössten Theile merklich atrophisch, dies besonders ausgeprägt an den Armen und im Gesicht. Das gleiche trifft für die Thoraxmuskeln zu; die Respiration geschieht sichtlich nur durch das Zwerchfell. Die unteren Extremitäten hingegen sind stark hypertrophisch; sie bieten das Aussehen der „membres en colosse“. Das Merkwürdige ist ferner die Erscheinung permanenter Retraction: die Oberschenkel sind gegen das Becken, die Beine gegen die Oberschenkel gebeugt. Die spontanen Bewegungen sind ziemlich gleich Null. — Sensibilitätsstörungen bestehen nicht; Sphincteren intact; Intelligenz ziemlich entwickelt.

In der Discussion betont Lépine, dass bereits Landouzy und Déjerine, sowie Brosserd auf das ausnahmsweise Vorkommen von Retraction bei pseudo-hypertrophischer Paralyse hingewiesen und erst selbst einen solchen Fall beobachtet habe. Auch Referent kennt einen solchen (Retraction in statu nascerdi) aus seiner Praxis.

Busch an.

280) Dr. **N. J. Muchin**: Toxische spastische Paralyse. (Toxitschesky spastitschesky paralytch.)

(Archiv für Psychiatrie von Kowalewsky 1894.)

Vor zwei Jahren erschien in der Literatur eine Mittheilung von Prof. Erb über eine Krankheitsform, die er Paralysis spinalis syphilitica nannte, und in der letzten, relativ kurzen Zeit erschien noch eine ganze Reihe mehr oder weniger tüchtiger Arbeiten hinsichtlich dieser Frage. Hieran schliessen sich die Arbeiten von Prof. Kowalewsky, N. Muchin, Kuh, Sachs, Oppenheim, A. Popoff, M. Trachtenberg und Anderer. Autor stellt in

seiner Monographie alle Arbeiten und Meinungen über diese Frage zusammen und ergänzt sie mit seinen eigenen Beobachtungen und seiner eigenen Meinung. Die Monographie enthält: einen ausführlichen Ueberblick der Literatur dieser Frage, die Casuistik, in der Autor eine ganze Reihe neuer Fälle aus dem Material der Universitätskliniken in Charkow mittheilt, das klinische Bild der Krankheit, ihren Verlauf und Ausgang, die Ursachen, die Pathologie, die Prognose und Therapie.

Die Monographie ist die erste in der ganzen medicinischen Literatur hinsichtlich dieser Frage und zeichnet sich durch ihren Umfang, Ausführlichkeit, Selbstständigkeit der Ansichten, und wissenschaftliche Erklärungen aus. Die ganze Monographie zeigt einen gebildeten Neuropathologen und erfahrenen Arzt.

Diedrichs ohn.

281) **F. Jolly**: Ueber acute aufsteigende Paralyse. (Nach einem Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte, 2./X. 93.)

(Berl. klin. Wochenschr 1894, Nr. 12.)

Ein 41jähriger Restaurateur, Potator (täglich 20—30 Glas Bier) und starker Raucher (täglich 18—20 Cigaretten) bekam am 14. September 1893 plötzlich eine Parese der unteren Extremitäten, die sich in 2 oder 3 Tagen bis zur vollständigen Paralyse steigerte, am dritten Tage in ähnlicher Weise die oberen Extremitäten ergriff und sich hier beinahe auch bis zur völligen Lähmung steigerte. Dazu gesellte sich eine Erschwerung des Sprechens, des Athmens und der Bewegungen der Gesichts- und Augenmuskeln und auch eine erhebliche Pulsbeschleunigung. Am 7. October, wo Patient in die Charité aufgenommen wurde, war die Lähmung an den unteren Extremitäten, an den Händen und Fingern vollständig, während in den Vorderarmen und in den Schultern noch schwache Bewegungen ausgeführt werden konnten. Daneben bestand Schwäche der Halsmuskulatur, welche das Drehen und Aufwärtsbewegen des Kopfes beinahe unmöglich machte, Parese des Facialis (links stärker), beiderseitige Abducenslähmung, Differenz der Pupillen (links weiter) und mangelhafte Reaction derselben auf Licht, Accomodationslähmung und beiderseitige ausgesprochene Neuritis optica. Die Patellarreflexe waren erloschen. Die Sensibilität war an den Händen und Füßen herabgesetzt und in einer Reihe von Muskeln der Unterarme (Flex. carpi rad., Interossei), der Unterschenkel (Tib. ant., Ext. dig. commun., Ext. hallucis., Peronei) und des Gesichts (Lippen- und Wangenmuskeln) bestand die Mittelform der Entartungsreaction, während allerdings noch später Schmerzhaftigkeit der erkrankten Nerven und Muskeln hinzutrat.

Von da an begann eine Besserung aller Erscheinungen, die Anfangs December so weit fortgeschritten war, dass Pat. auf seinen Wunsch entlassen werden konnte. Zwar war ihm das Stehen und Gehen noch unmöglich, aber er konnte doch schon frei sitzen. Zu Haus ist die Besserung weiter fortgeschritten. Ende December machte er die ersten Gehversuche, Mitte Januar war er bereits den ganzen Tag auf den Beinen und im Stande, grössere Strecken zu Fuss zurückzulegen. Um dieselbe Zeit erlangte er auch die Fähigkeit zu schreiben wieder. 6 Monate nach Beginn des Leidens waren nur eine Parese in den Zehen und Fingern, abgeschwächte Patellar-

reflexe, Pupillendifferenz, minimale Lichtreflexe, Herabsetzung der Sehschärfe (rechts erheblich), öfteres Aussetzen des Pulses und Cyanose des Gesichts zu constatiren.

Es handelt sich also um eine acute aufsteigende Paralyse, complicirt mit Sensibilitätsstörungen in Händen und Füßen, Schmerzhaftigkeit in den erkrankten Nerven und Muskeln und gewissen Aenderungen der electricischen Reaction, während die Blase nicht betheilt war. J. hält es daher für unzweifelhaft, dass ein Fall von Polynuritis alcoholica vorliegt, deren Entstehung vielleicht durch den Nicotinmissbrauch begünstigt war. Ungewöhnlich ist in diesem Falle die grosse Ausdehnung des Processes und die starke Mitbetheiligung der Gehirnnerven, sowohl der motorischen, als auch namentlich des Opticus. Dass alle Fälle von acuter Landry'scher Paralyse der Polynuritis alcoholica angehören, wie neuerdings von Einzelnen angenommen wird, bestreite J. ganz entschieden. Die Fälle, wo die gelähmten Muskeln faradisch gut erregbar bleiben, können nicht durch eine motorische Neuritis bedingt sein, wenn auch an den Nerven einige degenerative Veränderungen gefunden werden können. Ein Theil der Fälle muss daher durch eine toxische Functionstörung der motorischen Theile des Centralnervensystems erklärt werden. Wie weit solche Functionstörungen auch bei längerer Erhaltung des Lebens ohne Structurveränderungen der Nerven Elemente verlaufen können, muss allerdings noch festgestellt werden. In einer Reihe von Fällen sind multiple Herde im Centralnervensystem gefunden worden, welche sich auch mit einer multiplen Neuritis compliciren können. —

J. fasst seine Anschauungen über die acute Paralyse dahin zusammen, dass dieselbe

1. in der Mehrzahl der Fälle der Polynuritis zugehört;
2. durch acute myelitische oder metencephalische Herdcrankungen, oder auch durch Combination dieser verschiedenen Affectionen bedingt sein können;
3. dass unter Umständen aber die die nervöse Function störende Ursache zur Wirkung kommen kann, ohne microscopisch nachweisbare Veränderungen zu hinterlassen.

Hoppe.

282) Dr. R. Pfeiffer: Ueber eigenartige Veränderungen in der Arachnoides, den extramedullären Rückenmarkswurzeln und den beiden Nervi optici.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 1.)

Eine 64 Jahre alte Frau bot während eines 2maligen Spitalaufenthaltes neben ziemlich hochgradiger Lungentuberculose geringe Störungen von Seiten des Centralnervensystems dar. Während des ersten Aufenthaltes eine rechtsseitige Ischias, die der medicamentösen Behandlung wich und während der zweiten und letzten Amaurose auf dem rechten Auge, während die anderen Hirnnerven normal functioniren, Erlöschensein des rechten Patellarreflexes, der Achillessehnenreflexe beiderseits, starke in Paroxysmen auftretende Kopfschmerzen, die nicht genauer localisirt werden konnten, Somnolenz, abwechselnd mit Hallucinationen. Allmählich verschwindet dann auch der linke Patellarreflex. Keine Paresen, Sensibilitätsstörungen oder Erscheinungen von Seiten der Blase und des Mastdarms.

Der Obductionsbefund ergab: Tuberkel im linken corpus caudatum irregulär geformte Herde in der Medulla spinalis, keilförmige Verfärbung der Wurzeintrittszone des rechten Hinterstranges im Uebergangstheile der Lendenanschwellung, knotenförmige Auftreibung einzelner Wurzeln der Cauda equina und einen Tumor des rechten Opticus.

Microscopisch fielen 4 Punkte auf:

1. Die Entwicklung eigenartiger Zellschläuche an der Peripherie des Rückenmarksquerschnittes, der Medulla oblongata und des N. opticus, welche P. nach Ausschluss einer Geschwulst epithelialer Natur für angeboren hält.
 2. Die Erweichung in weissen Stranggebieten und grauer Substanz. Diese bindet sich nicht an Systeme und ist als hydrämische Erweichung nach P.'s Meinung ein agonaler oder postmortaler Act.
 3. Die Degeneration der unteren, hinteren rechten Lumbalwurzeln. Ob diese primärer oder secundärer Natur sind, lässt P. dahingestellt. Dieses Degenerationsfeld liegt zunächst der Basis des Hinterhorns an, entfernt sich jedoch weiter nach oben medianwärts. Dadurch erklärt sich das Fehlen des rechten Patellarsehnenreflexes.
 4. Die hyaline Degeneration der Gefässe und die Verdickung der Pia. Dabei fehlten irgendwie specifisch tuberculöse Veränderungen.
 5. Die geschwulstartige Verdickung des rechten N. opticus. Diese war nichts weiter als eine Fettumlagerung des Sehnerven. Dieser selbst war vollkommen normal. Ebenso wenig dringen die ad. 1 erwähnten Zellschläuche, welche die beiden Sehnerven umgeben, in dieselben ein. Es kann demnach die Amaurose nur durch einen Process an der Papille selbst oder an dem nicht untersuchten intraorbitalen Theil der Sehnerven bedingt gewesen sein. Unerklärt im Symptomenbilde bleiben nach den anatomischen Untersuchungen nur das sub finem auftretende Fehlen des linken Patellarreflexes und die starken Kopfschmerzen.
- Eine sichere Diagnose war intra vitam nicht zu machen; das wahrscheinlichste war immer noch die Annahme einer beginnenden Tabes dorsalis.
- Dauber-Würzburg.

283) Dr. R. Pfeiffer: Zur Diagnostik der extramedullären Rückenmarkstumoren.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 1.)

Bei einem 43jährigen Manne, der vor 24 Jahren sich luetisch inficirte, waren nach Ablauf anderer tertiärer Erscheinungen seit 5 Jahren starke Intercostal neuralgien im Verlaufe des VI. Intercostalnerven aufgetreten. Nach Durchschneidung der 5., 6. und 7. hinteren extramedullären Dorsalwurzel und Exstirpation der beiden verdickten VI. Spinalganglien vermindern sich die Schmerzen, jedoch stellten sich allmählich die Symptome der Leitungsunterbrechung des Rückenmarkes ein.

Die Obduction ergab Erweichung des Rückenmarks im Brusttheile, Cystitis, Pyelitis, Milztumor. Die Diagnose war mit Wahrscheinlichkeit auf einen Tumor medullæ spinalis gestellt worden

Die Vermuthung einer luetischen Affection des Rückenmarks und seiner Häute wurde nach P.'s Meinung durch die lange Dauer, die stetige

Zunahme der Beschwerden und die Fruchtlosigkeit der antiluetischen Kuren unwahrscheinlich. Desswegen und wegen des starken Vorherrschens der Schmerzen wurde die Diagnose auf einen Tumor gestellt, und gerade in der schliesslichen Unrichtigkeit dieser Annahme liegt das practische Interesse dieses Falles, der beweist, dass die das Krankheitsbild beherrschenden Schmerzen, gegen welche die anderen Symptome weit in den Hintergrund treten, durchaus nicht pathognostisch sind für intradurale Rückenmarkstumoren.

Dauber. Würzburg.

284) Dr. R. Dauber: Zur Lehre von der Poliomyelitis anterior acuta.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 4, H. 3.)

Verf. hatte die seltene Gelegenheit, die frischen pathologisch-anatomischen Veränderungen im Rückenmarke eines am 5. Krankheitstage in Folge allgemeiner Lähmungen gestorbenen 8 $\frac{1}{2}$ Monate alten Kindes zu beobachten.

Abgesehen von einigen von Medin in Stockholm beobachteten gleichartigen Fällen ist dies der erste sicher beobachtete Fall. Das Interessante lag in der Entscheidung, ob Charcot und seine Anhänger, welche diesen Process als allein die grossen Ganglienzellen der Vorderhörner betreffend, also als eine parenchymatöse Entzündung erklärten, Recht hatten, oder Roth und Andere nach ihm, die einen interstitiellen Process annehmen. Alle diese Schlussfolgerungen waren nach Beobachtung Monate und Jahre alter Fälle entstanden.

Rissler, welcher die Medin'schen Fälle bearbeitete, fand in 5 Fällen einmal nur die Ganglienzellen befallen, während das interstitielle Gewebe ziemlich frei war. Desswegen und obwohl die anderen 4 Fälle ein hauptsächlich Befallensein des Stützgewebes aufwiesen, neigt er zur Charcot'schen Auffassung.

Der vorliegende Fall, von Prof. Heubner in Leipzig beobachtet, zeigt nun eine typische interstitielle Entzündung und secundäres, allerdings sehr starkes Befallensein der Ganglienzellen im ganzen Rückenmark, hauptsächlich in der Cervical- und Lumbalanschwellung. Auch die Nervenkerne am Boden des IV. Ventrikels waren erkrankt. An den am stärksten erkrankten Partien war nicht nur die ganze graue Substanz erkrankt, sondern auch die angrenzenden Zonen der weissen.

An den am leichtesten afficirten Stellen (Brustmark) waren keine Processen, welche ein definitives Untergehen des Gewebes bedingt hätten, zu sehen. Desswegen konnte man leicht sehen, wie nach anfänglichen ziemlich allgemeinen Lähmungen dieselben in vielen Stellen wieder verschwinden und nur hie und da bestehen bleiben können.

In der oben aufgeworfenen Frage möchte sich nun Verfasser dahin aussprechen, dass jedenfalls den Ganglienzellen eine gewisse Affinität zu dem jedenfalls toxischen Infectionsstoff zukommt und dass bei leichten Infectionen dieselben schwerer befallen sein können, als das Stützgewebe, dass aber bei schwereren Infectionen die Entzündung im Verlaufe der Gefässe am stärksten ist und im Stützgewebe ihren hauptsächlichsten Sitz hat.

Damit ist nach Verfassers Meinung eine verbindende Brücke zwischen den früheren entgegengesetzten und schroff vertretenen Meinungen gefunden.

285) Marie: Un cas de syringomyélie à forme pseudo-acromégalyque (chiro-mégaly). — Sur la contraction réflexe des adducteurs de la cuisse déterminée par la percussion du tendon rotulien du côté opposé.

(Soc. méd. des hôp. Bericht Semaine méd. 1894, Nr. 22 u. 23.)

M. stellt einen jungen Mann von 21 Jahren vor, der an Syringomyelie leidet und seit 2 Jahren eine Volumenzunahme der rechten Hand und des linken Fusses darbietet. An der Hand erstreckt sich diese Hypertrophie hauptsächlich auf die Mittelhand und die Finger, die eine massivere Form im Gegensatz zu den gleichen Theilen der linken Hand und eine leicht verdickte und exulcerirte Haut aufweisen. Der linke Fuss zeigt eine cutische Form. Im Allgemeinen erscheint er kürzer und breiter als der rechte. Die Planta ist hohl und zeigt die Anzeichen früherer Uloerationen. Hauptsächlich ist die Volumenzunahme am Vorderfuss wahrnehmbar; die Zehen zeigen indessen keine Verunstaltung.

Die Diagnose Syringomyelie hält M. für erwiesen. Jedoch besteht nicht Acromegalie im üblichen Sinne. Eher möchte Verfasser die Erscheinungen nach dem Vorgange Hoffmann's, der einen analogen Fall publicirt hat, als Chiromegalie bezeichnen.

Besondere Beachtung verdient an dem Kranken das Verhalten des Patellarreflexes. Abgesehen davon, dass derselbe rechts sehr deutlich gesteigert und von Fussclonus begleitet, links dagegen sehr abgeschwächt erscheint, bietet er noch folgende Eigenthümlichkeit: Schlägt man auf die linke Quadricepssehne, so erfolgt auf dieser Seite keine Zuckung des dazu gehörigen Muskels, wohl aber eine solche der Adductoren der entgegengesetzten Seite. Diese Erscheinung beweist, dass das Fehlen des Knie-reflexes linkerseits nicht die Folge einer Alteration der centripetalen Leitung sein kann — sonst könnte der Reiz sich nicht auf die entgegengesetzte Seite übertragen, — sondern auf einer Alteration des motorischen Centrum selbst zu beruhen scheint. Sie beweist ferner, dass die Sehnenreflexe nicht wirkliche Reflexe sind, sondern eine directe Erregung der Muskelfasern in Folge der angeschlagenen Sehnenfasern. Auch an einer grossen Anzahl Personen mit normalen Patellarreflexen konnte M. diese „contralaterale Contraction der Adductoren“ beobachten.

Das geschilderte Phänomen kann von practischem Nutzen sein, um die Fälle, in denen der Verlust des Patellarreflexes auf einer Alteration des Nerven beruht, von denjenigen Fällen zu unterscheiden, in denen derselbe durch eine Alteration der motorischen Centren bedingt wird. Besteht die contralaterale Contraction, dann ist wohl anzunehmen, dass die zweite Möglichkeit vorliegt.

Buschan.

286) Frenkel (Heiden): Morvan'sche Krankheit und Lepra.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 7.)

F. lenkt die Aufmerksamkeit auf einige neuere in Deutschland wenig beachtete Arbeiten von Dr. Zambaco-Pascha aus Constantinopel, in welchen derselbe seine Ansicht von der Identität der Syringomyelie, der Morvan'schen Krankheit, der Sclerodermie, der localen Asphyxie, der symmetrischen Gangrän mit der Lepra begründet und auf das häufige Vorkommen der Lepra in der Bretagne (allerdings in milderer Form als die gewöhnlich

beobachtete hinweist. Besonders betont Z. die Identität der Symptome bei der rein nervösen Form der Lepra und bei der Syringomyelie.

Hoppe.

287) Andrew H. Smith (New-York): „Caisson disease“.

(The medic. Record, 3. Febr. 94.)

Verf. hatte Gelegenheit, 21 Arbeiter zu behandeln, die in Folge Arbeitens unter hohem Luftdruck [in dem in's Wasser versenkten Kasten (Caisson)] krank geworden waren und von denen 2 starben. In den typischen Fällen, deren er einen ausführlich beschreibt, pflegen folgende Symptome vorhanden zu sein: Heftige, oft furchtbare, manchmal blitzartig auftretende Schmerzen in den Beinen, hauptsächlich im Fuss- und Kniegelenk, jedoch auch in den langen Knochen; Schmerzen in der Lenden- und Kreuzbeingegend, die bei aufrechter Stellung erheblich zunehmen; Empfindlichkeit aller dieser Stellen gegen Druck, während derselbe in einer Reihe von Fällen schmerzlindernd wirkt; verstärkte oder aufgehobene Reflexe; mehr weniger weit ausgedehnte, meist ziemlich schnell vorübergehende, vollkommene oder unvollkommene sensible und motorische Lähmung, die sich vorwiegend auf beide Beine, gelegentlich auch auf die Arme oder in hemiplegischer Form auf einen Arm und ein Bein erstreckt; in Fällen von Lähmung der Beine ist dann gewöhnlich auch Lähmung der Blase und zuweilen auch des Sphincter ani vorhanden. Ausserdem findet sich oft Kopfschmerz, Schwindel, Doppelsehen, Syncope, Verwirrung u. s. w., in einzelnen Fällen Flecken- und Ecchymosenbildung in der Haut, in tödtlich verlaufenden Fällen gewöhnlich Coma. Die Erkrankung geht meist innerhalb weniger Tage in Genesung über, doch können unter Umständen auch unheilbare Lähmungen zurückbleiben. — Bei der Section fand man bisher stets Zeichen von Congestionirung des Hirns oder Rückenmarks, öfter auch Blutergüsse in Leber, Milz, Nieren, in der Schleimhaut des Magens, des Darms, der Blase u. s. w.

Verf. findet die Ursache der Krankheitserscheinungen nicht darin, dass sich in Folge schnellen Aufhörens des starken Luftdruckes Luft- oder Stickstoffblasen im Blute bilden, sondern darin, dass während der Arbeit das Blut aus den äusseren dem directen Luftdrucke ausgesetzten Organtheilen in die inneren gedrückt werden; in Folge dessen erhielten gerade die von Knochen eingeschlossenen Organe, das Gehirn, das Rückenmark, das Knochenmark einen Ueberschuss an Blut. Lässt nun der Luftdruck nach, so können wohl die durch den directen Druck gelähmten Blutgefässmuskeln verhältnissmässig schnell wieder functionstüchtig werden, nicht aber die passiv erweiterten Gefässe: Blutstase, Thrombenbildung, nachhaltige Ernährungsstörungen u. s. w. müssten die Folge sein. Aus dieser Annahme erkläre sich übrigens auch die Erscheinung, dass man den Körper allmählig daran gewöhnen könne, höheren Luftdruck ungestraft zu ertragen; die Blutgefässe würden in solchen Fällen gleichsam dazu erzogen, mehr und mehr Blut aufzunehmen und fortzuschieben.

Was die Behandlung anbetrifft, so soll der Arbeiter, sobald sich Zeichen per Erkrankung kundgeben, wieder unter den Einfluss hohen Luftdrucks — am besten in einem besonders dazu hergerichteten, leicht zugänglichen Raum —

gebracht werden; allmählig innerhalb weniger Stunden soll dann dieser Druck auf den gewöhnlichen unserer Atmosphäre vermindert werden. Sind secundäre Veränderungen eingetreten, so handelt es sich natürlich um andere Dinge, um Morphinum gegen die Schmerzen, um Ergotin zur Erregung des vasomotorischen Nervensystems (vom Verf. besonders gelobt!), um Electricität u. s. w. zur Heilung der Lähmungen.

Nützlicher als die Behandlung ist die Prophylaxe: Fettleibige und Trinker sollen nicht in comprimierter Luft arbeiten; alle anderen aber sollen erst durch allmählig zunehmenden Druck und allmählig verlängerte Arbeitszeit arbeitstauglich gemacht werden; Niemand aber darf unter einem Luftdrucke von 50 Pfund länger als 2 Stunden hinter einander arbeiten und das auch nur des Tags höchstens zweimal.

Voigt (Oeynhausen).

288) W. Gilman Thompson (New-York): Notes on the Caisson disease. (The Medical Record, 3. Febr. 1894.)

Th. bezieht sich auf seine vor 4 Jahren berichteten Versuche, in welchen Thiere mehrere Stunden unter noch höherem Luftdrucke gehalten wurden, als unter welchem die in comprimierter Luft beschäftigten Arbeiter zu stehen pflegen (2 - 4 Atmosphären). Keines der Thiere zeigte Erscheinungen der „Caisson disease“. Beim Arbeiter entstehe die Erkrankung, abgesehen davon, das seine normale Blutcirculation durch die schwere Arbeit bedeutend gestört werde, hauptsächlich dann, wenn er nach vollbrachter Arbeit zu schnell in dünnere Luft sich begeben; die Wirkung auf die Blutcirculation sei dann ähnlich, wie wenn der Luftschiffer zu schnell in dünne Luft aufsteige. Verf. verlangt desshalb gerade wie Smith, Vorrichtungen, um dem Arbeiter den allmählichen Uebergang in immer weniger stark drückende Luft zu ermöglichen. Im Uebrigen giebt Verf. einige Krankengeschichten.

Voigt (Oeynhausen).

b) Intoxicationen.

289) Isaac: Die neueren Forschungen über den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis. Vortrag in der Berliner dermatologischen Vereinigung. 6 | VI. 93.

(Berl. klin. Wochenschr. 1894; Nr. 16.)

I. bekennt sich auf Grund seiner Erfahrungen als Syphilidologe (er verfügt über 25 Fälle, meist aus der Privatpraxis) als Gegner der Lehre vom Zusammenhang beider Krankheiten.

Die Statistiken, welche nachweisen sollen, dass in der Anamnese der Tabetiker Syphilis häufiger vorkommt, als die anderen supponirten Krankheiten, hält I. nicht für stichhaltig. Einmal würden manche Fälle von Ulcus molle, Chancre mixte, Erosionen, Herpes progenerialis und manche Hautkrankheiten als specifische Affectionen in die Statistiken aufgenommen, andererseits zeige die Erfahrung der Syphilidologen, wie schwer, ja geradezu unmöglich es sei, ohne objectiven Befund lediglich aus der Anamnese eine stattgehabte Infection zu constatiren. Jedenfalls spielen nach I. bei einer grossen Anzahl von Fällen, in denen Syphilis vorausgegangen ist, ätiologisch noch andere Momente, wie Erkältung, Strapazen etc. mit (dies wird auch von Niemandem bestritten, Ref.).

Für die Syphilidologen ist nach I. die Frage von Wichtigkeit, ob es neben der typischen Tabes noch eine Pseudotabes giebt, welche durch anatomische Rückenmarksveränderungen syphilitischer Natur hervorgerufen wird, und ob neben der angeblich durch Lues hervorgerufenen Tabes, welche klinisch ganz dasselbe Bild bietet wie die typische Tabes, noch sonstige manifesteluetische Affectionen vorhanden sind. Gegen den anatomischen Zusammenhang beider Krankheiten spricht nach I. der Umstand, dass die Syphilis Herderkrankungen macht, während die Tabes eine Systemerkrankung ist.

Von der Wirkung der antisiphilitischen Curen, welche Dinkler neuerdings gegenüber den bisherigen Anschauungen von deren Wirksamkeit resp. Schädlichkeit wieder empfohlen hat, hält I. nicht viel. I. macht, wie mir scheint, mit Recht die Ausstellung, dass nicht zu sagen sei, wieviel die nebenbei angewendete Behandlung mit Electricität, Bädern etc. zu der Besserung beigetragen hat. I. hält es wenigstens für gewagt, den schon ohnehin durch ihr schweres Nervenleiden geschwächten Patienten grosse Dosen von Hg und J zu incorporiren.

I. fasst seine Ausführungen in folgenden Thesen zusammen:

1. Die Statistiken haben zu viele Fehlerquellen, um zu einem sicheren Resultat über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Lues und Tabes zu gelangen.
2. Syphilis steht zur Tabes in keinerlei ätiologischer Beziehung, höchstens kann sie, wie alle anderen zur Tabes führenden Einflüsse auf ein disponirtes Nervensystem schwächend wirken.
3. Antisiphilitische Curen sind bei der Tabes contraindicirt.

Hoppe.

290) Fournier: Syphilis et paralysie générale.

(Le Bullet. médic. 1893, Nr. 33 u. 35.)

In einem ausführlichen, dabei aber präcis gehaltenen Vortrage tritt F. für die von ihm energisch verfochtene Hypothese von einem engeren ätiologischen Zusammenhange zwischen Syphilis und echter allgemeiner Gehirnparalyse ein. Er führt eine Anzahl Argumente in's Feld, die zu Gunsten dieser Auffassung sprechen, und sucht andererseits die Einwürfe, die hiergegen gemacht worden sind, nach Möglichkeit zu entkräften. — Weiter geht Votr. auf die nosologischen Beziehungen zwischen allgemeiner Paralyse und Tabes ein und spricht sich für die Auffassung eines einheitlichen Krankheitsbildes aus.

Buschan.

231) Frederik Peterson (New-York): „The Relation of Syphilis to general paresis“.

(The Medic. Record, 9. Decbr. 93.)

Verf. spricht sich auf Grund eigener Erfahrung und unter Berücksichtigung der zahlreichen veröffentlichten Statistiken über das Verhältniss der Syphilis zur Dementia paralytica folgendermassen aus:

1. In 60—70% aller Fälle von Dem. paral. ist ihr Syphilis vorhergegangen. — 2. In den übrigen 30—40% ist weder erworbene noch angeborene Syphilis zu finden. — 3. Die Syphilis findet sich in der Vor-

geschichte der Dem. paral. 7 - 10mal häufiger, als in der anderer Geisteskrankheiten. — 4. Sie ist daher als ein häufiger, aber nicht constanter Factor zur Erzeugung der Dementia zu betrachten. — 5. Jedoch ist letztere weder der Ausdruck einer spätsyphilitischen Erscheinung, noch einer durch das syphilitische Gift hervorgebrachten Degenerationsform. — 6. Vielmehr handelt es sich darum, dass Blut und Constitution der Kranken durch die Syphilis derart angegriffen werden, dass die eigentlichen Erzeuger der Paralyse, d. h. Alcoholismus, Excesse in Venere, Vererbung, geistige Uebererregungen und Anstrengungen leichtes Spiel haben.

Voigt (Oeynhausen).

292) H. Lamy (Paris): De la méningo-myélite syphilitique. Etude clinique et anatomo-pathologique.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, Nr. 2, 3, 4, 5. 1893.)

Diese ausführliche Arbeit aus der Charcot'schen Klinik bringt unter Mittheilung von 13 neuen Krankengeschichten, darunter drei mit Autopsie, eine ganz vortreffliche Darstellung der Meningomyelitis syphilitica, welche ja in den letzten Jahren von vielen Autoren behandelt worden ist.

Die Meningomyelitis diffusa stellt in anatomischer Beziehung die gewöhnlichste Erscheinungsform der Rückenmarkssyphilis dar; sie ist regelmässig verbunden mit einer Erkrankung der Rückenmarksgefässe. Die Veränderungen der Gefässe und der Meningen sind diejenigen, welche zuerst vorhanden sind; von ihnen hängen die anatomischen Veränderungen der nervösen Elemente ab. Die Meningomyelitis kann sowohl (in der Mehrzahl der Fälle) ohne Betheiligung, wie auch unter gleichzeitiger Erkrankung der Dura mater spinalis ablaufen. Die Pachymeningitis syphilitica, welche von keinerlei Wirbelerkrankung abhängig ist, findet sich häufiger in der Cervicalregion, ohne dass sich für diese Eigenthümlichkeit eine genügende Erklärung abgeben liesse.

Häufig sind neben den Rückenmarkshäuten auch die Gehirnmeningen erkrankt und zwar besonders an der Basis, in der Gegend des Chiasma und zwischen den Hirnschenkeln.

Zuweilen scheinen die Meningealveränderungen an Wichtigkeit hinter den Gefässläsionen, die sie begleiten, zurückzustehen, so dass man fast eine syphilitische Arteriitis des Rückenmarks gesondert beschreiben könnte, wie man ja bei der Gehirnsyphilis die Meningitis und die Gefässerkrankung gesondert zu betrachten pflegt. Immerhin lehrt eine aufmerksame Beobachtung, dass diese Trennung bei der Rückenmarkssyphilis sich nicht durchführen lässt, dass vielmehr stets beide Arten von Veränderungen an dem Krankheitsprocesse gemeinschaftlich betheiligt sind, wenn auch ihre Entwicklung zuweilen unabhängig von einander zu sein scheint.

Uebrigens findet man bei der anatomischen Untersuchung von Krankheitsfällen, in denen die Krankheit erst ganz kurze Zeit bestand, dass fast nur die Venen allein im Anfange erkrankt sind, wodurch sich diese Affectionen auch wesentlich von der thrombotischen Gehirnerweichung unterscheiden.

Die frischen Krankheitsfälle lassen oft macroscopisch gar keine Veränderungen erkennen, während die microscopische Untersuchung ganz beträchtliche Läsionen entdecken lässt. Durch eine Reihe von Untersuchungen

scheint es bewiesen zu sein, dass die Spinalvenen zuerst erkranken und auch in der Folge meist intensiver betheilt sind, als die Arterien; es scheint, dass die Erkrankung in der adventitia der Gefässe ihren Anfang nimmt.

Zur Zeit lassen sich noch keine sicheren differentialdiagnostischen Merkmale für die Unterscheidung der syphilitischen Meningomyelitiden von denselben Affectionen anderen Ursprungs angeben, wie wir ja überhaupt über die Aetiologie der acuten Myelitiden nur ungenügend unterrichtet sind. Immerhin kann auch bei diesen diffusen Formen die microscopische Untersuchung das Vorhandensein hinreichend charakteristischer Merkmale (embryonäre Granulationen mit Riesenzellen, microscopische Gummiknoten der Meningen oder in den Gefässwänden) nachweisen, um auf die syphilitische Natur der Krankheit schliessen zu können; man muss hier die Tuberculose, die ganz ähnliche Bilder liefert, ausschliessen können.

In klinischer Hinsicht kann man bei der Meningomyelitis syphilitica zwei Perioden unterscheiden, eine Periode der Prodrome, die der ersten Localisation des Krankheitsprocesses an den Meningen entspricht, und eine Periode der Lähmung, welche auf die spätere Betheiligung des Rückenmarkes selbst an der Erkrankung zurückzuführen ist. Natürlich sind diese beiden Perioden nicht immer deutlich ausgeprägt; tritt eine frühzeitige zweckentsprechende Behandlung ein, so kann die zweite Periode fast ganz ausbleiben; andererseits kann auch die erste Periode nicht selten nur angedeutet sein.

Charcot selbst hat in einer seiner letzten Veröffentlichungen (*Médecine moderne*, 17. juin 1893) die Schilderung der Symptome der Prodromalperiode unternommen. Er zeigte, dass es eine *rachialgia nocturna syphilitica* giebt, ganz entsprechend den allbekannten, eigenartigen Kopfschmerzen. Häufig nehmen die Krankheitserscheinungen folgenden Verlauf. Zumeist nicht sehr lange nach der syphilitischen Infection (manchmal weniger als 1 Jahr) treten die bekannten specifischen nächtlichen Kopfschmerzen auf, daneben abwechselnd Erbrechen, Schwindel, zuweilen selbst vorübergehendes Coma oder Lähmung eines Gehirnnerven (besonders des III.). Nach einiger Zeit ändert sich das Bild völlig; die cerebralen Symptome verschwinden und es treten nun Rückenschmerzen auf, die auch Nachts besonders exacerbiren. Ihr Sitz ist verschieden: bald nehmen sie die cervico-occipitale Gegend ein, sind dann meist mit Steifigkeit des Halses und irradiirenden Schmerzen daselbst verbunden; bald sitzen sie zwischen den Schultern und strahlen dann öfters daselbst bis in die Finger aus; bald nehmen sie die dorsolumbale Gegend ein und setzen sich dann auf die seitlichen Theile des Rumpfes fort unter der Form heftigster Schmerzen wie von Verbrennungen oder Zerreiassungen, so dass nur Morphininjectionen die Pein der Kranken lindern können. Bewegungen pflegen die Schmerzen hervorzurufen oder zu verstärken. Nach einigen Ortschwankungen bildet sich regelmässig ein Schmerzherd aus, der in den periodisch wiederkehrenden Schmerzattacken stets der Hauptsitz bleibt; die Schmerzen können auf einer Seite wesentlich heftiger sein, wie auf der anderen.

Wie schon oben bemerkt wurde, fehlt nicht selten diese charakteristische *Rachialgie* und es gehen der zweiten Periode der Lähmung nur leichte

Parästhesien und vor allem Blasenstörungen (Dysurie, Incontinenz) voraus.

Die zweite Periode wird characterisirt durch das Auftreten der Rückenmarkslähmungen, entsprechend der nunmehrigen Betheiligung des Markes selbst an dem Krankheitsprocesse. In der Regel treten diese Lähmungen unter dem klinischen Bilde einer myelitis transversa dorsalis mittlerer Schwere auf, d. h. sie bestehen in einer spastischen Paraparese, die stets verbunden ist mit einer Functionsstörung der Sphincterica der Blase und des Rectum. Es ist dies das von Erb vor kurzem geschilderte Bild der „syphilitischen Spinalparalyse.“ Die Lähmung an sich hat nichts für ihren syphilitischen Ursprung characteristisches; der letztere lässt sich klinisch (von der Anamnese abgesehen) nur erschliessen aus dem früheren oder jetzigen Vorhandensein von Cerebralerscheinungen und aus dem Vorhergehen der oben geschilderten Prodromalerscheinungen. Die Lähmung kann auf einer Seite stärker sein; zuweilen beobachtet man dem Brown-Séguard'schen Symptomencomplexe ähnliche Erscheinungen. In den leichteren Fällen sind die Kranken höchstens vorübergehend an das Bett gefesselt; sonst ist die Lähmung nur eine relativ geringe. Besserungen in Folge specifischer Behandlung sieht man etwa in der Hälfte der Fälle; dagegen ist eine völlige Heilung eine Seltenheit, meist bleibt die spastische Paraparese definitiv bestehen.

Von dieser benignen Form der syphilitischen Paraplegie kann man unterscheiden eine seltene schwere Form. Nach einer kurzen und wenig deutlichen Prodromalperiode tritt eine Paraplegie (oft ganz plötzlich) ein, welche die Kranken an das Bett fesselt; dazu gesellen sich später Contracturen. Die Beine und oft die unteren Rumpfpartien sind der Sitz einer deutlichen Anästhesie, die häufig auf einer Seite stärker ist; hierzu kommen Gürtelgefühl und Schmerzpunkte. Tiefer Decubitus, Atrophie der Muskeln, Verlust der electricischen Erregbarkeit werden beobachtet; die Sehnenreflexe fehlen. Nach einem Zeitraum von wenigen Tagen bis zu einem Monate tritt der Tod ein. Das verschiedentlich nachgewiesene Bestehen von specifischen Läsionen bei der Section lassen keinen Zweifel an der Natur dieser furchtbaren Complication der Syphilis, obgleich früher die Autoren über diesen Punkt längere Zeit zweifelhaft waren.

Strauscheid.

293) Royal medical and surgical society. Februar 28., 93.

(The brit. med. Journ., 4. März 1893.)

Walter Rivington: Fracture of long bones in Tabes dorsalis, Syphilis and Paraplegia.

R. berichtet über fünf Fälle von Knochenbrüchen bei Tabeskranken in Folge von geringfügigen Ursachen und bei einem Paraplegiker mit Atrophie der Beine, der seit 15 Jahren lahm ist. Bei den 5 Tabikern sassen die Fracturen alle nahe den Gelenken, eine am chirurgischen Hals des Humerus, 3 bei, oder nahe dem Hals des Femur, davon 2 rechts-, 1 linksseitig, eine an der rechten Tibia und Fibula 3 Zoll unter dem Kniegelenk. In 2 Fällen fand keine Vereinigung statt (beidesmal betraf es den Femurhals). In 3 Fällen war die Vereinigung gut resp. einmal unvollkommen. In 2 Fällen wurde grosser Callus productirt, der in einem Fall wieder resorbirt wurde. Die Kranken waren zur Zeit der Ent-

stehung der Knochenbrüche 42, 46, 51, 55 und 57 Jahre alt. Die Fracturen fanden im Prodromalstadium der Krankheit, vor Beginn der Ataxie statt. In 2 Fällen hatte Lues bestanden. Doch bestand kein ursächlicher Zusammenhang zwischen den Knochenbrüchen und der Lues, denn bei Lues beruhen die spontanen Knochenbrüche auf Gummabildung im Knochen.

Hulke berichtet über eine 34jährige Frau, die einen Bruch des Tibiaschaftes hatte. Auffällig sei das verhältnissmässig geringe Alter der Kranken. Doch wiesen Schmerzen in den Beinen mit Taubsein und mit *ulcus perforans*, sowie gastrische Krisen deutlich auf die tabische Natur des Leidens hin.

Buzzard hat vor mehr als 20 Jahren 2 Fälle von Spontanfractur bei *Tabes* veröffentlicht. Interessant ist die Localisation der Läsion im Centralorgan, welche die Knochenbrüchigkeit oder Charcot's disease bedingt. Benjamin Ball habe zuerst bemerkt, dass viscerale Krisen in Fällen tabischer Arthropathie sehr gewöhnlich seien; diese gastrischen Krisen seien durch Sclerose des Vaguskernes bedingt. Die Arthropathie und die Spontanfracturen seien nicht durch Erkrankung des Rückenmarks veranlasst, denn sie kämen bei der spinalen Kinderlähmung oder bei Sclerose der Seiten- und Vorderhörner nicht vor, man müsse den Sitz ihrer Ursache vielmehr in der Medulla suchen. Als Bestätigung dieser Ansicht berichtet B. über einen Fall von Arthropathie eines Kniegelenks und eines Hüftgelenks, dessen Rückenmark post mortem von Gowers untersucht wurde. Dieser fand keine tabische Veränderung, aber in der Medulla nahe dem Vagus und der aufsteigenden Trigeminalganglion befand sich eine Sclerose.

J. Hutchinson jun.: Gummöse Osteomyelitis zeige keine locale Verdickung und könne durch äussere Untersuchung nicht erkannt werden. Von 27 Fällen von tertiärer Syphilis haben nach Chiari 9 centrale Gummata in den langen Röhrenknochen gehabt. H. berichtet über einen Fall von nicht geheilter Fractur des unteren Endes des Radius, verbunden mit centalem Gumma, welche seit 4 Jahren bestanden hatte, aber durch Jodkali in 6 Wochen sich fest vereinigte. Syphilis erzeuge nicht direct Knochenbrüchigkeit, sondern nur indirect durch Gumma oder durch Nervenläsionen.

W. H. Bennet wünscht, dass statt des Ausdrucks „Spontanfractur“ gesagt werde, „Brüche in Folge geringfügiger Ursachen“. Das komme nicht bloss bei *Tabes* vor. B. berichtet über 2 Fälle, Damen betreffend, die zweifellos an unbestimmten Nervenveränderungen litten und bei denen multiple Fracturen nach leichten Ursachen stattfanden. Die Fracturen waren typisch quere. Es bestand keine Gelenkaffection oder *Tabes*.

Barwell weist auf die gelegentliche Erblichkeit solcher Leichtbrüchigkeit der Knochen hin und berichtet über 2 solche Beobachtungen.

Golding-Bird erwähnt den Fall eines Mannes, der wegen *Ulcus perforans pedis* operirt wurde und der mit einem Recidiv zu ihm kam. Es wurde die Amputation nach Pirogoff gemacht. Die Wunde heilte gut, aber es fand keine Knochenvereinigung statt. G. hält osteoplastische Operationen bei *Tabes* für nicht rathsam.

Bryant glaubt, bei *Tabes* kämen nicht häufiger Fracturen vor, als bei anderen Nervenaffectionen, obgleich bei *Tabes* die Fracturen multipel auftreten. Er erwähnt eine an *Tabes* leidende Frau, bei der einfache

Bewegung im Bett zahllose Fracturen bewirkte. In Fällen von allgemeiner Paralyse brechen die Knochen häufig, aber vereinigen sich auch wieder, wenn richtig behandelt.

Wichmann.

294) Prof. Obolensky (Charkow): Syphilitische Neuralgien. — Klinische Vorlesungen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1994, Nr. 7, 8 u. 16.)

Die syphilitische Neuralgie ist als besonderes Krankheitsbild bisher nicht beschrieben worden. Die gebräuchlichsten Handbücher erwähnen, wie auch O. hervorhebt, die Neuralgie auf syphilitischer Basis gar nicht oder nur beiläufig. Selbst das grosse Handbuch der Nervenkrankheiten von Gowers widmet der syphilitischen Neuralgie, welche nach Gowers fast stets durch greifbare anatomische Affectionen des Nervensystems hervorgerufen wird, nur wenige Zeilen. „Ob das syphilitische Gift“, sagt Gowers, „eine idiopathische Neuralgie hervorrufen kann, ist nicht bekannt“. Obolensky gebührt das Verdienst, den Beweis dafür geliefert zu haben. In drei Vorlesungen, welche sich an die Mittheilung dreier Krankheitsfälle anschliessen und alle Vorzüge meisterhafter klinischer Darstellung in sich vereinigen, grenzt O. das Bild der syphilitischen Neuralgien ab. In den 2 ersten Fällen handelt es sich um langjährige, aller Behandlung trotzende (weil als luetisch nicht anerkannte), beiderseitige, in nächtlichen Anfällen auftretende Intercostalneuralgien, welche sonst nichts bemerkenswerthes bieten. Der 3. Fall betrifft einen 43jährigen Mann, welcher sich im 20. Lebensjahre luetisch infectirte (Hautausschläge, Bubonen), aber sich mit Hg. curiate, nur blieben die Lymphdrüsen vergrössert. Pat. leidet seit 18 Jahren an Schermerzanfällen in der Gegend der linken Niere, die sich strichweise nach vorn verbreiten, sich bis zum Scrobiculus cordis erstrecken und in das Kreuz ausstrahlen. Die Anfälle traten stets zur Nachtzeit anfangs selten (etwa alle Monate) in der Dauer von 20–30 Minuten auf, wurden aber mit den Jahren immer häufiger, anhaltender und intensiver. Die Schmerzen, welche sich schliesslich über die Gegend der linken Niere, über die linke Seite des Kreuzes und des Bauches verbreiteten und in das Schulterblatt und in die Schulter ausstrahlten, wurden in den letzten Jahren ganz unerträglich. Die Anfälle kamen täglich (Abends zwischen 8–9), dauerten 10–12 Stunden, gingen mit Polyurie einher und endeten mit Uebelkeit und Erbrechen. Patient ist durch das Leiden, gegen welches er alle möglichen Curen ohne Erfolg angewendet hat, materiell und körperlich ganz heruntergekommen und hat sich einige Zeit mit Selbstmordgedanken getragen. Objectiv bietet er wenig. Druck auf die Gegend der Schmerzen ist schmerzlos, nur stärkeres Drücken auf den Bauch bei möglichst erschlaffter Bauchdecke ruft Schmerz hervor. Sonst ausser Vergrösserung und Verhärtung der Inguinaldrüsen nichts bemerkenswerthes. Der in der Nacht gelassene Urin beträgt ca. 1800 ccm, sp. Gew. 1008, während am Tage sehr wenig Urin gelassen wird.

Die Diagnose: Neuralgie des N. splanchnicus, welche O. durch Ausschliessung der Colica renalis, der Crises nephrotiques, der Nephritis stellte, wurde durch die glänzende Wirkung der antisypilitischen Cur (Jodcalium) bestätigt, durch welche die Anfälle bald gemildert wurden, bis sie nach 11 Tagen völlig ausblieben.

Nach O. haben die syphilitischen Neuralgien folgende Merkmale:

1. Das Auftreten der Anfälle periodisch und zur Nachtzeit.
2. Das doppelseitige Auftreten der Intercostalneuralgien (während sonst Intercostalneuralgien einseitig sind).
3. Die Abwesenheit der Entartungsreaction, ungeachtet der langen Dauer der Neuralgie, was natürlich für die Abwesenheit anatomischer Veränderungen im Nerven oder in seinen Zweigen und Ganglien spricht.
4. Das Auftreten der Neuralgie ohne jede äussere Veranlassung.
5. Anzeichen einer überstandenen oder noch vorhandenen Syphilis resp die Anamnese in dieser Richtung.

Die Prognose ist selbst bei langer Dauer günstig. Die Behandlung zerfällt in zwei Theile: 1. Die radicale Therapie durch Hg. und J.-Präparate, 2. die symptomatische durch Mittel, welche sonst bei Neuralgien angewendet werden (Electricität, Bäder, ableitende Reize in Form von Vesicatoren, Aetzungen mit dem Paquelin, Brompräparate, Arsenik etc.). Das wichtigste ist selbstverständlich die specifische Therapie. Die Jodpräparate geben in einzelnen Fällen ausgezeichnete Resultate, in anderen bleiben sie wirkungslos. Als Hg.-Präparat wendet O. vorzugsweise Calomel in subcutanen Injectionen an. Die Wirkung der Therapie ist überraschend. In 2-3 Wochen sind die Kranken geheilt. O. weist darauf hin, dass auch Lanceranx 3 Fälle von Neuralgien der Nn. sacrales (Isobias) erwähnt, welche durch die antiluetische Cur wie durch einen Zauber wichen. Hoppe.

295) **Raymond**: Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux (Paralyse générale, méningo-myélite vasculaire diffuse et lésions syphilitiques des vaisseaux).

(Arch. de Neurol. XXVII, 83, 84.)

R. versucht den Nachweis zu führen, dass das anatomische Substrat der progressiven Paralyse bei vorangegangener Syphilis in einer chronischen, diffusen, von den Capillaren der Hirnrinde ausgehenden Meningo-Encephalitis besteht. Die Frage, ob etwa die Veränderungen andere sind, wenn sonst keine Syphilis nachweisbar war, lässt er offen, da er selbst nur die Gehirne von 3 sicher luetischen Paralytikern untersuchen konnte; aus dem gleichen Grunde will er auch die Frage nach der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die Paralyse nicht genauer erörtern, sondern er äussert nur im Allgemeinen seine Ansicht dahin, dass wohl 90% aller Paralytischen syphilitische Antecedentien hätten. R. giebt zunächst eine genaue Krankengeschichte seiner 3 Fälle und beschreibt dann eingehend die bei ihnen am Centralnervensystem gefundenen Veränderungen; eine Reihe recht sorgfältig ausgeführter Zeichnungen dienen zur Erläuterung der Befunde und erleichtern sehr wesentlich das Verständnis. Er glaubt aus seinen Ausführungen den Schluss ziehen zu dürfen, dass bei der progressiven Paralyse bei vorausgegangener Syphilis zunächst Veränderungen an den Gefässen der grauen Substanz und der Pia mater auftreten und zwar unter der Form der Endarteriitis obliterans, der Periarteriitis und Periphlebitis. Namentlich, wenn der chronisch entzündliche Process sich auch auf die grösseren Gefässe ausgebreitet hat, tritt bei diesem die Kernvermehrung oft in Form kleiner Knötchen, kleiner Gummata auf. In einem späteren Stadium tritt auch eine

Alteration der Zellen hinzu; die Ganglienzellen werden atrophisch, die Neurogliazellen hypertrophiren, die Nervenfasern schwinden, das Gewebe wird sclerotisch. Nicht jeder Syphilitische, dessen Hirngefäße die typischen Veränderungen zeigen, muss deshalb Paralytiker werden. Der weitere Verlauf wird vielmehr sehr wesentlich davon abhängen, ob die nervösen Elemente eine genügende Widerstandskraft gegenüber den durch die Gefäßalteration gesetzten Ernährungsstörungen besitzen; hierbei tritt unter den schwächenden Momenten besonders die Heredität in den Vordergrund.

Falkenberg-Lichtenberg.

296) **Lacour**: Sur un cas de syndrome de Weber.

(Revue neurologique, Nr. 13, 1893.)

Wiederholte Schwindelanfälle, gefolgt von Lähmung des linken Oculomotorius und rechtsseitiger Hemiplegie mit Beteiligung des Facialis und Hypoglossus (syndrome de Weber) und Lähmung des M. obliquus oculi inferior. Antisyphilitische Behandlung. Heilung. Der Fall betraf eine 60jährige Frau; L. nimmt als Ursache des Symptomencomplexes eine meningitische gummöse Plaque an, die an der inneren Partie des Fusses des linken Pedunculus und dem Ursprunge des Stammes des linken Oculomotorius ihren Sitz hatte. Der günstige Ausgang des Falles ist bemerkenswerth, da es in fast allen früheren Beobachtungen zum letalen Exitus kam.

L. Löwenfeld.

297) **Charles E. Nammack** (New-York): „Cerebellar Syphiloma.

(The Medic. Record, 4. Nov. 93.)

Ein 44jähriger Mann litt seit einem Monate, nachdem er 14 Jahre zuvor die ersten Zeichen von Syphilis dargeboten hatte, an Schwindel, Erbrechen, Doppelsehen, Gehschwäche, Schwäche der linken Hand, doppelseitigem Hinterhauptsschmerz, Sausen und Taubheit des linken Ohres. Dabei bestand Neigung nach rechts zu fallen, schwankender charakteristischer Gang, Verstärkung der Kniereflexe. — Durch Jodkali erfolgte schnell Besserung.

Voigt (Oeynhausen).

298) **Louis Fischer** (New-York): „The Opium habit in children“. (Der gewohnheitsmässige Gebrauch des Opiums bei Kindern.)

(The Medic. Record, 17. Febr. 94.)

Nach Verf. gehören eine grosse Anzahl von Fällen, in denen, namentlich im Sommer, die Diagnose auf Atrophie, Marasmus, Magen- und Darmcatarrh u. s. w. gestellt wird, nicht diesen Krankheitsarten an, sondern der Opiumvergiftung. Er behandelte in den letzten beiden Jahren 22 solche Fälle (3 davon mit tödtlichem Ausgange), in welchen die Mutter, die Amme, ein unvorsichtiger Arzt dem Kinde allzulange und reichlich Opium und seine Bestandtheile in allen möglichen Formen gegeben hatten. Als fast constante Symptome zeigten sich: Aufstossen, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Icterus (im späteren Verlauf!), zeitweise gesteigerte, zeitweise fehlende Reflexe, anhaltende Reizbarkeit, Nervosität, Rubelosigkeit, Stupor abwechselnd mit Coma, Blasenlähmung, Jucken, Ameisenkriechen u. s. w. Unter den Heilmitteln bewährten sich am meisten Sulfonal, Bromid, heisse Bäder, Lupulin, Chloralamid, Nährklystiere.

Voigt (Oeynhausen).

299) Prof. Dr. **M. Bernhardt**: Ueber die Gompertz'schen Anomalien der indirecten electricischen Erregbarkeit und ihre Beziehung zur chronischen Bleivergiftung.

(Berl. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 12.)

B. widerlegt die Gompertz'sche Behauptung, dass bei an Bleicachezie leidenden Menschen, auch wenn sie nicht gelähmt sind und nie gelähmt waren, am N. radialis durch die electricische Exploration schon früh die Zeichen degenerativer Neuritis erschlossen werden können, indem er nachweist, dass durchaus nicht alle Bleikranken an ihrem nicht gelähmten Radialisgebiet die Gompertz'sche Anomalie (Schwinden der Reaction, für den positiven Pol des Oeffnungsinductionsstromes, später der galvanischen Anodenschliessungszuckung) zeigen, und dass dieselbe auch bei vollkommen gesunden Menschen, welche mit Blei nie etwas zu thun hatten, vorkommt.

H o p p e.

300) **S. E. Henschen** och **A. Hildebrand**: Ett fall af arsenik förlamning, med. hämatomyeli och polyneurit.

(Upsala läkarefören. förhandlingar. Bd. 29, Nr. 3, S. 129.)

Die folgende Krankengeschichte ist der erste Fall von Section bei Arseniklähmung, welcher überhaupt beobachtet worden ist. Die microscopische Untersuchung ist im Juli 1883 vorgenommen und die Resultate im Februar 1891 in dem Upsalaer Verein der Aerzte mitgetheilt worden. Es handelt sich um eine 49jährige Frau, welche von Kindheit an epileptischen Anfällen gelitten hatte. Am 27. Januar 1883 erhielt sie von einer umherreisenden Mannsperson ein weisses geschmackloses Pulver, welches als ein vortreffliches Mittel gegen Fallsucht empfohlen wurde. An demselben Abend nahm sie von diesem Pulver ungefähr einen halben Theelöffel voll ein. Mitten in der Nacht erwachte sie mit starken Erbrechen und hatte am folgenden Tage mehrere sehr dünne Stuhlgänge. Noch an demselben Tage fühlte sie Stechen in Händen und Füßen. Am dritten Tage Paralyse der unteren Extremitäten und bald auch der oberen. Ausserdem allgemeine Schwäche und Abmagerung, Anästhesie der Hände und Unterarme und fortwährend Parästhesien und Schmerzen. Die Paralysen der oberen Extremitäten nahmen später ab, in den Beinen dauerten sie aber fort. Die Sensibilität war vermindert in allen Extremitäten, ebenso die electricische Erregbarkeit, welche im Peroneusgebiet vollkommen erloschen war. Die Patellar- und Plantarreflexe fehlten. Keine Störung der Blase oder des Mastdarms. — Die microscopische Untersuchung der peripheren Nerven (nur die sich am Rückenmark befindenden Nervenwurzeln wurden untersucht) zeigte ausgesprochene Neuritis. Viele Nervenfasern, zum Theil ganze Bündel, färbten sich nicht bei der Weigert'schen Methode. Im Rückenmark war die Anzahl der Ganglienzellen sehr vermindert. Die meisten der zurückgebliebenen waren pathologisch verändert, ohne Ausläufer, von verminderter Grösse und unregelmässiger, eckiger Form mit körnigem Inhalt, mitunter ohne Spur von Zellkernen. Die Goll'schen Stränge waren degenerirt. In dem Lendenmarke fand sich eine Höhle von 1 cm Höhe, 1 mm Durchmesser in der grauen Substanz der linken Seite. Die Ränder waren aufgelockert und mit vielen rothen Blutkörperchen bedeckt; solche fanden sich auch zahlreich in der Umgebung.

Die Verf. heben hervor, dass die Arsenikvergiftung also Veränderungen sowohl des Rückenmarks als der peripherischen Nerven hervorrufft und, wie es scheint, gleichzeitig.

Der Abhandlung ist eine colorirte Tafel beigegeben.

Koch (Kopenhagen).

II. Therapie

301) P. Marie: Sur un cas de guérison du myxoedème par l'ingestion de glande thyroïde de mouton et sur les accidents qui peuvent survenir au cours du traitement thyroïdien.

(Soc. méd. du Hôp. in Bullet. médic. 1894, Nr 12.)

Dame, seit 8 Jahren an ausgesprochenem Myxödem leidend. Behandlung: Schilddrüseneinverleibung, täglich 2 Drüsen (4 Lappen) vom Schaf ungekocht in Bouillon. Schon am anderen Morgen stieg die Temperatur (bis dahin zwischen 37° und 37,3°) auf 38° und hielt sich auf dieser Höhe die nächsten 10 Tage lang. Gleichzeitig, in derselben Nacht noch, stellte sich eine beträchtliche Steigerung der Diuresis ein; ferner Kriebelgefühl in den Beinen und Kopfschmerzen, am dritten Tage Schlaflosigkeit und Schmerzen in den Gliedern. Am Morgen des vierten Tages liess sich schon eine recht auffällige Veränderung der Gesichtszüge constatiren; besonders die Falten unter den Augen haben beträchtlich abgenommen und sind fast verschwunden. Puls 102 (vordem 76 - 80). Die Dosis wird auf einen Schilddrüsenlappen pro die herabgesetzt. Am 6. Tage der Behandlung hatte die Besserung deutliche Fortschritte gemacht; die Kranke beginnt wieder zu schwitzen; die Gesichtsschwellung ist schon zurückgegangen; die Sprache ist freier; die Haut im Gesicht und an den Händen lässt sich schon in Falten hochheben; Constipation verschwunden. Die unangenehmen Erscheinungen dagegen steigerten sich; es gesellte sich complete Anorexie, intensiver Durst, allgemeine Schwäche ein; daher die Behandlung am 10. Tage ausgesetzt. Trotzdem blieben dieselben noch einige Tage lang bestehen. Die Temperatur fiel zwar sofort und kehrte progressiv zur Norm zurück. Die Besserung des Allgemeinzustandes schritt continuirlich fort. — 21 Tage nach dem Aussetzen der Behandlung, nachdem die Kranke eine Influenza von kurzer Dauer überstanden hatte, wurde dieselbe wieder aufgenommen, und zwar alle 2 Tage ein Lappen verordnet. Nachdem 3 Lappen aufgebraucht waren, stellten sich die alten Unannehmlichkeiten von neuem ein; Temperatur jedoch nicht merklich erhöht. Daher Behandlung während der folgenden 20 Tage wieder sistirt. Von da ab wurde die Dosis auf $\frac{2}{3}$ Lappen alle 5 Tage reducirt. Dabei blieben die nachtheiligen Folgen fern. Die Besserung schritt stetig fort. — Gute 2 Monate nach Beginn der Behandlung: Das Gesicht hat ein vollständig normales Aussehen angenommen; die Schwerfälligkeit und das Alpdrücken waren vollständig geschwunden. Der Geist ist frisch und frei geworden, die Kranke zeigt Neigung zur Zerstreung. Die Haare in den Achselhöhlen beginnen zu treiben; auch die Fingernägel scheinen sich ersetzen zu wollen u. a. m. Das Gewicht hatte sich von 102 auf 85 kg vermindert. — Im Anschluss an die obige Beobachtung bespricht M. die verschiedenen Methoden der Schilddrüsen-therapie, von denen er der Einverleibung per os den Vorzug giebt, um

den unangenehmen Zwischenfällen (Polyurie, Temperatursteigerung, Pulsbeschleunigung, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den Gliedern) vorzubeugen.

Buschan.

302) A. Hoche: Versuche mit Curarin (Böhm) bei Tetanie. Aus der psych. Klinik zu Strassburg.

(Neurol. Centralblatt 2894, Nr. 8.)

Nachdem schon Berger bei Tetanie Injectionen von Curare mit günstigem Erfolge angewendet hatte, hat H. desgleichen bei einem interessanten Falle von chronischer Tetanie sehr günstige Erfolge mit dem wirksamen Bestandtheile des Curare dem Curarin erzielt. Die Anfälle, welche bei einem 21jährigen Mädchen, welches anfangs (Januar 1892) selten, schliesslich aber täglich 3—4mal auftraten und von einstündiger Dauer waren, begannen nach einer Reihe von Prodromalerscheinungen (Herzklopfen, zunehmende Athemfrequenz und Sensationen in den Extremitäten) in den Händen, ergriffen die Muskeln des Gesichts und des Nackens und immer neue Muskelgruppen, die Strecker an den Beinen und am Rücken, die Muskel des Kehlkopfes und des Schlundes, zum Theil auch die inneren Augenmuskeln und zuletzt die Mm. intercostales (nur die Muskeln des Kauapparates und der Blase blieben andauernd frei). Während der Krampf der Intercostales eine excessive Schmerzhaftigkeit verursachte, lag die Kranke schliesslich mit heftigem Laryngostridor, jagender flacher Respiration, für kürzere oder längere Zeit opisthotonisch, gegen Ende des Anfalls in Schweiß gebadet da. Im Intervall zwischen zwei Anfällen war die electriche Erregbarkeit normal oder nur wenig erhöht, nahm dann rasch zu kurz vor und bis zum Beginn der Krampferscheinungen, war nach dem Aufhören des Anfalls schon bedeutend geringer als beim Beginn desselben, um bald wieder zur Norm herabzusinken.

Während der schwersten Anfälle war das Sensorium leicht getrübt, sonst wurden wiederholt das Auftreten von Herpes im Gebiete des linken N. auriculo temporalis, Tremor der Hände und vorübergehende Paresen der Arme beobachtet.

Die Anwendung des Curarin, welche durch die bedrohlichen Erscheinungen von Seiten des Larynx und der Athmungsmuskulatur veranlasst wurde, hatte den Erfolg, dass die Gesamtdauer der einzelnen Anfälle bis auf 32 Minuten abgekürzt wurde und dass mehrfach subjectiv eine Erleichterung, objectiv eine Minderung der Intensität eintrat. Die Dosis stieg von $\frac{1}{4}$ bis $\frac{3}{4}$ mg. Schon die Dosis von 0,6 mg rief deutliche, wenn auch nicht ausgedehnte Lähmungserscheinungen hervor, während Hofmann, welcher Curarin in einem Falle von Tetanus anwandte, selbst bei 12 mg zwar Speichelfluss, Singultus, aussetzende Respiration, aber keine Lähmungserscheinungen sah.

Hoppé.

303) **William Philipp Spratling** (New-York): „Some observations on the action and value of hyoscyamine in nervous and mental diseases“. (Einige Beobachtungen über Wirkung und Werth des Hyoscyamin bei Nerven- und Geisteskrankheiten.)

(The Medic. Record. 27. Januar 94.)

Verf. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen und Erfahrungen dahin zusammen: 1. Das Hyoscyamin darf niemals in Fällen acuter Geisteskrankheit gegeben werden; 2. ebenso wenig ist es am Platze, wo die zu bekämpfende Krankheit, namentlich des Gehirns und seiner Häute, mit Congestions- oder Entzündungs-Erscheinungen einhergeht; 3. auch in Fällen vorhandener oder drohender Erschöpfung ist es zu vermeiden; 4. zur Erzeugung von Schlaf ist es gänzlich untauglich; 5. dagegen ist es in denjenigen Fällen chronischer Erkrankung des Nervensystems nützlich, in denen man einen ausgedehnten Tremor beruhigen will. Und ebenso erweist es sich bei solchen chronischen Geisteskrankheiten hilfreich, bei denen motorische Störungen im Vordergrund stehen.

Voigt (Oeynhausen).

304) **J. B. Mattison**: „The modern and human treatment of the Morphine disease“. (Die moderne humane Behandlung der Morphiumsucht.)

(The Medical Record, 23. Dec., 93.)

Verf. bespricht und verwirft sowohl die Lewinstein'sche, als die Erleumeyer'sche Behandlung des Morphinismus als zu grausam. Dagegen empfiehlt er, um dem Kranken schnell und doch ohne Qual zu helfen, Bromkali, Codein und Trional: dieselben müssen je nach der Besonderheit des Falls theils einzeln innerhalb weniger Tage hinter einander, theils zu gleicher Zeit gegeben werden.

Voigt (Oeynhausen).

305) **Alfred Parkin**: The treatment of chronic hydrocephalus by basal drainage.

(The Lancet, 13. Nov. 93, pg. 1244.)

Die schon in der Lancet (Juli 1893) beschriebene Methode wurde in folgendem Falle angewendet:

Elfmonatliches Kind mit grossem Kopf, weiter Fontanelle; Stirnbein und Seitenwandbeine noch nicht vereinigt; Augen prominent; keine Krämpfe, ab und zu reizbar; Gesicht, Gehör gut. Tuberculose in der Familie. Die Vergrösserung des Schädels ist erst seit dem 5. Monat bemerkt: der Kopf nahm während der Behandlung an Umfang zu, das Kind wurde schnell schlechter, es trat Erbrechen ein. Puls 84.

Operation in leichter Narcose. Punction etwa 1 Zoll unterhalb der Crista superior des Hinterhauptbeins und $\frac{1}{2}$ Zoll rechts von der Mittellinie; Drainage. Am folgenden Tage besserer Zustand, Puls 128. Am 18. Tage nach der Operation Entfernung der Drainage. 3 Monat nach der Operation guter Zustand des Kindes.

Wichmann.

IV. Original-Vereinsberichte.

XIX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 2. u. 3. Juni 1894.

Von Privatdocent Dr. Sommer.

Wir suchen in Folgendem das reichhaltige Material der Vorträge inhaltlich zu gruppieren. In anatomischer Beziehung war vor allem der Vortrag von Nissl, welchen ich in extenso veröffentlichte, von Wichtigkeit, da er neue Bahnen eröffnet. Eine exacte Einzeluntersuchung mit bewährten Methoden bot der Vortrag von

Kausch (Strassburg): Die Lage des Trochleariskerns.

Als IV. Kern sind in der Literatur 3 Gruppen von Ganglienzellen beschrieben: 1. Westphal's hinterer kleinzelliger IV. Kern, zuerst 1887 von Westphal erwähnt, 1891 von demselben dem N. IV. nicht mehr zugerechnet. 2. Der Nucleus ventr. post. Oculomotorii, der in einer Vertiefung des hinteren Längsbündels liegt. 3. Westphal's Trochlearis-Hauptkern, zwischen hinterem Längsbündel und Aquaeduct. Sylvii.

Die älteren Literaturangaben sind ungenau und zweideutig. In der Arbeit von Westphal und Siemerling 1891 über die chron. progr. Augenmuskellähmung wird der IV. Hauptkern als alleiniger IV. Kern angesehen, weil die IV. Fasern in ihm enden sollen, der Nucl. ventr. post. als ein Oculomotoriuskern aus folgenden Gründen:

1. Der Nerv. ventr. post. und der übrige III. Kern haben faserreiches Grundgewebe, der IV. Hauptkern faserarmes.
2. Die Zellen des IV. Hauptkernes sollen grösser sein, als die des N. ventr. post. und des III. Kernes.
3. Die IV. Fasern enden nicht im N. ventr. post., sondern im IV. Hauptkern.
4. Patholog. Fälle.

Kausch behauptet, dass Westphal's IV. Hauptkern nicht IV. Kern ist, dass der N. ventr. post. alleiniger IV. Kern ist. Als Gründe führt er an:

1. Jeder motor. Nervenkerne hat ein reiches Netz feinerer und grösserer Nervenfasern zwischen den Zellen. Der IV. Hauptkern wäre der einzige ohne dieses Faserreichtum.
2. K. sieht die IV. Fasern im N. ventr. post. enden, keinen einzigen in den IV. Hauptkern treten.
3. K. sieht die Zellen des IV. Hauptkernes nicht als motorische an, sie sind nicht multipolar. Sie sind auch nicht grösser als die des N. ventr. post.
4. Die distalsten III. Fasern verlassen den III. Kern erheblich oralwärts vom Kern im hinteren Längsbündel. Wenn diese aus dem N. ventr. post. kämen, würden sie aber erst ein grosses Stück oralwärts, durch den Kern hindurch verlaufen, dann im rechten Winkel ventralwärts umbiegen und austreten. Alle anderen motorischen Kerne senden ihre Wurzelfasern sofort aus.
5. Die patholog. Fälle stimmen mit K.'s Auffassung besser überein, als mit der von Westphal und Siemerling; so besonders ein Fall, in dem

Nerv. III und IV degenerirt, N. ventr. post. und übriger III. Kern atrophisch sind, IV. Hauptkern normal ist. (Autoreferat.)

Dr. H. Reinhold (Freiburg i. B.): Sectionsbericht und Epikrise des am 7. Juni 1890 von Herrn Geh. Rath Bäumlcr der Versammlung vorgestellten Falles von chronischer Spinalaffection.

Bei dem am 7. Juni 1890 in Baden-Baden vorgestellten*) Kranken der Freiburger medic. Klinik, einem 44jährigen Bäcker, bestanden folgende Symptome: Spastische Parese der Arme und Beine mit beträchtlicher Steigerung der Reflexe; beim Gehen wird das linke Bein etwas geschleudert; Brach-Romberg'sches Phänomen. Hochgradige Störung der Sensibilität, besonders an den oberen Extremitäten; namentlich im Gebiete des Muskelsinns, ferner des Tastsinns und der Temperatur-Empfindung, während die Schmerzempfindung viel weniger herabgesetzt ist. Die Bewegungen des Kranken sind bis zu einem gewissen Grade incoordinirt, jedoch nur insoweit, als zu ihrer Ausführung eine sensorische Controlle nothwendig ist. Dagegen sind z. B. die mimischen Handbewegungen bei lebhaftem Gesticuliren durchaus sicher und stetig. Leichte Blasen- und Mastdarmlstörungen. Von Seiten der Kopfnerven keinerlei Erscheinungen. —

Der Kranke hatte im 15. Lebensjahre ein schweres Trauma erlitten indem er unter ein Mühlrad gerieth; nach diesem Unfall war er $\frac{3}{4}$ Jahr bettlägerig und angeblich an allen 4 Extremitäten gelähmt gewesen. — Lues war nicht sicher festgestellt. —

Eine bestimmte Diagnose liess sich intra vitam nicht stellen; in erster Linie wurde an Syringomyelie gedacht. Gegen eine functionelle Erkrankung („traumatische Neurose“) sprach das Fehlen aller cerebral-neurasthenischen bezw. hysterischen Symptome, sowie auch die Form und Vertheilung der motorischen und sensiblen Störungen. — Patient starb am 19. XII. 1892 im Freiburger Bürgerspital. —

Die Autopsie (am 20. XII. 1892) ergab im Gehirn nichts Abnormes, während das Rückenmark schon frisch, noch mehr aber nach vollendeter Härtung sehr prägnante Veränderungen aufwies: zunächst eine Höhlenbildung (Syringomyelie), vom mittleren Halsmark bis zum Anfangstheil der Oblongata hinaufreichend; diese Höhle, von einer sich deutlich abhebenden Wand umgeben, nimmt im Wesentlichen das Gebiet hinter dem Centralkanal, also die Hinterstrangregion ein, wie aus der herumgegebenen Abbildung ersichtlich. Ferner findet sich eine strangförmige Degeneration der Pyramiden-Seitenstrang-, Kleinhirnseitenstrangbahnen und der Goll'schen Stränge, die wahrscheinlich nicht als secundäre, sondern als selbstständige Veränderung aufzufassen ist; die microscopische Untersuchung des Rückenmarks ist allerdings noch nicht völlig abgeschlossen. Der Befund erinnert an die von Strümpell beschriebene Form der combinirten Systemerkrankung, sowie an die Veränderungen des RM bei der „atactischen Paraplegie“ von

*) Cfr. den Bericht über die XV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte 1890. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XXII, Heft 2.

Gowers (Demonstration von Präparaten). — Auch die Combination einer Syringomyelie mit combinirter Strangdegeneration, wie sie hier vorzuliegen scheint, ist bereits früher von Strümpell beschrieben worden.

Besonders auffällig ist nun ein weiterer Befund, nämlich der von altem Blutpigment in reichlicher Menge, nicht nur in der Wand der Höhle, sondern auch in den übrigen Rückenmarksabschnitten, bis in's Lendenmark hinab. Dies Pigment, in Form bräunlicher Schollen, findet sich vorwiegend in den Gefäßsscheiden, stellenweise aber auch frei im Gewebe der degenerirten Stränge liegend; ferner auch in der Pia spinalis. Es liegt nahe, diesen Befund mit dem vorausgegangenen Trauma in Zusammenhang zu bringen. Die weitere genaue microscopische Untersuchung wird zeigen, ob auch für die Höhlenbildung ein genetischer Zusammenhang mit dem Trauma aus dem histologischen Befunde wahrscheinlich gemacht werden kann, oder ob auch hier congenitale Entwicklungsanomalien des Centralkanal eine Rolle gespielt haben. Jedenfalls ist es durchaus nicht unwahrscheinlich, dass das Trauma den ersten Anstoss sowohl zu der Höhlenbildung, als auch zur Entwicklung der Strangdegeneration gegeben hat.

Für die klinischen Erscheinungen haben wir somit ein recht prägnantes anatomisches Substrat: für die spastische Parese der Extremitäten die Erkrankung der Pyramidenbahn, für die Sensibilitätsstörungen die Läsion der hinteren Rückenmarkshälfte im Bereiche der Syringomyelie. Wie weit dabei eine Schädigung der grauen Substanz, wie weit die Unterbrechung der Leitungsbahnen in Betracht kommt, muss bis zu vollständigem Abschluss der microscopischen Untersuchung noch dahingestellt bleiben; für die Störung des Tastsinns und des Muskelgefühls wird jedenfalls die Affection der Hinterstränge in erster Linie massgebend gewesen sein. Dass trotz der Hinterstrang-Erkrankung eine Steigerung der Sehnenreflexe bestehen konnte, erklärt sich aus dem Freibleiben der Wurzeintrittszone, speciell auch im Lendenmark, wo überhaupt die Hinterstrang-Affection geringer ist, als in den oberen Rückenmarkspartien. — (Autoreferat.)

Hoche (Strassburg): Ueber Muskelatrophie bei progressiver Paralyse.

Ausgehend von den Fällen von Degeneration peripherischer Nerven und Muskelatrophie bei Tabes fügt der Votr. den spärlichen bisher vorliegenden entsprechenden Beobachtungen bei progressiver Paralyse zwei neue hinzu.

Bei 2 männlichen Paralytikern, die sich noch nicht im cachectischen Stadium befanden, hatte sich im Thenar resp. Hypothenar und den Interossei eine unregelmässige Atrophie mit completer EaR entwickelt; bei beiden fehlten die Kniephänomene. Die microscopische Untersuchung ergab bei dem einen plötzlich gestorbenen Kranken neben der Affection der Hinterstränge eine degenerative Atrophie der betr. Muskeln, bei intacten Vorderhörnern, intacten Vorderarmnerven. — In den epikritischen Bemerkungen wendet sich Votr. gegen die besonders in Frankreich vertretene Lehre von der Identität der Tabes und der progressiven Paralyse; er erörtert namentlich die Gründe, die gegen die von den Anhängern dieser Lehre gemachte Annahme sprechen, dass die Erkrankung der Seitenstränge eine secundäre, irgendwie von

der cerebralen Affection abhängig sei; er giebt zu, dass der Tabes und der progressiven Paralyse (abgesehen von gemeinsamen ätiologischen Beziehungen zur Lues, über deren Häufigkeit die Meinungen noch divergiren) wohl gemeinsam sei der primäre Schwund der nervösen Elemente, bestrittet aber, dass dieses und die bekannte häufige Coincidenz von Tabes und Paralyse genügen, um beide Krankheiten zu identificiren.

Für die progressive Paralyse nimmt er eine locale Selbstständigkeit des pathologischen Processes in den einzelnen Abschnitten des Centralnervensystems an und ist geneigt, diese Annahme auch auf die peripherischen Theile auszudehnen. Beobachtungen von der oben beschriebenen Art erscheinen geeignet, dies zu stützen. (Autoreferat.)

D. Gerhardt (Strassburg): Ueber das Verhalten der Reflexe bei Querdurchtrennung des Rückenmarkes.

In den letzten Jahren wurde von mehreren Autoren, besonders von Bastian in England, behauptet, dass bei völliger Durchtrennung des oberen Rückenmarkes die Reflexe in der unteren Körperhälfte regelmässig erlöschen, dass Steigerung der Reflexe direct auf das Erhaltensein leitender Rückenmarksubstanz schliessen lasse und dass alle bis jetzt vorliegenden Mittheilungen entgegengesetzten Inhalts auf ungenügender klinischer oder anatomischer Untersuchung beruhen.

Demgegenüber berichtet G. über einen Fall von Tumor der Brustwirbel mit totaler Rückenmarkscompression, der $4\frac{1}{2}$ Jahre auf der Strassburger med. Klinik beobachtet worden war und bis zu seinem Tod Reflexsteigerung gezeigt hatte. Die Section ergab, dass das Rückenmark an der Compressionsstelle in eine dünne durchscheinende Masse verwandelt war. Die microscopische Untersuchung zeigte hier nur lockeres, wahrscheinlich arachnoideales Bindegewebe, keinerlei erhaltene Nervensubstanz.

Der Fall spricht entschieden gegen die Schlüsse, welche Bastian und seine Anhänger aus ihren Beobachtungen gezogen haben und stützt die alte Lehre von der Reflexsteigerung bei völliger Unterbrechung des Hals- oder Brustmarks, die mit den Ergebnissen des Thierexperiments völlig übereinstimmt. (Autoreferat.)

(Schluss folgt.)

Personalien.

Am 6. Juli starb in Köln nach kurzem Leiden Herr Dr. med. Friedrich Strauscheid im 30. Lebensjahr. Uns und unseren Lesern wird er als wackerer Kämpfer für die Wissenschaft der Psychiatrie und für das Wohl des psychiatrischen Standes unvergessen bleiben.

Redactionelles.

Die Fortsetzung des Verzeichnisses der neurologischen Literatur ist so gedruckt, dass sie mit dem ersten Theile zusammengeheftet werden kann.

- 175) Laffite, Ad.: Des crises gastriques. *Gaz. des hôp.*, Nr. 3.
- 176) Lépine: Troubles glosso-laryngés dans le tabes. *Société de méd. de Lyon. Lyon médical*, Nr. 7.
- 177) Magnan, Alph.: Des symptômes pharyngés du tabes vrai. Thèse, Lyon, janv. 25.
- 178) Marie, P.: De l'origine exogène ou endogène des lésions du cordon postérieur étudiées comparativement dans le tabes et la pellagra. *Semaine méd.*, Nr. 1.
- 179) Möbins, P. J.: Neuere Beobachtungen über die Tabes. *Schmidt's Jahrbuch*, Bd. 241, S. 73.
- 180) Nugent: A case of locomotor ataxy, with specimen of Charcot's disease. (B.) *Lancet I*, jan. 27.
- 181) Ribel: Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich. Thèse, Paris, mars 14.
- 182) Sachs: Syphilis and tabes dorsalis. *New-York med. Journ.*, jan. 6, Nr. 708.
- 183) Schultze: Vorstellung von Fällen einer hereditären Nervenerkrankung (Friedreich'sche Ataxie). *Niederrh. Ges. f. Natur u. Heilk.* (B) *Deut. med. Wochenschr.* Nr. 4.
- 184) Schultze, Fr.: Ueber die Friedreich'sche Krankheit und ähnliche Krankheitsformen, nebst Bemerkungen über nystagmusartige Zuckungen bei Gesunden. *Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilkd.*, Heft 1, S. 27.
- 185) Vacetic, M.: Seltenerer Eormen der Tabes dorsalis und Verhältnisse der Patellarsehnenreflexe bei Tabes cervicalis etc. *Dissert.* Wien.
- 186) Weiss, Max: Ein Beitrag zur Therapie der Tabes dorsalis. *Centralbl. f. d. ges. Therap.*, Febr.
- 187) Wickam: Ulcérations buccales tabétiques. (M.) *Bull. méd.* Nr. 6. Ferner Nr. 76, 77, 78.
- e) Poliomyelitis, Muskelatrophie.
- 188) Cagney: A case of progressive muscular atrophy with commencing bulbar paralysis. *Harv. Soc. (B.) Lancet*, febr. 24.
- 189) Ewh, E.: Beiträge zur Lehre von der Muskelatrophie. *Dissert.* Berlin.
- 190) Hammond, Graeme: Two cases of progressive muscular atrophy; a report of the patholog. examination with special reference to the functions of certain cells groupe of spinal cord. *New-York med. Journ.*, jan. 6, Nr. 788.
- 191) Hawthorne, C. O.: Progressive muscular atrophy. *Glasg. med. Journ.*, S. 63, jan.
- 192) Jolly: Ueber acute aufsteigende Paralyse. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 12.
- 193) Nonne: Ein Fall von frühzeitiger Muskelatrophie nach Hemiplegie. *Aerzt. Verein Hamburg.* (B.) *Deut. med. Wochenschrift* Nr. 1.
- 194) Rampoldi, Vitt.: Di una forma frusta e atipica di pseudoipertrofia muscolare progressiva. *Gazz. lomb.* Nr. 1.
- 195) Simpson: Pseudo-hypertrophic paralysis. *Med. Press.* Nr. 2854.
- f) Myopathien.
- 196) Bernhardt: Ein Fall von einseitigem (wahrscheinlich angeborenem) infantilen Gesichtsmuskelschwund. *Neurol. Centralbl.* Nr. 1.
- 197) Hochhalt, Karl: Ein Fall von Dystrophia musc. progr. adult. *Ver. d. Spitalärzte zu Budapest.* 7. Febr.
- 198) Penrose u. Turner: A case of no-spinal form of idiopathic muscular atrophie. *Clin. Soc. of Lond.* (B.) *Lancet*, febr. 3.

g) Syringomyelie, Morvan'sche Krankheit, Lepra.

199) Catrin: Déformation des mains rappelant la main de Morvan ou la main lépreuse. Soc. méd. des hôp. (B.) *Bullet. méd.* Nr. 14.

200) Düring, E. v.: Lepra und Syringomyelie. *Deutsch. medic. Wochenschr.* Nr. 6.

201) Leclerc et Chapuis: A propos d'un cas de maladie de Morvan. *Gaz. hebdom.* Nr. 1.

202) Müller: Syringomyelie mit bulbären Symptomen. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 52, S. 259.

h) Spina bifida, Meningocele.

203) Eigenbrodt: Meningocele spuria traumatica. *Niederrh. Ges. für Natur u. Heilkd.* (B.) *Deut. med. Wochenschr.* Nr. 4.

204) Hagemann, M.: Ein Fall von Spina bifida, Hydromyelocele, Defecten an Hirn und Rückenmark und Missbildungen des Herzens. *Dissert. Königsberg.*

205) Krox, R.: Spina bifida; ulceration and rupture of sac; spontaneous cure. *Lancet*, febr. 24.

206) Piéchaud: Trois observations de Spina bifida. *Soc. de méd. de Bordeaux.* (B.) *Mercur. méd.* Nr. 13.

207) Schon, Jens.: Ein Fall von Spina bifida occulta mit Hypertrichotis lumbalis. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 5.

208) Stein, H.: Ueber Spina bifida und cephalocele. *Diss. Berlin.*

209) Wörz, v.: Eine Missbildung mit Amniosnabel, Ectopie, Symphysenspalt und Spina bifida. *Centralbl. f. Gynaek.* Nr. 1.

III. Periphere Nerven.

a) Lähmung.

210) Bernhardt: Mittheilung eines Falles von isolirter peripherischer Lähmung des nervus supra scapularis dexter. *Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 2.

211) Boix, E.: De la paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis. *Arch. génér. de médéc.*, fevr.

212) Braun, H.: Ueber Drucklähmungen im Gebiete des Plexus brachialis. *Deut. med. Wochenschrift* Nr. 3.

213) Briese, W.: Ueber Facialisparalyse bei Ohr affectionen. *Diss. Halle.*

214) Buongiovanni, C.: Un caso di paralisi faciale in sorta nel decorso di un reumatismo muscolo-articolare con eritema essudativo multiforma. *Riform. med.*, 27. jan.

215) Edgeworth: Bilateral facial paralysis, due to injury by forceps at birth. *Brit. med. journ.*, jan. 6.

216) Goldzieher: Un symptome inconnu de la paralysie faciale complète. *Rev. gén. d'ophth.*, Nr. 1.

217) Hale White: A case of diphtheritic paralysis. *Clinic. Soc. of Lond.* (B.) *Lancet*, march 3.

218) Hatschek: Ueber recidivirende Facialislähmung. *Wien. med. Club.* (B.) *Wien. med. Presse* Nr. 4.

219) Hoffmann, J.: Zur Lehre von der peripherischen Facialislähmung. *Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilk.*, Heft 1, S. 72.

220) Jossierand u. Nicolas: Sur un cas de tuméfaction hémilatère de la face compliquant une paralysie faciale périphère. a frigore. *Lyon méd.* Nr. 7.

221) Moore: A case of associated paralysis of the right portio dura and pneumogastric nerves. *Roy. acad. of med. in Ireland.* (B.) *Lancet*, febr. 17.

222) Mott: A case of paraplegia after typhoid fever. *Clin. Soc. of Lond.* (B.) *Lancet*, febr. 3.

223) Pandi, Koloman: Strittige Fragen auf dem Gebiete der Pathologie der Facialislähmung. *Magyar Orvosi Archiv*, Heft 3.

- 224) Wittstock: Ueber Facialis-
lähmung bei Ohr affectionen. Diss.
Göttingen.
Ferner Nr. 333.
- b) Krampf, Tremor.
- 225) Braunschweig: Ein Fall von
Nystagmus der Bergleute. Ver.
der Aerzte zu Halle. (B.) Münch.
med. Wochenschr. Nr. 7.
- 226) Gerhardt, C.: Accessoriuskrampf
mit Stimmbandtheiligung. Münch.
medic. Wochenschr. Nr. 10.
- 227) Kuhn: Traitement du torti-
collis. Normandie méd. Nr. 2.
- 228) Nieden: Der Nystagmus der
Bergleute. Wiesbaden, Bergmann.
- 229) Raymond, F.: Affections spas-
mo-paralytiques infantiles. Progrès
médic. Nr. 4-5.
- 230) Smith Noble: Spasmodic wry-
neck and other spasmodic move-
ments of the head, face and neck.
London, Smith, Elder & Co.
- 231) Seeligmüller: Ein Fall von
combinirtem Halsmuskelkrampf.
Ver. d. Aerzte zu Halle. (B.)
Münch. med. Wochenschr. Nr. 5.
- 232) Wertheim, Salomonson: Bij-
drage tot de kennis van het beven
(Zittern). Nederl. Weekbl. Nr. 1.
Ferner Nr. 182, 270, 345, 364, 402
- c) Neuralgien.
- 233) Voisin: Des lésions méningo-
cérébrales dans leurs rapports avec
la névralgie trifaciale. Acad. de
méd. (B.) Sem. médic. Nr. 2.
Ferner Nr. 273, 330, 367, 392, 395,
398, 400, 405.
- d) Neuritis, Polyneuritis;
Beri-beri.
- 234) Adams, John A.: Neuritis super-
vening during the treatment of
chorea by arsenic. Lancet, febr. 10.
- 235) Engel, R. von: Ueber Poly-
neuritis mercurialis. Prag. med.
Wochenschr., Febr. 8 u. 15.
- 236) Ferguson: Five cases of sudden
death due to ascending neuritis.
Medic. News.. jan. 6, Nr. 1095.
- 237) Frankl-Hochwart: Neuritis des
Plexus brachialis mit Erythema
nodosum. Ver. f. Psych. in Wien.
(B.) Wien klin Wochenschr. Nr. 1.
- 238) Giraud: Du beri-beri. Thèse,
Paris, janv. 10.
- 239) Hulke: Peripheral neuritis of
sensory nerves of integument of
the buttocks, penis, scrotum etc.;
syphilis, improvement under mer-
curial treatment. Lancet, march 31.
- 240) Mc.Leod Kenneth: Nerve-stret-
ching and splinting in localised
interstitial neuritis (leprosy). Roy.
med. and chir. Soc. (B.) Lancet,
febr. 17.
- 241) Mott: A case of multiple neu-
ritis. Clin. Soc. of London. (B.)
Lancet, march 3.
- 242) Raich, A.: A case of diabetic
multiple peripheral neuritis. Med.
Record, Nr. 1210.
- 243) Scheube, B.: Die Beri-beri-
Krankheit. Jena, Fischer.
Ferner Nr. 179, 408.
- e) Varia.
- 244) Adler: Fall einer besonderen
Form von Neuromyositis. Schles.
Gesellsch. f. vat. Kult. in Bres-
lau. (B.) Dent. med Wochenschr.
Nr. 10.
- 245) Collet: névrome plexiforme de
la face; malformation congénit.
de la face et du crâne avec élé-
phantiasis des parties molles. Gaz.
hebd., Nr. 7.
- 246) Crepel: Contribution à l'étude
des plaies des nerfs. Thèse, Paris,
janv. 17.
- 247) Dénucé: Troubles neuro-muscu-
laires du phimosis. Soc. de méd.
de Bordeaux. (B.) Mercr. médic.
Nr. 13.

- 248) Ehrlich, C.: Ueber die Fälle von sogenannter prima intentio nervorum. Diss. Berlin.
- 249) Féré u. Batigne: Compression du nerf cubital produite par l'apophyse sus-epitrochléenne. Rev. méd., Nr. 3, S. 71.
- 250) Reboul: Consequences d'une piqûre avec la seringue de Pravaz. Méd. mod. Nr. 2.

IV. Neurosen.

a) Allgemeines.

- 251) Beard, G. M.: A practical treatise on nervous exhaustion, its symptoms, nature, sequences, treatment. 3. Aufl. New-York.
- 252) Collins: Anorexia nervosa. Lancet, jan. 27.
- 253) Goodhart: On common neuroses, or the neurotic element in disease and its rational treatment. 2. Aufl., London, Lewis.
- 254) Lahusen: Ueber ein wenig beachtetes Symptom bei nervösen Darmaffectionen. Münch. medic. Wochenschr. Nr. 6
- 255) Tusa: Sulle tracciati delle orme in alcune malattie nervose. Arch. ital. di clin. med. Nr. 3. Ferner Nr. 348, 379, 383, 409, 484.

b) Neurasthenie.

- 256) Bannas, S.: Ein objectives Angensymptom der Neurasthenie. Irrenfreund Nr. 9 u. 10.
- 257) Coulompis: Troubles respiratoires dans la neurasthénie. Thèse, Paris, janv. 25.
- 258) Dessaux: Neurasthénie grippale. Normandie médic. Nr. 3.
- 259) Eccles, A. S.: The relationship between disorders of digestion and neurasthenia. Royal medic. and chir. Societ. (B.) Lancet, march 3.
- 260) Lafforgue, E.: A propos de deux observations de neurasthenie.

(Aussergew. Complication) Bull. med. Nr. 17.

- 261) Löwenfeld, L.: Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie. Wiesbaden, Bergmann.
- 262) Mesnard, L.: Leçons sur la neurasthénie. Ann. de la polic. de Bordeaux. III, 4.
- 263) Sollier: Ueber eine circuläre Form von Neurasthenie. Intern. klin. Rdsch. Nr. 6, 8, 11.
- 264) Wellendorfer: Neurasthenia gastrica. Int. klin. Rdsch. Nr. 5. Ferner Nr. 437.

c) Hysterie.

- 265) Colin: De quelques cas d'anesthésie généralisé dans l'hystérie. Thèse, Paris, mars 15.
- 266) Janet, P.: Der Geisteszustand der Hysterischen. Deutsch von M. Kahane. Wien, Deuticke.
- 267) Ingalls, Fletcher: Ein Fall von hysterischer Aphonie und Taubheit. Pan-Amer. Med. Congr. (B.) Allgem. med. Centralztg. Nr. 22.
- 268) Knies: Les troubles visuels centraux unilatéraux et leurs relations avec l'hystérie. Ann. d'oculist, janv.
- 269) Mitchell, J. u. Schweinitz, G.: A further study of hysterical cases and their fields of vision. Journ. of nerv. dis., jan.
- 270) Przedborski: Ueber einen Fall von primärem hysterischen Krampf der Glottiserweiterer. Coblenz.
- 271) Simon, Jul.: Pseudoparaplegie et troubles musculaires hystériques chez un garçon. Progrès méd., Nr. 1.
- 272) Tourette, Gilles de la: Die Hysterie nach den Lehren der Salpêtrière. Deutsch von K. Grube. Wien, Deuticke.
- 273) Tourette, Gilles de la: Un cas de paroxysme hystérique à forme de névralgie faciale. Soc. méd.

- des hôpit. (B.) *Bullet. médic.* Nr. 18.
- 274) Vibert: Ueber Lügen bei Hysterischen. *Soc. de méd. légale.* (B.) *Allgem. medic. Centralztg.* Nr. 7.
- 275) Villecourt, R.: Des désordres produits par l'hypertrophie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue) chez une hystérique. *Gaz. des hôp.* Nr. 4.
- 276) Worotynski: Ueber einen Fall hysterischer Stummheit von zwei-jähriger Dauer. *Ges. d. Neuro-path. in Kasan.* (B.) *Neurolog. Centralbl.* Nr. 2.
Ferner Nr. 313, 433.

d) Epilepsie.

- 277) Apert: Epilepsie partielle avec paralysie et aphasie guérie par simple trépanation. *Bullet. méd.* Nr. 22.
- 278) Black, D. Campbell: The treatment of epilepsy. *Brit. med. Journ.*, jan. 6, S. 13.
- 279) Crocq: De l'hospitalisation des épileptiques. *Acad. de méd. de Bruxelles.* (B.) *Semaine médic.* Nr. 13.
- 280) Féré: Epilepsie modifiée. *Soc. de biol.* (B.) *Bullet. méd.* Nr. 23.
- 281) Hubergritz: Epilepsie in Folge einer Herzkrankheit. *Intern. klin. Rdsch.* Nr. 8.
- 282) Kowalewsky: Syphilitische Epilepsie. *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 4.
- 283) Mya, G.: Sulla patogenesi dell' eclampsia infantile. *Pediatrics,* genn. 20.
- 284) Seeligmüller: Neuere Arbeiten über Epilepsie. *Deutsch. med. Wochenschr.*, Nr. 2, 3.
- 285) Sourel: Etude des accès eclamp-tiques et plus particulièrement de leur pathogénie. Thèse, Paris, févr. 14.

- 286) Wildermuth. Ueber Epilepsie. *Württemb. Correspbl.* Nr. 1.
Ferner Nr. 343, 344, 349, 352, 392.

e) Chorea.

- 277) Achard, C.: Tremblement héréditaire et chorée. *Médec. moderne,* janv. 10, Nr. 3.
- 288) Dana, Ch.: On the microbic origin of chorea; report of a case, with autopsy. *Amer. Journ. of the med. scienc.,* jan.
- 289) Mackey, Edw.: Chorea; rheumatism; many large subcutaneous nodules; good recovery. *Lancet* I, jan. 20.

f) Basedow'sche Krankheit.

- 290) Barella, W.: Ueber einseitigen Exophthalmus bei Morbus Basedowii. *Diss.* Berlin.
- 291) Buschan, G.: Die Basedow'sche Krankheit, eine Monographie. Preisgekrönte Arbeit. Wien, Deuticke.
- 292) Chamberlain: Contribution à l'étude de la maladie de Basedow, et en particulier de sa pathogénie et son traitement. Thèse, Paris, janv. 18.
- 293) Duhomeil: Contribution à l'étude du faux goitre exophthalmique. Thèse, Paris, mars 8.
- 294) Fox, Hingston: A case of twelve years of age suffering from Graves' disease. *Hunter. Soc.* (B.) *Lancet,* febr. 24.
- 295) Hirschberg, Leo: Ueber die Basedow'sche Krankheit. *Wiener Klinik,* Heft 2 u. 3. Wien, Urban & Schwarzenberg.
- 296) Joffroy, M. A.: Nature et traitement du goitre exophth. *Progrès méd.* Nr. 4, S. 61.
- 297) Mannheim: Der Morbus Gravesii (sogen. Morbus Basedowii). *Gekr. Preisschrift.* Berlin, Hirschwald.

- 298) Marie: Sur la nature de la maladie de Basedow. Soc. méd. des hôpit. (B.) Bullet. médic. Nr. 16.
- 299) Möbius, P. J.: Ueber Morbus Basedowii. Schmidt's Jahrbuch, Bd 241, S. 184.
- 300) Rehn, L.: Ueber Morbus Basedowii. Deut. med. Wochenschr. Nr. 12.
- 301) Rockwell: Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit auf Grund von 45 Beobachtungen. Pan-Amer. med. Congr. (B.) Allgem. medic. Centralztg. Nr. 21.
- 302) Stockmann: Beitrag zur operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Verein f. wissensch. Heilk. in Königsberg. (B.) Deut. med. Wochenschr. Nr. 6.
- g) Acromegalie.
- 303) Arnold, Jul.: Weitere Beiträge zur Acromegaliefrage. Virchow's Archiv, Heft 1, S. 1.
- 304) Dreschfeld: A case of acromegaly. Brit. med. journ., jan. 6.
- 305) Dyson: The record of a well-marked case of acromegaly. Quarterly med. Journ. for Yorkshire. Jan.
- 306) Lavielle, Ch.: Un nouveau cas d'acromégalie. Journ. de méd. de Bordeaux Nr. 1.
- 307) Robertson: Acromegaly. Glasg. med. Journ. Nr. 1, S. 69.
- h) Tetanus, Tetanie.
- 308) Arnolds, A.: Zur Lehre vom Tetanus. Diss. Bonn.
- 309) Fussel, M. How.: Tetany. Univers. med. Mag., S. 229, jan.
- 310) Navarre: Observation de tétanos céphalique. Lyon méd. Nr. 5. Ferner Nr. 23, 41.
- i) Traumatische Neurose.
- 311) Barlow: Casuistisches zur traumatischen Neurose. Annal. der städt. allg. Kranhenh. zu München von v. Ziemssen 1894.
- 312) Bertling, A.: Zur Symptomatologie der traumatischen Symptome. Monatschr. f. Unfallheilk. Nr. 2.
- 313) Wichmann: Ein als invalid erklärter Unfall - Nervenkranker (männliche traumatische Hysterie), später mit Erfolg behandelt. Monatschr. f. Unfallheilk. Nr. 1.
- k) Trophischen vasomotorische Neurosen.
- 314) Friedheim, L.: Einige casuistische Beiträge zur Kenntniss der Sclerodermie. Deutsch. medic. Wochenschr. Nr. 9.
- 315) Herzog, Benno: Ein Fall von Sclerodermie. Deutsch. medic. Wochenschr. Nr. 9.
- 316) Holstein, G. D.: Neurotisches (reflectorisches) Extrem. Monatschrift f. pract. Derm. Nr. 1.
- 317) Jessen: Ein Fall diffuser Sclerodermie. Aerztl. Ver. Hamburg. (B.) Deut. med. Wochenschrift Nr. 2.
- 318) Lewin u. Benda: Ueber Erythromelalgie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3—6.
- 319) Schultze: Ein Fall von Sclerodermie bei Myelitis dorsalis. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. (B.) Deut. med. Wochenschr. Nr. 3.
- 320) Smith, Ramsay; Angio-neurotic oedema: Practition, april.
- 321) Sternberg, W.: Zur Klinik des scleroderma diffusum adutorum. Diss. Berlin.
- 322) Wanser, H.: Ueber trophische Störungen nach Verletzungen. Diss. Erlangen.
- 323) Wickham: Ueber Neurodermitis. Soc. franç. de dermat. (B.) Monatsheft f. pract. Derm. Nr. 2.
- l) Varia.
- 324) Bauer, L.: Eine atypische Neurose. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5.

- 325) Campbell, Harry: Headache and other morbid cephalic sensations. London, H. K. Lewis.
- 326) Osler: Typhoid spine (a neurosis following enteric fever). The Amer. Journ. of med. sc., Nr. 1.
- 327) Teschen, Wilh.: Nervosität und Nervenschmerz. Menschenfreund Nr. 6
- 328) Wade, Willoughbry: On gout as a peripheral neurosis. London, H. K. Lewis.

V. Intoxicationen.

a) Syphilis.

- 329) Gourlay, du: Syphilis oculaire tardive et syphilis cérébrale. Ann. d'oculiste, fébr.
- 330) Obolensky: Syphilitische Neuralgien. Berl. klin. Wochenschr., 12. u. 19. Febr.
- 331) Mendel: Ueber Syphilis im höheren Lebensalter und das Nervensystem. Berl. dermat. Vereinigung. (B.) Allg.-med. Centralzeitung, Nr. 18.
- 332) Raymond, F.: Contribution à l'étude de la syphilis du système nerveux. Arch. de neurolog. 83, 84. Ferner Nr. 116, 121, 133, 143, 161, 164, 168, 174, 182, 211, 239, 282, 347, 448, 457.

b) Alcoholismus.

- 333) Burzio, F.: Di alcuni accidenti paralitici dei nervi periferici che possono manifestarsi nel corso dell'intossicamento alcoolico cronico. Torino.
- 334) Koppe, R.: Das Alcoholsiechthum und die Kurzlebigkeit des modernen Menschengeschlechtes. Moskau, A. Lang.
- 335) Ostermayer, N.: Ueber eine eigenthümliche Erscheinungsweise des Tremor bei Delirium tremens alcoholicum. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.

- 336) Strümpell, A. v.: Ueber die Alcoholfrage vom ärztlichen Standpunkt aus. Sdabdr. Leipzig, Vogel.

c) Anorganische Gifte.

- 337) Donáth, Jul.: Drei Fälle von chronischer Quecksilbervergiftung. Budapester königl. Aerzte-Verein. 10. Febr.
- 338) Meyerhold, Fl.: Ein Fall von acuter Arsenikvergiftung. Schles. Gesellsch. f. nat. Kult. in Breslau. (B.) Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 10. Ferner Nr. 234, 235, 413.

d) Varia.

- 339) Audeoud u. Jaccard: Note sur quelques complications respiratoires et nerveuses de la rougeole. Rev. méd. de la Suisse rom., janv.
- 340) Chauffard: L'intoxication Addisonienne. Semaine méd. Nr. 10.
- 341) Huchard: Ueber die klinischen und experimentellen Erscheinungen bei der diabetischen Intoxication. Intern. klin. Rdsch. Nr. 1—5.
- 342) Sollier, Paul: La démorphinisation et le traitement rationnel de la morphinomanie. Semaine méd. Nr. 19. Ferner Nr. 130, 148, 162, 163, 166, 167, 178, 217, 258, 326, 455.

VI. Therapie.

a) Allgemeines.

- 343) Alt, Konr.: Zur Behandlung der Epilepsie. Münch. medic. Wochenschr. Nr. 12 u. 14.
- 344) Bennecke, K.: Beiträge zu der neueren Epilepsie-Behandlung mit Opium und Brom. Diss. Jena.
- 345) Coën, R.: Ueber acustische Übungen zur Verbesserung der Hör- und Sprachfähigkeit. Wien. med. Wochenschr., 27. Jan.
- 346) Kühner: Schlaf, Schlaflosigkeit und Schlafmittel. Berlin, Schuhr.

- 347) Leistikow: Zur Therapie der Neurosyphilide. Mtshft. f. pract. Dermat. Nr. 4.
- 348) Oulmont, P.: Thérapeutique des névroses. Paris, O. Doin.
- 349) Banney, Ambr.: The eye treatment of epileptics. New-York med Journ. Nr. 2, 3, 4, 7.
- 350) Suckling, C. W.: On the treatment of diseases of the nervous system. London, H. K. Lewis. Ferner Nr. 186, 261, 278, 342, 379, 383, 403, 484
- b) Medicamentöse Behandlung.
- 351) Boas: Umschau über die neueren Arzneimittel im Jahre 1893. Hypnotica und Anaesthetica (Trional, Tetronal, Pental, Hypnal, Aethylchlorid). (B.) Deutsch. medic. Wochenschr. Nr. 2.
- 352) Cividalli et Giannelli: De la duboisine dans le traitement de l'épilepsie. (R.) Semaine médic. Nr. 11.
- 353) Brunton Lauder: On the use of bromide of potassium and salicylate of sodium in headache. Practition, febr.
- 354) Clemens, Th.: Die Wirkungen des Guajacol bei Diabetes und gegen die Polyurie der Diabetiker. Allg. med. Centralztg. Nr. 12.
- 355) Dornblüth, O.: Ueber Tolyprin und Tolysal. Deut. med. Wochenschrift Nr. 7.
- 356) Erlenmeyer: Atropin bei Morphinismus. Ther. Monatsh. Nr. 1.
- 357) Grandferry: De la duboisine; sa physiologie, son emploi en neuropathologie et en psychiatrie. Thèse, Paris, mars 15.
- 358) Harnack u. Meyer: Das Amylenhydrat. Zeitschr. f. klin. Medic., Heft 3 u. 4.
- 359) Hercy, Lad. v.: Ueber Duboisinum sulfuric. Wien. med. Pr. Nr. 7.
- 360) Plicque: Traitement d'une attaque de convulsion chez un enfant de premier âge. Gaz. méd. de Paris, mars 25.
- 361) Richet, Ch.: La chloralose et ses propriétés hypnotiques. Revue neurolog. Nr. 4.
- 362) Roemert, G.: Klinische Beiträge zur Würdigung des Trionals. Diss. Berlin.
- 363) Sharp, Gordon: Of the use of hyoscin hydrobromate. The Practit. Nr. 1.
- 364) Sinckler, Wharton: The treatment of spasmodic torticollis by conium. Med. and surg. Report Nr. 1924, S. 46.
- 365) Single, W.: Treatment of congenital torticollis with conium. Journ. of the Amer. med. assoc. Nr. 3.
- 366) Skwortzow: Strophantus contre Dypsomanie. Semaine méd. Nr. 3.
- 367) Solbrig: Migränin gegen Trigeminus-Neuralgie. Allg. med. Centralztg. Nr. 2.
- 368) Spratling, W. Ph.: Some observations on the action and value of hyoscinamine in nervous and mental diseases. Med. Record Nr. 1212, jan. 27.
- c) Behandlung mit organischen Substanzen (Brown-Séquard'sche Methode.
- 369) Beadles, Cecil: The thyroid treatment of myxoedeme associated with insanity. Lancet, febr. 17.
- 370) Chantemesse u. R. Marie: Myxoedème fruste; toxicité du liquide thyroïdien. Soc. méd. des hôp. (B.) Bullet. méd. Nr. 14.
- 371) Daremberg: Action pyrétogène du liquide testiculaire. (B.) Soc. de biol. Bull. méd. Nr. 1.
- 372) Fürbringer: Ueber die moderne Behandlung von Krankheiten mit Gewebsflüssigkeiten. Deut. med. Wochenschr. Nr. 13 u. 14.

- 373) Hénocque: Le liquide testiculaire n'a pas des propriétés thermogènes. Soc. de biol. (B.) *Bullet. méd.* Nr. 5.
- 374) Marie: Sur un cas de guérison du myxoedème par l'ingestion de glande thyroïde de mouton et sur les accidents qui peuvent survenir au cours du traitement thyroïdien. Soc. méd. des hôp. (B.) *Bullet. méd.* Nr. 12.
- 375) Massé, A.: La médication séquardienne. *Midi méd.*, Nr. 1 u. 2.
- 376) Nielsen: Behandlung von Myxödem mittelst pill. gland. thy. *Monatsft. f. pr. Derm.* Nr. 3.
- 377) Pasteur: Traitement du myxoedème par injections du gland. thyroïd. *Rev. med. de la Suisse rom.* Nr. 1.
- 378) Raven, Thos. F.: Myxoedema treated by thyroid tabloids. *Brit. med. Journ.*, jan. 6, S. 12.
- 379) Reiersen, A. C.: Om Injektionsbehandling efter Brown-Séquard's Methode. *Ugeskr. f. Løger.* Nr. 9 u. 10, S. 199 u. 217.
- 380) Thomson: Further notes of a case of sporadic cretinism treated by thyroid. feeding. *Edinbgh. med. Journ.*, febr.
- 381) Voisin: Idiotie myxoedémateuse améliorée par la greffe et l'alimentation thyroïdiennes. Soc. médic. des hôp. (B.) *Bull. méd.* Nr. 22
- 382) Wagner: Ueber die Behandlung des Myxödems. *Schmidt's Jahrb.*, Bd. 241, S. 38, 163.
- 383) Wood, Guy M. u. Whiting: Notes on some cases of nervous disease treated with Dr. Brown-Séquard's orchitis fluid. *Lancet*, febr. 3.
- d) Chirurgische Behandlung.
- 384) Ackermann: Ueber die operative Behandlung der Microcephalie. *Sammlg. kl. Vorträge von Volkmann.* N. F. Nr. 90.
- 385) Annandale, Grainger, Stewart, Berry, Smart u. A.: Discussion on intra-cranial surgery. *Edinbgh. med.-chir. Soc. (B.) Lancet*, febr. 17.
- 386) Armaignac: Plaie de la tempe par balles de revolver. Soc. de méd. de Bordeaux. (B.) *Mercur. méd.* Nr. 13.
- 387) Barette: La trépanation dans les traumatismes craniens. *Année méd. de Caen. (B.) Bull. méd.* Nr. 10.
- 388) Binaud u. Crozet: Sur deux cas nouveaux de trépanation rachidienne pour paraplégie consécutive au mal de Pott. *Arch. clin. de Bordeaux.* janvier.
- 389) Berger: De la trépanation dans les fractures du crâne par coup de feu. Soc. de chir. (B.) *Semaine méd.* Nr. 18.
- 390) Chipault, A.: Etudes de chirurgie médullaire Paris, Alcan.
- 391) Délorme: Des dangers et de l'inutilité habituels de la recherche des balles de revolver logées dans le cerveau. *Bull. médic.* Nr. 16.
- 392) Kumar: Trepanation bei Epilepsie. *Wien. med. Blätter* Nr. 2.
- 393) Link, Ignaz: Ein Beitrag zur Neurectomie nach Lücke-Lossen-Braun. *Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 2
- 394) Pergens: Ein neues Verfahren zur operativen Ptoisisbehandlung. *Klin. Monatsbl. f. Augenhk.*, Jan.
- 395) Quénu: De la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne. *Acad. de méd. (B.) Bullet. méd.* Nr. 3. *Sem. méd.* Nr. 2.
- 396) Quénu: De la trépanation dans les fractures du crâne par coup de feu. Soc. de chir. (B.) *Sem. méd.* Nr. 12.
- 397) Romme, R.: De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs des méninges rachidiennes. *Gaz. hebdomadaire* Nr. 13.
- 398) Rose, William: Notes of two cases of the Braun-Lossen operation

- for trigeminal neuralgia. *Lancet* I, Nr 3681.
- 399) Sonesme: Voies d'accès de la fosse ptérygo-maxillaire dans le traitement de la névralgie de la deuxième branche du nerf trijumeau. Thèse, Paris, mars 7.
- 400) Tiffany: Four cases of removal of the Gasserian ganglion. (R.) *Lancet*, febr. 24.
- 401) Troje, G : Chirurgische Beiträge zur Localisation der Grosshirnrinde. *Deut. med. Wochenschr.* Nr. 5 u 6. Ferner Nr. 239, 299, 301.
- e) Mechanische Behandlung.
- 402) Bidon: Compression du nerf phrénique dans le traitement du spasme de la glotte. *Marseille méd.* (R.) *Bull. méd* Nr. 10.
- 403) P. Garnault: Le massage vibratoire et électrique des muqueuses, sa technique, ses résultats dans le traitement des maladies du nez, de la gorge, des oreilles et du larynx. Paris, Soc. d'édit. scientif.
- 404) Lagrange: La médication par l'exercice (méthode suédoise). Paris, Alcan.
- 405) Nägeli, O.: Therapie von Neuralgien und Neurosen durch Handgriffe Basel, C. Sallmann.
- 406) Nyrop: En elektrisk Nerue-Vibrator til Hovedch. (Electr. Vibrator für den Kopf.) *Ugeskr. f. Løger* Nr. 1, S. 11.
- 407) Schumann: Zur Anwendung der Massage bei Reflexkrämpfen im Kindesalter. *Therap. Monatsbft.*, März.
- 408) Weir-Mitchell: Zur Therapie der Ischias. *Medic. Post* Nr. 4. Ferner Nr. 416.
- f) Hydrotherapie
- 409) Cazaux u. Gandy: Les névropathes à Bagnère-de-Bigorre. *Soc. d'hydrol.* (B) *Mercur. méd.* Nr. 13.
- g) Electrotherapie, Electrodiagnostik u. Verwandtes.
- 410) Allsop, F C.: Induction coils and coil-making. London, Spon.
- 411) Armen, Dom. d': La conducibilità elettrica del corpo humano in condizioni fisiche e psichiche normali e patologiche e suo valore pratico per l'elettrodiagnose e l'elettoterapia, mit Abbildungen. Venezia.
- 412) Baraduc, H.: La biométrie appliquée à l'électrothérapie, avec figur. Tours.
- 413) Bernhardt: Ueber die Gumpertzen Anomalien der indirecten electrischen Erregbarkeit und ihre Beziehung zur chronischen Bleivergiftung *Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 12.
- 414) Boyd, B. Y.: Electrisirapparat für Körperhöhlungen. *Centralbl f. techn. Hilfsm d. Heilkd.*, Febr.
- 415) Dana u. Leszynsky: Des réactions électriques dans les affections nerveuses *Neurol. Soc. of New-York.* (B.) *Semaine méd.* Nr. 13.
- 416) Dowse, Tomas Stretch: Lectures on massage and electricity. London, Timpkin & Co.
- 417) Eulenburg: Zur medicinischen Electrotechnik *Deutsch. medic Wochenschr.* Nr. 3.
- 418) Franke, P.: Geschichte der Electrotherapie in der Augenheilkunde. *Diss. Berlin.*
- 419) Gebhardt, Will.: Das electrische Lichtbad. *Menschenfr.* Nr. 3.
- 420) Hedley: The electrical treatment of infantile paralysis. *Lancet* I, march. 17.
- 421) Hodgkinson: The electro-neuro-tone apparatus; its use and application in various forms of nerv. and other diseases. London, Nathan & Co.
- 422) Luys, L.: De l'emmagasinement de certaines activités cérébrale dans

- une couronne aimentée. Soc. de biolog (B) Serraine méd. Nr. 10. Bull. méd. Nr. 13.
- 423) Pariser, K.: Die electricische Durchleuchtung des Magens. Medicinal-Kalender der allgem. med. Centralztg. f. 1894.
- 424) Rosenthal, L.: Ein Beitrag zum Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes der Haut. Diss. Freiburg.
- 425) Schöler u. Albrand: Experim. Studie über galvanolytische kationische Einwirkungen auf das Auge. Wiesbaden, Bergman.
- 426) Sperling: Die therapeutische Bedeutung minimaler galvanischer Ströme; dazu Mendel, Remak, Senator, Oppenheim. Berl. med. Ges. (B) Deut. med. Wochenschr. Nr. 12. Ferner Nr. 301.
- b) Psychotherapie, Hypnotismus, Suggestion.
- 427) Benedikt, M.: Hypnotismus und Suggestion, eine klinisch-psychologische Studie. Leipzig u. Wien. M. Breitenstein
- 428) Brügelmann: Psychotherapie u. Asthma. Berlin, Brieger
- 429) Delboeuf, J.: Die verbrecherischen Suggestionen. Ztschr. für Hypnotismus Nr. 6.
- 430) Forel: Zur Hypnose als Heilmittel. Münch. med. Wochenschr. Nr. 8.
- 431) Forel, A.: Die Heilung der Stuhlverstopfung durch Suggestion. Berlin, Brieger.
- 432) Friedrich, L.: Ueber die Hypnose als Heilmittel. Annal. d. städt. allg. Krankenh. zu München von v. Ziemssen. 1894.
- 433) Löwenfeld, L.: Hysterie und Suggestion. Münch. med. Wochenschrift Nr. 7 u. 8.
- 434) Luys: Anourie de plusieurs semaines, guérie par transfert suggestif. Journ. de méd. Nr. 1.
- 435) Justus, Fr. Ed.: Die Naturheilkunde und die Psyche. Bitterfeld, Baumann.
- 436) Kraft-Ebing: Hypnotische Experimente. 2. Aufl., Stuttgart, Enke.
- 437) Schrenck-Notzing, v.: Ein Beitrag zur psychisch-suggestiven Behandlung der Neurasthenie. Berlin, Brieger.

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

a) Allgemeines.

- 438) Dornblüth, O.: Zur Lehre von den Geistesstörungen der Entarteten. Ztsch. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.
- 439) Féré, Ch.: La famille névropathique. Paris, Alcan.
- 440) Joffroy: De la méthode anatomoclinique en médecine mentale. Publ. de progrès méd., Paris.
- 441) Koch, J. L. A.: Diagnostischer Ueberblick über die Psychosen. Börner's Reichsmedicinalkalender für 1894, Beiheft.
- 442) Koch, J. L. A.: Die Bedeutung der psychopathischen Minderwerthigkeiten für den Militärdienst. Ravensburg, O. Maier.
- 443) Moreau, P.: Edgard Poë; étude de psychologie morbide. Annal. médico-psych., S. 5, janv.-févr.
- 444) Tuke: Morison lectures on insanity. Edinbgh. med. journ., febr.
- 445) Ziehen, Th.: Psychiatrie. Berlin, Fr. Wreden.
- b) Pathologische Physiologie.
- 446) Lailier, A.: De la peptonurie chez les aliénés. Ann. médico-psych., S. 27., janv.-févr.
- 447) Vorster: Ueber den Hämoglobingehalt und das specif. Gewicht des Blutes bei Geisteskranken. Ztsch. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.
- c) Pathologische Anatomie.
- 448) Marie, P.: Étude comparative des lésions médullaires dans

- la paralysie générale. *Gaz. des hôp.*, 16. janv.
- 449) Schröter, R.: Pathologisch-anatomische Befunde am Clivus bei Geisteskranken. *Ztschr. f. Psych.*, Bd. 50, 3 u. 4.
- 450) Voisin, J.: Des anomalies des organes génitaux chez les filles idiotes ou imbécilles. *Sec. de méd. légale. (B.) Sem. méd.* Nr. 18.
- d) Aetiologie.
- 451) Aust, G.: Die Influenza-Epidemie der Jahre 1891—92 nach Beobachtungen an der städtischen Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr. mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. *Diss. Königsberg.*
- 452) Escande: Manie aigue et fièvre typhoïde. *Rev. génér. de clin.* Nr. 1.
- 453) Friedmann, M.: Ueber die primordiale menstruelle Psychose. *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 1—3.
- 454) Führer, C.: Ueber das Zustandekommen von Gehörstäuschungen. *Centralbl. f. Nervenhlk.*, Febr.
- 455) Haury, G.: Contribution à l'étude des neuro-cérébri'és toxiques. Psychoses polynévritiques. Thèse, Lyon, janv. 3.
- 456) Heinzelmann, Hugo: Die Psyche der Tuberculösen. *Münch. med. Wochenschr.* Nr. 5.
- 457) Hougberg, E.: Beiträge zur Kenntniss der Aetiologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis. *Ztschr. f. Psych.*, Bd. 50, 3 u. 4.
- 458) Sommer, R.: Die Beziehung von morphologischen Abnormitäten zu den endogenen Nerven- und Geisteskrankheiten. *Centralbl. f. Nervenheilkd.*, Jan.
- 2. Specielle Psychopathologie.**
- a) Semiotik u. Diagnostik.
- 459) Aschaffenburg: Ueber Initialdelirien bei Typhus Vortr. auf d.
25. Vers. d. südwestdeutsch. psych. Ver. (B.) *Neur. Centralbl.* Nr. 2.
- 460) Berkhan, O.: Ein Fall von Psychose mit halbjährl. Lethargie. *Ztschr. f. Psych.*, Bd. 50, 3 u. 4.
- 461) Beyer: Zur Pathologie der acuten hallucinat. Verwirrtheit. Vortr. auf d. 25. Vers. d. südwestdeutsch. psych. Ver. (B.) *Neur. Centralbl.* Nr. 2.
- 462) Boissier, Fr. u. Lachaud, G.: Contribution à l'étude clinique de la kleptomanie. *Annal. médicopsych.* Nr. 1.
- 463) Chiari: Ein Fall von Selbstverstümmelung der Eingeweide bei einem Geisteskranken. *Prag. med. Wochenschr.* Nr. 1.
- 464) Cramer u. Boedecker: Abgrenzung und Eintheilung der Paranoia. *Ref. aus d. Stz. d. psych. Ver. z. Berlin am 16. Dec. 93.* Als Manuskr. gedruckt.
- 465) Grabowsky, Norbert: Die verkehrte Geschlechtsempfindung. Leipzig, Spöhr.
- 466) Hospital: Curieuses érotomanies. *Ann. médico-psych.* S. 55., janv.-févr.
- 467) Krafft-Ebing, R. v.: Ueber Zoophilie erotica, Bestialität und Zoerastie. *Ztschr. f. Psych.*, Bd. 50.
- 468) Klippel: Paralysie générale; lésions et symptômes spinaux; formes spinales. *Arch. de méd. expér.*, janv.
- 469) Magnan: Impulsions et obsessions chez un dégénéré héréditaire. (M.) *Soc. de biol. (B.) Bulletin méd.* Nr. 5.
- 470) Maguan: Les délires des dégénérés. *O. Bull. méd.* Nr. 7.
- 471) Nücke, P.: Raritäten aus der Irrenanstalt. *Ztschr. t. Psych.*, Bd. 50, 3 u. 4.
- 472) Régis: Hallucinations unilatérales de l'ouïe et hallucinations chez les hémiplegiques. *Soc. de Bordeaux. (B.) Bulletin médic.* Nr. 4.

473) Roller: Ueber inducirtes Irresein und über einzelne inducirte und ähnliche Erscheinungen bei Geisteskranken. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.

474) Semelaigne, R.: Automatismes ambulatoire. Ann. médico psych. Nr. 1.

475) Vigouroux: Contribution à l'étude de la démence précoce. Annal. médico-psych. Nr. 1.
Ferner Nr. 369.

b) Cretinismus, Idiotie.

476) Beach, Fletcher: Sporadic cretinisme. Med. Press. Jan. 31.

477) Bramwell, Byron: Clinical remarks on a case of sporadic cretinism. Brit. med. Journ., Jan. 6.

478) Hoffmann: Ein Fall von myxödematösem Idiotismus. Med. Ges. z. Leipzig. (B.) Schmidt's Jahrbücher, Bd. 241, S. 221.

479) Sollier, P.: L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique. Ach. de neurol., 83.
Ferner Nr. 380, 450, 481.

3. Therapie.

480) Blandford, Fielding: Insanity and its treatment. London, Simpkin, Marshall & Co.

481) Bourneville: Considérations sommaires sur le traitement médico-pédagogique de l'idiotie. Méd. infant. Nr. 1, S. 16.

482) Dagonet, H. u. Duhamel: Traité des maladies mentales. Paris, Baillière.

483) Kisch, H.: Hypochondrie und Balneotherapie. Therap. Monatshefte, Febr.

484) Landon: A treatise of nervous and mental disease. London, H. K. Lewis.

485) Neisser, Cl.: Noch einmal die Bettbehandlung der Irren. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.

486) Schedtler, H.: Zur Lehre von der Sulfonalwirkung. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.

487) Siemens, F.: Etwas über narcotische Mittel und Psychosen. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.

488) Szalay, Bela: Die Anwendung des Scopolominum hydrobromicum bei Geisteskranken. Gyógyászat Nr. 7.

Ferner Nr. 359, 368.

4. Irrenwesen, Anstaltswesen und Verwandtes.

489) Dittmar u. Schüle: Ueber Besuche der Angehörigen in den Anstalten. Ref. auf d. 25. Vers. d. südwestdeutsch. psych. Vereins. Neurol. Centralbl. Nr. 2.

490) Hoppe: Die Stellung der Irrenärzte. Centralbl. f. Nervenheilkd., Februar.

491) Medem: Entwurf eines Reichsgesetzes, betr. das Irrenwesen. Menschenfreund Nr. 2.

492) Grausamkeit und Verbrechen in sexuellen Leben. Histor. psych. Studie von . . . Budapest, Minerva.

493) Psychiatrie und Seelsorge. Wiedergabe der ganzen über diesen Gegenstand erschienenen Literatur. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.

494) Schliep: Noch einmal unsere Anstalten für Idioten und Epileptiker. Dent. med. Wochenschr. Nr. 8.

495) Scholz: Die nächste Aufgabe der Irrenpflege. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.

496) Sioli und Kraepelin: Ueber Ueberwachungsabtheilungen. Vortr. auf d. 25. Vers. d. südwestdeutsch. psych. Ver. (B.) Neur. Centralbl. Nr. 2.

497) Zur Frage der Entmündigung und Irrenpflege. Aerztl. Vereinsbl. Nr. 273 u. 277.

- 498) Guentz, Th.: Die königlich sächsischen Irrenanstalten. (B.) Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.
- 499) Woods: Insanity in Ireland. Kurze Statistik. Lancet, febr. 10.
- 5: **Varia.**
- 509) Binswanger, R.: Karl Stauffer-Bern. Eine psychiatrische Studie. Deutsche Revue, Jan.
- 501) Brosius: Die Schreibethätigkeit der Geisteskranken in den Anstalten. Irrenfreund XXXV, Nr. 9 u. 10.
- 502) F. K.: Der Fall Kruse und die Millionenerbschaft der Stadt Kiel. Berlin, Rentzel.
- 503) Harder, Fr.: Don Carlos in historischer Beleuchtung. Fels zum Meer, Heft 6.
- 504) Landmann: Die Mehrheit geistiger Persönlichkeiten in einem Individuum. Eine psychol. Studie. Stuttgart, Enke.
- 505) Snell, O.: Ueber die Formen von Geistesstörung, welche Hexenprocesse veranlasst haben. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.

C. Criminal-Anthropologie.

- 506) Bateman, Fred: On criminal anthropology. Edinbgh. med. journ., febr.
- 507) Ferrari, C.: Il „torus palatinus“ nei pazzi. Riv. sper. di freniatr. 4.
- 508) Ferrero, Will.: Pathological and congenital anomalies in brains of criminal women. Lancet I, march 17.
- 509) Koch, J. L.: Die Frage nach dem geborenen Verbrecher. Ravensburg, O. Maier.
- 510) Kirn: Ueber den gegenwärtigen Stand der Criminalanthropologie. Ztschr. f. Psych., Bd. 50, 3 u. 4.
- 511) Lombroso: Der Antisemitismus und die Juden im Lichte der modernen Wissenschaft. Deutsch von Kurella. Leipzig, Wigand.
- 512) „Lowe“ and crime. Lancet, march 31.
- 513) Näcke, P.: Entgegnung auf Kurella's Kritik. O. Centralbl. f. Nervenheilkd., Jan.
- 514) Näcke, P.: Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. Wien, Braunmüller.
- 515) Poore: The pathological view of criminality. Med. Magaz., Nr. 8, febr.



CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 August.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

I.

Ein Fall von Trionalvergiftung.

Vortrag, gehalten auf der XIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte am 2. Juni 1894 in Baden-Baden von Dr. Ewald Hecker - Wiesbaden.

Als Liebreich im Jahre 1869 das Chloralhydrat als Schlafmittel in unseren Arzneischatz einfuhrte, war die allgemeine Erregung der Gemüther über die zauberhaften Wirkungen der subcutanen Morphinumjectionen, die bekanntlich erst im Jahre 1863 in Folge einer Abhandlung von Graefe's bei uns Aufnahme gefunden, noch in vollstem Gange. — Jetzt, im Besitz zweier so souveräner Mittel, wähnte man das goldene Zeitalter der ewigen Ruhe und Schmerzlosigkeit gekommen und viele Aerzte befanden sich in einem Begeisterungstaumel, wie wir ihn ähnlich erst vor Kurzem wieder durch die Entdeckung des Koch'schen Tuberculinus hervorgerufen sahen. Wer von Ihnen, meine Herren, jene erstgenannte Zeit mit erlebt hat, der wird sich mit einem gewissen Unbehagen dessen erinnern, dass gerade in unserer Specialität ein uns jetzt unglaublich scheinender Missbrauch mit der Morphinumspritze, sowie mit dem Chloral, oft genug auch mit beiden Mitteln zugleich getrieben wurde. Einen gewissermassen versöhnenden Ausgleich dafür können wir darin finden, dass wiederum von unserer Seite zuerst sich die warnenden Stimmen gegen diesen gefährlichen Unfug erhoben. — Anfang der 70er Jahre wurden die ersten erschreckenden Beobachtungen über die Morphinumsucht von Laehr, Fiedler und Levinstein bekannt gegeben und fast zu gleicher Zeit schilderte Jolly in sehr eindringlicher Weise die gefährlichen Wirkungen des Chloralhydrat, dessen Vorzüge man seiner Meinung nach entschieden überschätze. Zugleich veröffentlichten Fürstner, Frank, Bernhardt, Nötel u. A. eine Zahl von Todesfällen, die nach verhältnissmässig kleinen Gaben des Mittels eingetreten waren, und immer häufiger

werdende Berichte über anderweite sehr üble Nachwirkungen des Chlorals schlossen sich daran. So endete der schöne Traum von der gefahrlosen Heilung aller Schmerzen und aller Schlaflosigkeit mit einem sehr hässlichen Erwachen. — Die Hoffnung aber, dass endlich doch ein Schlafmittel gefunden werde, dem jede üble Nebenwirkung fehlt, scheint trotz dieser herben Erfahrungen nicht aus den Gemüthern der Aerzte vertilgbar zu sein; denn auf jedes der im Laufe der letzten 20 Jahre erfundenen neuen Schlafmittel stürzten sich die Practiker mit einem in der That bewundernswürthen Optimismus. Das Paraldehyd, das Amylenhydrat, das Methylal, das Chloroformamid, das Urethan, das Butylchloralhydrat, das Hypnon, das Acetal und endlich das Sulfonal traten der Reihe nach auf den Schauplatz und jedes galt zunächst als absolut wirksam und ungefährlich. — Die Enttäuschung folgte nach kürzerer oder längerer Zeit, sie blieb leider bei keinem der Mittel aus. Besonders niederschlagend war dieselbe in Bezug auf das Sulfonal, auf dessen Unschuld man verhältnismässig am längsten geschworen hat. Allerdings brachte es im Gegensatz zum Chloral und zu anderen seiner Vorgänger dem Herzen und dem Gefässsystem keinen Schaden; desto deletärer aber haben sich seine Wirkungen auf das Centralnervensystem gezeigt und Erlenmeyer's Behauptung, dass das Sulfonal zweifellos die Psyche zu schädigen und dement zu machen vermöge, schien sich leider in einzelnen Fällen als zutreffend zu erweisen. — Nach alledem musste eine gewisse ängstliche Skepsis den beiden neuesten Schlafmitteln, dem Trional und Tetronal, gegenüber trotz aller verlockenden Anpreisungen sehr wohl gerechtfertigt erscheinen und wir dürfen uns nicht wundern, wenn Lewin in seinem bekannten Buche „die Nebenwirkungen der Arzneimittel“*) mit Rücksicht auf die beiden genannten Hypnotica die Aeusserung that: „Nur Mattigkeit und Schläfrigkeit werden als Nebenwirkungen angegeben. Es ist mit Sicherheit sehr viel mehr davon bei weiterem Gebrauche zu erwarten“. —

Ich bin nun kürzlich in die Lage gekommen, diese Prophezeiung an einer meiner Patientinnen in sehr fataler Weise in Erfüllung gehen zu sehen und möchte mir erlauben, Ihnen, meine Herren, diesen Fall von Trionalvergiftung hier mitzutheilen, weil er namentlich ein hervorragendes psychiatrisches Interesse darbietet.

Die Patientin, eine 50jährige Dame, hatte schon vor ca. 10 Jahren wegen einer mässigen melancholischen Depression in meiner Behandlung gestanden. Sie erkrankte nach einer leichten Gemüthsbewegung im December v. J. von Neuem unter denselben Erscheinungen wie das erste Mal. Sie verfiel in trübe Stimmung, hatte die Neigung, über ihre in vieler Beziehung traurige Vergangenheit nachzudenken, sich über Alles, was sie gethan, Vorwürfe zu machen. Sie fühlte sich zu jeder geistigen Thätigkeit unfähig, hatte namentlich die peinigende, entschieden nur subjective Empfindung, dass sie ver dumme, sich nicht mit Anderen unterhalten könne. Dazu wurde sie schlaflos und brachte die Nächte mit fortwährendem Grübeln und Nachdenken zu. Sie hatte volles Krankheitsbewusstsein und klarste Krankheitseinsicht und verlangte selbst wieder in meine Anstalt einzutreten.

*) 2. Auflage, Berlin 1893.

Collego Edinger, der die Patientin bei Ausbruch ihres jetzigen Zustandes behandelte, beschleunigte die Ueberführung zu mir auf's Aeusserste und verschrieb ihr zunächst, damit die sehr gequälte Patientin wenigstens Nachts Ruhe haben sollte, $1\frac{1}{2}$ Gramm Trional, das vortrefflich wirkte.

Am 25. December kam die Patientin zu mir. Da das Trional anscheinend ohne jede Nebenerscheinungen blieb und die Kranke vor den schlaflosen Nächten eine besondere Furcht empfand, sah ich leider zunächst keine Veranlassung, ihr das Schlafmittel zu entziehen. Am 5. Januar klagte sie über etwas Halsschmerzen und Schnupfen und blieb diesen und den folgenden Tag mit ganz leichtem Fieber im Bett. Als sie am dritten Tage wieder aufstand, hatte sie etwas Schwindel beim Aufgehen und musste sich wegen eines leichten Gefühls von Unsicherheit führen lassen. Am 4. Tage glitt sie bei einem Spaziergange aus und fiel auf der Promenade hin. Sie fühlte sich matt und elend, klagte aber sonst nichts Besonderes. Wir fassten diese Erscheinungen als Folge des vorausgegangenen vielleicht als Influenza zu deutenden Anfalles auf. Es war davon die Rede, ihr das Trional zu entziehen, sie sollte das Mittel zur Sicherheit nur an ihr Bett stellen, sie nahm es aber mit meiner Bewilligung doch weiter, weil sie sich jetzt noch mehr vor der Schlaflosigkeit fürchtete. Am 13. Januar musste ich eine Reise antreten und liess die Patientin unter der Weiterbehandlung meines Assistenzarztes zurück. Als ich am 26. Januar wieder heimkehrte und die Kranke wiedersah, war ich über die Veränderung, die mit ihr vorgegangen war, wahrhaft erschreckt. Sie bot das vollständige Bild einer beginnenden Dementia paralytica dar, das sich in den 13 Tagen meiner Abwesenheit in schneller Steigerung der Symptome entwickelt hatte.

Ihr Gang war vollständig unsicher und schwankend geworden, sie konnte nicht geradeaus gehen, sondern taumelte immer schräg nach einer Seite hin. Dazu hatte sie ihr Orientirungsvermögen vollständig verloren: sie wusste nie, zu welcher Thür des ihr sonst wohlbekannten Sprechzimmers sie hinausgehen musste. Einmal hatte sie bei einer Mitpatientin die Thür eines Kleiderschranks geöffnet, dieselbe mit der Zimmerthür verwechselnd, mehrmals ging sie in ein falsches Zimmer, statt in das ihrige. Bei der Morgentoilette konnte sie ihre Sachen nicht finden, obwohl ihr dieselben alle vom Mädchen vorher zurecht gelegt waren; sie konnte sich nicht erinnern, wo sie auch nur eine Minute vorher etwas hingelegt hatte. Es war ihr unmöglich, eine einfache Handarbeit zu Stande zu bringen. Das Gedächtniss hatte auch sonst erheblich gelitten, sie konnte sich auf ganz geläufige Namen nicht besinnen, besonders konnte sie nie das Wort Trional finden, so oft man es ihr auch immer wieder nannte. In ihren Reden zeigte sie oft die grösste Confusion, sie verwickelte sich, fortwährend Worte verwechselnd, vielfach in ganz unverständlich bleibende Expectorationen, weil sie den Faden des Gedankenganges verlor. Sie, die früher eine hervorragende Rechnerin gewesen war, konnte nicht das einfachste Additionsexempel mehr richtig zu Stande bringen. Sie empfand ihre zunehmende geistige Schwäche selbst als sehr qualvoll und brach oft in Thränen darüber aus, war überhaupt abnorm leicht zur Rührung und zum Weinen geneigt. Dabei zeigte sie eine ganz exquisit paralytische Sprachstörung. Sie verschleifte die Silben, versetzte die Buchstaben; in ihrem Gesicht zuckte und vibrirte

es fortwährend. — Besonders auffällig war auch die Veränderung ihrer Handschrift. Die Patientin hat selbst nach ihrer Genesung darauf aufmerksam gemacht, wie sich diese Störung in den Notizen ihres Ausgabebuches vom 8.—25. Januar deutlich mit jedem Tage zunehmend erkennen lässt. Ich habe mir das betreffende Blatt aus dem Buche ausschneiden lassen und lege es Ihnen hier zur Ansicht vor. Es ist sehr interessant zu beobachten, wie die Schriftzüge immer zitteriger und unsicherer werden. Besonders tritt dies bei einem Vergleich mit einer Abschrift des betreffenden Blattes, die die Dame jetzt angefertigt hat, merklich hervor. Die Buchstaben stehen nicht auf der Linie; über dem u in dem Worte Pulver auf der 2. Seite fehlt der u-Strich. Am meisten charakteristisch ist aber das letzte Wort, in welchem die Buchstaben „r“ und „e“ ausgelassen sind. Es steht da „Azeni“ statt „Arzenei“. Was den Inhalt betrifft, so findet sich zunächst auf pg. 1, da wo ich den blauen Pfeil hingezeichnet habe, eine Ziffer 53, der gar keine namentlich benannte Ausgabe entspricht. Dieselbe Zahl 53, ebenfalls vollständig als Ausgabe fingirt mit „Hecker“ davor, steht auf Seite 2, da wo ich den rothen Pfeil hingezeichnet habe. — Endlich ist die erste Seite falsch zusammengerechnet, statt 333 M. 4 Pf. muss es heissen 306 M. 20 Pf. —

Die körperliche Untersuchung der Patientin ergab keine weiteren Symptome: Pupillenweite und Reaction waren normal, Patellarsehnenreflex erhalten, keine Sensibilitätsstörungen, Urin frei von Eiweiss und Zucker, zeigte auch keine auffallende Färbung. — Herr College Edinger, der am 24. Januar von der Patientin einen Brief erhalten hatte, kam am 27. herüber und brachte schon aus dem erhaltenen Schriftstück denselben Eindruck mit, dass es sich um ein der Paralyse ähnliches Bi'd handle. — Den Gedanken, den Zustand als Folge einer Influenza anzusehen, mussten wir aufgeben, da ja die Diagnose nur missbräuchlich gestellt war und es sich nachweislich nur um einen sehr mässigen Nasenrachencatarrh gehandelt hatte. Dagegen kam es zur Sprache, dass die Patientin während meiner Abwesenheit das Trional in der Gabe von $1\frac{1}{2}$ gr allabendlich weiter genommen hatte. Wir konnten jetzt kaum einen Augenblick im Zweifel sein, dass es sich um eine Trionalvergiftung handle. Die Patientin wurde in's Bett gelegt, das Trional wurde ihr entzogen und durch Hypnose ersetzt, die in Bezug auf den Schlaf sofort günstig wirkte. — Vom Tage des Aussetzens des Trionals an verschwanden innerhalb ca. 3 Wochen nach und nach die beängstigenden Erscheinungen. Die Sprachstörung verlor sich, die Patientin konnte ihre Gedanken immer besser ordnen, das Gedächtniss kehrte wieder zurück, nur blieb noch merkwürdig lange die Unfähigkeit bestehen, gerade auf das Wort „Trional“ zu kommen. Nachzutragen wäre noch, dass die Kranke während des Zubettliegens über ein heftiges, nahezu schmerzhaftes Jucken in der Haut des ganzen Körpers klagte. Dasselbe verlor sich auf entsprechende hypnotische Suggestion jedesmal für mehrere Stunden, um allmählig ganz zu schwinden. Am 10. Tage stand die Patientin aus dem Bett auf. Sie war aber noch ausserordentlich schwach auf den Beinen und erst nach 5 Wochen konnte sie im Fahrstuhl die erste Ausfahrt machen und geführt einen Weg von höchstens 10 Minuten zu Fuss zurücklegen. Die Schwäche beim Gehen hat sich auch jetzt noch nicht ganz verloren,

während im Uebrigen der Status quo ante ziemlich wieder hergestellt ist.

Die Patientin hatte 36 Tage hindurch allabendlich eine Gabe von $1\frac{1}{2}$ gr Trional genommen, also im Ganzen 54 gr. Wenn wir natürlich auch annehmen müssen, dass es sich hier um eine besondere Idiosynkrasie handelt, wenn wir wohl auch weiter behaupten dürfen, dass bei früherer Erkenntniss der schädigenden Wirkung des Trionals und bei früherem Aussetzen desselben die Vergiftungserscheinungen nicht bis zu der beängstigenden Höhe gediehen wären, so beweist der Fall doch, dass das Trional durchaus kein ungefährlicher Arzneikörper ist und gleich dem Sulfonal tiefe Schädigung der Gehirnfunktionen herbeiführen kann. Uebrigens sind die hier aufgetretenen Symptome wohl nicht als spezifische Vergiftungserscheinungen aufzufassen, wie sie in dem von Schulze veröffentlichten Fall von tödtlicher Trionalvergiftung*) auftraten; es fehlt in meinem Fall auch die charakteristische Haematoporphyrinfärbung des Urins. Es handelt sich vielmehr um einen gewissermassen chronisch gewordenen Zustand eigenthümlicher Schlaftrunkenheit, der aber doch durch seine Dauer und Eigenart bedenklich erscheinen muss.

Wenn wir zum Schluss noch ganz kurz die Frage streifen wollen, welches vermuthlich die inneren Vorgänge sind, die solche Wirkungen des Trionals wie auch der übrigen Schlafmittel hervorrufen, so sehen wir uns im Wesentlichen auf die Untersuchungen von Binz angewiesen, der nach Anwendung verschiedener Hypnotica eine äusserst schwache und vorübergehende Gerinnung des Protoplasmas der Gehirnzellen annimmt und daraus die Herabsetzung der Gehirnfunktionen erklärt. -- Bei zu intensiver Einwirkung wegen Verabreichung zu grosser Dosen oder wegen vorhandener Idiosynkrasie wird diese Gerinnung sich begreiflicherweise nicht so schnell wieder ausgleichen können und dadurch eine länger dauernde Schädigung veranlassen. Ob auch beim natürlichen Schlaf eine ähnliche Gerinnung auf physiologischem Wege eintritt, dürfte schwer zu sagen sein. Jedenfalls sprechen die neuesten Untersuchungen Mosso's dafür, dass die Bedingungen, unter denen der künstliche, durch Schlafmittel herbeigeführte Schlaf zu Stande kommt, vermuthlich ganz andere sind, als die, welche den natürlichen Schlaf veranlassen und begleiten. Mosso veröffentlicht in seinem Buch „Die Temperatur des Gehirns — Leipzig 1894“ eine Reihe von Experimenten, aus denen unzweideutig hervorgeht, dass im Gegensatz zum natürlichen Schlaf, bei welchem die Temperatur im Gehirn zunächst unverändert bleibt, bei längerer Dauer aber sinkt, sich bei Einwirkung von Schlafmitteln eine nicht unbeträchtliche Erhöhung der Temperatur im Gehirn einstellt, während die Mastdarmtemperatur sich nicht verändert. Wir dürfen daraus wohl schliessen, dass während des künstlich erzeugten Schlafes lebhaftere Oxydationsvorgänge eigenartigen Characters in den Gehirnzellen vor sich gehen, welche in den letzteren tiefer gehende Störungen zu veranlassen im Stande sind.

*) Deutsch. medic. Wochenschrift 1894, Nr. 7.

II.

Ueber Neubauten für psychiatrische Kliniken.

Von Professor Rieger in Würzburg.

Im Nachstehenden unterbreite ich einem weiteren Leserkreis einige Bemerkungen, welche sich mir während einer 7jährigen Bau- und Gründungsperiode aufgedrängt und bis jetzt nur in ungedruckten Actenstücken ihre Formulirung gefunden haben. Eine specielle Beschreibung der Würzburger Klinik habe ich gegeben im Band V des klinischen Jahrbuchs. Die wichtigste Frage psychiatrischer Bauprogramme, nämlich die: ob auch in Zukunft noch besondere „unruhige“ oder „Tob“-Abtheilungen gebaut werden sollen oder nicht? — habe ich erörtert in einem Aufsatz, der demnächst in Band VI des genannten Jahrbuchs erscheinen wird. Im Nachstehenden gebe ich die allgemeineren Erwägungen wieder, die sich auf das Ganze beziehen. — Bezüglich des Bausystems überhaupt bin ich der Ansicht, dass einzelne, völlig getrennte Häuser, die ohne bedachte Gänge ausschliesslich nur Communication unter freiem Himmel gestatteten, für eine Klinik unbrauchbar wären. Dieses System, welches für gewöhnliche Irrenanstalten, besonders solche, wo es hauptsächlich auf Beschäftigung der Kranken ankommt, entschieden das beste ist, passt nicht für eine Klinik, bei der die Hauptsache ist, dass viele frische Fälle und speciell im Bett zu behandelnde Kranke vorhanden sind, welche einerseits beständig unter sorgfältigster ärztlicher Aufsicht zu stehen haben, andererseits jederzeit mit grösster Leichtigkeit in den Hörsaal und die wissenschaftlichen Untersuchungsräume, und zwar auch in ihren Betten, zu verbringen sind. Die Erfüllung dieser fundamentalen wichtigen Bedingungen ist unmöglich gemacht, wenn die Krankenhäuser völlig getrennt sind sowohl unter sich als von den wissenschaftlichen Räumen. Es sind also jedenfalls Räume erforderlich, die alle durch völlig bedeckte Corridore verbunden sind. Dieses Princip führt in seiner einfachsten Verwirklichung zu dem gewöhnlichen, ganz ungegliederten, Corridorsystem, gegen welches aber wiederum vor Allem der Einwand zu erheben ist, dass es an einer gewissen Stillosigkeit leidet. Unter Stil verstehe ich nicht dasjenige, was man als äusseren architectonischen Stil bezeichnen könnte, da ja im Gegentheil ein solcher Bau vermöge seiner einheitlichen Anlage sich besonders „stilvoll“ und palastartig gestalten kann; sondern vielmehr diejenige innere Beziehung, dass sich, wie bei einem Organismus, der Zweck und die Bedeutung der einzelnen Theile schon in der ganzen Anlage deutlich kennzeichnet. Wenn Theile von ganz verschiedener Bedeutung sich in der baulichen Anlage nicht characteristisch von einander abheben, so halte ich dies nicht für eine unwesentliche Aeusserlichkeit. Selbst wenn von einem, gegen die Form äusserst gleichgiltigen, Nützlichkeitsstandpunkt aus behauptet werden wollte: all' dies sei ja für den guten Betrieb der Anstalt völlig einerlei, etwa so, wie man ja schliesslich aus jedem noch so stillosen Geschirr, wenn es nur den Inhalt fasse, essen könne u. dergl., so wäre dies nicht einmal von diesem Standpunkt aus richtig. Denn wenn der, dem Leben der Anstalt einzuprägende Geist sich vollkommen soll entfalten können, so muss er

auch von Anfang an in passenden Räumen seine adäquate Form gefunden haben, von der auch im Betrieb vieles abhängt. Wesentlich diese von mir hier ausgesprochenen Gedanken liegen, mehr oder weniger bewusst, der Thatsache zu Grunde, dass in neuerer Zeit das System völlig getrennter Pavillons im Irrenanstaltswesen so grossen Anklang findet. Dieses System ermöglicht eine viel grössere Individualisirung, es ist dabei möglich, jedem der Häuser seinen eigenen „Stil“ zu geben, der völlig seiner jeweiligen Bedeutung und der Beschaffenheit der Kategorie von Kranken angepasst werden kann, für welche es bestimmt ist. Da es nun aber, aus dem oben angegebenen Grunde für eine Klinik unbrauchbar ist, so ist für eine solche ein System zu wählen, das die Vorzüge der individuellen Ausprägung der Theile, soweit auch eine Klinik einer solchen bedarf, vereinigt mit der hier vor allem nöthigen Möglichkeit leichtesten Verkehrs zwischen den Theilen.

Diese Erwägungen waren für mich vor allem massgebend beim Bau der Würzburger Klinik, bei welcher die Durchführung dieser Idee durch die Beschaffenheit des Bauplatzes und die geringe Anzahl der Krankenplätze wesentlich erleichtert war. Indem der Plan gleichmässig den beiden gekennzeichneten Bedingungen angepasst wurde, glaube ich, dass hierin ein Typus sich entwickelt hat, der in der Hauptsache als Normaltypus gelten kann. Seine beiden Contra sind einerseits im Vordergebäude: der Hörsaal mit Umgebung, andererseits in den Krankenbauten: der Wachsaal mit Umgebung, beide durch bequeme Fahrbahnen für Betten mit einander verbunden. Ich möchte keine klinische Vorlesung halten, wenn ich nicht in der Lage wäre, innerhalb ganz kurzer Zeit jeden Kranken ohne Aufregung und ohne zeitraubendes Ankleiden etc. in den Hörsaal gebracht und wenn nöthig gefahren zu bekommen.

Von besonderer principieller Wichtigkeit scheint mir auch, dass sich bei diesem Bau-system mit der grössten Leichtigkeit alle eingehenderen Untersuchungen an Kranken im Untersuchungszimmer vornehmen lassen statt in den Krankenzimmern, wo sie einerseits immer unter Störung, mangelhaften Licht- und Raumverhältnissen zu leiden hätten, andererseits unnöthige Aufregung verursachen. — Als ein Hauptpunkt des Systems dürfte ferner hervorzuheben sein, dass die Aertzewohnungen immer möglichst nahe bei der Wachabtheilung liegen sollen. Eine Centralisirung der Aertzewohnungen in einem gerade von den schwersten Kranken weitabgelegenen Centralgebäude erschien mir immer als der grösste Fehler eines klinischen Bauplans. Denn diese Anordnung enthält eine directe Verleugnung des wichtigsten Principis, das schon in der baulichen Anlage auf's Deutlichste hervortreten sollte: des Principis der sorgfältigsten ärztlichen Aufsicht und speciell der ärztlichen Gegenwart bei allen Aufregungszuständen, welches sich folgendermassen formuliren lässt: Wie in einer geburtshilflichen Klinik der Arzt jede Geburt, so muss er in der psychiatrischen Klinik jeden Aufregungszustand überwachen. Um dies zu erreichen, muss aber auch seine Wohnung so nahe als möglich beim Wachsaal sein. — Ich rechne für eine psychiatrische Klinik auf 10—12 Kranke einen Arzt (ohne den Director). Die Würzburger Klinik hat demgemäss bei einem zwischen 40 und 60 schwankenden Krankenbestand fünf Assistenz- und Volontärärzte. Diese können sich räumlich und zeitlich so vertheilen, dass einer stets in genügender Nähe

des Ortes sich befindet, wo seine Gegenwart jeden Augenblick nöthig werden kann. —

Schliesslich betone ich noch die räumliche Anordnung des Wachsals nach dem Princip, dass er möglichst häufig von Aerzten auch als Durchgang passirt werden muss. Ist dies der Fall, so wird das Personal des Wachsals jeden Augenblick überrascht von eintretenden Aerzten, die in dem Würzburger Wachsall von vier Seiten Zutritt haben. Man kann ohne Uebertreibung sagen: es findet eine beständige Aerztcirculation statt, die jedenfalls viel mehr Werth hat als die sogenannten „Visiten“, bei welchen eine Ansammlung mehrerer conversirender Aerzte die Kranken aufregt. Aerztliche Conversationen gehören meines Erachtens in das Untersuchungs-zimmer und in den Hörsaal. Im Wachsall soll nicht conversirt, sondern conservirt, observirt und revidirt werden. Gegen die Gefahr der Miss-handlung von Kranken durch Personal dürfte diese Aerztcirculation das wirksamste Mittel sein. —

Ich fasse das Princip der Raumvertheilung in einer psychiatrischen Klinik in die Worte zusammen: Jeder Raum soll so liegen, dass ihm das, für ihn nöthige, Maass ärztlicher Aufmerksamkeit mit der geringsten Anstrengung zu Theil werden kann. — —

Endlich gestatte ich mir noch folgende Schlussbemerkung: Der grösste Fehler, der bei dem Bau einer Klinik begangen werden kann, ist der, dass man denjenigen, der sie in Betrieb setzen, der ihr Leben einhauchen soll, erst beruft, wenn sie irreparabel fertig ist. Denn die Wahrscheinlichkeit einer prästabilirten Harmonie zwischen einem fertigen Gebäude und dem Geist des spät Hinzutretenden ist gering; und so wird in der Regel nur die Wahl bleiben: entweder dass der Mann ein sacrificium intellectus dem Gebäude bringt, oder dass das Gebäude nur mit Ach und Krach den Intentionen des Mannes angepasst werden kann. Man könnte sagen: Der Mann ist ja auch nicht unsterblich, und das Gleiche könnte sich dann beim Nachfolger ereignen. Dieser Einwand scheint mir aber nicht stichhaltig. Denn alles kommt auf den status nascendi an, auf den Zustand der tabula rasa, des unbeschriebenen Blattes. Was hier geschieht, ist für die ganze Zukunft unwiderruflich und bestimmend. Und dies sollte dann wenigstens aus einem Gusse und in einem Stil geschehen, dass Gefäss und Inhalt harmoniren.

III.

Zur pathologischen Anatomie der Hirn- und Rückenmarks-Erschütterung.

Von Dr. G. Bikeles (Lemberg).

Aus dem Laboratorium des Prof. Obersteiner in Wien.

(Vorläufige Mittheilung.)

Drei Meerschweinchen erhielten mittelst Percussionshammer eine Anzahl von Schlägen auf verschiedene Stellen des Kopfes und zwar bis zum Eintritt von ganz leichten epileptischen Krämpfen (nach der Methode von Westphal). Bei dem einen wurde diese Procedur nur einmal vorgenommen, die übrigen zwei wurden hierauf noch mehrmals geschlagen. Die

Erscheinungen intra vitam äusserten sich theils in hochgradiger motorischer Ungeschicklichkeit, theils in Paresen, welche bei dem einen mit anhaltenden tonisch-clonischen Krämpfen complicirt waren; eigentliche epileptische Anfälle sind in keinem Falle auszulösen gewesen. Nach mehreren Wochen wurden die Thiere getödtet. Bei der Obduction fand sich nur bei einem eine von der Oblongata bis zur Lendenanschwellung reichende Blutung innerhalb der zarten Meninges. Innerhalb des Centralnervensystems selbst konnten auch bei der microscopischen Untersuchung in keinem der Fälle irgendwelche Blutungen nachgewiesen werden, selbst keine capillären. In nach Marchi (Müller-Osmiumsäure) gefärbten Präparaten liess sich in allen 3 Fällen im ganzen Centralnervensystem deutliche Degeneration der Markfasern mit Markscheidenzerfall constatiren. Dieselbe erscheint zunächst als eine diffuse, doch sind bei den einzelnen Thierexperimenten verschiedene Fasergruppen und Systeme des Gehirns in besonders starker Weise lädirt, was wahrscheinlich von der jeweiligen Fortpflanzungsrichtung der ertheilten Stösse abhängt. Gemeinschaftlich ist in allen das nicht Beschränktbleiben der Degeneration auf den Einwirkungsort des Trauma. Ziemlich übereinstimmend ist der Rückenmarkbefund in allen 3 Fällen: Im Halsmark sind die schwarzen Schollen im Vorderseitenstrang diffus und sehr zahlreich, viel geringer im Hinterstrang. Auch im Brustmark sind die schwarzen Schollen im bezeichneten Gebiete sehr gehäuft, wenn auch im Verhältniss zu denen im Cervicalmark weniger dicht. Erst im Lumbalmark hört die Degeneration ganz auf, oder es sind nur noch geringe Ueberreste derselben zu sehen.

Diese Befunde liefern eine beachtenswerthe Ergänzung zu denen von Schmauss (Virch Arch., B. 122, „über Rückenmarkerschütterung“). Man ersieht nämlich daraus, dass das Trauma nicht bloss eine Quellung der Axencylinder (vgl. Schmauss), sondern auch einen hochgradigen Markscheidenzerfall zu erzeugen im Stande ist. Der Process kann daher mit Recht als traumatisch degenerative Neuritis bezeichnet werden. Weiter ist zu betonen, dass die Färbung nach Marchi sehr auffallende pathologische Befunde an Stellen aufdeckt, welche gewiss nur indirect vom Trauma betroffen worden sein können (auch nicht von der Wirkung durch Contre-Coup), während nach Schmauss die starke und ausgedehnte Veränderung der Axencylinder nur entsprechend der Höhe der Einwirkungsstelle des Trauma sich findet. Wenn hier nur von degenerativen neuritischen Veränderungen die Rede ist, so sollen damit etwaige Alterationen in den Ganglienzellen keineswegs ausgeschlossen werden, nur besitzt man bis jetzt kein hinreichend empfindliches und verlässliches Reagens für feinere Veränderungen in der Zellstructure; selbst die Methode von Nissl dürfte hier nicht ausreichen. — Mit Rücksicht auf diese experimentellen Ergebnisse ist man zum Ausspruch berechtigt, dass die Gehirnerschütterung eine über das gesammte Centralnervensystem ausgebreitete Beleidigung der markhaltigen Nervenfasern zur Folge hat. Es darf wohl angenommen werden, dass mittelst der Methode von Marchi in der richtigen Zeit nach dem Trauma auch beim Menschen Zerfallsproducte der markhaltigen Nervenfasern nachzuweisen sein werden.

Was die Rückenmarkerschütterung beim Menschen anbetrifft, so gewinnt 1. vor allem die Ansicht von Obersteiner, Leyden und Schmauss,

wonach die nach Traumen auftretenden Erweichungsherde als directe Folgen der durch den Stoss bewirkten Abtödtung der Nervensubstanz (und nicht durch vorausgegangene Blutungen) aufzufassen sind, an Evidenz. 2. Einige Beobachtungen aus der neueren Literatur, worunter auch eine eigene, in denen manche Symptome nach kürzerer oder längerer Zeit zurückgingen, könnten wohl lediglich auf eine ausgebreitete Erkrankung der Nervenfasern von der oben beschriebenen Natur bezogen werden. Diese Fälle müsste man als „traumatische (degenerative) Rückenmarkerschütterung“ bezeichnen; die nachherige Besserung würde mit der Regeneration in Zusammenhang zu bringen sein. 3. Es kann das Bild einer functionellen Krankheitsform vorwalten („traumatische Neurose“) mit einzelnen besonders schweren Symptomen, da ja manche Fasersysteme viel stärker getroffen zu sein pflegen als andere. 4. Selbst wenn das Krankheitsbild nach einer heftigen Rückenmarkerschütterung sich in nichts von einer Hysterie unterscheidet, so muss man sich doch hüten, das Trauma immer bloss als Agent provocateur, wie es nach der Ansicht der Schule Charcot's gilt, anzusehen. Eine Läsion, die so tiefgreifende und diffuse Veränderungen in den markhaltigen Nervenfasern, auch in solchen, die von der Einwirkungsstelle ziemlich entfernt sind, hervorzurufen im Stande ist, mag ja wohl bei minder starker Einwirkung derselben keinen Ausfall, wohl aber eine Herabsetzung der functionellen Leistungsfähigkeit herbeiführen. Die traumatische Neurose (allerdings muss das Trauma einen gewissen Grad erreicht haben) wird daher forensisch insoferne eine gesonderte Stellung einnehmen, als das Trauma mitunter die hereditäre Belastung zu ersetzen vermag.

Es ist ferner sehr wahrscheinlich, dass ein die Wirbelsäul treffendes Trauma seinen schädigenden Einfluss auch gegen das Gehirn zu äussern wird, so wie wir es in umgekehrter Richtung gesehen haben. —

Die näheren Details, namentlich Angaben über jene Faserparthien des Gehirns, die besonders leicht vom Trauma berührt werden können, werde ich in der ausführlichen Mittheilung auseinandersetzen. Hier war es mir nur darnn zu thun, darauf aufmerksam zu machen, dass ein localisirtes Trauma sehr ausgebreitete Veränderungen im ganzen Centralnervensystem zu setzen vermag, welche den meisten Untersuchungsmethoden entgehen und dass wir darin wenigstens einen Theil der anatomischen Grundlagen für viele als „functionell“ angesehene traumatische Neurosen gefunden zu haben glauben.

II. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Pathologie.

a) Gehirn.

306) A. Haig: The physics of the cranial circulation and the pathology of headache, epilepsy and mental depression.

(Brain. Spring-Summer 1898, pg. 280.)

H. hat bereits in einer Arbeit (Brain 1891) die Ursache bestimmter Fälle von Kopfschmerz, Epilepsie und geistiger Depression von der Aus-

scheidung der Harnsäure im Urin abhängig gemacht. Viel Harnsäure im Urin zeige viel Harnsäuresalze im Blut an. Diese letzteren bewirkten durch Contraction der kleinen Arterien und Capillaren kalte Haut, kühle Extremitäten, spärlichen Urin und führten durch die gleiche Gefässalteration im Gehirn zu Kopfschmerz, Krämpfen und geistiger Depression. In vorliegender Arbeit sucht H. zu beweisen, dass Harnsäuresalze thatsächlich die kleinen Gefässe contrahiren und dadurch hohe Gefässspannung bewirken und dass dies auch in der Gehirncirculation geschieht. Bei seinen Ausführungen geht H. ausführlich auf die Arbeiten von Geigel, Lewy und Grashey ein. Das Resultat der hohen arteriellen Spannung im Gehirn ist mehr oder weniger Stasis und Hyperämie in der intra-craniellen Circulation, wodurch eben die Kopfschmerzen, geistige Depression und Krämpfe bedingt werden. H. bespricht dann besonders ausführlich die Migräne und manche Fälle von Epilepsie. Auch Hysterie und Uraemie werden von ihm auf gleiche Ursache zurückgeführt. In Consequenz giebt er dann therapeutische Vorschläge und sucht die Wirkung mancher Drogen (z. B. des Calomels) in manchen Fällen durch ihren erschlaffenden Einfluss auf die Gefässe zu erklären. Man solle in schweren Fällen von Migräne und Epilepsie die Kranken vegetarisch ernähren, ein Vorschlag, der zwar nicht neu ist, aber mehr Beachtung verdient, als bisher geschieht.

Wichmann.

307) **R. Geigel:** Gehirnkrankheiten.

(Sep.-Abdr. aus der „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“, Abth. I, Band interne Medicin u. Kinderkrankheiten, Heft 1617.)

Die Frage, ob eine Abhandlung über die Gehirnkrankheiten von dem Umfange von 24 Druckseiten für den Arzt von irgend welchem Nutzen sein kann, nachdem jedes Lehrbuch der speciellen Pathologie diesen Krankheiten eine grössere Seitenzahl widmet, dürfte selbst von den Herausgebern der „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“ kaum ernsthaft bejaht werden. Von dem Verfasser, der bezüglich der Raumbemessung wohl ganz extra culpam sein dürfte, können wir nur sagen, dass er sich der ihm gewordenen Aufgabe einer maximalen Condensation des grossen Stoffes mit Geschick entledigt hat.

L. Löwenfeld.

308) **Ziehen:** Aphasie.

(Sep.-Abdr. aus der Realencyklopädie der gesammten Heilkunde, 3. Auflage.)

Ziehen gebt in seiner Darstellung, welche eine treffliche Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von den central bedingten Sprachstörungen bietet, bei Eintheilung dieser von anatomischen Gesichtspunkten aus. Er unterscheidet Aphasien und Anarthrien je nach dem Sitze der Läsion, resp. Functionsstörung. Als Aphasie ist nach ihm „jede corticale, von Störungen der Objectvorstellungen und ihrer Associationen untereinander unabhängige Störung des Sprechens“ zu bezeichnen. Als Anarthrien sind dagegen diejenigen Sprachstörungen zusammenzufassen, „welche durch Erkrankungen der Projectionsfasern erster Ordnung oder Erkrankungen der Nervenkerne des Pons und der Oblongata bedingt sind“. Als typische Formen der Aphasie schildert er: 1. Motorische A., 2. intercentrale A.

(Wernicke's Leitungsaphasie), 3. sensorische A., 4. transcorticale sensorische A., 5. transcorticale motorische A. An die Besprechung dieser Aphasien reiht er die der gemischten Formen und der verschiedenartigen Störungen des Lesens und Schreibens an. Die Anarthrien werden nach dem Sitze der zu Grunde liegenden Läsion in fasciuläre und nucleare gesondert. Den Schluss bilden kritische Bemerkungen über die subcorticale sensorische Aphasie, die subcorticale Agraphie und Alexie Wernicke's. Als Anhang ist eine Uebersicht aller central bedingten Sprachstörungen mit Ausnahme der nuclearen Anarthrien beigegeben, die wir ihrer practischen Verwerthbarkeit halber weiter unten folgen lassen. Von den Einzelheiten der Z.'schen Darstellung können wir hier im Rahmen eines kurzen Referates nur die Haupteintheilung derselben berühren. Z. hebt mit Recht hervor, dass nach den derzeit vorliegenden Beobachtungen die Rinde der ausschliessliche Ort aller und jeder Coordination von Sprachbewegungen, der verbalen, syllabaren und litteralen ist, dass die frühere Annahme, welche die litterale Coordination in die Nervenkerne des Pons und der Oblongata verlegte, sich nicht mehr aufrecht erhalten lässt. Aus der corticalen Coordination sämtlicher Sprachbewegungen folgert nun Z. weiter, dass die nuclearen und fasciulären (infra- und subcorticalen) Sprachstörungen ausschliesslich auf Lähmung und nicht auf Coordinationsstörungen beruhen, und er fasst dieselben unter der Bezeichnung Anarthrien zusammen, während er jede corticale (Coordinations-) Störung der Sprachbewegungen als Aphasie betitelt. Bisher wurde für die Unterscheidung von Aphasie und Anarthrie wenigstens von den Meisten die Form der Sprachstörung als massgebend erachtet. Als Arthrie oder Dysarthrie galten Störungen im Bereiche der literalen Coordination — Articulationsstörungen — allein, während als Aphasie wesentlich Störungen der Wortbildung und des Wortverständnisses aufgefasst wurden. Die Ziehen'sche Umwerthung der beiden Begriffe von anatomischen Gesichtspunkten aus erscheint dem Ref. aus mehreren Gründen unannehmbar.

Für die Eintheilung von Sprachstörungen giebt im Allgemeinen die Form derselben jedenfalls eine sicherere Basis als die Localität der anatomischen Befunde, weil diese in vivo nicht immer genauer zu bestimmen ist. Die oben erwähnte Z.'sche Annahme, dass die nuclearen und fasciulären Sprachstörungen ausschliesslich auf Lähmung und nicht auf Coordinationsstörungen beruhen, würde nur dann zutreffen, wenn die Bahn für die sprachlichen Impulse zusammenfallen würde mit der Bahn für die willkürliche Innervation der Sprachmuskeln, eine eigene Sprachbahn nicht existiren würde. Die gesonderte Existenz einer solchen Bahn ist jedoch nicht zu bezweifeln*), sie wird auch von Z. angenommen. Die Unterbrechung oder Schädigung dieser Bahn muss aber bezüglich der Coordination der Sprachbewegungen die Folgen haben, welche Läsionen der Rinde zukommen, Ausfall oder Veränderung der speciell sprachlichen motorischen Impulse. Z. bemerkt auch, dass die Symptome der fasciulären Anarthrie im Wesentlichen, sofern die Bahnunterbrechung vollständig ist, sich mit denjenigen der centralen motorischen Aphasie decken. Die fasciuläre Anarthrie

*) Vergl. Edinger, Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane, 4. Aufl., S. 201.

repräsentirt demnach klinisch nur eine Aphasie und es ist nicht zu ersehen, warum sie von dieser Gruppe von Sprachstörungen getrennt und mit den bulbären Anarthrien vereinigt werden soll. Auf der anderen Seite besteht kein Hinderniss, neben den bulbären Anarthrien solche corticalen Ursprungs anzunehmen, wenn wir auch zugeben müssen, dass letztere auf Coordinationsstörungen, erstere auf Lähmung beruhen. L. Löwenfeld.

309) **Klinke-Tost**: Ueber das Verhalten der Tangentialfasern der Grosshirnrinde von Idioten.

(Archiv für Psychiatrie, Bd. XXV, H. 2.)

Die von Vulpius für die normale Hirnrinde aufgestellte Methode der Zählung von Tangentialfasern und Darstellung der Zahlenverhältnisse in Curven verwendet Verf. bei der Untersuchung von 12 patholog. Hirnrinden und zwar 7 Fälle von Idiotie, 1 Fall von Paralyse, 2 Fälle von einfacher Seelenstörung und 2 Fälle von Altersblödsinn. Zur Untersuchung kamen von jedem Gehirn in gleicher Reihenfolge: Stücke aus der I. und III. linken Frontalwindung, aus der III. rechten Frontalwindung, aus der rechten vorderen Centralwindung, aus der I. linken Temporalwindung, aus dem rechten Hinterhauptslappen. Gezählt wurde an den nach Weigert gefärbten Präparaten einzeln: Die äusseren Tangentialfasern, die mittleren (supräradiäres Flechtwerk), die tiefen Tangentialfasern (inträradiäres Flechtwerk) und die Fasern des Baillarger'schen resp. Viqu. d'Azyr'schen Streifens.

Die gefundenen Zahlenwerthe sind in Curven übersichtlich dargestellt.

Die Hauptschlüsse, die Verf. daraus zieht, sind folgende:

„Allgemeine Ernährungsstörungen, wie sie bei Idioten beobachtet werden, hemmen die Entwicklung der Tangentialfasern. Im Alter tritt eine geringe, bei Dementia senilis eine intensivere Abnahme der Fasern ein. Die Faserabnahme kann weit unter die bei einzelnen Idioten beobachtete Faserzahl herabsinken. Die Faseranzahl, die in den einzelnen Hirnprovinzen nicht die gleiche ist, zeigt die höchsten Zahlen in der rechten Centralwindung, der am nächsten der rechte Occipitallappen steht. Die geringe Faserentwicklung in idiotischen Gehirnen entspricht in einzelnen Fällen der Altersstufe, in der das Gehirn durch den betreffenden Factor geschädigt wird. Der Frontallappen ist am meisten von der geringen Faserentwicklung betroffen. Von allen Fasersystemen leiden am meisten die äusseren Tangentialfasern unter dem Faserrückgang.“ Weber-Würzburg.

310) **Frederic Taylor**: Disease of the corpora quadrigemina.

(Brit. medic. Journ. 1893, 18. Nov., pg. 1102.)

Ein 4jähriger Knabe ist seit 4 Monaten krank und zeigt folgendes Bild: Taumelnder Gang, langsame Sprache; Ataxie der Arme und Beine. Der Kopf und Nacken oscilliren in der Richtung von vorn nach hinten; fast vollständige Ophthalmoplegia externa, doppelseitige Ptosis, rechts stärker als links, etwas seitlicher Nystagmus, Pupillen leicht und ungleich erweitert, reagieren auf Licht, keine Neuritis optica oder Chorioiditis. Amaurose. Nach einem Monat halb bewusstlos; Schluckbeschwerden, Schwäche der Arme und Beine. 6 Monate nach Auftreten der ersten Symptome Tod. Section ergiebt: Kleinhirn völlig gesund, aber corpora quadrigemina, durch

glio-sarcomatöse Neubildung verwandelt und erweicht, grau und gelatinös. Aehnliche graue, gelatinöse Masse an der Hirnbasis zwischen crura cerebri und diese an ihrer Innenseite mit afficirend. Die Nerv. oculomotor. sind abgelöst. In der rechten Orbita alle vom Oculomotorius versorgten Muskeln atrophisch.

Wichmann.

311) J. E. Greiwe aus Cincinnati: Ein solitärer Tuberkel im rechten Grosshirnschenkel, bezw. in der Haube, mit Degeneration der Schleife. (Aus dem St. Hedwigs-Krankenhaus zu Berlin.)

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 4 u. 5.)

Der Patient, welcher seit mehreren Jahren an Husten litt, bemerkte Anfang October 1890 eine allmählig eintretende und sich verschlimmernde Lähmung des linken Armes und des linken Beines. Dazu kamen clonische Krämpfe im linken Vorderarm, welche sich aber bald verloren, und Parästhesien (Gefühl von Eingeschlafensein) an den Fingern der linken Hand. Zuletzt begann er schlecht zu sehen und auf dem linken Ohre schlecht zu hören. Bei der Aufnahme in's Krankenhaus Juni 1891 zeigte er ausser der linksseitigen Parese (spastischer Gang und Nachschleppen des linken Beines, gesteigerter Patellarreflex links) hochgradige Neuritis optica rechts und beginnende links); an der Lunge die deutlichen Zeichen von Phtise (Sputum mit T. B.).

Im weiteren Verlaufe stellte sich linksseitige Facialis- und Hypoglossusparese ein, während zeitweilig Doppelsehen antrat. Unter zunehmender Apathie und Benommenheit erfolgte am 27. September 91 der Tod.

Die Diagnose wurde auf Hirnschenkeltumor (Tuberkel) gestellt. Die Section ergab einen haselnussgrossen harten Tuberkel in der Haube des rechten Grosshirnschenkels, welcher tief eingebettet dicht am inneren und hinteren Rande des Thal. opt. lag, dessen hinteres Ende sich erweicht zeigte und nach hinten bis in die Vierhügelgegend reichte, von welcher der innere und mittlere Theil vollständig zerstört war. Ausserdem befanden sich an dem stark oedematösen Gehirn in der Fossa Sylvii entlang den Gefässen zahlreiche Miliartuberkel und einige stecknadelkopfgrosse gelbe Knötchen.

An der Peripherie des Tumor liessen sich durch die microscopische Untersuchung deutliche Tuberkelbacillen nachweisen. Besonders stark war ihre Ausdehnung in der Media und Adventitia eines an der äussersten Peripherie gelegenen in allen Schichten bedeutend verdickten Gefässes.

Die microscopische Untersuchung des Gehirns ergab Degeneration in dem vorderen und hinteren Vierhügel rechterseits, in der Formatio reticularis, im Bindearm, in der lateralen und medialen Schleife. Die Entartung nahm nach unten zu ab; in der Brücke zeigte ausser der Formatio reticularis der innere Theil der medialen Schleife noch Degeneration und wurde am untersten Theil der Brücke sehr gering, während sie unten im Gebiet der Olivenzwischen-schicht deutlich hervortrat. Im mittleren Felde der Olivenzwischen-schicht zeigte sich nur ein leichter Faserausfall unter den Querfasern, ausserdem fand sich eine circumscribte Degeneration im Corpus restiforme in der Gegend des Austrittes der Acusticuswurzel. Der Thalamus opticus und die beiden Nn. optici zeigten hochgradige Degeneration, während der Tractus opticus nicht betheiligte war.

Die macroscopischen und microscopischen Befunde sind durch Abbildungen erläutert.

G. schliesst daran eine vergleichende Darstellung einiger anderer bis jetzt beobachteter Fälle mit Degeneration der Schleife. Als unzweifelhaftes Resultat derselben hebt G. hervor, dass ein Zusammenhang der Olive mit dem Kleinhirn durch das Corpus restiforme gebildet wird.

H o p p e.

312) Dr. **Violet** (Paris): Les centres cérébraux de la vision et l'appareil visuel intracérébral.

(Felix Alcan, 1893. Preis 15 M.)

V. hat 5 Fälle von Hemianopsie microscopisch untersucht (Pal's Methode). Fall I und II stellten sich bei der klinischen Beobachtung als Hemianopsia homonyma sinistra bzw. dextra dar. Fall III, aus welchem Déjerine eine neue Form von „reiner Wortblindheit“ ableitet, betraf einen Patienten mit Hemianopsia homonyma dextra, welcher keinen Buchstaben lesen konnte, dagegen vermochte er von selbst und auch, wenn man ihm dictirte, zu schreiben; nur beim Abschreiben machte er Fehler. Fall IV und V waren Fälle von gewöhnlicher Wortblindheit in Folge Läsion des Gyrus angularis, die mit Hemianopsie verbunden waren. Die beiden letzten Fälle bestätigen die Ansicht von Seguin und Déjerine, dass die Hemianopsie bei der Wortblindheit ihre Entstehung einem Zerstörungsprocess in der Tiefe der intracerebralen Sehfasern verdankt. Alle 5 Fälle aber lehren, dass die ganz verschiedenen corticalen Läsionen, welche Hemianopsia oder Kindenblindheit erzeugen können, je nachdem sie ein- oder doppelseitig sind, ihren Sitz an der Innenfläche der Occipitallappen haben und ausstrahlen in den Bereich der Fissura calcarina. Sowohl die Theorie Reinhard's, sowie die von Henschen sind zu verwerfen. Nach Reinhard kommt die äussere Fläche des Occipitallappens bei der Perception der Gesichtseindrücke hauptsächlich in Betracht, Henschen verlegt das Sehcentrum ausschliesslich in die Fissura calcarina.

Die Violet'schen Fälle von (totaler) Hemianopsia ergaben drei ganz verschiedene Befunde, obwohl der klinische ganz gleich war. In einem Falle war nur der vordere Theil des Cuneus lädirt, in einem anderen Falle war der Cuneus in seiner ganzen Ausdehnung betroffen. In einem dritten Falle, bei welchem Lobulus lingualis, Lobulus fusiformis, sowie die Spitze der Hinterhauptlappen ergriffen waren, zeigte sich nur der hintere Theil der Fissura calcarina erweicht.

Violet folgert aus diesen Fällen, dass sowohl eine Läsion des Cuneus wie des Lobulus lingualis und fusiformis, als auch der Spitze der Occipitallappen — jede für sich — Hemianopsia erzeugen kann. — Monakow nimmt an, dass das Sehcentrum nicht nur auf der Innenfläche des Occipitallappens liegt, sondern auch auf dessen Aussenfläche bis zum Gyrus angularis hinüberreicht. Violet verwirft diese Ansicht und sagt, dass das corticale Sehcentrum ausschliesslich auf die Innenfläche des Occipitallappens beschränkt sei. Dasselbe werde nach vorn begrenzt von der Fissura perpendic. int., nach oben vom oberen Rande der Hemisphäre, nach unten vom unteren Rand der dritten Occipitalwindung und nach hinten von der Spitze des

Hinterhauptlappens. Die *Fissura calcarina* spiele als Centrum der Sehsphäre eine hervorragende Rolle, wie auch ihr frühzeitiges Auftreten im Fötalleben und ihre gute Ernährung durch die *Art. calcarina* beweise.

Fall III. Bei demselben hatte eine Läsion des *Lobus lingualis* und *fusiformis* eine typische *Hemichromatopsie* zur Folge, welche später in eine vollständige *Hemianopsie* überging. Dieselbe ist wohl so zu erklären, dass es sich bei beiden Störungen nur um die verschiedene Intensität ein- und desselben pathologischen Processes handelte, dass der *Hemichromatopsie* vielleicht nur ein der *Embolie* der *art. calcar.* nachfolgendes *ischämisches* Phänomen zu Grunde lag, während die *Hemianopsie* der Ausdruck der späteren *Necrose* der von dem *ramus calcarinus* versorgten Gehirntheile ist. *Verrey's* und *Henschen's* Befunde scheinen gleichfalls für diese Auffassung zu sprechen.

Aus dem Studium der secundären Degenerationen in den 5 erwähnten Fällen zieht V. folgende Schlüsse über den Verlauf der optischen intracerebralen Leitungsfasern: Die vom *Cuneus* ausgehenden Fasern schlagen 2 verschiedene Wege ein. Die von seinem oberen Theile kommenden Fasern verlaufen über dem *Forceps. major* und gehen um die obere Wand des *Cornu occipitale* herum. Die vom unteren Theile des *Cuneus* abgehenden Fasern vereinigen sich mit den *Projectionsfasern*, welche von der *Fissura calcarina* und vom *Lobus lingualis* kommen, ziehen schräg von oben nach unten und von hinten nach vorn, machen eine *Spiraltour* um die untere Wand des *Cornu occipitale*, um an seine äussere Wand zu gelangen. Die vom *Lobus fusiformis* entspringenden Fasern theilen sich in 2 Portionen. Die einen — und zwar die Minderzahl — kommen aus der inneren Hälfte der *Hirnwindung* und vereinigen sich mit den vorher erwähnten Fasern, um schliesslich demselben Lauf zu folgen. Die anderen aus seiner äusseren Hälfte kommenden ziehen theils zu dem unteren theils zu dem äusseren Theil des *Ventrikels*. Die *Projectionsfasern* endlich, die von der Spitze des *Occipitallappens* ausgehen, begeben sich in ihrer Mehrzahl direct zur äusseren Wand des *Cornu occipitale*. Alle diese Fasern, die unter der *Binde* mit den anderen *Associationsfasern* vermischt sind, trennen sich von ihnen in der Nachbarschaft der weissen *Subst. saggitalis* (d. i. von innen nach aussen *Fibrae callorae*, *Gratiolet'sche* Sehstrahlungen und *Fasciculus longitudinalis inferior*), kreuzen die dickeren Bündel der äusseren *saggitalen* Schicht und vereinigen sich unter dem *Tapetum*, welches sie von der *Ventrikelhöhle* und der *subependymären* grauen Substanz trennt, zu einer scharf begrenzten und durch die Feinheit der constituirenden Elemente charakterisirten Zone. Nachdem sie den *Scheitel-* und *Schläfenlappen* passirt haben, enden sie am unteren Theil des *Corp. geniculatum ext.* und des *Pulvinar* ebenso wie an der äusseren Fläche dieses letzteren, wobei sie bis zum oberen Drittel des *Thalamus opticus* wieder hinaufsteigen. Ein weniger wichtiges Bündel verbindet sie mit dem *Tuberc. quadrigem. ant.*

Die Mehrzahl der Fasern, die vom *Corp. genic. ext.* und dem *Pulvinar* ausgehen und am *Cuneus* und den *Lobi lingualis et fusiformis* enden, verlaufen *centripetal*. *Centrifugal* ziehen jene Fasern, die von den letzt-erwähnten Windungen entspringen und zum *Corpus quadrig. ant.* ziehen.

Das gekreuzte und das ungekreuzte Sehnervenbündel vermischen ihre Fasern innig mit einander in den *Gratiolet'schen* Sehstrahlungen und beide

enden in der ganzen Ausdehnung der corticalen Sehsphäre. Die Erhaltung der centralen Sehschärfe beweist, dass die Macula jeder Netzhaut mit beiden Hemisphären in Beziehung steht, d. h. die Macularfasern kreuzen sich unvollständig im Chiasma, wiewohl nach Wilbrand hier ähnlich wie bei den Pyramidenbahnen (Flechsig) individuelle Verschiedenheiten vorkommen mögen.

Die Sehcentren der beiden Hemisphären werden durch die Fibræ callosæ vereinigt, welche durch das Splenium corpor. callosi ziehen. Diejenigen Fasern, welche das Wahrnehmungsfeld mit dem Erinnerungsfeld verbinden, folgen verschiedenen Wegen. Das corticale Wahrnehmungscentrum wird mit dem Sprachcentrum durch das untere Longitudinalbündel und besonders durch den occipito-temporalen Theil desselben verbunden.

Die „reine Wortblindheit Déjerine's“ entsteht aus einer Affection des Fasciculus longitudinalis inferior im Gegensatz zur Wortblindheit in Folge einer Läsion des Gyrus angularis. Dies ging aus der microscop. Untersuchung des Falles III hervor.

(Mit Benutzung von Referaten im Archive d'ophtalmologie 1893 und im Centralblatt für pract. Augenheilkunde 1894.) Bach.

313) Higier: Beitrag zur hysterischen Apoplexie.

(Wien. kl. W. 1894, 323.)

Verf. berichtet über 4 Fälle von hysterischer Apoplexie, die nach einem mit Bewusstseinsverlust einhergehenden Anfall aufgetreten sind. Der erste Fall bietet durch die Vielseitigkeit der Symptome und durch die ausführliche Differentialdiagnose des Verf. vieles Interessante. Die Einzelheiten sind für ein kurzes Referat nicht geeignet. Bei Fall 2 und 4, in denen es sich um Individuen im 60. und 62. Lebensjahr handelt, möchte Ref. die Diagnose auf reine Hysterie nicht einwandfrei halten. Die Annahme einer mit Hysterie combinirten Apoplexie (im Falle 2 führt Verf. selbst Arteriosclerose und vorhergegangene Schwindelanfälle an) liegt doch sehr nahe und scheint mir durch die Mittheilungen des Verf. nicht genügend widerlegt. So lange aber eine organische Apoplexie nicht völlig ausgeschlossen ist, scheint dem Ref. die Bezeichnung hysterische Apoplexie nicht berechtigt.

Lehmann (Werneck).

314) Bischoff: Ein Fall von hysterischer Apoplexie; Hemiplegie mit Facialislähmung.

(Wien. kl. W. 1894, 327.)

Ein 28jähriger im Allgemeinen gesunder Mann stürzt plötzlich bewusstlos zusammen und bleibt in diesem Zustande bis zum nächsten Morgen. Es bestand eine schlaffe Lähmung der Extremitäten mit erhöhten Hautreflexen und fehlenden Pat.-Ref., sodann Unempfindlichkeit gegen Nadelstiche, schwache Herztöne, 48 Pulsschläge i. d. M. Die Bewusstlosigkeit war keine vollkommene. Als Pat. erwachte, war er links vollständig hemiplegisch und anästhetisch, es bestand ausserdem Aphasie, linksseitige Facialisparesie und Klagen über Kopfschmerz; am linken Auge Bewegungsstörungen; er konnte dasselbe allein gar nicht nach aussen, wenig nach innen, oben und unten bewegen, während die conjugirten Bewegungen intact waren. Die Sehschärfe war abgeschwächt, das Gesichtsfeld eingeschränkt.

Am 7. Tage trat nochmals ein comatöser Zustand auf, der nach $2\frac{1}{2}$ Stunden vorüberging. Die Behandlung bestand in Application des faradischen Stromes. Das Sprachvermögen kam plötzlich wieder; an Stelle der Facialisparesie trat ein rhythmischer Krampf im Platysma und Sternocleidomastoideus, rechts stärker als links. Allmählich gingen alle Lähmungserscheinungen zurück, nach $2\frac{1}{2}$ Monaten waren sämtliche Symptome geschwunden.

Die Hirndruckercheinungen (Bewusstlosigkeit, Pulsverlangsamung, Steigerung der Sehnen- und Aufhebung der Hautreflexe etc.) erschwerten anfangs die Diagnose, später war dieselbe zweifellos. Verf. betont, dass wir es nicht mit einem hysterischen Schlafzustand, wie häufig die hysterische Apoplexie gedeutet wird, zu thun haben, sondern mit einem entschieden apoplectischen Beginn hysterischer Lähmung. Lehrreich ist der Fall ausserdem durch das zweifelloste Bestehen einer Facialisparesie. Es bestand von Anfang an kein Spasmus des gegenüberliegenden Facialis und die von Charcot als charakteristisch angegebene Gesichtsverzerrung war in Folge dessen nicht vorhanden; der Kranke machte anfangs den Eindruck eines organisch Gelähmten. Die Schilderung des Verf. hinterlässt den Eindruck eines gut beobachteten Krankheitsbildes, welches eine werthvolle Bereicherung der hysterischen Casuistik bildet. Lehmann (Werneck).

b) Rückenmark.

315) Obersteiner: Ueber Wesen und Pathogenese der tabischen Rückenmarkserkrankung. Vorläufige Mittheilung.

(Wien. med. W. 1894, 165.)

Untersuchungen des Verf. veranlassen ihn zur Annahme einer mechanischen Begründung der tabischen Rückenmarksveränderungen. Er konnte am normalen Rückenmark nachweisen, dass jede hintere Wurzel bei ihrem Durchtritt durch die Pia und die Rindenschicht des Rückenmarks eine mitunter beträchtliche Einschnürung zeige; ausserdem lag die Wurzel meistens vor ihrem Eintritte einem oder mehreren grossen Piagefässen an. An passend geführten Längsschnitten durch's tabische Rückenmark konnte er nun einen meningitischen Process, häufig mit Kernwucherung, finden, der zu schwieliger Schrumpfung des Piagewebes geführt hatte und dadurch die hinteren Wurzeln, die normaliter schon eine Einschnürung erfahren, intensiv comprimirte. Nicht selten konnte er als weiteren comprimirenden Factor sclerosirte Piagefässe constatiren. Die Folge dieser Compression der Wurzelfasern wird eine Degeneration besonders gegen das Rückenmark hin sein. Lehmann (Werneck).

316) Pierre Marie: De l'origine exogène ou endogène des lésions du cordon postérieur étudiées comparativement dans le tabes et dans la pellagre. (Semaine médicale 1894, 13. janvier, 14. année, Nr. 3.)

Verf. hält kurze historische Rückschau über die während der letzten Decennien zum Ausdruck gelangten Ansichten betreffs der pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis. Der Beginn des tabischen Processes wurde von Charcot und Pierret in den äusseren Theil des Burdach'schen Stranges, von Bourdon, Luys, Leyden, Marius Carre in die hinteren Wurzeln verlegt;

letzgenannter Autor hob ausserdem bereits eine Erkrankung der Spinalganglien hervor. Letzthin beschäftigten sich ausser dem Vortragenden selbst neben anderen besonders Redlich und Déjerine mit dieser Frage. M. sucht sodann an der Hand der Ergebnisse der von den verschiedenen Forschern angestellten anatomischen Untersuchungen den Nachweis zu führen, dass die Tabes exogenen, die Pellagra (Bouchard, Tonini, Belmondo, vor allem Tuzcek) endogenen Ursprungs sei. Bei der Tabes ist die hintere Wurzelzone (zone cornu-radiculaire) zuerst ergriffen, die Befunde im Rückenmark entsprechen denjenigen einer secundären Degeneration bei Erkrankung der hinteren Wurzeln. Ferner ist bei der Tabes die Lissauer'sche Randzone afficirt, sowie endlich auch das Nervennetz der Clarke'schen Säulen. Alle diese Gebiete bleiben bei der Pellagra verschont. Dagegen sind bei der Pellagra befallen 1. eine Zone längs der hinteren Peripherie des Rückenmarks (zone [radiculaire] postérieure interne), 2. eine hinter der Commissura posterior gelegene Partie (zone cornu-commissurale), 3. ein parallel den Hinterhörnern sich erstreckendes, diese selbst nicht berthrendes Gebiet (dégénération en virgule), 4. der Goll'sche Strang (speciell diejenigen Fasern, die aus Zellen der grauen Substanz hervorgehen, deren Erkrankung eine aufsteigende Degeneration zur Folge hat.

Bei der Tabes, so folgert der V., setzt sich der pathologische Process durch Vermittlung der hinteren Wurzeln auf das Rückenmark fort, bei der Pellagra nimmt er seinen Ausgang im Rückenmark selbst und zwar in Gestalt einer Primärerkrankung der in der grauen Substanz gelegenen Seitenstrang- und Hinterstrangzellen (cellules du cordon latéral, cellules du cordon postérieur.)
Boedeker (Lichtenberg-Berlin).

317) **Pierre Marie**: Étude comparative des lésions médullaires dans la paralysie générale et dans le tabes.

(Gazette des hôpitaux 1894, 16. janvier, 67. année, 7.)

Verf. erörtert die Unterschiede der pathologisch-anatomischen Veränderungen im Rückenmarke bei progressiver Paralyse und bei Tabes. Die Befunde bei Paralyse decken sich vielfach im Wesentlichen mit denen bei Pellagra (siehe vorstehendes Referat); V. nimmt daher wie für diese so auch für jene einen endogenen Ursprung an im Gegensatze zur Tabes, der er einen exogenen Ursprung zuspricht. Die Paralyse kann sich aber auch mit echter Tabes vergesellschaften, in solchen Fällen besteht dann dementsprechend eine Affection der hinteren Wurzelzonen. Das syphilitische bzw. toxische Agens kann somit sowohl von aussen auf dem Wege über die hinteren Wurzeln das Rückenmark beeinflussen, als auch in diesem selbst von innen heraus einen poliomyelitischen Process hervorrufen; endlich können beide Arten der Einwirkung zu gleicher Zeit stattfinden.

Boedeker (Lichtenberg-Berlin).

318) **Pierre Marie**: De l'origine poliomyélique d'un certain nombre des lésions qui frappent les faisceaux blancs médullaires dans la pellagre, la paralysie générale et différentes scléroses combinées.

(Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Séance du 12. janvier 1894.)

V. hat bereits in einem früheren Vortrage den Nachweis zu führen gesucht, dass die amyotrophische Lateralsclerose auf eine primäre Erkrankung

gewisser in der grauen Substanz gelegenen Seitenstrangzellen, also auf einen poliomyelitischen Process, zurückzuführen seien; er glaubt, dass ein gleicher Process bei verschiedenen anderen Rückenmarkserkrankungen zu den Strangaffectionen den Anlass gebe. So führt V. die Erkrankungen der Rückenmarksstränge bei Pellagra und bei progressiver Paralyse (soweit sie hier nicht mit tabischen identisch sind) auf eine Affection von in der grauen Substanz gelegenen Seitenstrang- bezw. Hinterstrangzellen zurück (vergl. obenstehende Referate); sie sind nach ihm also endogenen Ursprungs. Ebenso nun schreibt V. bei verschiedenen combinirten Sclerosen einem solchen poliomyelitischen Process, der besonders seinen Sitz im Niveau des unteren Cervical- und oberen Dorsalthells hat, eine bedeutende Rolle zu; in manchen Fällen zeigt die Affection der weissen Stränge oberhalb der genannten Region den Character der aufsteigenden Degeneration (Goll'scher Strang, directe Kleinhirnbahn), unterhalb derselben den der absteigenden Degeneration (gekrenzte Pyramidenbahn, „Bandelette en virgule“). Der zu Grunde liegende Process ist aller Wahrscheinlichkeit nach als Intoxication oder Infection aufzufassen, wobei möglicherweise die Gefässe der grauen Substanz eine Rolle spielen.

Boedeker (Lichtenberg-Berlin).

319) **F. Raymond**: Mal de Pott cervical. Leptomyélite chronique. Pousée de méningo-myélite aigue limitée à la partie inférieure du renflement cervical. Hematomyélie.

(Revue neurologique Nr. 5—6, 1893.)

Nach R. lassen sich die tuberculösen Myelitiden in zwei bestimmte Kategorien sondern, in chronische und acute und von letzteren kann man wieder 2 Formen unterscheiden, eine noduläre und eine infiltrirte oder diffuse. Die Beobachtung, welche der Autor an obiger Stelle mittheilt, gehört, was ihr Anfangsstadium betrifft, der ersten, hinsichtlich ihres schliesslichen Verlaufes der 2. Kategorie an.

Marie C., eine 20jährige Arbeiterin, war bei ihrer Aufnahme im Hospital Lariboisière bereits seit 13 Monaten tuberculös erkrankt (Husten, Abmagerung, Nachtschweisse etc.). Vor 2 Monaten Bildung eines kalten Abscesses an der rechten Nackenhälfte, der unter tonisirender Behandlung sich besserte; 10 Tage vor der Aufnahme plötzliches Auftreten von Ameisenkriechen in beiden oberen und unteren Extremitäten und alsbald auch Lähmung derselben.

St. praes.: Temperatur 38,2, Puls 92. Dämpfung im Bereiche beider Lungenspitzen. An der rechten Halsseite eine Anschwellung mit einer Oeffnung in der Mitte, aus welcher bei Druck sich einige Tropfen Eiter entleeren. Von Zeit zu Zeit sehr heftige Schmerzen, die vom Nacken in die Schultergegend und die Arme ausstrahlen. Vollständige Lähmung der Arme und fast vollständige der Beine; die Muskeln beider Arme sind schlaff und atrophisch und zwar an allen Gliedabschnitten gleichmässig. Keine fibrillären Zuckungen, normale galvanische Erregbarkeit; an den unteren Extremitäten mangelt ausgesprochene Muskelatrophie. Die Patellarreflexe sind deutlich gesteigert. Die Sensibilität zeigt keine Schädigung ausser am rechten Arme, an welchem eine leichte Herabsetzung der Tast- und Schmerzempfindlichkeit bei Erhaltung des Temperatursinnes constatirt

wurde. Da keine Besserung eintrat und eine Compression des Halsmarkes angenommen wurde, entschloss man sich zu einem operativen Eingriff; es wurden die Bogen des 4., 5. und 6. Halswirbels entfernt. Hierbei stellte sich heraus, dass eine Compression nicht vorlag; 15 Stunden nach der Operation starb die Kranke.

Bei der Autopsie fand sich Caries an mehreren Stellen der Halswirbelsäule, die Dura an der Hinterfläche des Epistropheus und des 3. Halswirbels verdickt, fungös, mit Eiter bedeckt; doch keine Eiteransammlung, kein Tumor, der eine Compression des Markes hätte herbeiführen können. Die Arachnoidea war beträchtlich verdickt und von der Höhe des 6. Cervicalnerven an zum grössten Theile der Dura adhärent. In der Dorsalregion findet sich in der Arachnoidea eine Verkalkung in Form einer feinen Nadel von 2 cm Länge; die Pia zeigt im Bereiche der unteren Hals- und oberen Dorsalnervenwurzeln eine Ecchymose. Das Rückenmark bietet gehärtet in seiner ganzen Ausdehnung deutliche Zeichen einer chronischen Sclerose dar, vorgeschrittener in der oberen Hälfte des Dorsalmarkes und dem oberen Cervicalmarke; das mittlere und untere Halsmark ist dagegen Sitz eines acuten entzündlichen Processes, welcher zu Hämatomyelie geführt zu haben scheint. Im Niveau des 7. Halsnerven findet sich in der äusseren Hälfte des rechten Vorderhorns eine Blutung, welche in Form von Streifen und Flecken in das rechte Hinterhorn sich fortsetzt. Etwas tiefer auch im linken Vorderhorn eine kleine Blutung. Längsschnitte lehren, dass die Hämorrhagie sich überall auf die graue Substanz beschränkt. Die Blutkörperchen sind in den Blutherden sehr wohl erhalten, zahlreiche Leucocyten finden sich in dieselben eingestreut, solche sind auch um die sehr erweiterten Gefässe angehäuft und durchsetzen die Wandungen derselben; an der Peripherie der hämorrhagischen Herde Wucherung der Neurogliakerne und Leucocyteninfiltration des Gewebes überall, ferner Kernwucherung und Leucocyteninfiltration der äusseren Häute der Gefässe.

Der Annahme, dass hier die Blutung durch die Operation herbeigeführt worden sei, begegnet der Autor durch den Hinweis auf den histologischen Befund und die klinische Gestaltung des Falles, den plötzlichen Eintritt der Lähmung etc. Eine Zunahme der Blutung durch die Operation hält R. dagegen für nicht unwahrscheinlich.

L. Löwenfeld.

320) **Nonne-Hamburg:** Beiträge zur Kenntniss der im Verlauf der perniziösen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen.

(Arch. f. Psych., Bd. XXV, H. 2.)

Durch Untersuchungen Lichtheim's, Minnich's, v. Noorden's, Eisenlohr's wurde darauf hingewiesen, dass in Begleitung der perniziösen Anämie manchmal Erkrankungen des Rückenmarks auftreten, die in klin. und anat. Beziehung sich von der Tabes dorsalis wesentlich unterscheiden, obwohl auch gewisse Aehnlichkeiten zwischen beiden Erkrankungen vorliegen. Den von den genannten Autoren beschriebenen Fällen fügt Verf. 2 typische Fälle eigener Beobachtung bei und bespricht im Anschluss daran das ganze bis jetzt über diesen Gegenstand beobachtete Material.

Bei beiden von Verf. beobachteten Fällen handelt es sich um männliche Individuen zwischen 50 und 60 Jahren, bei denen anamnestische Lues oder irgendwelche chronische Intoxication ausgeschlossen werden konnte. Beide zeigten neben dem typischen, klinischen Bild der perniziösen Anämie Symptome einer Spinalerkrankung, bestehend in: Schmerzen der unteren Extremitäten, motorische Schwäche, Herabsetzung der Patellarreaction, Ataxie; dazu traten bei dem ersten Fall zeitweise clonische Zuckungen der unteren Extremitäten auf, bei dem zweiten Herabsetzung der Sensibilität. Während der Krankheit, die im 1. Fall $1\frac{1}{2}$ Jahre, im 2. ca. $\frac{1}{2}$ Jahr dauerte, wechselte die Intensität dieser Symptome wiederholt. Im 2. Fall traten die Zeichen der nervösen Störung vor denen der anämischen Erkrankung auf.

Die anatomischen Veränderungen waren in beiden Fällen die gleichen: Fleckweise Degeneration der Hinterstränge, besonders in der Gegend der mittleren Wurzelzone in der ganzen Länge des Rückenmarks; dazu aufsteigende Degeneration der Goll'schen Stränge vom mittleren Dorsalmark ab; zahlreiche isolirte Herde der Seitenstränge. Microsc. fand sich intact die ganze graue Substanz, die hinteren Wurzeln, sowohl extra- als intramedullär und die Lissauer'sche Zone. Im ganzen Bereich der weissen Substanz hyaline Verdickung der Capillarwandungen, auch da wo noch keine Herde bestanden. Diese Herde zeigten überall den Uebergang von acuten Processen — Blähung des Markmantels und Achsencylinders, Schrumpfung, Lückenbildung — zu secundärer Gliawucherung und Kernanhäufung. Letztere nur mässig ausgesprochen, ebenso wie die Bildung von Körnchenkugeln und Corpora amylacea. In den Seiten- und Vordersträngen sind die Herde offenbar am frischesten und wie hineingesprengt zwischen das intacte Nervengewebe.

Die beschriebenen Fälle verliefen klinisch und anatomisch analog den von den anderen Autoren beschriebenen und Verf. giebt nun in einer Zusammenstellung aller dieser Fälle, im ganzen 10, die Hauptmomente an, wodurch sich die mit perniziöser Anämie verlaufende Rückenmarkserkrankung von der Tabes dorsalis unterscheidet. Denn die ersten Beobachter, Leichtenstern u. A., betrachteten den ganzen Process als eine mit schwerer Anämie verlaufende Tabes. Verf. hebt folgende Hauptunterschiede hervor:

1. In allen 10 Fällen ist Lues anamnestisch vollständig auszuschliessen;
2. die Dauer der Erkrankung ist eine sehr kurze, im Durchschnitt ca 9 Monate, im Gegensatz zu der Chronicität der Tabes.
3. Patellarreflex und Pupillenreaction sind viel öfter erhalten als bei der Tabes;
4. Unterschiede gegenüber der Tabes lassen sich auch feststellen in Bezug auf Sensibilität und motorische Störungen.

Betr. d. d. Unterschiede im anatomischen Verhalten bei den Erkrankungen hebt Verf. hauptsächlich hervor:

1. Die Regellosigkeit im Auftreten der Herde, besonders im Bereiche der Vorder- und Seitenstränge; andererseits besteht eine gewisse Gesetzmässigkeit in dem Auftreten der Herde in den Hintersträngen: das Intactbleiben der Lissauer'schen Zone, ebenso der grauen Hinterhörner und der hinteren Wurzeln (Gegensatz zur Tabes);

2. In Bezug auf die feineren Verhältnisse tritt im Gegensatz zur Tabes viel mehr die Degeneration der Nervelemente als die Gliawucherung hervor.

Betreffs der Aetiologie der ganzen Erkrankung glaubt Verf. mit Leichtigkeit annehmen zu dürfen, dass es sich um eine noch unbekannte Noxe handelt, die gemeinsam das Blut und das Nervensystem angreift und reißt dasselbe den Giften an, welche in gleicher Weise zuerst die grauen Hinterstränge ergreifen, also dem Ergotin, dem Gift der Pellagra, dem Blei, dem Alcohol.

Weber-Uchtsprung.

c) Periphere Nerven.

321) E. Leyden: Vorstellung eines Falles von schwerer nach zweijähriger Dauer fast geheilter multipler Neuritis nebst Bemerkungen über Verlauf, Prognose und Therapie dieser Erkrankung. Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 1./III. 94.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 19.)

Der Fall betrifft eine 22jährige Chansonettensängerin, welche ohne bekannte Ursachen (Alcoholismus ist nicht völlig ausgeschlossen) Sommer 1892 erkrankte. Die ersten Symptome bestanden in dem Gefühl der Schwere in den Gliedern und leichter Ermüdbarkeit derselben, wozu allgemeine Mattigkeit, Schlaflosigkeit und Veränderung der Psyche (Verstimmung, Weinerlichkeit, Unlust zur Arbeit und Gedächtnisschwäche) trat. Weihnachten 92 hatte die Lähmung in den Beinen bereits so zugenommen, dass die Kranke nur mit Unterstützung gehen konnte, was ihr heftige Schmerzen verursachte, und im Bett, an welches sie seitdem gefesselt war, die Beine nur mit Mühe von der Unterlage aufheben konnte. Anfang 93 kam sie in ein Privatkrankenhaus, wo sie in einer Art Dämmerzustand dalag; sie erinnert sich aber, dass sie dort die Gewalt über die Hände und Unterarme verlor und mit Salbeneinreibungen (Ung. ciner.) und Massage behandelt wurde.

Im Mai 93 wurde sie in die Charité in einem kläglichen, hilflosen, sehr heruntergekommenen Zustande aufgenommen. Sie war völlig unfähig, sich zu bewegen, auch nicht im Stande, aufgesetzt sich im Bette aufrecht zu erhalten; Rumpf, Beine und Arme waren steif, obgleich ein Rest von Motilität vorhanden war. An den Armen waren die Extensorengruppen beiderseits hochgradig atrophisch, ebenso die Daumen- und Kleinfingerballenmuskeln und die Interossei; der Oberarm liess sich, obgleich er keine Atrophie zeigte, nur unvollkommen vom Rumpfe entfernen. An den unteren Extremitäten waren beide Glutaei stark atrophisch, Heben und Abduction des Oberschenkels sehr schwach, Streckung des Unterschenkels ziemlich kräftig, aber Beugung sehr schwach; in Fussgelenken und Zehen keine Bewegung möglich. Die electriche Untersuchung der gelähmten und atrophischen Muskeln ergab für beide Stromarten starke Herabsetzung der electromuskulären Erregbarkeit und an manchen Muskeln Entartungsreaction, minimale Zuckungen oder vollständiges Fehlen derselben. Sensibilität an den Beinen bis oberhalb der Kniee erheblich herabgesetzt; leichte Berührungen werden nicht gefühlt; für Nadelstiche besteht verlangsamte Empfindungsleitung und Hyperästhesie. Am Abdomen bis zum Rippenbogen Hyperästhesie; Kniereflexe fehlten.

Die Diagnose wurde auf multiple Neuritis (und zwar rheumatische Form, der die Affection am meisten entsprach) gestellt.

Als besonders bemerkenswerth betont L. in diesem Falle die stärkere Betheiligung der Psyche und die verlangsamte Empfindungsleitung, welche allerdings nur die Leitung der Schmerzempfindung betraf, während die Berührung sofort empfunden wurde. Dieses Symptom, welches auch bei Tabes beobachtet wird, giebt L. Veranlassung, auf die grosse Uebereinstimmung der Symptome vieler Fälle von multipler Neuritis und der klassischen Tabes hinzuweisen.

Indem L. des weiteren einen kurzen Ueberblick über den Verlauf der Polyneuritis giebt, unterscheidet er folgende Formen:

1. Initialstadium (acut, subacut),
2. progressives Stadium:
 - a) aufsteigende Verbreitung,
 - b) progressive Degeneration,
- 3) Acme (Amphibolie): Stillstand des Processes,
4. Stadium der Regeneration,
5. Nachkrankheiten (resp. Rückfälle).

Die Prognose hält L. sowohl hinsichtlich des Lebens als der Dauer für ernst.

„Auch ohne begleitende Krankheit kann die multiple Neuritis bedrohlich werden durch die Intensität und Dauer der Lähmung, welche eine grosse Prostration und Degeneration mit moralischem Verfall herbeiführt.“ Wenn auch die Mehrzahl der Fälle Aussicht hat, mit der Zeit wieder hergestellt zu werden, so bleiben doch nicht selten Residuen zurück (Muskelschwäche, Parästhesien, Dysästhesien), besonders bei der Bleilähmung, und zuweilen kommt es zu einer andauernden atrophischen Lähmung. Diejenigen Fälle, welche bis zur Acme keine wesentliche Abschwächung der electromuskulären Erregbarkeit zeigen, geben nach L. bezüglich der völligen Wiederherstellung eine gute Prognose, während die schweren Formen mit ungünstiger Prognose durch ausgesprochene Entartungsreaction und schwache Contractionen gekennzeichnet werden; vollkommenes Erlöschen der Reaction kommt jedoch selten vor.

Die Therapie besteht ausser der Beseitigung der Ursachen resp. der Grundkrankheit vorzugswiese in hygienisch diätetischen Massregeln (von Medikamenten kommt ausser den Anodynis und Nervinis nur das Strychnin — in subcutanen Injectionen von 1—3 mg 2mal täglich — in Betracht). Dahin gehört in erster Linie Bettruhe, besonders in den acuten Stadien; dieselbe darf jedoch nicht zu lange fortgesetzt werden, weil dadurch der Verfall der Kräfte und die Lähmung gesteigert wird; zu geeigneter Zeit muss man suchen die Muskeln durch Uebung zu beleben. Dabei sind gute Ernährung (besonders im späteren Stadium) und psychische Einwirkung wie bei allen schleppenden Krankheiten von entscheidender Bedeutung. Während in leichteren Fällen dadurch allein binnen wenigen Monaten Heilung erzielt werden kann, muss in schwereren Fällen die electriche und mechanische Behandlung Platz greifen, und, wo wie im oben mitgetheilten Falle die Electrotherapie in der grossen Schmerzhaftigkeit ein Hinderniss findet, bleibt nur die Mechanotherapie (Massage, active und passive Bewegungen) übrig.

L. schildert zum Schluss anschaulich die allmählichen Fortschritte, welche die Kranke durch diese systematisch betriebenen und mit grosser Consequenz fortgesetzten gymnastischen Uebungen im Gebrauch ihrer Glieder machte und wie sie nach und nach durch Uebung dazu gelangte, die Willensleitung in den motorischen Nerven wieder herzustellen.

Bei der Vorstellung war Patientin beinahe geheilt; sie konnte von selbst gehen, Treppen steigen, sich auf den Zehen erheben etc., nur das Laufen fiel ihr noch schwer und die motorische Kraft der Hände war noch etwas schwach.

Hoppe.

322) **J. B. de Lacerda**: Note sur la comparaison du bëri-bëri avec la névrite alcoolique au point de vue clinique.

(Revue neurologique Nr. 11, 1893, S. 289.)

L. kommt in obiger Mittheilung zu dem Schlusse, dass der bei Alcoholpolyneuritis beobachtete psychische Zustand mit Amnesie auch dem Beri-beri angehört; bei letzterer Erkrankung im Gegensatz zu dem, was bei der Alcoholpolyneuritis und den übrigen Polyneuritiden verschiedenen Ursprungs der Fall ist, das sympathische Nervensystem vom Beginn des Leidens an stärker in Mitleidenschaft gezogen ist.

L. Löwenfeld.

323) **Giese u. Pagenstecher** (Halle): Beitrag zur Lehre der Polyneuritis. (Arch. f. Psych., Bd. XXV, H. 1, S. 211.)

Verff. theilen einen Fall von Polyneuritis bei einem 33jährigen Potator mit. Das Krankheitsbild wird durch ein gleichzeitig verlaufendes Delirium tremens complicirt, der exitus letalis durch schwere Lungen- und Darmphthise herbeigeführt; im übrigen ist der klinische Verlauf ein typischer: aufsteigende Lähmungen mit Atrophie der Muskulatur, Parästhesien, Schmerzen, Druckempfindlichkeit der Muskulatur. Von Interesse ist, dass auch nach Ablauf des Deliriums psychische Symptome auftraten: Gedächtnisstörungen, Irrungen in Bezug auf Ort und Zeit, allgemeine Verwirrtheit. Der Fall gehört also unter die von Korsakow beschriebenen multiplen Neuritiden, die mit Geistesstörung verliefen und von diesem Autor als „Cerebropathia psychica toxæmica“ bezeichnet wurden. Verff. sehen mit Korsakow die Krankheitsursache nicht in der Alcoholintoxication allein, sondern in den durch den tuberkulösen Process im Körper gebildeten Giften.

In anatomisch-histologischer Beziehung fand sich nur degenerativer Zerfall an den peripheren Nerven, ohne entzündliche Erscheinungen und zwar zeigten die Markscheiden einen segmentweise auftretenden Zerfall, was natürlich an Zupfpräparaten deutlicher zur Ansicht kam als an Querschnitten und für eine gleichzeitige Schädigung desselben Nerven an vielen Stellen seines Verlaufs sprach.

Ueber die bei peripherer Neuritis beobachteten Mastzellen können Verff. keinen Aufschluss geben; es ist auch fraglich, ob die von Rosenheim beobachteten Mastzellen nicht zum Theil als Zerfallsproducte der Nervensubstanz aufzufassen sind.

Die Rosenheim'sche Vermuthung, dass es sich bei den von Centani in einem Fall von Landry'scher Lähmung gefundenen Bacillenhaufen um

Mastzellen handelte, kann Referent aus eigenen Untersuchungen bestätigen. Nach der Gram'schen Färbung konnten bei einer Landry'schen Lähmung ähnliche Gebilde dargestellt werden, die dann auch mit der Ehrlich'schen Methode wieder erzielt wurden.

Die Rückenmarksveränderungen bestanden in Vacuolenbildung der Ganglienzellen, welche Verf. selbst als Kunstproducte bezeichnen und in Kernwucherungen in der Umgebung des Centralkanals.

Die Muskelveränderungen bestanden in Degeneration mit vorausgehender Entzündung, die wahrscheinlich gleichzeitig mit der Erkrankung der Nerven einsetzte.

Weber - Uechtspringe.

d) Neurosen.

324) Ch. Féré: Les troubles de la motilité des organes de la voix et de l'articulation chez les sourds-muets.

(Revue neurologique Nr. 9, 1893.)

F., der schon mehrfach auf die Bewegungsstörungen bei Stotterern und Taubstummen die Aufmerksamkeit gelenkt hat, gelang es durch eine Reihe von Versuchen nachzuweisen, dass die Energie und Schnelligkeit der Bewegungen der Zunge und der Lippen, welche der Articulation nicht dienen, bei nicht erzeugten Taubstummen ein beträchtliches Deficit zeigen. Diese Eigenschaften der Bewegungen entwickeln sich proportional der Erziehung. Auch die Stabilität der beiden genannten Organe offenbart bedeutende Mängel; die Zunge ist ununterbrochen von Tremorbewegungen ergriffen, die von 7—8 Oscillationen in der Secunde variiren. Bemerkenswerth ist auch, dass nach Danjon die Lungenocapazität der nicht erzeugten Taubstummen geringer ist als die der gleichalterigen normalen Kinder. Hiermit geht eine Vermehrung der Respirationsfrequenz Hand in Hand. Einen constanten Character der Respiration bildet die saccadirte Expiration, welche die Schwierigkeiten der Aussprache der Vocale erklärt.

L. Löwenfeld.

325) Pierre Marie: Sur la nature de la maladie de Basedow.

(Bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris.

Séance du 23. février 1894.)

Indem Verf. die Beobachtungen bei der Thyroidealbehandlung eines Falles von Myxödem, während welcher Tachycardie, Temperaturerhöhung, Schlaflosigkeit und motorische Unruhe, Polyurie, Albuminurie, incomplete Paraplegie, Hitzegefühle, Schweiß, Diarrhoe etc. auftraten, verwerthet, stellt er Betrachtungen an über die Natur der Basedow'schen Krankheit, die häufig in analogen Krankheitserscheinungen zum Ausdruck kommt. Das Primum movens dieses Leidens sucht Verf. in einer Störung des Nervensystems (Sympathicus?), unter deren Einfluss eine Ueberfunction der Schilddrüse Platz greift; diese wiederum hat eine „Hyperthyroidation“ des Organismus zur Folge, die sich dann eben in jenen Symptomen zu erkennen giebt, die sowohl bei der Basedow'schen Krankheit als während der Thyroidealbehandlung des Myxödems sich zeigen. Als Gründe für seine Auffassung, dass nämlich der Morbus Basedowii einer primären Störung des Nervensystems seinen

Ursprung verdanke, führt Verf. an, dass seines Wissens bei Thyroidealbehandlung des Myxödems niemals Exophthalmus oder das Graefesche Symptom aufgetreten seien, bezw. dass trotz Entfernung der Schilddrüse der Exophthalmus fortbestanden habe; ferner, dass in einer Anzahl von Fällen sowohl Kropf wie Exophthalmus einseitig auftraten, was der Annahme einer Entstehung in Folge einer allgemeinen Intoxication („Hyperthyroidation“) widersprechen würde, endlich dass die Theorie von der thyroidealen Entstehung des M. B. sich schwer mit den Kenntnissen von der Aetiologie dieser Krankheit werde vereinigen lassen. Nichtsdestoweniger, meint Vortr. müssten zahlreiche Symptome der Basedow'schen Krankheit (s. o.) der „Hyperthyroidation“ des Organismus zugeschrieben werden; aus diesem Grunde schein ihm auch die thyroideale Behandlung bei genanntem Leiden durchaus contraindicirt.

Boedeker (Lichtenberg-Berlin).

326) E. Brissaud et L. Hallion: Athétose double.

(Revue neurologique, Nr. 12, 1893.)

E. Brissaud et L. Hallion: Sur un cas d'athétose double.

(Revue neurologique, Nr. 15, 1893.)

Die nahe Verwandtschaft (wenn nicht Identität der Natur) der chronischen infantilen Chorea und der doppelseitigen Athetose findet heutzutage mehr und mehr Anerkennung seitens der Autoren; der erste der von Br. und H. mitgetheilten Fälle liefert einen neuen Beleg für die engen Beziehungen, welche zwischen den beiden genannten Affectionen obwalten. Der Fall betrifft eine 29jährige, erblich belastete Haushälterin, bei welcher sich die ersten Anfänge des gegenwärtig vorhandenen Leidens im 13. Lebensjahre ohne eruirbare Ursache zeigten. Es traten an allen Gliedern, vorherrschend jedoch auf der linken Seite, unwillkürliche und unregelmässige Bewegungen auf, die von der Umgebung als Veitstanz bezeichnet wurden. In den ersten Jahren schwand dieser Zustand wiederholt für längere Zeit; später wurde derselbe, während er an Intensität abnahm, continuirlich. Bis zum letzten Jahre war das Gesicht völlig verschont, gegenwärtig prädominiren die Motilitätsstörungen im Gesicht. Verschiedene Muskeln desselben sind in einem Zustand permanenter Contractur, wodurch die Grimasse eines von blendendem Lichte incommodirten Individuums imitirt wird. An den tonisch contrahirten Muskeln bemerkt man ausserdem häufig unregelmässige Zuckungen. Die Finger und Zehen zeigen choreatische Bewegungen (schnelle Flexions-, Extensions-, Ab- und Adductionsbewegungen von geringer Excursion), seltener sind ähnliche Bewegungen der ganzen Hand. Diese Störungen sind im Gesichte wie an den Gliedern links mehr ausgeprägt als rechts, nehmen im Ruhezustand erheblich ab und werden durch jede gemüthliche Erregung gesteigert. Die Sprache ist scandirend; seit einem Jahre besteht beständiger Kopfschmerz. Im Uebrigen keine Störung im Bereiche des Gefühlsinnes und der höheren Sinne, Psyche ebenfalls normal.

Die Kranke weist an ihrem Gesichte die Charactere der Athetose (Contracturzustand der Muskeln), an ihren Gliedern dagegen die Erscheinungen der Chorea auf. B. und H. nehmen jedoch nicht an, dass bei der Patientin zwei verschiedene Affectionen, sondern eine Misch- oder Uebergangsform

zwischen Chorea und Athetose vorliegt, die man als syndrome athétoso-choréique bezeichnen könnte.

Der 2. von Br. und H. mitgetheilte Fall betrifft einen 24jährigen Mann, der als Kind im Alter von 3 oder 4 Jahren unter heftigen Convulsionen erkrankte und in der Folge unfähig zu gehen wurde und 3 Jahre das Bett nicht verlassen konnte. Allmählig begann der Kranke wieder zu gehen, jedoch stellten sich seit dieser Zeit die noch gegenwärtig bestehenden unwillkürlichen Bewegungen ein. Von diesen ist während der Betruhe nichts bemerklich; sie zeigen sich nur, wenn der Kranke auf den Beinen ist. Die oberen Extremitäten befinden sich dann in einem Zustand unaufhörlicher Bewegung (rasche Flexion und Extension der Finger, der Hand, Pronation und Supination dieser etc.). Die Spasmen nehmen während der Ausführung gewollter Bewegungen zu. Dem Gesichte wird durch die Contractur mehrerer Muskeln ein eigenthümlicher Ausdruck verliehen. Die Nasenflügel sind in die Höhe gezogen, in geringem Masse auch die Oberlippe, rechts ist die Augenbraue leicht gesenkt und die Lidspalte etwas verengert; in den contracturirten Gesichtsmuskeln sind von Zeit zu Zeit leichte Zuckungen wahrzunehmen. Der Gang des Kranken ist sehr gestört, seine Beine sind steif und werden durch öfters auftretende clonische Bewegungen aus der intendirten Richtung gebracht. Lenkung der Aufmerksamkeit auf diese motorischen Störungen hat eine Steigerung derselben zur Folge. Die Patellar- und Olecranonreflexe sind rechts bedeutend, links etwas gesteigert. Die cutane Sensibilität, die höheren Sinne und die Intelligenz zeigen keine Störung. Hereditäre Belastung ist nicht erweislich.

L. Löwenfeld.

327) Ch. Féré: Contribution à l'histoire des hydrarthroses intermittentes (Revue neurologique, Nr. 17, 1893.)

Beobachtung I. Hysterie, Morphiomanie, Hydrops genu intermittens während der Behandlung.

Bei einer 38jährigen Hysterica wurden wegen einer hartnäckigen Brachialneuralgie Morphiuminjectionen in Gebrauch gezogen, wodurch die Neuralgie beseitigt, aber wie so vielfach Morphinismus bei der Kranken herbeigeführt wurde. Nachdem es schon gelungen war, durch allmähliche Herabsetzung die tägliche Morphiumdosis von 0,25–0,3 bis zu 0,12 zu verringern, wurde die Kranke durch schweren Kummer (plötzlichen Todesfall in der Familie) veranlasst, wieder grössere Dosen zu gebrauchen (bis 0,4 täglich). Es wurde nun unter strenger Ueberwachung eine Entziehungscur eingeleitet, die längere Zeit ohne besondere Zwischenfälle sich durchführen liess. Als man bis auf 0,06 Morphiump pro die gekommen war, stellte sich sehr reichliche Nasenabsonderung, Dyspnoe und Diarrhoe ein, und als man daran ging, die Morphiumdosis noch weiter zu verringern, trat eine Stunde vor der Einspritzung eine Anschwellung des linken Kniegelenkes ein, welche in weniger als einer Stunde einen sehr erheblichen Umfang erreichte und sehr schmerzhaft wurde, aber weder Röthe noch Hitze zeigte. Wenige Minuten nach der Einspritzung schwand der Schmerz und alsbald auch die Anschwellung. In den nächsten Tagen wiederholte sich die Anschwellung um die gleiche Zeit, daneben auch die Diarrhoe und die Nasenhypersecretion.

Diese Zufälle verminderten sich erheblich trotz Herabsetzung der Morphinumgaben in Folge des Umstandes, dass man die Injectionszeiten änderte, die früher um 1 Uhr gegebene Einspritzung um 2 $\frac{1}{2}$ Uhr gab, und die Anschwellung des Knies blieb vom 8. Tage an ganz aus.

Beobachtung II. Hysterie, Oedem, Hydrops articularum intermittens und transitorische Paresen.

Eine 27jährige, seit dem 17. Lebensjahre verheirathete Frau erhielt während der Menses plötzlich die Nachricht von dem Tode ihrer Mutter, von deren Erkrankung sie nichts wusste, und leidet seitdem an hysterischen Zufällen verschiedenster Art. Juni 1892 stellte sich bei der Kranken in Folge einer Beunruhigung, welche ihr durch eine Verspätung ihres Gatten verursacht wurde, eine vollständige Paraplegie ein, die nur 2 Stunden währte und seit dieser Zeit wird die Kranke jeden Morgen gegen 5 $\frac{1}{2}$ Uhr von einer Parese und Anästhesie der Glieder heimgesucht, die $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde anhalten. Zu Beginn des Winters gesellten sich jeden Morgen zu den paretischen Erscheinungen an den Untere Extremitäten blaues Oedem, das länger anhielt als die Lähmungen, und alsbald auch Anschwellung der Kniegelenke, die jedesmal mit dem blauen Oedem sich zurückbildete. Unter geeigneter Behandlung besserte sich der Zustand der Patientin, doch stellten sich noch im Juli 1893, als dieselbe Paris verliess, das blaue Oedem und der Hydrops articularum des Morgens ein, wenigstens wenn die Patientin sich ermüdet oder schlecht geschlafen hatte.

Beobachtung III. Epilepsie, Hydrops intermittens des Temporomaxillargelenkes. Hydrops intermittens, später permanens beider Kniegelenke.

Bei einem 32jährigen, seit seiner ersten Kindheit mit Epilepsie behafteten Manne wurde am 1. Juni 1890 eine Anschwellung in der Gegend des linken Temporomaxillargelenkes ohne Röthe oder Hitze constatirt; der Kranke klagte über ein Gefühl von Spannung, die Bewegungen des Unterkiefers waren erschwert, aber möglich. Diese Anschwellung war nach 3 Tagen verschwunden, kehrte am 7. Juni wieder, um nach 2 Tagen und dieses Mal für immer sich zu verlieren. Am 18. des gleichen Monats trat dafür eine enorme Anschwellung des linken Knies ein, ohne Fieber und ohne Erscheinungen einer örtlichen Entzündung. Der Kranke war im Stande, zu gehen. Nach 3 Tagen war diese Anschwellung beseitigt, aber das rechte Knie in gleicher Weise befallen. Der Hydrops verlor sich an diesem Gelenke nicht mehr und stellte sich auch im linken Kniegelenk wieder ein und ist auch hier nunmehr seit 3 Jahren verblieben, Ruhe und Anwendung von revulsiven Mitteln konnten an diesem Zustande nichts ändern. Die Beobachtung zeigt, dass neben den Fällen von neuropathischem Hydrops articularum intermittens auch solche vorkommen, in welchen die Gelenksanschwellung permanent wird.

L. Löwenfeld.

328) R. Verhoogen: Monoplégie hystérique du grand dentelé.

(Revue neurologique, Nr. 20, 1896.)

Eine 33jährige verheirathete Arbeiterin ohne nachweisbare erbliche Belastung ist seit ihrer Entbindung vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren nervös und von häufigen Anfällen von Augenmigräne heimgesucht. Vor 4 Monaten erwachte die Patientin eines Morgens, nachdem sie sich in vollständigem Wohlbefinden

zu Bette gelegt hatte, mit steifer und schmerzhafter linker Schulter; sie konnte mit dem linken Arm keine Bewegung ausführen; ob es sich hiebei um Contractur oder Lähmung handelte, war nicht zu eruiren. Die erwähnten Störungen schwanden nach 3 Tagen; seitdem besteht der bei der Aufnahme vorhandene Zustand der Schulter.

St. pr. Lähmung des Muscul. serratus major; bei herabhängenden Armen entfernt sich der Subscapularis vom Rumpfe, und in den Raum, den er frei lässt, kann man durch die Einstülpung der Haut die ganze Hand einführen. Der untere Winkel des Schulterblattes nähert sich der Medianlinie mehr als auf der gesunden Seite. Der Arm kann nur bis zur Horizontalen erhoben werden. Der linke Arm ist auch mitunter Sitz schmerzhafter Irradiationen, die sich bis in die Hand erstrecken.

Am linken Arme ist ferner Hypästhesie und am Rücken in der Gegend des Schulterblattes absolute Anästhesie für den faradischen Strom zu constatiren. Die galvanische Erregbarkeit des Nerv. thoracicus longus herabgesetzt, der Leitungswiderstand für den galvanischen Strom (vom Sternum zum Nacken und zur Hohlhand) erhöht. Schon nach der ersten Anwendung statischer Electricität erklärt sich die Kranke für erheblich gebessert, sie kann auch die beiden Hände fast über dem Kopf zusammenbringen. Nachdem beträchtliche Besserung erzielt worden war, entzog sich die Kranke weiterer Beobachtung. Die Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit des N. thoracicus longus (ohne Veränderung der Zuckungsformel) wird von V. als Folge der 4monatlichen Unthätigkeit des Muskels betrachtet, eine Auffassung, die nicht ganz einwandfrei erscheint.

L. Löwenfeld.

II. Therapie.

329) A. M. Phelps (New-York): Spinal surgery or operative procedures on the spinal column for lesion of the cord.

(The journal of nervous and mental disease. July 1893.)

Verf. hat in 5 Fällen die Eröffnung des Rückenmarkskanals vorgenommen. Davon betrafen 2 Fälle von Pott'scher Kyphose mit totaler Paraplegie; die Entfernung der tuberculösen Massen brachte zwar eine Besserung hervor, aber beidesmal trat nach Monatsfrist der Tod ein. Einmal wurde ein 8jähriges Kind, welches an eitriger Meningitis spinalis litt, operirt; nach Eröffnung der Brustwirbelsäule entleerte sich viel Eiter. — Völlige Heilung.

In einem vierten Falle betraf die Operation einen 24jährigen Mann, der vor 2 Jahren einen Wirbelbruch erlitten hatte und seitdem gelähmt war; die Entfernung der 2 gebrochenen Wirbelstücke und einer grossen Exostose hatte eine beträchtliche Besserung zur Folge.

In dem fünften Falle handelt es sich um einen 18jährigen Knaben, der vor 4 Jahren eine Verletzung der Cervicalwirbelsäule erlitten hatte und seitdem eine unvollständige Lähmung der Arme und Beine hatte; bei der Operation fand man, dass die Meningen stark verdickt und adhärent waren; Verf. vermuthet, dass früher eine starke Hämorrhagie bestanden habe, an deren Stelle jetzt die fibröse Masse, welche das Rückenmark drückte, getreten war. Nach der Operation trat eine deutliche Besserung ein.

Verf. zieht den Kreis der Indicationen für die Operation bei Rückenmarksleiden weit. So will er bei Schusswunden sofort operirt wissen, bei Fracturen der Wirbel, Hämorrhagien und bei spinaler Meningitis etc. Allerdings schränkt er diese Indication insoweit ein, als er sie nur für die Fälle gelten lässt, denen auf andere Weise nicht beizukommen ist.

Strauscheid.

3.0) **Thompson**: Traitement diététique de la maladie de Graves.

(Revue des scienc. méd. 1894, 14. April.)

Verfasser hat in einem Fall von Basedow'scher Krankheit durch Milchregime eine recht beträchtliche Besserung erzielt, die, sobald wieder Fleischkost eingeführt wurde, nachliess. Aus dieser Beobachtung schliesst er, dass gewisse spezifische Darmstörungen das ursächliche Moment für die Entstehung des Morb. Basedowii abgeben können, insofern durch sie gewisse Toxine für den Organismus erzeugt werden, die, in's Blut aufgenommen, diese Krankheit dann hervorrufen. Eine Stütze für diese seine Behauptung findet der Verf. in dem Umstande, dass Darmstörungen sich ungleich häufiger bei Weibern als bei Männern finden und dass ebenso die Basedow'sche Krankheit, in deren Verlaufe Diarrhöen fast nie fehlen, jene viel häufiger befällt als diese.

Referent stellt die Möglichkeit, dass der Morbus Basedowii in seiner symptomatischen Form seinen Ausgang von Darmstörungen aus nehmen kann, nicht in Abrede, glaubt aber, dass die Krankheit dann eher durch eine Alteration der in den Darm endigenden Vagusenden, die sich auf das Vasomotorenzentrum fortpflanzt, als durch eine Intoxication des gesammten Organismus hervorgerufen wird.

Buschan.

331) **B. Buxbaum**: Hydriatische Behandlung der Ischias.

(Blätter f. klin. Hydrotherapie 1894, Nr. 4, April.)

Die Hydrotherapie ist bekanntlich eins der werthvollsten Kurmittel bei Ischias. B. hat als Assistent der Klinik für Hydrotherapie des Prof. Dr. Winternitz die Erfahrung gemacht, dass die Wasserbehandlung, in richtiger Weise angewandt, sogar von allen üblichen Heilmethoden der Ischias das sicherste und erfolgreichste Heilmittel ist und dass in denjenigen Fällen, in denen die hydriatische Behandlung keinen Erfolg erzielte, auch kein anderes Mittel dies erreichte und dass in solchen Fällen ein Leiden von tiefer liegender und schwerer Natur vorlag, das manchmal nur einer operativen Behandlung, oft aber auch selbst dieser nicht zugänglich war. Denn der Ursachen, die Ischias hervorzurufen vermögen, giebt es recht viele, wie B. des näheren auseinandersetzt.

Die hydriatische Behandlung ist keine spezifische Procedur, sondern beruht nur auf der richtigen Combination von Wärme und Kälte. Die Wärme macht die Nerven empfänglich für die nachherige, die Innervation verändernde, eine Umstimmung, eine Revulsion hervorbringende Wirkung niederer Temperaturen. Welche Art der Wärme vor der Abkühlung angewendet wird, ist vollkommen gleichgiltig. Wärmestauung oder directe Erwärmung können der Abkühlung, die wieder ebenfalls in verschiedenster Weise erfolgen kann, sei es durch kalte Abreibungen, durch kühle oder kalte

Halbbäder, durch Douchen oder bewegliche Fächer, vorhergehen. B. bevorzugt die schottische Douche. „Nach einem allgemeinen kurzen kalten Regen wird mit ca. 40° heissem Dampfe die kranke Extremität überströmt. Nachdem durch etwa 1 Minute der heisse Dampf eingewirkt hat, wird eine kalte Fächerdouche auf die Extremität applicirt. Dampf und kalte Fächer wechseln einander durch 5—6 Minuten ab, worauf nach einem allgemeinen kurzen kalten Regen der Patient rasch abgetrocknet wird.

Von 36 Ischialgien, die B. seit der Eröffnung des poliklinischen Pavillons für Hydrotherapie in Wien der hydriatischen Behandlung unterzogen hat, blieben nur 4 ungeheilt. Bei diesen stellte sich später auch heraus, dass die Ischialgie eine Folge von Wirbel-Caries, chronischer Peritonitis oder Erkrankungen des Uterus und des umgebenden Zellgewebes war. Nach den Beobachtungen B.'s ist ein Nachlass der Schmerzen nach der ersten hydriatischen Procedur ein sicherer Beweis für die Heilbarkeit der Ischias; umgekehrt lässt das Fehlen einer Remission oder das Eintreten einer Verschlimmerung nach derselben auf ein tieferes Leiden schliessen.

Die vorliegende Arbeit bringt noch eine Casuistik über 6 Fälle, deren Heilungsergebnis ein geradezu verblüffendes ist. Eine 6 Monate lang bestehende Ischias heilte hievon nach 8 Tagen, eine 2 Jahre alte nach 3 Wochen u. a. m. In allen Fällen war der ganze sonstige Heilschatz ohne jeglichen Erfolg erschöpft worden; die Heilung hielt noch nach Monaten an.

Buschan.

332) Electrotherapeutischer Massir- und Frottir-Handschuh.

Die Verbindung von Electricität und Massage war bisher immer noch ein frommes Desiderat; denn keine der von verschiedenen Autoren angegebenen electrischen Massirrollen erfüllt die Anforderung, sich in genügender Ausdehnung der Körperoberfläche anzuschmiegen. Der neue von dem Electrotechniker C. Spick jun. in Dresden (Bautzenerstrasse 71) erfundene und bereits in einer Reihe von Culturstaaten patentirte „Electrotherapeutische Massir- und Frottir-Handschuh“ dürfte dieser Bedingung gerecht geworden sein. Ich habe denselben bei der allgemeinen Faradisation wiederholt in Anwendung gezogen und kann ihn den Herren Collegen als recht practisch empfehlen.

Der Apparat gleicht in seinen groben Umrissen einem Pantoffel aus Wachstafel, dessen Sohle mit einem sehr feinen Metallgeflecht, anscheinend aus Neusilber, armirt ist. Die ausserordentliche Feinheit dieses Netzwertes erlaubt ein möglichstes Anschmiegen des Handschuhes an die Körperoberfläche, ohne dabei an Haltbarkeit einzubüssen. Beim Gebrauche wird der Weichheit und der besseren Leitung (durchfeuchtet) wegen über das Ganze ein Fausthandschuh aus Flanell angezogen. Dieser Ueberzug muss zwar öfters erneuert werden, das Metallgewebe indessen besitzt eine ausgezeichnete Haltbarkeit. — Der geschilderte Apparat ermöglicht, wie leicht einzusehen, eine Massage im wahren Sinne des Wortes. — Der Preis eines Paares Handschuhe (mit überspannten Leitungsschnüren versehen) stellt sich auf Mark 12. —

Zu diesem Massirhandschuh hat Spick noch einen eigenen Inductionsapparat construirt, den ich wegen verschiedener Vorzüge, die er vor ähnlichen

Handapparaten besitzt, hier noch kurz beschreiben will. Seine handliche Form, ein Nickelgehäuse von Cylinderform mit elliptischer Basis (22,5 cm Höhe, 34 cm Umfang), das am Riemen getragen werden kann, ermöglicht einen bequemen Transport ausserhalb des Hauses. In seinem Innern befindet sich ein vollständig reines Trockenelement, dem der Erfinder eine ausserordentlich grosse Kraft und Ausdauer nachrühmt; sein Zinkkolben bildet gleichzeitig die Mantelfläche des Elementes und steht vermittelt einer auf ihm schleifenden Feder mit dem Wagner'schen Hammer in Verbindung, der gleichzeitig mit der Inductions- und primären Spirale vor Insulten durch eine Holzplatte geschützt und durch eine lange Stellschraube von aussen leicht regulirbar ist. Diese Schutzvorrichtung gestattet, den Apparat den Kranken selbst in die Hände zu geben, ohne Gefahr der Beschädigung zu laufen. — Preis des Inductionsapparates nebst Handschuhen (im Ganzen 1,5 kg schwer) Mark 40.—

Buschan.

333) Cecil F. Beadles: The thyroid treatment of Myxoedema associated with insanity.

(The Lancet, 17. Feb. 94, p. 400.)

B. weist auf das relativ häufige Vorkommen von Geisteskrankheit im Anschluss an Myxödem hin. Solche Kranke sind oft jahrelang Insassen der Irrenanstalt und werden wegen des gering ausgeprägten Myxödems nicht als Myxödematöse erkannt, bis sie endlich, wenn das Myxödem deutlicher wird, diagnosticirt und nun auch mit Schilddrüsensubstanz geheilt werden.

Wichmann.

334) Pierre Marie et Louis Guerlain: Sur un cas de guérison du myxoedème par l'ingestion de glande thyroïde de mouton, et sur les accidents qui peuvent survenir au cours du traitement thyroïdien.

(Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris.

Séance du 10. février 1894.)

Einer seit ca. 8 Jahren an Myxödem leidenden Dame wurde von den Verf. rohe Schilddrüsensubstanz (vom Hammel) in Bouillon gereicht; die Patientin erhielt zunächst täglich 2 Drüsen, vom 4. Tage ab wurde die Dosis vermindert. Die zunächst eintretenden Wirkungen bestanden in Temperaturerhöhung um $0,7^{\circ}$ — 1° , vermehrter Diurese, Kribbeln in den Beinen, geringem Kopfschmerz; später in einem mässigen Grad von Schlaflosigkeit und Gliederschmerzen, Steigen des Pulses von 80 auf 102. Bereits am 4. Tage zeigt sich eine wesentliche Veränderung der Gesichtszüge, die Verwölbungen unter den Augen verwischen sich bezw. schwinden ganz. Nach 8 Tagen wird die Haut feuchter, Sch weiss tritt ein; die Sprache bessert sich, an Gesicht und Händen können Falten erhoben werden, die bis dahin hartnäckige Stuhlverstopfung schwindet. Schmerzhaftes Sensationen in den u. E. bestehen fort. In den folgenden Tagen vermehrtes Unbehagen und zunehmende Schlaflosigkeit, vollkommene Appetitlosigkeit tritt ein, intensiver Durst, Gefühl von allgemeiner Gliedersteifigkeit und Schwäche. P. 112 klein. R. 20, T. (im Rectum) 38° . Vom 30. Tage ab (30. Nov.) wird deshalb die Medication ausgesetzt. Gleichwohl tritt erst am 5. Dec. Besserung der gesammten Erscheinungen ein, nur die Temperatur hatte

gleich nach Aussetzen des Mittels zu sinken begonnen. Vom 21. Dec. ab wird abermals, in bedeutend verminderter Menge, Drüsensubstanz gereicht, worauf sich die angeführten Symptome von neuem zeigen. Nach 8 Tagen wiederum Aussetzen des Mittels. Letzteres wird in bedeutend reducirter Dosis (jeden 5. Tag $\frac{2}{3}$ Lob.), dann abermals vom 11. Jan. ab gegeben, nunmehr, ohne dass irgend welche lästigen Erscheinungen auftreten. Von jetzt ab fortschreitende Besserung des Leidens, das Gesicht wird normal, das Körpergewicht geht zurück, die Stumpfheit, die Beängstigungen schwinden u. s. w.; es erfolgt vollkommene Heilung.

Verff. glauben der internen Darreichung von Schilddrüsensubstanz in Natur den Vorzug geben zu müssen vor den anderen sonst üblich gewesenen Behandlungsmethoden (Impfung, subcutane Injection, innerer Gebrauch von Glycerinextract). Nur bei Beginn der Behandlung dürfen grössere Gaben verabreicht werden zur Einleitung der „Demyxödemisation“, später genügen sehr kleine Dosen, zeitweise kann bezw. muss die Medication ausgesetzt werden. Um das Wiederauftreten des Myxödems dauernd zu verhindern, genügt wahrscheinlich die Darreichung von einem oder einem halben Lob. an jedem 4. oder 5. Tage.

Boedeker (Lichtenberg-Berlin).

B. Psychiatrie.

a) Allgemeine Psychopathologie.

335) Prof. **Anfimoff**: Bewusstsein und Personalität bei Geisteskrankheiten. (Sosnahie i litchvost pry duschewychy ch bolesnjach. 1893.)

Nach einem sehr hübschen Vorwort spricht Autor über die Lehre vom Bewusstsein beim normalen Menschen, wobei er aufrichtig gesteht dass der eigentliche Begriff von dem Bewusstsein unbekannt ist und schwerlich auch bekannt sein wird. Ebenso wenig ist dieser Zustand auch erklärbar. Den Inhalt des Bewusstseins bilden: das innere Gefühl der Bilder von äusseren Gegenständen und seiner eigenen Gefühle und das Gefühl des Appartseins, der Absonderung von den übrigen uns umgebenden Gegenständen. Das Bewusstsein taucht auf mit dem Anfange des Lebens eines menschlichen Individuums und äussert sich durch ununterbrochenes Hintereinanderfolge der Vorstellungen. Die mittlere Dauer der Vorstellungen in dem Bewusstsein ist $\frac{1}{5}$ - $\frac{1}{8}$ Sec. und die aufeinanderfolgende Ablösung ist ebenso unbedingt nothwendig, wie die Pulswellen und die Ablösung der Athmungsphasen. Das Bewusstsein bleibt unverändert vom Anfange der menschlichen Existenz auf unserer Erdkugel bis zu dem Ende der Existenz dieses Planeten. Der Unterschied aber in seinen Erscheinungen bei verschiedenen Menschen wird durch die besonderen Eigenschaften eines jeden besonderen Individuums bedingt. Die eigene Persönlichkeit oder das „Ich“ ist wahrscheinlich nur eine besondere Erscheinung des Bewusstseins, die das complicirte Bild unserer inneren Welt formirt. Der Begriff von der eigenen Person umfasst die Begriffe der Kenntnisse, der Gefühle und des Willens. Diese thätige Seite des Bewusstseins entwickelt sich nur unbedingt bei normaler körperlicher Entwicklung und speciell bei ebensolcher Entwicklung des Gehirns. Aber man lässt auch zu, dass von dem Momente der Empfängniss in einem jeden von uns die ganze psychische Erfahrung der vorhergegangenen Generationen schlummert.

Die Beobachtung zeigt, dass, wie im Verlaufe des fötalen Lebens das Gehirn des Menschen alle Veränderungen, die an die allmähliche Entwicklung der Thiergehirne von den unteren Stufen an bis zum Menschen erinnern, übersteht, so auch die Seele des Neugeborenen verschiedene Stadien des seelischen Zustandes allmählich sich vervollkommnender lebendiger Wesen bis zum Menschen und endlich das Jahrhunderte dauernde Leben des Menschen selbst durchlebt. Man kann sich vorstellen, dass die Grundlagen der eigenen Person des vorhistorischen Menschen aus Association, passiver Aufmerksamkeit und elementarem sinnlichen Tone bestanden. Mit der weiteren Vervollkommenheit des Menschen entwickelt sich die eigene Person durch active innere Arbeit. Unsere centrale Kraft, unser eigenes „Ich“ oder unsere eigene Person hat bei der Empfänglichkeit von äusseren Eindrücken während der Thätigkeit der Sinnesorgane eine active Auswahl, die die Aufmerksamkeit oder die active Apperception bildet, mit deren Hilfe unsere Sinnesorgane diesen oder jenen äusseren Eindruck empfangen. Eine ebensolche Activität unseres „Ich“ offenbart sich auch während des Denkens, wobei seine aufhaltende Fähigkeit auf die Unterdrückung aller äusseren Willensbewegungen, die die innere Associationen verhindern, gerichtet ist. Die Anstrengung der Aufmerksamkeit ist ein willkürlicher Act. Die Unzusammenhängigkeit der Associationen tritt dann auf, wenn die Aufmerksamkeit aufhört normal zu sein (Wundt). Unsere Aufmerksamkeit ist ein Theil der Offenbarung unseres Willens und von diesem Standpunkte aus ist unser „Ich“ frei und der Mensch kann in einer bestimmten Periode des Lebens seine innere Welt leiten. Unser „Ich“ besteht hauptsächlich aus zwei Vorstellungsgruppen: aus einer Summe von Vorstellungen, die die Selbsterkenntniss der eigenen Person bilden und aus einer abstracten Summe von Vorstellungen des Verstandes. Zu der letzten Gruppe gehören: der Sinn, die Erkenntniss und der Wille. Das „Ich“ oder die eigene Person ist dasselbe Bewusstsein, nur ist es in diesem Falle activ, derjenige Theil von ihm, der nur bei dem Vorhandensein eines normal entwickelten Gehirnes und Organismus sich äussert. Unser „Ich“ ist keine bestimmte Grösse, im Gegentheil es ist sehr unbestimmt und veränderlich. Es kann folgende Stufen vorstellen: ganz abwesend sein, d. h. sich nicht entwickelt haben, wie zum Beispiel beim Idioten, oder es entwickelt sich nur sehr mässig, — es stellt einen genialen Menschen vor, endlich kann sich das eigene „Ich“ quantitativ und qualitativ bis zum völligen Verschwinden seiner Elemente verändern. Oefters wird dabei der Zustand der Theilung der eigenen Person beobachtet. Dabei entsteht eine Veränderung oder eine Zergliederung nur der apperceptiven und synthetischen Thätigkeit, ein Zerfall des Denkmeechanismus, oder richtiger — eine Erstarrung einiger Theile und dementsprechend eine Hemmung der Associationsbahnen. Die qualitative Veränderung des eigenen „Ich“ äussert sich in dreierlei Formen: in einem unnormalen sinnlichen Anstrich des inneren Lebens oder in einer Veränderung des sinnlichen Zustandes (Melancholie, Manie), — in einer Veränderung der Empfänglichkeit der äusseren und inneren Einflüsse (Empfindungen), ergo in einer Abnormität der Associationsarbeit (primäre Verrücktheit und acute hallucinatorische Verrücktheit) — und in einer vollständigen Veränderung des eigenen „Ich“, die so weit gehen kann, dass an der Stelle

des ersten normalen „Ich“ ganz neue erstehen (primäre Verrücktheit). Einem langen Vorhandensein qualitativer Veränderungen der eigenen Person folgen auch quantitative Veränderungen derselben in einer Form von Erschlaffung (*dementia secundaria*). Endlich kommen Fälle von raschem und ganzlichem Verschwinden der eigenen Person vor (*acute Psychosen*). Die Zeitordnung der Zerstörung der eigenen Person ist fast immer ein und dieselbe, mehr oder weniger complicirt oder einfach. Das eigene „Ich“ kann noch so zerstört sein, sein Bewusstsein fährt fort zu existiren.

Diedrichson.

336) **Bernheim**: On the psychical nature of hysterical unilateral amblyopia and sensitivo-sensorial hemianæsthesia.

(Brain. Spring-Summer, pg. 181, 1893.)

Im Anschluss an einen bestimmten Fall setzt B. seine Ansicht über die hysterische Amblyopie und Hemianästhesie auseinander. Er weist experimentell mit Hilfe von Prisma und Farben nach, dass der auf einem Auge blinde Hysterische thatsächlich mit diesem Auge sieht, dass ihm aber dies Sehen nicht zum Bewusstsein kommt. Ebenso fühlt er mit dem anästhetischen Körpertheil, aber der Gefühlseindruck kommt ihm nicht zum Bewusstsein. B. vergleicht dies mit den durch Hypnose hervorgebrachten gleichen Zuständen und erklärt die sensitivo-sensorielle Hemianästhesie bei Hysterischen durch eine Art „negativer Illusion“.

Wichmann.

337) **Christian**: Que faut-il penser de la télépathie?

(Arch. de Neurol. XXVII, 86 I.)

Ch. sucht in ziemlich weitläufiger Weise unter Anführung mehrerer Beispiele von angeblichem Fernsehen u. a. den Nachweis zu führen, dass es sich bei den telepathischen Visionen um nichts anderes als um gewöhnliche Hallucinationen handelt, und dass für die Fernwirkung irgend eines geheimnissvollen Fluidums jeder Beweis fehlt. Wie bei den Hallucinationen handelt es sich auch bei den Visionen stets nur darum, dass schon früher erworbene Vorstellungen oder Erinnerungsbilder, die irgendwie lebhaft mit Affect betont sind, mit sinnlicher Lebhaftigkeit wieder auftauchen; nie bringt das visionäre Bild dem Individuum etwas absolut Neues, ihm bis dahin Unbekanntes. Wie bei den Träumen ist es aber auch hier nicht nothwendig, dass das Individuum gerade an die betreffende Person oder den Vorgang, auf die seine Visionen Bezug haben, gedacht hat. Die scheinbare Gleichzeitigkeit einer derartigen Vision mit dem in weiter Ferne vor sich gehenden wirklichen Begebniss erklärt Ch. zum Theil durch reinen Zufall, zum Theil durch eine unbewusste Erinnerungsfälschung, durch die zeitlich verschiedene Dinge später als gleichzeitig empfunden werden, oder dadurch, dass Vorstellungen, die schon öfters aufgestiegen waren, ohne dass sie einen wesentlichen Eindruck hinterliessen, dann lebhaft betont werden, wenn das Individuum ihren Inhalt zufällig verwirklicht sieht: alle früheren gleichartigen Vorstellungen werden dann vergessen, nur diese eine bleibt in der Erinnerung und wird nun als Vorahnung aufgefasst.

Falkenberg-Lichtenberg.

338) **A. T. Schofield:** On mental therapeutics.

(The Lancet, 3. Febr 94, pag. 262.)

S. führt die Wichtigkeit der psychischen Behandlung aus und legt besonderen Werth auf das Innehalten der bestimmten Zeit. Er zeigt, wie wichtig es ist, dass mit dem Glockenschlage bei chronischen Krankheiten die Arznei genommen oder der Stuhlgang besorgt wird etc., damit sich der Körper daran gewöhnt und schliesslich gewohnheitsgemäss die Functionen auf dem Wege eines unbewussten Reflexes stattfinden, wodurch die Gesundheit eingeleitet wird.

Wichmann.

339) **A. Forel:** Die Heilung der Stuhlverstopfung durch Suggestion. Eine kleine practische und theoretische Studie.

(Zeitschrift für Hypnotismus, November 1898, S. 65.)

Die habituelle Verstopfung ist nach F. als eine pathologische Gewohnheit des centralen Nervensystems zu betrachten, eine Gewohnheit, welche durch allerlei Zufälle, Neigungen, erbliche Anlage, Erschöpfungszustände, Neurosen und Psychosen begünstigt oder hervorgerufen werden kann, welche aber in sich selbst den Keim zum Wachsthum dadurch trägt, dass die Eindickung der Kothmassen, welche von ihr erzeugt wird, wiederum verstärkend auf sie selbst zurückwirkt. Die gewöhnliche Verordnung der Abfuhrmittel ist ebenso verfehlt als schädlich, Klystiere gewöhnen den Darm an künstliche Hilfe. Obstgenuss, Massage, Bädereuen, Electrotherapie, Bewegung und Lourdeswasser, Pilgerfahrten, Händeauflegen in Bet-Heilanstalten, Kneippcuren, Massage, Homöopathie sollen nach Forel zwar rationeller und erfolgreicher als die erstgenannten Mittel sein, aber oft genug versagen und nur auf suggestivem Wege wirken. Letztere Auffassung dürfte, soweit Obstgenuss, Massage und Electrotherapie in Betracht kommt, ausserhalb des Kreises der Nancyer Schule kaum einen Anhang haben. Bei der von Forel geübten Suggestivtherapie wird der Kranke nach entsprechender psychischer Vorbereitung eingeschlafert, dann bei demselben durch Berührung des Bauches mit der flachen Hand (eventuell auch der nackten Bauchdecken) die Vorstellung erweckt, dass etwas in seinem Bauche geschehe. Wie sich F. den Wirkungsmodus dieser Suggestion denkt, möge im Original nachgesehen werden. Um den Erfolg zu sichern, thut man gut, von vornherein zu erklären, dass der erste Stuhlgang, welcher die bereits eingedickten Kothmassen zu beseitigen hat, einige Mühe verursachen, dass aber dann die Entleerung sich leichter vollziehen wird. Wenn man berücksichtigt, wie schwierig und langwierig sich die Bekämpfung der eingewurzelten Obstipation durch physikalische Verfahren und Regulirung der Lebensweise oft gestaltet, wird man zugeben müssen, dass die suggestive Therapie dieses Übels schon wegen ihrer Einfachheit mehr Beachtung verdient, als ihr bisher zu Theil wurde. Dass man hiemit immer Erfolge erzielt, darf man allerdings nicht erwarten; „einige Autosuggestionisten“, bemerkt F. selbst, „besonders Hypochonder, sogenannte Neurastheniker und dergleichen trotzten allen Bemühungen.“ Da aber bei diesen die physikalischen Heilmethoden sich zumeist recht nützlich erweisen, so dürfte dies doch dafür sprechen, dass deren Wirkung bei Obstipation nicht allein auf suggestivem Wege vor sich geht.

L. Löwenfeld.

340) J. Voisin: Périodes régulières d'excitation maniaque et de dépression mélancolique chez une idiote de huit ans. Clinique mentale, hospice de la Salpêtrière.

(Bulletin médical 1894, Nr. 49, mai 30.)

8jähriges idiotisches Mädchen, hereditär belastet (Vater schwachsinniger Entarteter, dessen Mutter hysterisch). Nach Ausgabe der Eltern hielt dasselbe bis zum 2. oder 3. Jahre in seiner Entwicklung (Zahnen, Sprechen, Gehen) gleichen Schritt mit den gleichalterigen Kindern; seitdem machte es keine Fortschritte mehr. Die geistige Entwicklung blieb zurück und der Character des Kindes änderte sich in der Weise, dass es abwechselnd „bald traurig, bald freudig“ war. Convulsionen sollen nie beobachtet worden sein — Bei der Aufnahme des Mädchens im Jahre 1888 unter der Diagnose Idiotie stellte V. bald fest, dass das von den Eltern geschilderte psychische Verhalten des Kindes der folie circulaire vergleichbar sei. Es bot nämlich drei im Cyclus abwechselnde Perioden seines psychischen Verhaltens dar: eine Phase der maniakalischen Agitation (unruhiges Verhalten, Lärmen, Schreien, Singen, Zerreißen, Hineinschlagen auf die Umgebung, unmotivirtes Lachen, Verschlingen der Speisen u. a. m.) von 14tägiger Dauer, an die sich ohne Uebergangstadium eine ebenso lange Phase der depressiven Melancholie (Zurückgezogenheit, Unbeweglichkeit, Stummheit, traurige Miene, geringe Esslust etc.) anschloss; auf diese folgte sodann, gleichfalls ohne Uebergang, eine intermediäre Phase von ebenfalls 14tägiger Dauer, während deren das Kind sein normales Verhalten (Idiotie) zeigte. Seit 1888 nun hat das Mädchen successive alle 3 Perioden durchgemacht. Am 20. Juli 1893 trat in dem psychischen Verhalten eine auffällige Aenderung ein: das melancholische Stadium, das sich auffällig in die Länge gezogen hatte, ging in einen kataleptischen bzw. katatonischen Zustand (Stupor, starrer Blick, Flexibilitas cerea, dabei Steifigkeit der Glieder, stereotype Stellungen, absoluter Mticismus, negatives Verhalten, Herabsetzung der körperlichen Functionen) über, in dem die Kranke bis Ende December dieses Jahres verharrte. Zu diesem Zeitpunkt begann sie zwei Tage hindurch zu singen und sich leicht aufgeregt zu benehmen, bewahrte indess noch ihr stuporös-katatonisches Verhalten. Perioden von Agitation und Depression wechselten von dann an regelmässig ab; stets dies jedoch mehrmals am Tage, nie hielt ein Stadium den ganzen Tag über an. So blieb der Zustand des Mädchens bis zur Zeit der Abfassung dieses Berichtes, immer aber noch behielt es etwas Stuporöses bei — Ueber den weiteren Verlauf der Krankheit weiss V. nichts Bestimmtes anzugeben. Er vermuthet nur, nach Analogie des circulären Irreseins bei Erwachsenen, dass dieser intermediäre Zustand sich in die Länge ziehen, dass ein normales Verhalten sich nicht mehr vollständig einstellen und dass ein etwaiger neuer melancholischer Zustand von noch längerer Dauer sein wird. — Redesucht, Verbigeration, Convulsionen wurden bisher nie beobachtet.

Die Prognose ist eine offenbar aussichtslose. Eine etwa einzuschlagende Therapie wird eine Hebung der Circulation durch Massage, Douchen etc. anzustreben haben.

Verfasser analysirt sodann den vorliegenden Fall. Er zieht einen Vergleich zwischen ihm und der folie circulaire der Erwachsenen. Beiden

Krankheitsformen ist die Heredität gemeinsam; während aber bei jener eine Person im kindlichen Alter und von sehr beschränkten geistigen Fähigkeiten von dem Process ergriffen ist, pflegt dasselbe sich bei dieser bei Personen erwachsenen Alters und von höherer Intelligenz mit Vorliebe einzustellen. V. stellt daher in Abrede, dass es sich bei dem vorliegenden cyclischen Krankheitsbilde um eine folie circulaire im Sinne Baillarger-Falret's handle; er giebt aber zu, dass das wechselnde psychische Verhalten des Kindes das ursächliche oder aggravirende Moment für die Idiotie abgegeben habe. — Im Anschluss hieran schildert V. kurz das klinische Krankheitsbild der Katatonie, wie es Kahlbaum und Schüle angegeben haben. Der vorliegende Fall nähert sich seiner Ansicht nach am meisten dem Krankheitsbilde Schüle's. Er ist indessen der Ansicht, dass die Katatonie keine eigene Krankheitsform, sondern nur ein Syndrom vorstellt, das sich im Gefolge der verschiedenartigsten psychischen Krankheiten vorfindet.

Buschan.

341) **Sérieux**: Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale.

(Arch. de Neurol., XXVII, 87.)

S. theilt einen zur Section gekommenen Fall von progressiver Paralyse mit ausgeprägten Hallucinationen im motorischen Sprachapparat (hallucinations motrices verbales) mit und knüpft hieran eine Reihe von Bemerkungen über das Vorkommen dieser Hallucinationen, ihre Beziehungen zu spastischen Erscheinungen in der Kaumuskulatur und ihre anatomische Bedingtheit. Es handelte sich um Gehörstäuschungen, die die Kranke nicht als mehr oder minder laute und deutliche Stimmen mit ihren Ohren zu hören glaubte, sondern die sie scharf von diesen, an denen sie früher ebenfalls gelitten hatte, unterschied, und die sie als ein innerliches, tonloses Sprechen bezeichnete, das sie wohl verstände, aber nicht hörte, sondern fühlte, und das von anderen Leuten als etwas ihr fremdes in ihrem eigenen Munde durch die Zunge oder durch die Zähne geschehe. Gleichzeitig mit diesen Hallucinationen wurden regelmässig rhythmische Contractionen der Masseteren und des Temporal Muskels, öfters auch der Pterygoidei wahrgenommen. Die Kiefer wurden dadurch so heftig aufeinandergepresst, dass das laute Zähneknirschen oft die Patientin selbst wie ihre Mitkranken im Schlafe störte. Post mortem fanden sich beiderseits Verwachsungen der Meningen nur im Gebiet der III. Stirnwindung, des unteren Theils des gyr. centralis anterior und posterior, des vorderen Theils der I. und II. Stirnwindung und ganz vereinzelt am Schläfenlappen; im Uebrigen erschienen macroscopisch Meningen und Hirnwindungen intact; afficirt waren also das Centrum für die Kaubewegungen und das Centre sensitivo-moteur verbal, der Sitz der Erinnerungsbilder, der Bewegungsempfindungen der articulirten Sprache. Auffallend war noch die lange Dauer dieser kinästhetischen Hallucinationen, die länger als ein ganzes Jahr hindurch beobachtet wurden und die im Stadium der Remission aufgetreten, lange Zeit völlig isolirt ohne sonstige hallucinatorische Erscheinungen fortbestanden. Im Uebrigen war der mitgetheilte Fall auch noch dadurch interessant, dass die Kranke mehrfach Verfolgungsideen ausserte, die sie zu systematisiren geneigt war, und dass zeitweise auch

Hallucinationen in fast allen Sinnesgebieten auftraten, die zu einem Zustande vollständiger hallucinatorischer Verwirrtheit führten.

Falkenberg-Lichtenberg.

342) Dr. de Boeck: De la contagion de la folie.

Gent, Verlag von Eug. Vanderhaeghen, 1893.

(Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique 1893.)

V. bespricht

1. La folie à deux,

a) la folie simultanée,

b) la folie communiquée et la folie imposée.

2. Gewisse Mischformen und zwar

a) solche Fälle echter Geistesstörung, die ihrer Art nach der folie communiquée oder der folie simultanée zugerechnet werden müssen, deren exacte Rubricirung unter die eine oder andere dieser Gattungen Schwierigkeiten macht (z. B. die folie démoniaque épidémique),

b) solche Fälle echter Geistesstörung, die nicht den klassischen Character der folie à deux zeigen (folie émotionnelle partagée),

c) solche Fälle von Contagion, die sich zwar durch psychische Störungen kennzeichnen, ihrer ganzen Erscheinungsweise nach indess nur bedingungsweise den Geisteskrankheiten zugezählt werden dürfen (z. B. die „Contagion du meurtre“).

Bei der folie simultanée, zu der auch das Zwillinge-Irreie (folie gémellaire) gehört, spielt die Contagion keine Rolle: es handelt sich lediglich um gleichzeitige, in ihren Erscheinungen parallel gehende Erkrankungen, deren Entstehungsursachen sowohl hereditäre (wie besonders beim Zwillinge-irreie) wie occasionelle bezw. in einer erworbenen Prädisposition begründet sein können.

Als folie imposée werden diejenigen leichten Fälle einer folie communiquée bezeichnet, bei denen der passive Kranke zwar die Wahneideen des activen acceptirt, im Uebrigen aber dessen Hallucinationen und Illusionen nicht unterworfen ist. Eine einfache Trennung hat die Heilung des secundär Erkrankten zur Folge.

Einige der angeführten Formen werden durch casuistische Beiträge erläutert. Neues bringt im Uebrigen die Arbeit nicht. V. zieht aus einer kritischen Studie das Schlussresultat. Eine psychopathologische Contagion kann nur auf einem durch Heredität oder durch das Milieu genügend vorbereiteten Boden erfolgen.

Die Literaturangabe ist eine nur unvollständige, speciell sind einige der besten deutschen Arbeiten (Wollenberg u. A.) unberücksichtigt gelassen. Boedeker (Lichtenberg-Berlin).

243) L. Darasciewitsch: Ueber eine subjective Gehirneempfindung im hypnagogischen Zustande.

(Neurol. Centralblatt 1894, Nr. 10.)

Die Mittheilung von Prof. Fuchs (ofr. dieses Centralblatt, Märzheft 1894, Ref.) veranlasst D., über eine ähnliche Beobachtung zu berichten, welche er an sich gemacht hat. Das subjective Geräusch bestand in einer Art Knall und trat ziemlich regelmässig ein, wenn D. spät in der Nacht

mit Lesen beschäftigt (also bei vollständiger Ruhe im Zimmer) aus einer momentanen Schlafanwandlung erwachte. Später lernte D. es auch beim gewöhnlichen Einschlafen im Bett beobachten. Da in solchen Augenblicken plötzliche Muskeler schlaffungen einzutreten pflegen (ein in der Hand gehaltenes Buch entfällt plötzlich derselben), so nimmt D. an, dass der Schall auf einer plötzlichen Erschlaffung der inneren Obermuskeln, also auf plötzlicher Entspannung des Trommelfells beruht, ebenso wie das Gefühl des Fallens beim Einschlafen auf das momentane Anfhören des Tons der Körpermuskulatur zurückzuführen ist. Das plötzliche Zusammensinken im Augenblick kurz vor dem Einschlafen ist ähnlich durch plötzliche Anspannung der bereits erschlafften Muskeln zu erklären, ebenso vielleicht auch der Knall im Ohre. D. glaubt auch mehrmals 2 Geräusche nacheinander, einmal beim Einschlafen, das andere Mal beim darauffolgenden Aufschrecken gehört zu haben. — (Subjective Gesichtsempfindungen hat D. nicht beobachtet) — Diese subjectiven Empfindungen kommen besonders bei neurasthenischen (oder durch Nachtwachen geschwächten Ref.) Zuständen vor. F. theilt den Fall einer Dame mit, welche seit 3 Jahren nervenleidend ist und seitdem beim Einschlafen im Augenblicke, wenn die Gedanken sich zu verwirren beginnen, von einem starken, dem Knall einer Pistole oder dem Summen einer Biene ähnlichen Geräusch erschreckt wird, wobei der Körper gleichzeitig eine starke Erschütterung erfährt.

D. glaubt, dass die subjectiven Empfindungen im normalen Mechanismus des Einschlafens und Erwachens ihren Ursprung haben und nur manchmal, besonders bei reizbarer Schwäche, etwas zu heftig in Wirkung treten, welche den halbawachen Zustand verlängert und die Vorgänge des Halbschlafs bewusst werden lässt.

Hoppe.

344) C. Werner (Boda S. A.): Ueber frühzeitige Symptome geistiger Störungen. — Ein Beitrag zum Erkennen und Behandeln von Psychosen. (Berlin. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 22.)

Der Aufsatz wendet sich an die practischen Aerzte, welche sich bei dem beklagenswerthen Mangel an psychiatrischen Kenntnissen in der Beurtheilung und Behandlung von Geistesstörungen die erheblichsten „Kunstfehler“ zu Schulden kommen lassen. Besonders gilt dies von der Dementia paralytica. Es giebt wohl kaum eine andere Krankheit, bei der von den Aerzten so viel gesündigt wird, als bei der Dementia paralytica. Ich habe dabei nicht nur die einfachen practischen Aerzte im Auge, sondern dasselbe gilt auch nach meiner Erfahrung von so manchen hochberühmten Professoren der klinischen Medicin, welche den Mangel an psychiatrischen Elementarkenntnissen mit ihren weniger berühmten Collegen in der Praxis theilen.

Von den Anfangssymptomen der Dementia paralytica nennt W. die rheumatischen resp. neuralgischen Schmerzen an erster Stelle. Dieselben kommen jedoch nach den Erfahrungen des Ref. nur in einem Theil der Fälle der Anfangssymptome vor. Wahrscheinlich handelt es sich um die im Rückenmark beginnende (der Tabes ähnliche oder mit ihr identische) Erkrankung, welche als Paralyse ascendente bezeichnet wird. Während in einer Reihe dieser Fälle von Paralyse ascendente sich erst der ganze tabetische Symptomencomplex ausbildet, ehe das Gehirn ergriffen wird,

scheint in einer anderen Reihe von Fällen die Gehirnerkrankung bald nach oder gleichzeitig mit der Erkrankung des Rückenmarks zu beginnen und viel früher zum Tode zu führen, ehe die letztere völlig ausgebildet ist. So ist es denn kein Wunder, dass in diesen Fällen durchschliessende Schmerzen (stets in den Beinen) als Anfangssymptom vorkommen. — Mehr hervorgehoben möchte Ref. die hartnäckigen Verdauungsstörungen haben, welche wohl in keinem Falle im Beginn der Paralyse fehlen und so oft Veranlassung werden, dass die armen Kranken, deren Krankheit weder vom Hausarzt noch von dem zu Rathe gezogenen Professor in der Grossstadt erkannt wird, zunächst nach Karlsbad geschickt werden, um sich der dortigen strapaziösen Kur zu unterwerfen und körperlich und geistig geschwächt zurückzukommen. Diese Verdauungsbeschwerden im Verein mit Kopfdruck, Mattigkeit, beginnender Insufficienz im bürgerlichen Beruf, Reizbarkeit (unmotivirte Heftigkeit bei geringfügigen Veranlassungen) und Stimmungswechsel, hier und da verbunden mit Tactlosigkeiten, müssen die Vermuthung der beginnenden Paralyse erwecken, wenn sich diese Symptome alle oder zum Theil bei einem Manne in den besten Jahren, etwa zwischen 30 und 45, finden (auch das verhängnisvolle Alter hat W. zu betonen vergessen). Es handelt sich aber nun noch darum, diese Vermuthung (denn eine Diagnose kann man selbstverständlich auf diese Symptome wie auf andere von W. genannte nicht gründen) sicher zu stellen. Dazu bedarf es der körperlichen Untersuchung, auf welche W. trotz ihrer eminenten Wichtigkeit für die Frühdiagnose leider nicht aufmerksam gemacht hat. Er erwähnt nur die vorübergehenden Sprachstörungen als nicht seltenes Anfangssymptom und beiläufig die deutlichen motorischen Erscheinungen auf dem Höhepunkt der Krankheit. Was die Sprachstörungen betrifft, so handelt es sich nicht so sehr darum, dieselben bei dem betreffenden Individuum im Verlauf der Unterhaltung zufällig zu entdecken oder von den Angehörigen darauf aufmerksam gemacht zu werden — das wird in den seltensten Fällen geschehen —, sondern man muss darauf fahnden. Man muss den Kranken längere und schwerer auszusprechende Worte (Paradigmata) nachsprechen und man muss ihn aus einem Buche vorlesen lassen, dann wird man häufig Sprachstörungen finden, wo solche in der gewöhnlichen Unterhaltung durchaus nicht zu erkennen sind. Ausserdem muss auf Facialisparese, Pupillendifferenz (welche häufig lange Zeit den psychischen Symptomen vorausgeht), besonders Wechsel in derselben, leichte Ermüdbarkeit angestrenzter Muskeln geachtet werden. Besonders werthvoll erscheint mir aber neben dem Mangel der Patellarreflexe (auf deren diagnostische Bedeutung R. Sommer kürzlich in diesem Centralblatt mit Recht aufmerksam gemacht), das Westphal'sche Symptom des Schwankens bei Augenschluss oder Kehrtwendungen mit geschlossenen Augen. Auch dieses Symptom braucht nicht stets vorhanden zu sein, aber es ist in den Anfangstadien der Paralyse sehr häufig vorhanden und genügt, um die Diagnose Paralyse sicher zu stellen. Ref. pflegt jeden Kranken in den 30er und 40er Jahren, wenn nicht eine andere Psychose absolut sicher ist, bei der Aufnahme auf dieses Symptom zu untersuchen und hat häufig bei Mangel einer genügenden Anamnese und aller übrigen klassischen Symptome beinahe allein auf dieses Symptom hin die Diagnose Paralyse gestellt, welche sich durch den weiteren Verlauf früher oder später bewahrheitete.

Was die übrigen Psychosen anbetrifft, behandelt W. noch die (im allgemeinen seltene) Melancholie, unter deren Anfangssymptomen er besonders die Schlaflosigkeit hervorhebt, die Manie, deren Initialstadium gleichfalls meist depressiver Natur ist, um plötzlich in das Gegentheil umzuschlagen, ganz kurz die acute Form der Paranoia (wofür wohl der Ausdruck: acute Formen des Wahnsinns oder acutes hallucinatorisches Irresein besser wäre) und die chronischen Formen der Paranoia. Hier betont W. mit Recht die bereits in früher Jugend auftretenden Eigenthümlichkeiten und Absonderlichkeiten, welche mit den Jahren wachsen, bis schliesslich die deutliche Geistesstörung da ist. Besonders werthvoll ist es, dass W. auf die namentlich forensisch interessante und so vielfach auch von Gerichtsärzten verkannte oder nicht erkannte Paranoia querulantium (Querulantenwahnsinn) aufmerksam macht und in kurzen aber treffenden Zügen ein gutes Bild dieser Krankheit giebt.

Hoppe.

345) Ribot: Les états affectifs et la mémoire. Leçon recueillie par G. Danville.

(Revue neurologique Nr. 2, 1894.)

Die bisherigen Untersuchungen über die Leistungen des Gedächtnisses haben sich vorzugsweise mit dem visuellen, auditiven, tactilen und motorischen Gedächtnisse beschäftigt. R. untersuchte, wie es sich mit dem wenig beachteten Gedächtnisse für die Geruchs- und Geschmackswahrnehmungen, für die inneren Empfindungen, Vergnügen und Schmerz, gemüthlichen Erregungen und Leidenschaften — die affectiven Zustände — verhält.

Dass wir gewisse Gerüche und Geschmäcke, die Empfindungen des Hungers und des Durstes, Vergnügen und Schmerz wieder erkennen, gewisse affective Zustände, also dauernde Spuren, in unserem Gedächtnisse hinterlassen, ergiebt sich aus einer Reihe allbekannter Thatsachen. Um Genaueres über die Fähigkeit der spontanen Reproduction der fraglichen psychischen Elemente zu eruiren, unternahm R. eine Enquête, die in directer Befragung von ungefähr 56 erwachsenen Personen beiderlei Geschlechtes bestand. Die Antworten lauteten sehr verschieden. Manche Personen (40%) stellten den Besitz von Geruchserinnerungen vollständig in Abrede; andere erklärten, dass sie sich einiger oder einer ziemlich grossen Anzahl von Gerüchen erinnern könnten. Die Gerüche, die am häufigsten in das Gedächtniss zurückgerufen werden konnten, waren Nelke, Heliotrope, Flieder, Carbol-säure, Veilchen, seltener die Rose.

Von den inneren Sensationen konnten 15% der Personen das Durstgefühl nicht willkürlich reproduciren und nur 21% das Hungergefühl ausserhalb der Mahlzeitstunden sich vergegenwärtigen. Das Ermüdungsgefühl konnten fast alle befragten Personen reproduciren, ebenso das Gefühl des Ekels. Personen, welche seekrank gewesen sind, reproduciren sehr leicht die mit der Seekrankheit verknüpften besonderen Sensationen.

L. Löwenfeld.

III. Bibliographie.

XXXV) Paul Julius Möbius: Diagnostik der Nervenkrankheiten.

(II. Auflage. F. C. W. Vogel. 1894.)

Vor 8 Jahren erschien Möbius' „Allgemeine Diagnostik der Nervenkrankheiten“, von einem Jahre der „Abriss der Lehre von den Nervenkrankheiten“; die vorliegende II. Auflage der „Diagnostik“ ist eigentlich eine Vereinigung beider Bücher trotz aller Umformung im Einzelnen. Dass die Grundpläne beider ohne jedes störende Flickwerk mit einander verbunden werden konnten, beweist die Einheitlichkeit und feste Geschlossenheit von M.'s neurologischen Grundanschauungen bei aller Veränderung und Ausarbeitung im Einzelnen. Das Buch zerfällt in 3 Theile:

1. Die Methoden der Untersuchung und die allgemeine Symptomatologie (im Wesentlichen = der „allgemeinen Diagnostik“).
2. Lehre von der Localisation (Verbindung von Theilen der allgemeinen Diagnostik mit Theilen des „Abrisses“).
3. Skizze der speciellen Diagnostik (nach dem Grundplan des „Abrisses“).

Die allgemeine Tendenz des Verfassers kennzeichnet sich am besten in folgenden Worten der Vorrede: „Für ihn (den Lernenden) dürfte es am besten sein, wenn das practisch Brauchbare hervorgehoben wird und die Richtung auf klinische Zwecke massgebend ist. Die Auffassung, dass der Kliniker nicht des Anatomen oder des Physiologen preiswerthe Aufgaben zu lösen, sondern Krankheiten zu erkennen habe, liegt auch der Darstellung in diesem Buche zu Grunde“.

Möbius' Arbeit ist besonders deshalb von Werth für den Lernenden, weil sie zum selbstständigen Denken anregt und erzieht, welches trotz aller Compendien und Lehrbücher immer noch die Hauptquelle richtiger Diagnosen zu sein scheint.

Die Vorzüge der früheren „allgemeinen Diagnostik“ sind in Fachkreisen bekannt, Möbius' Abriss mit seiner Eintheilung in endogene und exogene Krankheiten, den wir gebührend besprochen haben, ist anderwärts einigem Widerspruch begegnet. Jetzt, wo im Zusammenhang dieser Diagnostik der practisch-diagnostische Werth dieser Eintheilung noch schärfer hervortritt, wird diese Eintheilung sich wohl einbürgern. Gerade wir Psychiater müssen ja bei der Untersuchung von Kranken fortwährend das Leitmotiv im Kopfe haben, ob der Zustand äussere Ursachen hat oder nicht.

Sommer.

XXXVI) Prof. Charcot: Clinique des maladies du système nerveux.

(Tome II. F. Alcan édit. Paris 1895. Publication du progrès médical.)

Der 482 Seiten starke Band enthält in erster Linie mehrere Vorträge Charcot's aus verschiedenen Gebieten der Nervenpathologie (über Jackson'sche Epilepsie, Somnambulismus, hysterischen Vigilambulismus, einen sehr interessanten Fall von „rétro-antérograder Amnesie“ wahrscheinlich hysterischen Ursprungs, über Husten und Kehlkopfgeräusche bei Hysterie, Chorea, Tic etc., hysterische und toxische Hemianästhesien); die klinische Beschreibung einzelner Krankheitsfälle ist eingefügt. Ausser diesen werth-

vollen klinischen Vorlesungen Charcot's bringt das Buch bemerkenswerthe Arbeiten von Georges Guinon vorzugsweise aus dem Gebiete der Hysterie, speciell des hysterischen Somnambulismus, sowie einen statistischen Aufsatz über das Material der Charcot'schen Poliklinik an der Salpêtrière. Endlich enthält der äusserst inhaltsreiche Band mannigfache Studien, die Georges Guinon in Gemeinschaft mit M^{lle} J. Woltke, A. Souques, M. Blocq oder Raëchline zum Verfasser haben, über Hysterie bezw. Somnambulismus, Tabes mit Diabetes, conjugirte Lähmung des N. VI (mit anatomischem Befund), progressive Myopathie, epileptische Aura.

Boedeker (Berlin-Lichtenberg).

XXXVII) L. Treitel: Grundriss der Sprachstörungen, deren Ursache, Verlauf und Behandlung.

(Berlin 1894. Verlag von M. Hirschwald.)

Der Treitel'sche Grundriss ist für alle diejenigen (Aerzte wie Nicht-ärzte) bestimmt, welche sich über die Sprachstörungen kurz informiren wollen, und er dürfte auch diesem Zwecke ganz entsprechen. Nach einem einleitenden allgemeinen Theile, welcher die Entwicklung der Sprache behandelt, werden unter 4 Rubriken die Störungen der Sprache geschildert. Tr. unterscheidet: Störungen der Lautsprache, Störungen der Lautfolge, Sprachlosigkeit und Störungen der Schriftsprache. Diese Eintheilung, die, wie wir sehen, hauptsächlich, doch nicht ausschliesslich von der Form der Sprachstörung ausgeht, ist nicht frei von Mängeln; sie veranlasste den Autor, die vollständigste Sprachlosigkeit, die wir kennen, den hysterischen Mutismus, unter den Störungen der Lautfolge abzuhandeln. In der Darstellung sind die verschiedenen Formen der Sprachstörung nicht ganz gleichmässig berücksichtigt; die functionellen Sprachfehler werden viel eingehender erörtert als die auf organischen Gehirnleiden beruhenden, was übrigens bei der Tendenz der Schrift, die auch dem Nichtarzte verständlich sein soll, begreiflich ist. Bei den hysterischen Redestörungen wird auch ein gewisses bei Neurasthenischen (Onanisten) zu beobachtendes Stottern erwähnt. Der Eintheilung der Aphasien legt Tr. das Lichtheimische Schema zu Grunde. Von den Aphasien werden die angeborenen gesondert und etwas ausführlicher besprochen. Tr. lässt als solche nur diejenige angeborene Sprachlosigkeit gelten, welche trotz gutem und ausreichendem Gehör besteht (Coën's Hörstummheit).

Bei normaler geistiger Anlage und ausreichendem Gehör glaubt Tr. mangelhafte Entwicklung des Gedächtnisses für die Erklärung der angeborenen Aphasie in erster Linie heranziehen zu dürfen. Indess weist auffällige Mangelhaftigkeit des Gedächtnisses, wie in einem von Tr. angeführten Falle doch immer auf mangelhafte geistige Veranlagung hin und dürften Fälle von angeborener Aphasie mit ganz normaler geistiger Veranlagung kaum vorkommen. Unter den Schriftstörungen ist von den verschiedenen Formen der Agraphie nichts erwähnt.

Wir wünschen der Treitel'schen Schrift einen recht grossen Leserkreis unter den practischen Aerzten, möchten jedoch dem Autor bei einer etwaigen II. Auflage eine etwas gleichmässiger Behandlung des Stoffes empfehlen.

L. Löwenfeld.

XXXVIII) Edm. W. Rells: Psychologische Skizzen.

(Leipzig 1894. Verlag von Abel. 2.40 Mk.)

Das kleine Buch ist ernsthafter als sein an ein Feuilleton erinnernder Titel und Stil. „Der Zweck der gesammelten Versuche ist der: eine Anzahl allgemein interessirender Probleme des Seelenlebens mit den Hilfsmitteln der gegenwärtigen Psychologie zu beschreiben und, wenn möglich, auch der Auflösung näher zu führen.“

Ich habe besonders die letzte Skizze, „die Psychologie in der neuesten französischen Literatur“ als gelungen hervor. Sommer.

XXXXI) v. Krafft-Ebing: Der Conträrsexuale vor dem Strafrichter. De sodomia ratione sexus punienda; de lege lata et de lege ferenda. Eine Denkschrift.

(Leipzig und Wien. Fr. Deuticke, 1894.)

In ebenso eindringlicher als beredter Weise erhebt der um unsere Kenntniss der Psychopathologia sexualis so verdiente Forscher seine Stimme zu Gunsten jener Unglücklichen, welchen eine perverse Naturanlage an Stelle der normalen heterosexuellen Triebrichtung sexuelle Neigung zum eigenen Geschlechte eingepflanzt hat. In Frankreich, Holland, Belgien, Luxemburg und Italien unterliegt die Sodomie nur unter gewissen Bedingungen (öffentliches Aergerniss etc.) der Bestrafung, während das deutsche und das österreichische Strafgesetzbuch Strafbestimmungen gegen Sodomie überhaupt enthalten. Der Entwurf des neuen österreichischen Strafgesetzbuches bringt ebenfalls derartige Bestimmungen. Hiergegen wendet sich der Verf., indem er betont, dass in den Ländern, in welchen man die Sodomie ratione sexus zu verfolgen aufgehört hat, die allgemeine Sittlichkeit hierdurch keinen Schaden erlitt, dass Strafbestimmungen zur Einschränkung der widernatürlichen Unzucht ungeeignet sind und durch die gerichtliche Verfolgung Conträrsexueller ungemein viel Unheil schon angerichtet worden ist ohne irgend einen Nutzen für den Staat. Nur den Schutz der Jugend gegen Verführung zu widernatürlicher Unzucht hält er für nothwendig und schlägt daher folgende Bestimmung vor:

„Die widernatürliche Unzucht, welche von einer Person über 18 Jahren mit einer anderen desselben Geschlechts von unter 18 Jahren begangen wird, ist zu bestrafen.“

Ausserdem beantragt der Verf., dass bei Untersuchungen wegen strafbarer Handlungen, welche aus einem widernatürlichen Geschlechtstrieb entspringen oder auf das Vorhandensein eines solchen hindeuten, die Exploration des Geisteszustandes und der Zurechnungsfähigkeit des Beschuldigten nicht unterlassen werden soll.

Wir können nur wünschen, dass die von dem Geiste reinsten Humanität dictirten Darlegungen des Verf. in den massgebenden Kreisen Oesterreichs volle Berücksichtigung finden. L. Löwenfeld.

XL) B. S. Schultze (Jena): Die Psychiatrie Prüfungsgegenstand für Aerzte? (13 p., 8^o, Jena, G. Fischer, 1893.)

Die Schrift ist eine Entgegnung an Binswanger auf dessen Schrift „Separatvotum zur Aufklärung und Widerlegung der Denkschrift Schultze's“,

in welchen der bekannte Gynaekologe dem Plan, den Besuch der psychiatrischen Klinik für Mediciner obligatorisch zu machen und die Psychiatrie zum Examensgegenstande, zustimmt, falls die den klinischen Semestern zu widmende Zeit von 4 auf 6 Semester verlängert würde.

Die Argumente Sch.'s gegen den psychiatrischen Unterricht werden dadurch abgeschwächt, dass er nur der Psychiatrie willen das Studium um 2 Semester verlängern will, denn darin liegt eine Prämisse für eine, übrigens nicht übertriebene, quantitativ bestimmte Werthschätzung der Psychiatrie.

Einer weiteren Forderung von Sch., dass nämlich alle als Gerichtsärzte anzustellenden Aerzte den Nachweis voller Ausbildung in der Psychiatrie in einem besonderen Examen vor Autoritäten der Psychiatrie nachzuweisen haben, wird jeder mit Physikat-Attesten aus der Praxis bekannte Arzt zustimmen; eine Voraussetzung für die Erfüllung dieser Forderung wäre aber der obligatorische Besuch der Klinik während der Studienzeit und letzterer hat wieder die Aufnahme der Psychiatrie unter die Staatsexamen-Disciplinen zur Voraussetzung — quod erat demonstrandum.

Kurella.

XLI) Bibliothèque d'éducation spéciale. Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdi-mutité par Itard, avec une appréciation de ces rapports par Delasiauve. Préface par Bourneville. Eloge d'Itard par Bousquet. Avec portrait du sauvage.

(Paris 1894. F. Alcan, éditeur.)

Vor 3 Jahren wurde von Bourneville unter dem Titel „Bibliothèque d'éducation spéciale“ die Herausgabe der wichtigsten französischen Werke über die verschiedenen Formen der Idiotie unternommen. Es geschah dies, wie B. in der Vorrede zu dem uns vorliegenden Band bemerkt, um den an den Idiotenanstalten thätigen Aerzten alle Arbeiten zugänglich zu machen, welche denselben ihre schwierige Aufgabe erleichtern können. Den hauptsächlichsten Inhalt des vorliegenden Bandes bilden Abhandlungen Itard's, welche der gegenwärtigen medicinischen Generation wenig oder nicht bekannt sind, aber wegen der Fülle origineller und für die Idiotenerziehung praktisch verwerthbarer Gedanken ärztlicherseits noch immer volle Beachtung verdienen.

An die Vorrede Bourneville's, welche die Verdienste Itard's auf dem Gebiete der Idioten- und Taubstummenerziehung würdigt, schliesst sich die Lobrede, welche Bousquet am 1. December 1839 in der Académie de médecine auf Itard hielt, und eine Besprechung der Berichte Itard's über den als Sauvage de l'Aveyron (der Wilde von Aveyron*) seiner Zeit in Frank-

*) Der Wilde von Aveyron war ein Knabe von 11 oder 12 Jahren, der in den Wäldern von Cannes, von Eicheln und Wurzeln sich nährend, sich herumtrieb, von Jägern, die zufällig auf ihn stiessen, aufgegriffen und in ein benachbartes Dorf gebracht wurde, aber alsbald wieder entwichte und sich wieder selbst während des strengsten Winters im Freien herumtrieb, bis er eines Tages aus freiem Antriebe sich in ein bewohntes Haus des Canton Saint-Sernin begab. Er wurde nunmehr festgehalten, in verschiedene Spitäler und schliesslich auf Veranlassung des Ministers des Innern nach Paris verbracht und dort Itard 1806 zur Erziehung übergeben.

reich bezeichneten Idioten, dessen Erziehung Itard unternommen hatte, durch Delasiauve. Diese an den damaligen französischen Minister des Innern gerichteten Berichte Itard's sind in extenso wiedergegeben und bilden unstreitig den interessantesten Theil des Bandes. In dem ersten Rapport legt I. seine ebenso geistreichen als von echtster Humanität zeugenden Ideen dar, welche ihn bei der Erziehung des erwähnten Idioten leiteten, und die Resultate, welche das von ihm eingeschlagene Verfahren hinsichtlich der geistigen Entwicklung seines Pflégling's innerhalb eines Zeitraumes von 9 Monaten erzielte. Pinel hatte bei dem Wilden von Aveyron unheilbaren Idiotismus diagnosticirt. Itard fasste dessen Zustand weit günstiger auf, das gesammte Ergebniss seiner 4 Jahre hindurch fortgesetzten ungemein geduldigen und wohlgedachten Bemühungen war jedoch, wie aus seinem zweiten Berichte an den Minister des Inneren erhellt, ein sehr bescheidenes.

Den Schluss des Bandes bilden eine Abhandlung Itard's über die durch Läsion der intellectuellen Functionen verursachte Stummheit und ein Bericht Husson's über die physiologische Erziehung des Gehörs bei den Taubstummen.

L. Löwenfeld.

IV. Original-Vereinsberichte.

XIX. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte zu Baden-Baden am 2. u. 3. Juni 1894.

(Schluss.)

Sommer-Würzburg: Einige Resultate der Untersuchung des Kniephänomens bei Aequilibrirung des Unterschenkels. Sommer führt mit Bezug auf seinen bei dem Congress in Rom demonstrirten Apparat folgendes aus:

Fortschritte in der Wissenschaft werden wesentlich durch leistungsfähige Untersuchungsmethoden bewirkt. Fortschritte in der Psychiatrie sind nicht in klassifikatorischer, vielmehr in methodischer Beziehung zu erwarten. Wenn man den nicht durch organische Hirnerkrankungen bedingten Geistesstörungen durch methodische Untersuchung näher treten will, so muss man vor allem die motorische Seite der psychopathischen Zustände untersuchen. Vor allem muss der cerebrale Einfluss auf den Ablauf von reflectorischen Vorgängen beobachtet werden. Durch Sommer's Apparat für Aequilibrirung wird das Kniephänomen in eine ganze Reihe von Hebungen und Senkungen aufgelöst, und man kann nun in der Form der Curve, welche sich über mehrere Secunden erstreckt, den cerebralen Einfluss sehr deutlich studiren. Sommer legt eine Reihe von Curven von Normalen bei verschiedenen Winkelstellungen des Knies, von Epileptischen im gewöhnlichen und komatösen Zustande, von Paralytischen mit fehlenden oder gesteigerten Kniephänomenen, ferner besonders von Kataleptischen vor, und weist auf die gesetzmässige Art des Ablaufes bei bestimmten Zuständen hin.

Dr. H. Schmidt (Bellevue-Kreuzlingen): Harnsaure Diathese und Neurosen. Vortr. hat, veranlasst durch die Veröffentlichungen Schetelig's und Lehr's, Harnuntersuchungen mittelst der Pfeiffer'schen Methode zur

Bestimmung der „freien Harnsäure“ bei 24 Kranken, meist Neurasthenischen und Hysterischen, gemacht. Die Methode erscheint ihm nicht genau genug, um damit das Procentverhältniss der „freien“ zur Gesammtharnsäure festzustellen. Da nun geringere Procente freier Harnsäure auch oft von Gesunden ausgeschieden werden, so ist es kaum möglich, auf Grund dieser Methode die sichere Diagnose auf „harnsaure Diathese“ besonders in den mittelschweren Fällen zu stellen. Unter seinen 24 Kranken schieden 6 beträchtliche Mengen freier Harnsäure aus. Bei allen ist eine deutliche psychische Erschöpfung zu constatiren. Die Patienten, die in dieser Beziehung intact waren, zeigten nicht die Pfeiffer'sche Reaction, umgekehrt aber auch nicht alle psychisch Erschöpften. — Vortr. hält es für nöthig, dem Thema mit genaueren Methoden (eventuell der von Arthaud und Butte, Progrès médical Nr. 36, 1893) näher zu treten, ferner Fälle zu sammeln, in denen notorische Arthriker psychisch oder nervös erkrankten. Er selbst theilt 5 Fälle kurz mit, von denen 3 das Zeichen psychischer Erschöpfung zeigen.

(Autoreferat.)

Von allgemeinen Betrachtungen über die Simulation von Blasenstörungen ausgehend, berichtet Weil (Strassburg) über einen Fall, in dem lange Zeit mit Erfolg eine Blasenstörung vorgetäuscht wurde. Es handelt sich um einen 21jährigen Soldaten, der bei einer militärischen Uebung durch einen Sprung von einer Mauer herab sein Leiden sich zugezogen haben wollte. Es bestand seinen Angaben nach darin, dass er in Folge schmerzhaften Harndrangs genöthigt war, alle 4—5 Minuten zu uriniren und dass in der Zwischenzeit der Urin in Tropfen abfloss. Bei der Untersuchung zeigte der Patient in der That die oben beschriebene Störung in der Urinentleerung, sonst aber kein stichhaltiges Symptom irgend einer organischen oder functionellen Erkrankung. Der Verdacht der Simulation, der sich aus verschiedenen Gründen anfrängte, erwies sich als gerechtfertigt; es gelang nach einiger Zeit, die Methode zu erüiren, die Patient zur Darstellung seiner Täuschungsversuche anwandte. Dieselbe bestand darin, dass er die Contractionen des Sphincter vesicae ext., durch welche die Urinentleerung abgeschlossen wird, hemmte. Dadurch erreichte er, dass der nach der Entleerung der Blase in der Harnröhre bleibende Urin nicht, wie es normaler Weise geschieht, herausgeschleudert wurde, sondern dass er langsam in Tropfen abfloss. Wenn man den Pat. aufforderte, am Schlusse der Harnentleerung den Urin vollends herauszupressen, so war keine Spur von Harnträufeln vorhanden. Der schmerzhaft Harndrang, der den Pat. nöthigte, alle 4—5 Minuten zu uriniren, wurde desswegen fingirt, weil nur etwa für diesen Zeitraum die in der Harnröhre befindliche Urinmenge zur Darstellung des Harnträufelns ausreichte.

(Autoreferat.)

Dr. med. Leop. Laquer (Frankfurt a. M.) beobachtete in 3 Fällen von hochgradiger Quintus-Neuralgie, die besonders im Supra-orbital-Aste sass, transitorische Störungen der Hirnthätigkeit. — Es handelt sich in 2 Fällen um Delirien auf hallucinatorischer Basis bei einem 54jährigen Zugführer und einer 20jährigen Beamtenfrau — in einem 3. Falle um aphasische Störungen mit Parästhesien in der rechten Gesichtshälfte und im rechten Arm. — Die Erscheinungen dauerten $\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunden. Die 3 Patienten waren hereditär nicht belastet, nicht

hysterisch, ohne luet. Antecedentien und zeigten keinerlei Symptome irgend einer Organ-Erkrankung. Auch an Epilepsie und an Migräne hatten sie nie gelitten. Die rein functionellen Störungen kamen und verschwanden mit den heftigen Schmerz Anfällen; sie heilten ohne jeden Defect. Unter Hinweis auf die einschlägigen Beobachtungen von Griesinger, Schüle, Kräftt-Ebing, Dupytren (Delirium nervosum seu traumaticum) ist der Vortr. geneigt, die vorübergehend und isolirt bei heftigen Neuralgien, besonders der Hirnnerven, auftretenden Bewusstseinsstörungen als Erregbarkeits-Veränderungen in der Hirnrinde aufzufassen, die durch Irradiation der heftigen Schmerzreize erzeugt werden. In einem — dem ersten — Falle war der Inhalt der Delirien so, dass man an eine illusionäre Umdeutung der Schmerzempfindung denken konnte. Es bestand übrigens volle Amnesie für jene traumähnlichen mit starker Erschöpfung der Patienten begleiteten delirösen Zustände von Incoherenz und Unorientirtheit. Auch die aphas. und pariet. Symptome des dritten Falles möchte L. in ähnlicher Weise -- nicht als Gefässkrampf wie bei Hemicranie, wo auch solche Quasi-Herderscheinungen vorkommen —, sondern als Hemmungs-Erscheinungen functioneller Art deuten. (Autoreferat.)

Strümpell: Mittheilungen und Demonstrationen 1. über Acromegalia. Str. zeigt Photographien von Acromegalie und Präparate, dabei einen enorm vergrößerten Unterkiefer, der aber in seinem Bau ausser den grösseren Dimensionen nichts Abnormes zeigt. Es bestand ein maligner Hypophysistumor. 2. Ueber primäre Degeneration der Py.-Bahn. Str. demonstirt Präparate einer Kranken, die nach Lähmung der gesammten willkürlichen Körpermuskulatur gestorben war. Die Veränderungen beschränkten sich auf die Pyramiden-Seitenstränge. 3. Eine eigenthümliche Form von Bulbärparalyse. Str. hat einen Fall beobachtet, in dem die Symptome für Bulbärparalyse sprechen. Von besonderen Erscheinungen war eine enorm schnelle Erschöpfbarkeit der Sprach- und der sonstigen Körpermuskulatur vorhanden. Oefters Erstickungsanfälle durch Zurücksinken der Zunge. Auffallender functioneller Wechsel der Symptome. Eines Tages ohne accidentelle Ursache exitus letalis. Bei Untersuchung des Nervensystems fand sich nichts. Str. hält das Bild mit seinen starken Schwankungen für so prägnant, dass er glaubt, die Diagnose lasse sich bestimmt stellen.

Dr. Becker (Rastatt): Krankendemonstration.

1. Ein Fall von Acromegalie, besonders der Nase. Kein Zeichen von Hypophysistumor.
2. Syringomyelie. Mit 17 Jahren Parästhesien beim Bügeln. Nach 8jähriger Pause Muskelatrophie der rechten Hand, auf den Arm und das rechte Bein übergehende Sensibilitätsstörung. Seit 2 Jahren Herz- und Athembeschwerden. Tastempfindung erhalten. Schmerzempfindung fast ganz verschwunden. Fussclonus. Die Athemnoth und das Herzklopfen könnten vielleicht mit interstitieller Nephritis zusammenhängen.
3. Bei einer 33jährigen Frau von cretinösem Wuchs seit 3 Jahren myxömatöse Schwellung der Haut. Frösteln, mindere Temperatur, Lockerung der Zähne, Schwellung des Zahnfleisches, wenig psychische Symptome.

4. Bei einem 24jährigen auffallend kleinen Mann seit 8 Jahren in den Wintermonaten Tetanicanfalle. Auf Beklopfen der Muskeln starke Contraction. Behandlung mit Schilddrüsentabletten ohne Erfolg.

N a u n y n betont mit Bezug auf Fall 2 (Syringomyelie) die Wichtigkeit der Kehlkopfuntersuchungen. N. hat mehrfach Posticus-Lähmungen gefunden.

Kraepelin: Ueber eine eigenartige Form des Schwachsinn.

Kr. weist auf jene eigenthümliche Gruppe von Kranken hin, bei denen sich hochgradigste Verwirrtheit im Reden mit völliger Orientirung im Denken verbindet. Sie zeigen ziemlich gutes Gedächtniss, beurtheilen einfache Verhältnisse ganz zutreffend, vermögen aber höchstens einige Sätze correct anzusprechen, dann verfallen sie in ein sinnloses Gefasel, in dem nur selten noch ein Rest eines Gedankengangs durchschimmert. Anakoluthe, Häufung von Redensarten und Flickworten ohne jede Beziehung, zuweilen Wiederkehr bestimmter meist bedeutungsloser Lieblingsredensarten, Wortneubildungen ohne Sinn, zuweilen eine Neigung zur rhythmischen Gliederung sind die wesentlichsten Charakteristika der Reden.

Dabei fassen die Kranken gut auf, es bestehen keine Sinnestäuschungen, keine greifbaren Wahnideen. Die Stimmung ist gehoben, selbstzufrieden, die gemüthliche Reizbarkeit gesteigert. Das Benehmen in der Anstalt meist correct. Der Zerfahrenheit in den Reden der Kranken entspricht nicht eine wirkliche Verwirrtheit im Denken und Handeln. K. zieht eine Parallele zwischen dieser Lockerung der normalen festen Beziehungen zwischen Vorstellungsinhalt und sprachlichem Ausdruck und den ähnlichen Erscheinungen im Traumreden.

Klinisch ist die Deutung der Fälle noch unsicher. Es handelt sich anscheinend um eine meist in jugendlichem Alter subacut auftretende Erkrankung, im Beginn mit Depression, vagen Verfolgungsideen, später mit unsinnigen zusammenhangslosen Grössenideen und Erregungszuständen einhergehend. Nach kurzer Zeit treten die Wahnideen zurück, und es entwickelt sich die geschilderte Sprachverwirrtheit, die Jahrzehnte hindurch stationär bleiben kann. K. glaubt einstweilen, diese Fälle den in jugendlichem Alter entstehenden und rasch zum Schwachsinn führenden Formen der psychischen Entartungsprocesse zurechnen zu sollen.

Aschaffenburg (Heidelberg): Ueber Ideenflucht.

Um Aufklärung über das Wesen der Ideenflucht zu gewinnen, wurden die normalen Associationsverbindungen mit denen bei Ideenflucht verglichen. Dabei stellte sich heraus, dass auch bei Gesunden Abspringen des Gedankengangs und indirecte Associationen, deren Verbindungsglieder nicht deutlich wurden, vorkommen. Der Unterschied zwischen den Associationen manischer und gesunder Personen besteht hauptsächlich in der Häufung der Klang- und Reimassociationen und der grösseren Stereotypie, die sich in der häufigen Wiederholung derselben Worte zeigt, bei den Kranken. Die Hyperprosexie, Steigerung der Aufmerksamkeit, Ziehen's, die in der sofortigen sprachlichen Reaction auf alle Gesichts- und Gehörsreize und sprachlichen Aeusserungen besteht, ist in Wirklichkeit eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit. Für den Alcoholrausch und die Ermüdung, speciell die körperliche, ist nachgewiesen, dass die Häufung der rein motorischen Sprachvorstellungen (Reime und Klänge) und die Stereotypie mit einer Ver-

längerung der Associationszeiten einhergeht. Die Verwandtschaft dieser experimentell erzeugten, die Analogie zwischen der bei Ermüdung und bei Erschöpfungspsychosen auftretenden Ideenflucht mit der bei manischen Kranken, endlich zeitmessende Versuche bei letzteren berechtigten zu folgenden Schlüssen:

Bei der Ideenflucht finden wir:

1. Eine Erleichterung des motorischen Vorganges.
2. Eine Veränderung des Associationsvorganges, der sich in Häufung der motorischen Sprachvorstellungen und grösserer Stereotypie äussert.
3. Eine Beschleunigung des Associationsvorganges ist bisher nicht nachgewiesen und ist ebenso unwahrscheinlich wie eine objectiv nachweisbare grössere intellectuelle Leistung. (Autoreferat.)

H. Dehio (Heidelberg): „Ueber gewisse Formen des periodischen Irreseins“.

Unter den atypischen Formen des periodischen Irreseins sind namentlich jene von Interesse, bei welchen Stupor auftritt. Bisher ist derselbe immer als einer depressiven Phase entsprechend geschildert worden; die Beobachtung mehrerer Fälle hat aber Votr. gelehrt, dass der Stupor auch an Stelle einer manischen Phase, als manisches Aequivalent auftreten kann, und dann neben der motorischen Hemmung einzelne manische Symptome, wie Ideenflucht, Putzsucht, Zerstörungstrieb etc., plötzliche Gewaltacte aus rein motorischem Drange zeigt. Dieses Verhalten wird an einigen Krankengeschichten erläutert. Mehrere Fälle zeigten ausgeprägte Katalepsie; dann waren auch hochgradige vasomotorische und trophische Störungen, starke Abnahme des Körpergewichts vorhanden. Niemals bestand aber der ganze Symptomencomplex der Attonität, wie auch die Erregung einen rein manischen Character aufwies. Dadurch, dass der Stupor an die Stelle der manischen Phase tritt, unterscheiden sich die Fälle wesentlich von Schüle's circulärem Stupor; auch war das Intervall relativ frei. —

Votr. schlägt für diese Form des Stupors die von Kraepelin zuerst gebrauchte Bezeichnung „manischer Stupor“ vor, womit auch betont werden soll, dass die Form speciell dem periodischen Irresein mit manischem Character eigenthümlich zu sein scheint. (Autoreferat.)

Sommer.

II.

53. ordentliche Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz.

Samstag, 9. Mai, Mittags 1 Uhr. Bonn, Hotel Kley.

Prof. Pelman-Bonn eröffnet die Sitzung. Mittheilung über das Ableben eines Vereinsmitgliedes, Dr. Zimmermann-Düsseldorf. Kurzer Bericht über den Congress zu Rom. Aufnahme neuer Mitglieder.

Vor Beginn der Vorträge gibt Pelman-Bonn den Vorsitz ab, da er in eigener Angelegenheit sich zum Wort melden wird.

Nötel: Ueber den Fall Feldmann.

Die Erwähnung der Worte „Process Feldmann“ rufe unerfrenliche Erinnerungen wach; ungünstige Beurtheilungen Seitens der Presse haben in Menge die Anstalten, das Aufnahme- und Entmündigungsverfahren getroffen.

Das Nachspiel biete die Reinharz'sche Broschüre mit v. Finklenburg's Vorwort. Dieselbe sei wohl für das breitere Publikum berechnet gewesen, so sei dem Vortragenden (Nötel) kein Exemplar des Buches zugegangen, wohl aber dem Redacteur der Tageszeitung seines Ortes. Das Buch wirke dahin, das Vertrauen in die Irrenärzte sehr zu erschüttern — wenn zugleich dadurch Vertrauen zu den nicht zünftigen Irrenärzten erweckt würde, so sei das wohl eine Nebenwirkung. Wenn die Broschüre zu einer ersten Mahnung an die berufenen Aerzte wird, so ist das den Irrenärzten nur lieb. — Bezüglich des Aufnahmeverfahrens sei die Aufmerksamkeit auf die ortspolizeiliche Genehmigung gelenkt. Dieselbe sei doch wahrlich mehr als die Beglaubigung der Unterschrift und mehr als die Beglaubigung, dass der Arzt kein Schwindler ist. Genaueste Befolgung der ortspolizeilichen Vorschriften genüge, um jede gewollte Niedertracht von vornherein auszuschliessen. Die Möglichkeit eines Irrthums sei immer vorhanden. Wenn für Feldmann mehrmals die Aufnahme in eine Anstalt genehmigt wurde, so schliesst das ein, dass die Düsseldorf'schen Polizei von seiner Gemeingefährlichkeit überzeugt war. Gemeingefährlichkeit hat die Polizei zu bestimmen. Der Anstaltsarzt findet bei seiner Beobachtung oft das scheinbar directe Gegentheil, zumal bei geschickt dissimulirenden Kranken, er muss sich aber auf das ortspolizeiliche Attest beziehen.

Bei schon Entmündigten sind weder Aufnahmeverfahren noch Polizeivermerke nöthig: diese Verantwortlichkeit würde N. gerne den Aerzten abgenommen wissen.

Bezüglich Beaufsichtigung seien alle Einrichtungen vorhanden: sie müssten nur gehandhabt werden. Jede Aufnahme wird dem Staatsanwalt gemeldet, der sich bei dem jeweilig zuständigen Bürgermeisteramt nach Familien- und Vermögensverhältnissen erkundigt. Oft giebt der Staatsanwalt wichtige Bemerkungen zurück, die dankend vermerkt werden. In der Broschüre sei der Vorwurf der Zwangsanwendung erhoben: dieser lasse aber den Beweis, die Bestätigung durch eidliche Zeugenaussagen vermissen. Wenn irgendwo solche Schenslichkeiten vorkämen, so dürfe man auch nur sagen, dass keine Ansicht getübt würde, nicht aber, dass keine Ansicht da sei. Redner spricht über seine eigene weitgehende und wirkende Aufsichtsbefugnis in seinem eigenen Kreise; dann giebt er seiner Verwunderung Ausdruck, dass der Bevorworter jener Broschüre es nicht erwähnt, dass die Irrenärzte selbst die Beaufsichtigung dringend wünschen (siehe Frankfurter Beschlüsse). Bezüglich des Entmündigungsverfahrens glaubt N., dass bei richtiger Ausführung die Vorschriften genügen. Die Forderungen der Broschüre seien übertrieben und würden nur zu Weiterungen führen. Die Wirkung eines Gerichtsprocessverfahrens auf einen Kranken sei unabsehbar; in gar vielen Fällen würde derselbe der gerichtlichen Zustellung durch Verreisen, Verstecken ans dem Wege gehen oder er würde geeigneten Anlass zur Dissimulation haben. Nur wünscht N., derselbe Richter, der das Urtheil jetzt ausspricht, möge derselbe sein, der das Aufnahmeverfahren leitete, statt sich nur auf Protocolle stützen zu können, hätte er hier eigene Erinnerung. Ein Gesunder sei nicht in Gefahr, entmündigt zu werden; gesundes Benehmen in der Beobachtungsanstalt und das Beschwerdeverfahren seien zu seinem Schutze ausreichend. — Die genannte Broschüre

vorgibt ganz das Recht der Anfechtungsklage; Feldmann konnte diese Klage erheben, warum habe er es nicht gethan? Aus der Broschüre sei nur zu ersehen, dass kein Vorwurf gegen das bestehende Recht schlechter begründet sein kann, als der aus diesem Process hergeleitete. Im Jahre 1887 ist gesagt, dass bei Feldmann's Weigerung, sich in einer Anstalt beobachten zu lassen, das Gericht keine weiteren Mittel habe, die Zweifel zu heben — wo bleibe da das Medicinalcollegium, das gar nicht in Frage gekommen sei? Ein Process, der so viel Unterlassung vorgesehener Massregeln u. s. w. aufweise, sei ein schlechter Sturmbook gegen das giltige Verfahren. Specielle Gesetze für den handelnden Arzt gebe es nicht — brauche es auch nicht — aber trotzdem stelle man ihn wegen Kunstfehlers vor Gericht.

Zum Vorwort bemerkt N. noch, Bevorworter scheine es nicht zu wissen, dass oft Personen als gebessert entlassen würden, bei denen Bevormundung schon abgerathen wird.

Interessant wäre eine psychiatrisch-wissenschaftliche Beleuchtung des Falles Feldmann; das Material der Broschüre reiche nicht aus.

N. schliesst mit folgenden Worten (die dann als Resolution angenommen werden):

„Ich kann nicht verhehlen, dass ich es auf's Tiefste bedaure, dass ein Mitglied unseres Vereins, dessen Mitarbeiterschaft in fruchtbringendster Weise unsere Arbeit gefördert hat, den Weg collegialen Austausches, der ja beliebig durch Veröffentlichung in medicinischen, juristischen und anderen Fachzeitschriften verbreitert werden konnte, verlassen und den der breitesten Popularität eingeschlagen hat, ohne sogar dabei Mittheilungen zu vermeiden, die an und für sich kränkend, in der Verschwiegung aber der Namen der Kritisirten im Publikum gegen alles, was in der Rheinprovinz Irrenanstalt heisst, das grösste Misstrauen zu erwecken geeignet sind. Das thut mir persönlich ja keinen Schaden, aber mir thun die armen Menschen leid, die gezwungen sind, die Anstalt aufzusuchen und nun das Misstrauen in sich aufgenommen haben. Die sind zu bedauern!“

Pelman-Bonn bezeichnet die Broschüre als eine geschickte Advocatenarbeit; es sei nichts hinzugefügt, aber viel weggelassen. Er geht dann in grossen Zügen die Broschüre durch und weist einen Theil der darin gemachten Angaben energisch zurück. Er vermisst u. a. die Angabe der berühmten Schweizer Irrenärzte, die den F. für gesund erklärt hätten; er wisse von Forel's Gutachten, das das Gegentheil besage. Einige auf seine Person bezügliche Angaben, wie die, dass er der Frau F. auf Ansuchen die Stellung handfester Wärter zugesagt, weist Pelman als Lügen ab. Zu der Behauptung v. Finkenburg's, dass Feldmann 86—87 gesund gewesen sei, erwähnt Pelman, dass Forel unter dem 9. Juni 86 die Krankheit bestätige, ebenso am 27. 12. 87 Flechsig (F. ist noch nicht als völlig genesen zu betrachten). Ein Brief Flechsigs kommt auf dessen Wunsch zur Verlesung: „Dr. B. (Verf. der Broschüre) hat alle die Stellen unterschlagen, die auch dem Laien die Geisteskrankheit beweisen müssten“ und schliesslich wird „v. Finkenburg verantwortlich gemacht für eine leichtfertige und unwürdige Eetstellung der Thatfachen.“ Es wird constatirt, dass bei

Feldmann trotz bestehender Entmündigung ortspolizeiliches Zeugnis beigebracht wurde.

Gudden-Pützchen fragt, wie Finklenburg sagen könne, dass ein Kranker widerrechtlich in einer Anstalt sei: derselbe leide an classischer chronischer Paranoia und während 3 Jahren habe ihn v. F. gar nicht gesehen.

In der Discussion sprechen ferner **Schreiber-Düren** und Prof. **Ungar-Bonn**.

Thomsen-Bonn: Ein Advocat habe eine Tendenzschrift geschrieben, in der Hoffnung, dadurch eine Gesunderklärung seines Klienten zu erreichen. — Unentschuldigbar sei das Vorgehen eines ärztlichen Collegen in dieser Sache; Beschluss dahin verlangt. **Tigges-Düsseldorf**, **Schultze-Bonn** verlangen Veröffentlichung. **Hertz-Bonn** vermisst in dem Falle Feldmann jede durchgehend geführte Krankengeschichte.

Liebmann-Bonn: Ueber Chorea und Geistesstörung.

Thomsen-Bonn giebt 5 Fälle von Zwangsvorstellungen, deren einige schliesslich mit Selbstmord endeten. **Schultze-Bonn** will Neurasthenie und Zwangsvorstellungen auseinander gehalten wissen. **Steiner-Bonn** macht auf die la Tourette'schen Begriffe von Echolalie und Koprolalie aufmerksam. Auf Frage erklärt **Thomsen** bezüglich einiger Fälle, dass die Hypnose sehr leicht anwendbar, aber ganz erfolglos gewesen sei. **Pelman** glaubt, dass man den Zwangsvorstellungen weit grössere Aufmerksamkeit zuwenden müsse.

Schultze-Bonn: Einige Bemerkungen über Hysterie und Hypnotismus. Hält das Fehlen des Pharynxreflexes für kein Zeichen der Hysterie, weil auch bei vielen Gesunden und wenig Hysterischen vorhanden. Auch die Anästhesien sind unsicher. **Steiner-Bonn** spricht entgegen **Schultze-Bonn** für Hypnose.

Wegen vorgertückter Zeit unterbleibt der letzte Vortrag. Nächste Versammlung Samstag, 10. November.

Bernard-Godesberg.

V. Zur Tagesgeschichte.

Die diesjährige Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte findet in Dresden am 21. und 22. September or., früh 9 Uhr, im Anschluss an die Naturforscherversammlung in Wien statt. Die Vorbereitungen am Orte selbst hat freundlichst Herr Dr. Ganser, Dresden, Lüttichaustrasse 25, übernommen.

Als Discussions-Themata sind aufgestellt:

Die Criminal-Psychologie, Referent Privatdocent Dr. **Sommer-Würzburg**.

Die Begrenzung der allgemeinen Paralyse, Referent Herr Prof. Dr. **Binswanger-Jena**.

Der 2. Entwurf des bürgerl. Gesetzbuches, Referent Herr Prof. **Mendel-Berlin**.

An Vorträgen sind angemeldet:

Dr. Ad. Meyer-Roda: Ueber Faserschwund im Gehirn bei Geisteskranken.

Dr. G. Ilberg-Sonnenstein: Ueber hallucinatorischen Wahnsinn (Kraepelin).

Dr. A. Alzheimer-Frankfurt a. M.: Die arteriosclerotische Atrophie des Gehirns.

Dr. Kaiser-Lindenhof: Ueber den Werth der vergleichend anatom. Untersuchung des Centralnervensystems.

Dr. Lührmann-Dresden. Ueber die Beziehungen des Alcoholismus zur Hysterie.

Oberarzt Dr. Ganser-Dresden: Ueber hysterische Psychosen.

Ueber die äussere Anordnung sind folgende Bestimmungen getroffen:

Sitzungssaal: Saal des kgl. Landes-Medicinal-Collegiums, Zeughausplatz 31.

Empfang: am 20. September Abends auf der reservirten Veranda des kgl. Belvedere der Brühl'schen Terrasse.

Diner am 21. September auf dem kgl. Belvedere der Brühl'schen Terrasse.

Gasthöfe: Hotel Bellevue, Hotel Weber, Hotel Stadt Gotha, Hôtel du Nord.

Restaurationslocal: Abends in einem reservirten Saal der Stadt Gotha.

VI. Personalien.

Zur Berichtigung falscher Zeitungsnachrichten diene die Notiz, dass von der medicinischen Facultät in Innsbruck als Nachfolger Prof. Anton's vorgeschlagen wurden primo loco Sommer und v. Monakow, secundo loco Mayer und Schnopfhausen.



CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 September.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Diabetes insipidus mit gleichzeitiger Retentio urinae spastica bei einem hysterischen Mädchen.

Von Dr. A. Linke, III. Arzt an der Provinzial-Irrenpflege-Station
Tost (Oberschlesien).

Angeregt durch die Arbeit Albert Mathien's: *La polyurie hystérique* (Revue neurologique 1893, Nr. 19) unternehme ich es zugleich mit Rücksicht auf die kleine Zahl der dieses Gebiet betreffender Veröffentlichungen in Deutschland, folgenden Krankheitsfall eingehender zu beschreiben, den ich in meiner früheren Stellung an der Privat-Irrenanstalt des Herrn Dr. Klendgen, Oberrnigk, zu beobachten Gelegenheit hatte. Der Fall betrifft eine 16jährige Kranke, die neben einer grossen Reihe anderer, als „hysterisch“ unverkennbarer Krankheitserscheinungen während eines Zeitraumes von 11 Tagen das Bild eines hysterischen Diabetes insipidus mit gleichzeitiger Retentio urinae spastica darbot, eine Combination, die man immerhin zu den selteneren Vorkommnissen in der Pathologie der Hysterie wird zählen müssen.

Die Krankengeschichte unserer Patientin, die auch nach anderer Richtung hin, zumal was Störung der Sprache und des Farbensinns anlangt, manches Bemerkenswerthe zu bieten vermag, ist zunächst folgende:

Frl. N. N. ist 16 Jahre alt, mosaischer Confession. Die Eltern der Pat. sind Onkel und Nichte; eine Tante ist geisteskrank. Pat. selbst machte als Kind Masern und Scharlach durch, ferner vor 3 Jahren einen Gelenkrheumatismus, der vor 2 Jahren recidivirte, jedoch keinerlei Störungen hinterliess. Seit ihrem 12. Jahre ist Pat. menstruiert, seitdem leicht eblorotisch, hat zeitweise auftretenden Fluor albus; hat viel Eisen und Arsenik gebraucht. — Von Kind auf war die Kranke ein sehr gewecktes,

gut beanlagtes, sehr bewegliches Wesen, stets zu Schelmereien bereit, dabei aber gutmüthig, offen und zutraulich. Durch den frühen Tod ihrer Mutter war das Regiment im Hause offenbar stark gelockert, Pat. fand viel Gelegenheit und Zeit, sich mit ihren in dieser Beziehung ähnlich veranlagten Schwestern in ihrem Heimathsörtchen herumzutreiben, viel Liebschaften mit Gymnasiasten anzuknüpfen, Briefchen zu schreiben u. s. w. Doch hielt sich dies alles noch in verhältnissmässig bescheidenen Grenzen. Pat. ist virgo. Vorübergehend soll die Kranke einmal an Somnambulismus gelitten haben. — Am 13. XII. 1893 wurde Pat. auf einem ihrer abendlichen Streifzüge von einem jungen Manne „angefallen“. Im Anschluss an diesen Schreck sollen sich nun am 14. und 15. XII. anfallsweise bis zur Dauer einer Stunde „Krämpfe“ eingestellt haben bei relativ freiem Bewusstsein. Am 16. XII. verlor die Kranke dann, wie sie selbst sich ausdrückt, ganz den Verstand. Nach den Angaben der Verwandten zu urtheilen scheint eine schwere hallucinatorische Verworrenheit mit starker motorischer Erregung vorgelegen zu haben, die bis zum 19. XII. früh anhielt. Am Morgen des 19. trat verhältnissmässig schnell Ruhe ein, Pat. fing an ihre Umgebung wiederzuerkennen, war bereits gegen Mittag völlig orientirt, so dass der Transport möglich wurde. —

Am 19. XII. 93 Abends kommt Pat. zur Aufnahme. Sie ist frei von stärkerer Erregung, nur etwas ängstlich und verweint, vollkommen orientirt, hat volle Einsicht in das Krankhafte des in den letzten Tagen Erlebten. Sie erzählt, dass der betreffende junge Mann sie schon an den vorhergehenden Tagen auf der Strasse verfolgt habe. Am Mittwoch den 13. versuchte er zunächst ihre in Begleitung einer Consine befindliche Schwester anzufallen, später vertrat er ihr selbst den Weg, wurde „zärtlich und handgreiflich“; als sich Passanten näherten, nahm er Reissaus. — Während der sogenannten Krampfanfälle will Pat. stets bei vollem Bewusstsein gewesen sein. Für die Zeit der folgenden Verworrenheit ist die Erinnerung eine summarische: Es war ein Gewühl von Menschen um sie herum, die auf sie hineinredeten und schimpften. Auch den jungen Mann glaubte sie oft im Zimmer zu sehen, derselbe schimpfte ebenfalls und sprach so gemeine Dinge, dass sie es nicht wiedererzählen kann. —

Die körperliche Untersuchung des etwas grazil gebauten Mädchens ergiebt als pathologischen Befund nur das Vorhandensein eines leichten Grades von Chlorose. Es bestehen keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen mit Ausnahme einer circumscribten, fingerkuppengrossen Hyperästhesie in der Gegend der Spitze der linken scapula. Die Reflexe sind normal. Die Pupillen sind auffallend weit, gleich, reagiren gut. Es besteht keine Einengung des Gesichtsfeldes, der Farbensinn ist normal, ebenso der Augenspiegelbefund. — Im Harn keine pathologischen Bestandtheile. — Pat. bekommt täglich eine Messerspitze Ferr. reduct., sowie 2mal täglich 0,2 Chin. sulf., daneben roborirende Diät. —

5. I. 94. Die Kranke lebte sich in der Anstalt sehr gut ein, verhielt sich stets vollkommen correct, war bescheiden, gesellig und zutraulich. Der Appetit, der anfangs zu wünschen übrig liess, besserte sich schnell. Die Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute wurde zusehends eine gesündere, das Körpergewicht nahm im Laufe von 14 Tagen um 5 Pfund zu. Am 26. XII. 93 traten nach 6wöchentlicher Pause die menses ein,

während deren Pat. zu Bett gehalten wurde. — Heute gegen Abend klagt die Kranke plötzlich über Schmerzen im Kopf und in der Magengegend, sowie Appetitlosigkeit, äussert die Befürchtung „Krämpfe“ zu bekommen. Pat. wird zu Bett gebracht und bekommt 0,5 Chinin in Lösung; danach gehen alle Erscheinungen ohne weitere Folgen vorüber. —

9. I. 94. Pat. erschrickt heute über das Springen eines Lampencylinders, bald darauf bittet sie zu Bett gehen zu dürfen und klagt sofort über Schmerzen in der Magengegend und Globusgefühle. Sie liegt sodann mit stark geröthetem Gesicht und krampfhaft geschlossenen Augen auf der Seite, reagirt auf Fragen gar nicht; die Pupillen sind mittelweit, reagiren gut; es folgen für einige Minuten einzelne clonische Zuckungen mit Rumpf und Armen. Hierauf wird Pat. für ungefähr 10 Minuten lucid, um nunmehr, nachdem sich zunächst die oben beschriebenen Erscheinungen wiederholt haben, in einen Zustand zu verfallen, der den Typus für die Mehrzahl der Anfälle abgeben kann, die im Laufe der beiden nächsten Monate bei der Kranken zur Beobachtung kamen. Eingeleitet wurden dieselben theils durch die oben erwähnten Beschwerden seitens des Magens und Kopfes mit Globusgefühl, theils durch Hustenkrämpfe von der Dauer bis zu einer halben Stunde. Diesen Initialsymptomen folgte dann ein Zustand, wie ihn v. Krafft-Ebing beschreibt als „Dämmerzustand mit zwangsmässiger, erleichterter Reproduction von Erlebtem, Gelesenem u. s. w.“ Die Dauer dieses Zustands wechselt von $\frac{1}{4}$ Stunde bis zu 6 Stunden. Allerdings war bei unserer Kranken in den längeren, ein bis mehrere Stunden dauernden Attaquen die Bewusstseinsstörung eine tiefere und die Amnesie dementsprechend eine totale. Die Lösung erfolgte bei den länger dauernden Anfällen durch einen kurzen Schlaf. Sobald Pat. aus diesem erwachte, wusste sie über alles, was sie während der Dauer der Störung gesagt und gethan, nicht die mindeste Auskunft zu geben, behauptete stets, die ganze Zeit über geschlafen zu haben. Im neuen Anfalle dagegen war die Kranke stets im Stande, sich auf alles zu besinnen, was in früheren Anfällen gleicher Intensität mit ihr vorgegangen. Das Verhalten der Pat. während des krankhaften Bewusstseinszustandes selbst war stets das gleiche; die Wärterin durfte das Bett der Kranken nicht verlassen, da sie zu allem möglichen Unfug bereit war: sie versuchte auf Tische und Schränke zu klettern, wollte Lampe und Fenster zerschlagen, würgte sich am Halse u. s. w. Ihre Umgebung verkennt Pat. stets in derselben Form: sie ist nicht in Obernigk, sondern in Owinsk, der Arzt ist Oberwärter, die Oberin 1. Wärterin. Characteristisch ist nun vor allem die Sprechweise der Kranken: sie schwatzt unaufhörlich im „Depeschenstil“, z. B. „schon lange krank“ — „Niemand gewusst“ — „Kein Fieber gehabt“ — „Eisbeutel auf Kopf und Herz gelegt“ — „Unsinn“ — „Haben mich gequält zu Hause“ — „Hier bleiben“ — „Gesund werden“ — „Doctor holen“ — u. s. w. Was Pat. in dieser Form vorbringt, sind Erinnerungen theils von früher her, theils aus der Zeit ihres Anstaltsaufenthalts; dabei ist eine Steigerung des Erinnerungsvermögens unverkennbar; zum Erstaunen ihrer Umgebung reproducirt Pat. mitunter in richtiger Folge alles, was der Arzt vor vielen Tagen schon bei der Visite zu ihr und ihren Mitkranken gesprochen hat. Nebenbei macht sich Pat. auch über ihre Umgebung lustig, spielt den Schelm,

ulkt in harmloser Form über neben ihr stehende Personen, ohne sie zu erkennen, und spricht ihnen gelegentlich die Worte nach. — Von charakteristischen körperlichen Begleiterscheinungen ist zunächst eine nach Intensität und Ausdehnung wechselnde Störung der Sensibilität zu erwähnen. In den mehrstündigen, schweren Attaquen fand sich mitunter eine die gesammte Oberhaut mit Ausnahme einer später zu erwähnenden Stelle einnehmende Aufhebung der Tastempfindung; auch die Schmerzempfindung war stark herabgesetzt; nur starke, mit dem farad. Pinsel applicirte Ströme lösten eine schmerzhaft empfindung aus. Andere Male wieder war das Fehlen jeden Tastgefühls auf die ganze rechte Körperhälfte beschränkt. Bei einem Theil der Anfälle fehlte jede Herabsetzung der Sensibilität; regelmässig jedoch bestand auch im Anfalle die fingerkuppengrosse Hyperästhesie an der Spitze der linken Scapula, und von hier gelang durch Druck mehrmals eine Kupirung der Anfälle während ihres Initialstadiums. Ausserdem war stets noch eine spontane Schmerzhaftigkeit der Gegend des Magens und des linken Ovariums vorhanden. — Eine weitere Störung zeigte während der Dauer des krankhaften Bewusstseinszustands der Farbensinn der Kranken, und zwar waren beide Augen stets in gleicher Weise afficirt. Bei einer Prüfung mit Wollproben legte Pat. stets, ohne zu zögern, zu roth die grünen, zu blau die gelben, zu rosa die rothen Bündel; dabei unterschied Pat. streng die verschiedenen Gruppen von Farben. Es bestanden demnach hier die verschiedenen Formen der Farbenblindheit neben einander. Ebenfalls ganz constant war das Resultat bei der Prüfung mit transparenten Gegenständen. Benutzt wurden Gläser und Fläschchen, die mit gefärbten Flüssigkeiten gefüllt waren. Ich will betonen, dass diese Versuche häufig wiederholt wurden. Gläser und Fläschchen waren unter sich absolut gleich und nur durch die Farbe von einander zu unterscheiden, zudem wurde Pat. auf die verschiedenste Weise überrascht. Das Resultat der Prüfung war stets das nämliche: das rothe Glas und Fläschchen nannte Pat. stets „gold“, das blaue „weiss“, das grüne „blau“. In den Fällen, wo eine Störung der Sensibilität fehlte, war auch eine solche des Farbensinns nicht nachweisbar. —

Derartige Bewusstseinsstörungen, wie sie eben beschrieben wurden, nur nach Intensität und Dauer von einander abweichend, hatte Pat. am 9. und 10. XII. 93 je eine, am 11. XII. zwei, am 12. XII. und 18. I. 94 je eine. —

20. I. 94. Gestern Abend 8 Uhr stellte sich bei der Kranken plötzlich totale Aphonie ein, bei freier Psyche. Nachts kein Schlaf. Heute Morgen 9 Uhr schreibt Pat.: „ich werde nun bald wieder sprechen können“, sagt unmittelbar darauf „ja“ und spricht sofort fliessend weiter. Dass sie bald wieder im Stande sein werde zu sprechen, hat sie gemerkt an dem „Nachlassen eines spannenden, zusammenziehenden Gefühls im Halse“. —

3. II. Pat. wurde seit der aphonischen Störung am 20. I. während des ganzen Tages zu Bett gehalten; es erfolgten keine weiteren Anfälle; das Körpergewicht ist bis jetzt im Ganzen um 10 Pfund gestiegen. Gestern Abend 6 Uhr setzte plötzlich eine neue totale Aphonie ein, in der Nacht schlief Pat. nicht, die Aphonie dauerte bis heute Nachmittag 2 Uhr. Diesmal war eine gewisse gleichzeitige Trübung des Bewusstseins unverkennbar. Pat. benahm sich auffallend kindisch und läppisch. Schreibt mit lächelnder Miene: „ich werde nun gleich sterben“; ausserdem besteht ein

gewisser Grad sexueller Erregung: schreibt Männernamen auf und küsst dann die Schriftzüge. — Es gelingt bei seitlicher Compression des Kehlkopfes nach Ollivier Pat. zunächst zum Phoniren, dann auch zum leisen Sprechen zu bringen; doch vermag sie ganze Wörter erst dann nachzusprechen, wenn sie dieselben buchstabirt hat. Ruft man der Kranken dann plötzlich ein neues Wort zu mit der Aufforderung, es sofort, ohne erst zu buchstabiren, nachzusprechen, so vermag sie nicht nur dies nicht, sondern gleichzeitig ist jegliche Fähigkeit zu phoniren wieder verloren, und man sieht sich genöthigt, die ganze Procedur von Neuem zu beginnen. Eine Heilung der Sprachstörung gelingt durch die Manipulation nicht. Die Fähigkeit, vorher buchstabirte Worte zu sprechen (mit halblauter Stimme) überdauert den Druck am Kehlkopf nur einige Minuten, zudem strengen die Uebungen Pat. offenbar sehr an. —

9. II. Heute Vormittag 11 Uhr erfolgt ein halbstündiger Anfall hysterischen Hustens, ein zweiter Nachmittags 2 Uhr; danach liegt Pat. bis zum Abend in einem tiefen Traumzustand mit krampfhaft geschlossenen Augen, reagirt auch auf lautes Anrufen gar nicht; seit gestern Mittag hat keine Harnentleerung stattgefunden, die Blase steht knapp 2 Finger über der Symphyse. Abends 8 Uhr wird Pat. lucid; trotz heftigen, schmerzhaften Harndrangs ist sie nicht im Stande, auch nur einen Tropfen Urin zu entleeren. Gegen 10 Uhr erreicht die Füllung der Blase einen solchen Grad, dass mit dem Catheter nicht länger gezögert werden darf. Durch einen mittelstarken, festen Catheter werden ca. 1200 ccm. eines schwach-sauren, hellgelben, klaren Urins entleert. Sein spec. Gewicht beträgt 1008, er enthält kein Eiweiss, keinen Zucker.

10. II. Pat. schief Nachts gar nicht, klagte viel über Kopfschmerzen, früh 8 Uhr muss wegen hohen Blasenstandes wieder zum Catheter gegriffen werden. Pat. klagt über Schmerzen in der vollen Blase, die spontan bestehen und bei leiser Palpation und Percussion sich bedeutend steigern. Dem gut erwärmten und geölten Catheter setzt sich bereits beim Eindringen in das orificium urethrae, dann auch auf dem ganzen Verlauf durch die urethra ein Widerstand entgegen, der sich kurz vor dem Eingang in die Blase noch merklich steigert und nur durch beständigen sanften Druck zu überwinden ist. Sowie der Catheter in die Blase gegliitten ist, schießt der Urin unter starkem Druck hervor. Die Blase entleert sich schnell unter gleichmässigem Bestehenbleiben des Druckes; gegen Ende der Entleerung fühlt man die fest sich contrahirende Blasenwandung unter heftigen Schmerzen für die Kranke stossweise an den Catheter anschlagen; giebt man diesem Drucke nach, indem man den Catheter nur lose zwischen Daumen und Zeigefinger ruhen lässt, so wird derselbe ruckweise aus der urethra herausgetrieben, so dass er schliesslich nur noch mit einem Theil seines Schnabels in der urethra liegt und, ohne dass es noch eines eigentlichen Zuges bedürfte, hinwegzunehmen ist. — Diese eben beschriebenen Erscheinungen wiederholten sich bei Anwendung des Catheters stets; als einmal ein Versuch mit einem Nelaton-Catheter gemacht wurde, gelang es zwar, wenn auch mühsam, denselben in die Blase einzuführen, nachdem jedoch einige ccm Urin hindurch geflossen, wird der weiche Catheter von den Blasenschliessern ruckweise bis zu völligem Verschluss zusammengequetscht, so dass späterhin wieder nur feste oder halb feste Catheter zur Anwendung kommen konnten

Catheter um 12 Uhr Mittag,

Catheter um 5 Uhr Nachmittags (spec. Gewicht 1006).

Im Laufe des Nachmittags stellte sich ein vermehrtes Durstgefühl ein. Gegen Abend bekommt Pat. 15 gtt's Tinct. Opii spl., warme Umschläge auf die Blasengegend, später ein warmes Vollbad, alles erfolglos. Catheter 9 Uhr Abends (1004).

Gesamttagesquantum des Urins ca. 4500 ccm. — Keine patholog. Bestandtheile.

11. II. Wenig Schlaf, quälender Durst.

Catheter 5 Uhr früh, 11 Uhr Vormittags, 2 Uhr Nachmittags, 6 Uhr Abends, 9 Uhr Abends, 12 Uhr Nachts.

Gesamttagesquantum 5500 ccm, spec. Gewicht 1003; schwachsauer, beinahe wasserhell, klar, ohne pathol. Bestandtheile.

12. II. Wenig Schlaf; heftige Schmerzen im Hinterkopf und in der Blasengegend; reichliches Verlangen nach Wasser. — Der Puls der Kranken ist in seiner Frequenz während der ganzen Dauer der diabetischen Attaque gegen das Verhalten an gesunden Tagen um 10—15 Schläge (70—75) herabgesetzt und etwas gespannt. — Catheter um 5, 8, 10, $\frac{1}{2}$ 12, 1, $\frac{1}{2}$ 3, $\frac{3}{4}$, 5, 6, 8, 10, Uhr. — Gesamtmenge am 12. II. 10,000 ccm, spec. Gew. knapp 1001.

Es wurde heute der Versuch gemacht, den Sphincterenkrampf durch Einführen von Urethralstiften mit je 0,05 Cocain. mur. zu beseitigen, jedoch kein Erfolg erzielt. — Obwohl eigentlich die Annahme, dass die vermehrte Diurese nur die Folge einer willkürlich gesteigerten Flüssigkeitszufuhr sei bei der vorliegenden hochgradigen Verdünnung des Urins und den lebhaften Beschwerden, welche die Kranke selbst durch den ganzen Zustand empfand, von vornherein von der Hand zu weisen war, wurde doch mit Rücksicht auf die hysterische Basis der Störung, um Sensationssucht, sexuelle Erregung oder Aehnliches mit Sicherheit ausschliessen zu können, der Versuch gemacht, der Kranken unter peinlicher Controlle des Gesamtbefindens alle Flüssigkeit zu entziehen. Dies geschah Mittags 12 Uhr, gleichwohl wurde bis Abends 8 Uhr der Catheter 6mal nothwendig, das niedrige spec. Gewicht blieb dasselbe, Pat. wurde benommen, der Kopfschmerz nahm zu, der Puls wurde frequent und weich, die Zunge belegt, der Appetit schwand ganz, so dass man sich gezwungen sah, Pat. wieder wie zuvor nach Herzenslust trinken zu lassen. — An dieser Stelle sei gleichzeitig betont, dass eine Fälschung des Urinbefunds, etwa durch heimlichen Wasserzusatz seitens der Kranken völlig anzuschliessen ist, da sich Pat. während der ganzen Dauer der Attaque Tag und Nacht unter Aufsicht befand und die Prüfung des spec. Gewichts nach der gehörigen Abkühlung an dem mit dem Catheter unmittelbar in den Messcyliuder entleerten Urin erfolgte. —

13. II. Status idem. — Catheter um $\frac{3}{4}$ 4 und 8 Uhr früh. — Um $\frac{1}{2}$ 10 Uhr wird ein halbfester Dauercatheter mit Hilfe einer Heftpflasterbandage eingelegt und die Wärterin angewiesen, alle halben Stunden die Klemme zu öffnen. Bis Nachmittag 4 Uhr entleert Pat. durch den Verweilcatheter ca. 4 Liter Urin. — $\frac{1}{2}$ 5 Uhr eine den früheren analoge Bewusstseinsstörung mit der gewohnten Geschwätzigkeit und Verkennen der Umgebung. Dauer eine Viertelstunde. — Pat. wird während derselben nur

mit Mühe daran verhindert, sich die Bandage loszureissen. Nach Beendigung des Anfalles klagt Pat. über heftige Schmerzen in der Harnröhre, der Verweilcatheter wird entfernt, das orif. ur. ist reizlos. 6 Uhr Anfall hysterischen Hustens, sofort kupirt durch Druck auf die linke Scapularspitze.

Catheter 8 Uhr Abends. — Gesamtmenge 8000 ccm, spezifisches Gewicht 1001.

14. II. Schlaf von 2—6 Uhr Nachts.

Catheter $\frac{1}{2}$ 9 Uhr, 9 $\frac{1}{2}$ Uhr Verweilcatheter eingelegt, der wieder alle halbe Stunden geöffnet wird.

11 Uhr totale Aphonie, kupirt durch Druck auf die Spitze der linken Scapula. Bald darauf hysterischer Hustenanfall, dessen Kupirung nicht gelingt. Da sich in Folge wiederholter Hustenanfälle der Catheter mehrmals aus der urethra herausdrängt, wird derselbe entfernt. Pat entleert kurz darauf spontan gegen 300 ccm Urin, offenbar eine Folge der mechanischen Dilatation der Sphincteren durch den Catheter. Nachmittags 3 Uhr warmes Vollbad, ohne Erfolg.

Catheter um 4, 5, 8, 9 $\frac{1}{2}$ 10 Uhr. Für die Nacht Verweilcatheter eingelegt. Gesamtmenge 8000 ccm, spec. Gew. 1001.

15. II. Wegen neuer Hustenanfälle muss der Verweilcatheter Nachts 1 Uhr entfernt werden. — Catheter um 7, 9, 12 Uhr. — Von jetzt ab gestaltete sich die Sache so, dass Pat. fast regelmässig nach erfolgtem Catheterismus im Stande war, einmal selbstständig, wenn auch unter grossen Mühen und starken Schmerzen, 300—500 ccm Urin zu entleeren, offenbar, wie schon erwähnt, eine Folge der Sphincterendehnung durch den Catheter. — Catheter 5 und 8 Uhr Nachmittags. —

Gesamtmenge 7000 ccm, spec. Gew. 1002.

16. II. Schlaf von 10—2 Uhr. Catheter um $\frac{1}{2}$ 3, 8, 2, 4, 6, 8, 10 Uhr. Gesamtmenge 7000 ccm, spec. Gew. 1003.

Appetit heute neben reichlicher Wasseraufnahme etwas gehoben. — Atrop. sulfur. 0,001 2mal täglich in Pillen blieb ohne Erfolg. —

17. II. Catheter 2 Uhr Nachts, 5, $\frac{1}{2}$ 9, 11, 2, 5 Uhr. — 6 Uhr Aphonie, Blase gefüllt, Catheter, Pat spricht darnach sofort. Catheter 8 Uhr Abends. Gesamtmenge 6000 ccm, spec. Gew. 1003.

18. II. Wenig Schlaf. Catheter 8, 11, 2, 5 Uhr. Zwischen je 2mal Catheter eine selbstständige Harnentleerung. Von Abends 6—10 $\frac{1}{2}$ Uhr eine den früheren analoge Bewusstseinsstörung, während derselben mehrmalige selbstständige Entleerung.

Gesamtmenge 5000 ccm, spec. Gew. 1003.

19. II. Früh 7 Uhr nach mehrstündigem Schlaf setzt eine neue Bewusstseinsstörung ein, die bis 12 Uhr Mittags andauert. Während derselben muss einmal (9 Uhr) catheterisirt werden (1003). Mit dem Abklingen dieses Anfalles erlangt Pat. die Fähigkeit, ohne jede Beschwerde selbstständig zu uriniren wieder; der gegen Abend entleerte Urin zeigt bereits ein spec. Gewicht von 1006, die Gesamtmenge des Tages beträgt 3000 ccm.

20. II. Pat. hat sehr gut geschlafen; der Appetit ist normal; das spec. Gewicht des Harns ist auf 1015 gestiegen; die Harnentleerung erfolgt mühelos und ohne Schmerzen; von einer Steigerung der Diurese ist nichts

mehr zu bemerken. Die diabetische Attaque hat somit verhältnissmässig ebenso plötzlich, wie sie entstanden, ihren Abschluss gefunden. —

Im Folgenden soll nun von den verschiedenen anderen hysterischen Symptomen, wie sie in buntem Wechsel bei unserer Kranken zur Beobachtung kamen, abgesehen werden; nur zu Entstehung und Wesen der Störung in der Bildung und Ausscheidung des Urins seien noch einige kritische und historische Daten angeseht. Zunächst verdient ein Umstand der Erwähnung, der vielleicht im Stände ist, über das plötzliche Auftreten der Harnverhaltung, die, wie oben zu sehen, der vermehrten Harnbildung vorausging, einigen Aufschluss zu geben. In der nächsten Nähe unserer Kranken nämlich, im gegenüberliegenden Zimmer desselben Corridors, lag eine an folie du doute leidende, sehr erregte und beängstigte Dame, bei welcher sich gelegentlich im Anschluss an den Gebrauch von Hypnoticis eine Lähmung der Blase einstellte, welche die Anwendung des Catheters nöthig machte. Diese Kranke pflegte in ihrer Erregung, sobald der Arzt bei der Visite das Zimmer betrat, ihm in jammerndem, weinerlichen Tone entgegenzurufen: „Herr Doctor, ich kann wieder nicht uriniren!“ — Es liegt die Möglichkeit vor, dass sich bei unserer Patientin, die diese Worte wiederholt gehört hat, sonach auf suggestivem Wege die Retention herausgebildet hat. Bei der an folie du doute leidenden Kranken stellte sich eine Retention am 7. II., bei unserer Kranken am 9. II. ein. Die Vermuthung liegt um so näher, da einige Tage später, als die zweite Kranke, die nebenher auch an Morbus Basedowii litt, unmotivirtes Erbrechen zeigte und darüber laut zu jammern begann, auch bei unserer Kranken an einem Nachmittage mehrmaliges Erbrechen oder mehr Würgen mit Herausbeförderung geringer Schleimmassen eintrat. —

Ihrer Form nach war die Harnretention bei unserer Kranken mit Sicherheit als eine durch Spasmus der Harnröhren- und Blasenschliessmuskulatur herbeigeführte zu bezeichnen. Im Allgemeinen gehen die Anschauungen der Autoren über Retentio urinae spastica sehr auseinander. Im Archiv für klin. Chir., XXIV 4, pg. 589, 1879, findet sich ein Aufsatz über Harnröhrenkrampf von Prof. F. Esmaroh. Derselbe berichtet, dass John Hunter den Krampf der Harnröhrenmuskulatur für eine häufige Ursache der Retention angesehen, während deutsche und englische Autoren ihn für äusserst selten halten. Guthril und Brodie versicherten ihm, nur je einen Fall gesehen zu haben. Henry Thompson ging so weit zu sagen: „Spastische Retention kommt selten vor und verdient keine besondere Besprechung“. — „Ich will hier erklären, was oft spastische Strictur ist. Sie ist ein ausgezeichneter Vorwand, wenn es nicht gelingt, ein Instrument einzuführen; sie ist ein Refugium für Incompetenz.“ — Dem gegenüber hält E. selbst den Krampf der Harnröhrenmuskulatur für ein häufiges Leiden und eine häufige Ursache der Harnverhaltung. Aetiologisch stellt E. psychische Einflüsse in den Vordergrund; die reinste Form der ret. urinae spast. wird durch die Angst hervorgebracht. Weiterhin erwähnt E. auch das häufige Vorkommen krampfhafter Harnverhaltung bei Hysterie. — „Der Krampf“, sagt er, „ist nicht so gross, dass er nicht bei vorsichtigem Verschieben des Catheters zu überwinden wäre. Es kann also der Krampf niemals als eine Entschuldigung dienen, wenn es nicht gelingt, ein Instrument

einzuführen.“ — Was E. hier sagt, soll mit Vorzug von der männlichen Harnröhre gelten, beim Weibe, wo der Catheterismus an sich soviel seltener und technisch weit geringere Schwierigkeiten bietet, wird es um so leichter sein, mit Hilfe des Catheters die sichere Diagnose auf spastische Retention zu stellen. — 1885 veröffentlichte Engesser in der Berl. klin. Wochenschrift Nr. 13 u. 14 einen Fall von schwerer Hysterie, wo die Kranke, die seit Beginn der Menopause nicht von selbst Wasser lassen konnte und sich deshalb catheterisiren musste, bisweilen nicht im Stande war, den Catheter in die Blase einzuführen, weil er „krampfhaft am Eingang festgehalten wurde“. Eine Dilatation der Harnröhre war ohne Erfolg, ebenso warme Bäder. Besserung wurde in diesem Falle durch allgemeine electricische Behandlung erzielt. — In unserem Falle wird die Annahme eines Spasmas als Ursache der Retention nahegelegt durch eine Reihe von Beobachtungen, die sowohl beim Catheterismus als aus dem sonstigen Verhalten der Kranken gewonnen wurden. Gegen eine Lähmung des Detrusor spricht zunächst die spontane Schmerzhaftigkeit und die Druckempfindlichkeit desselben, die bereits bei mässiger Blasenfüllung antritt, ferner der starke Druck, unter dem nach Einführung des Catheters der Urin bis zur völligen Entleerung ausströmt, endlich auch die zum Schluss auftretenden, mit Schmerz verbundenen clonischen Zuckungen, die den Catheter geradezu heraustreiben. In Arndt's Lehrbuch der Psychiatrie finde ich hierüber folgenden Passus: „Die Hyperkinese der Blase tritt sowohl als tonischer wie als clonischer Krampf hervor. Der erstere offenbart sich unter anderem in der sogen. Dysuria spastica, der letztere in einem eigenthümlichen, schmerzhaften Zucken der Blase, das mittelst des eingeführten Catheters als ein Klopfen auf denselben gefühlt werden kann“. — Für einen Spasmus spricht andererseits im vorliegenden Falle der Widerstand, der sich stets dem eindringenden Catheter entgegensetzt, das ruckweise erfolgende Zusammenpressen des Nelaton Catheters, das oben beschrieben wurde, endlich vor allem die gelegentlich eintretende Fähigkeit, bald nach erfolgtem Catheterismus für einmal selbstständig zu uriniren, eine Erscheinung, die man, wie schon gesagt, auf die durch den Catheter erzielte mechanische Dilatation der Sphincteren wird zurückführen müssen. Den sichersten Beweis für das Vorliegen eines Sphincterenkrampfes hätte die Narcoose liefern können, doch wurde hiervon abgesehen, da die vorhandenen Störungen durchaus nicht irgendwelche besorgniserregenden Zustände im Gesamtbefinden der Kranken hervorriefen. —

Zu der ausserdem bei unserer Kranken beobachteten diabetischen Störung der Harnsecretion sei zunächst bemerkt, dass gelegentlich bei Hysterischen reflectorisch von den Genitalnerven entstandene Polyurien beobachtet sind. In unserem Falle, wo der Spasmus der Sphincteren sowohl, als die Dehnung des Detrusor mit lebhaften Schmerzen verknüpft war, werden wir nicht fehl gehen, eine auf reflectorisch-vasomotorischem Wege von den sensiblen Blasen- und Urethralnervengeflechten ausgelöste Störung der Nierenthätigkeit anzunehmen. — A. Mathieu (Revue neurologique 1893, Nr. 19) bezeichnet eine Polyurie als hysterisch, wenn 1. keine abnormen Stoffe im Urin, 2. andere hysterische Symptome vorhanden sind, 3. wenn der Beginn ein plötzlicher ist, 4. wenn unter dem Einfluss der Suggestion

Verschwinden und Wiedererscheinen der Polyurie möglich ist. Die ersten 3 Postulate Mathieu's waren in unserem Falle erfüllt; von der Anwendung der Hypnose wurde bei unserer Kranken Abstand genommen. Mathieu unterscheidet: le petit polyurique (5—6 Liter pro Tag) und le grand polyurique (20—30 Liter pro Tag); in unserem Falle würde demnach mit 5—10 Liter pro Tag eine mittelschwere hysterische Polyurie vorgelegen haben. Erwähnt sei noch, als bezeichnend für die Schwere der Affection, dass Pat. während der elftägigen Dauer der diabetischen Attaque um volle 7 Pfund an Körpergewicht abnahm. —

Meinem verehrten früheren Chef, Herrn Dr. Kleudgen, sage ich für die freundliche Ueberlassung des Materials an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.

Literatur-Verzeichniss.

1. Albert Mathieu: La polyurie hystérique. Revue neurologique 1893, Nr. 19.
2. Ueber Harnröhrenkrampf. Von Prof. F. Esmarch. Archiv für klin. Chir., XXIV. 4, p. 589, 1879.
3. W. Ebstein: Ueber die Beziehungen des Diab. insip. zu Erkrankungen des Nervensystems. (Deutsches Arch. für klin. Med. XI. 3. 1873, p. 344—375.)
4. Arch. de Belge, avril 1844. Dr. Ganthy aus Disou: Merkwürdige hysterische Affection; Stummheit und mehrere Monate mangelnde Urinabsonderung.
5. Berliner klin. Wochenschrift 1885, Nr. 13, 14.
6. Arndt: Lehrbuch der Psychiatrie. S. 215.
7. Die Hysterie nach den Lehren der Salpêtrière. Von Dr. Gilles de la Tourette, deutsch von Dr. Karl Grube.

II.

Ueber einige Fragen der Organisation und des Baues psychiatrischer Kliniken.

Von Professor Rieger in Würzburg.

Als ich im letzten Heft dieser Zeitschrift den Aufsatz drucken liess: „Ueber Neubauten für psychiatrische Kliniken“, glaubte ich, dass bald ein weiterer Band des klinischen Jahrbuchs erscheinen werde, für welchen ich den, dort angekündigten, weiteren Aufsatz bestimmt hatte, wesshalb ich auch dort auf jenes Jahrbuch verwiesen habe. Inzwischen sind aber in dieser Richtung Verzögerungen eingetreten, die mich veranlassen Nachstehendes gleichfalls in dieser Zeitschrift zum Abdruck zu bringen.

I. Die pecuniäre Grundfrage.

Eine psychiatrische Klinik muss vor allem ein genügendes Krankenmaterial haben. Wovon hängt es nun ab, ob viele oder wenige Kranke vorhanden sind? Die Antwort kann ganz einfach und unzweideutig dahin

gegeben werden: davon, ob die Gemeinde zahlen muss oder der Staat resp. Kreis. Einen, fast an's Komische streifenden, Beleg für diesen Satz liefern die Verhältnisse der Herzogthümer Sachsen-Meiningen, Coburg-Gotha und des Fürstenthums Schwarzburg-Rudolstadt, welche die gemeinsame Irrenanstalt Hildburghausen besitzen. In dem Berichte dieser Anstalt für das Jahr 1890 (S. 5) ist nämlich mitgetheilt, dass in ihr die Sachsen-Meiningen mit einem auf 795 Köpfe der Gesamtbevölkerung des Landes, dagegen die Coburg-Gothaer und Rudolstädter erst mit einem auf 2078 der Gesamtbevölkerung des Landes vertreten sind. Man könnte also aus diesen Zahlen zu dem merkwürdigen Schluss kommen, dass es 2.7mal mehr geistesranke Meininger als Coburger und Rudolstädter gäbe, und daran könnten die wunderbarsten weiteren Betrachtungen geknüpft werden. Die Erklärung des Räthsels liegt aber sehr einfach in dem Umstande, dass „für alle unbemittelten Kranken“ in Schwarzburg-Rudolstadt und Coburg-Gotha die Unterhaltungskosten, nicht wie in Meiningen von den bezüglichen Kreisen, sondern von den manchmal recht armen Gemeinden bestritten werden müssen.“ —

Für eine psychiatrische Klinik ist es selbstverständlicher Weise erstes Erforderniss, dass sie über frisch erkrankte Arme verfügt, deren Benützung zu Unterrichtszielen nichts hindert. Diese ist sehr erschwert, wenn, wie dies auch in Bayern der Fall ist, einzelne Gemeinden zu zahlen haben. Es wäre in Würzburg nicht möglich gewesen, einen flotten Betrieb in Gang zu setzen, wenn nicht wenigstens die 9125 (in Schaltjahren 9150) freien Verpflegstage unter die Bevölkerung unentgeltlich vertheilt werden dürften, welche die Julius-Spital-Stiftung bezahlt*). Zu diesen findet der heftigste Andrang statt. So lange es nichts kostet, ist jede Gemeinde von der Krankheit und Anstaltsbedürftigkeit lebhaft überzeugt. Würden alle Lasten für Geistesranke auf den Gesamtstaat centralisirt, so würden sofort aus allen Dörfern Leute als dringend anstaltsbedürftig gemeldet, für deren pathologische Beschaffenheit bis zu jenem kritischen Moment jegliches Verständniss gefehlt hatte. Ich erlebe diesen oft wunderbaren Wechsel der Auffassungen alltäglich. So lange der Freiplatz währt, ist sein Insasse schwer krank; sobald gezahlt werden muss, ist doch auch „Bosheit und Verstellung“ dabei. Ich habe mit diesen Freiplätzen jahraus jahrein eine ziemlich aufregende Arbeit. Einerseits hat die Stiftung keine Verpflichtung auch nur einen Tag über die 9125 (in Schaltjahren 9150) hinaus zu zahlen, und Ueberschreitungen um einige Dutzende von Tagen werden schon immer beanstandet; andererseits will ich der Stiftung auch nichts schenken zu Ungunsten der armen Bevölkerung. So muss ich immer sorgfältig darauf bedacht sein, dass am Jahresschluss die Zahl gerade erreicht wird. Hätte ich sie z. B. schon am 1. December erreicht, so könnte ich von da ab Niemanden mehr in einen Freiplatz einsetzen, was doch sehr unsachgemäß wäre. ...

Die Gesamtbevölkerung aller stiftungsberechtigten Gemeinden beträgt rund 450,000. Es kommt also auf rund 18,000 Menschen ein Freiplatz in der Klinik. Da die Freiplätze nur für Vermögenslose in Betracht kommen, so ist diese Zahl noch auf ca. $\frac{9}{10}$, also auf rund 16,000 zu

*) Rieger: Die Psychiatrie in Würzburg. von 1583—1893. S. 54.

reduciren, da man annehmen darf, dass unter 100 Menschen sich höchstens 10 befinden, für welche im Fall einer Geisteskrankheit die Anstaltsverpflegung aus Privatmitteln bestritten werden kann.¹⁾

Würde also jeder Freiplatz z. B. viermal jährlich neu besetzt, so käme auf eine Bevölkerung von 4000 Vermögenslosen die Möglichkeit, in jedem Jahr für einen Fall in den Genuss eines Freiplatzes zu treten aber dann immer nur ein Vierteljahr darin bleiben zu können. Würde die Anstaltsbedürftigkeit Geisteskranker im Durchschnitt nur ein Vierteljahr dauern, so wäre durch die Freiplätze für das Bedürfniss gesorgt. Denn dieses Verhältniss: eine Neu-Aufnahme pro Jahr auf 4000 Menschen genügt den thatsächlichen Bedürfnissen. Die Klinik wäre also im Stande sämtliche frisch erkrankte Stiftungsberechtigte aufzunehmen, jedoch nur dann wenn sie die einzelnen immer durchschnittlich bloss ein Vierteljahr behielte. Da aber die Durchschnittsdauer der Anstaltsbedürftigkeit weit über ein Vierteljahr beträgt, so ist dem Bedürfniss in eben diesem Maasse zu wenig Genüge gethan. Es ergibt sich für die Würzburger Freiplätze zufällig ziemlich das gleiche Verhältniss wie für die von den Krankenkassen gezahlten Plätze: auch die, von diesen in maximo geleisteten, 90 Tage sind für Geisteskranke meistens ungenügend. Die Krankenkassen kommen ihrerseits für eine psychiatrische Klinik nur in einer stark industriellen Bevölkerung überhaupt in erheblichen numerischen Betracht. Denn die, nicht unter dem Reichsgesetz stehenden, Dienstboten. etc. Krankenkassen zahlen meistens für Geisteskranke principiell nichts, so dass z. B. hier in Würzburg die vielen Dienstmädchen, die in die psychiatrische Klinik kommen, aus ihrer Krankenkasse dafür nie einen Pfennig bekommen sondern von Anfang an ihrer Gemeinde zur Last fallen, wenn sie nicht als stiftungsberechtigt auf einen Freiplatz übernommen werden können.²⁾

Das Julinsspital zahlt der Klinik 1 Mk. 80 Pfg. pro Verpflegstag, so dass also die Klinik eine gesicherte Einnahme von rund 16,400 Mk. aus der Stiftung hat, falls sie die entsprechende Zahl von Verpflegstagen nachweisen kann, was selbstverständlicherweise, bei dem grossen Andrang zu den Freiplätzen, keine Kunst ist. Der Verpflegssatz von 1,80 Mk. genügt freilich nicht, um die, auf den einzelnen Kranken direct verwendeten, Kosten plus seinem Antheil an den Generalunkosten zu decken. Aber da die Klinik auch sonst noch einige Vortheile von der Stiftung geniesst, hat sie sich trotzdem damit begnügt. Und jedenfalls ist dieser Verpflegssatz doch beträchtlich höher als jeder andere, der von den Armenpflegen direct zu erzielen wäre. Denn die Kreisanstalten verlangen nur ca. 1 Mk. pro Tag, und die Gemeinden geben selbstverständlicherwise ihre Kranken dem Mindest-Fordernden. So wäre auch die psychiatrische Klinik in Würzburg über daran, wenn sie nicht durch günstige, historisch bedingte, Umstände

¹⁾ Vergl. Haushofer, Lehr- und Handbuch der Statistik, 2. Aufl., S. 379: „Die Zahl derjenigen Volkstheile, welche nur den nothdürftigen Lebensunterhalt bestreiten können, beträgt über 90% der Gesamtbevölkerung“, — welcher Satz gewiss auch für unsere Bevölkerung zutrifft.

²⁾ Vergleiche Lutz, Aufnahme und Verpflegung von Geisteskranken und Epileptikern im Julinsspital. In Rieger, die Psychiatrie in Würzburg von 1583 bis 1893. S. 47.

in den Besitz dieser Freiplätze gesetzt wäre. Da eine solche Stiftung aber in der Regel nicht existirt, so bleibt für gewöhnliche Verhältnisse nur die Wahl: entweder eine psychiatrische Klinik von vornherein im Zusammenwirken mit denjenigen Organen zu betreiben, denen die öffentliche Irrenfürsorge obliegt, oder unabhängig von diesen ein rein klinisches Institut in Betrieb zu setzen, das aber dann unter dem Titel: Wissenschaft und Unterricht aus dem Unterrichtsbudget sehr erheblicher Betriebszuschüsse bedarf, um in genügendem Maasse arme Kranke verpflegen zu können. Es wird gut sein, den Unterschied zwischen einer psychiatrischen und einer anderen Klinik in dieser Hinsicht sich ausdrücklich klar zu machen. Das Krankmaterial anderer Universitätskliniken besteht vor allem zu einem erheblichen Theil aus Angehörigen von Krankenkassen, und nichts hindert diese Kliniken ihre Verpflegssätze so einzurichten, dass sie dabei auf ihre Kosten kommen. Es giebt ihnen gegenüber keine Concurrenz von Kreisanstalten, die naturgemässer Weise von vornherein nur einen Theil ihrer Kosten auf den einzelnen Fall schlagen, den anderen aus allgemeinen Zuschüssen bestreiten. Während z. B. in Bayern der Verpflegssatz der Kreis-Irren-Anstalten sich immer nur um eine Mark pro Tag bewegt, ist er für alle anderen Krankenhäuser auf 2,50 M. festgesetzt, selbst für ganz kleine Landspitäler, in welchen die Generalunkosten, z. B. für Aerzte- und Pflegepersonal, recht minimale zu sein pflegen. Eine psychiatrische Klinik muss dagegen, wenn sie gut sein soll, ganz besonders grosse Generalunkosten haben, so dass, alles in allem genommen, ihr Tagesaufwand auf mindestens 3 Mk. pro Kopf, selbst unter den günstigsten Verhältnissen, zu veranschlagen ist, womit aber ihre specifisch wissenschaftlichen Bedürfnisse noch nicht einmal gedeckt sind. Die Aufbringung der somit erforderlichen grossen Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln ist nun in den kleineren deutschen Staaten, welche Universitäten besitzen, einfach und ohne principielle Schwierigkeit. Denn Baden, Hessen, das Königreich Sachsen, die sächsischen Herzogthümer, Mecklenburg und Württemberg haben ihr Irrenwesen so geordnet, dass es Sache des Gesamtstaates ist, und nur in Preussen, Bayern und Elsass-Lothringen ist das Irrenwesen den Provinzialverwaltungen überwiesen. Damit hängt es nun selbstverständlich zusammen, dass an den sieben Universitäten, welche auf die zuerst genannten Staaten fallen, am leichtesten für den psychiatrischen Unterricht gesorgt werden konnte. Ueberall brauchte eben hier die Regierung des Gesamtstaats die, aus ihren Mitteln doch zu errichtenden, Irrenanstalten nur in die Universitätsstädte selbst zu verlegen, um zugleich Unterrichtsinstitute zu besitzen. Die Mittel für beide Zwecke waren ja aus einer Kasse zu beschaffen. Ganz anders liegen die Verhältnisse in Preussen und in Bayern. Dass auch hier an den meisten Universitäten sich psychiatrische Kliniken befinden, dies ist nur dem, in gewissem Sinne zufälligen, Umstande zu verdanken, dass in den betreffenden Universitätsstädten zugleich Provinzial-Anstalten sind, wie also in München, Erlangen, Marburg, Göttingen, Bonn. Allein diese Verbindung mit der Provinzial-Anstalt ist keineswegs der Klinik günstig. Ein Hauptübelstand ist der, dass der Professor zugleich mit der Direction einer grossen Anstalt belastet ist, die ihn seinem wissenschaftlichen Beruf zu sehr entzieht. In engstem Zusammenhang mit diesem Missstande steht, dass dann auch häufig die

Professur mehr ein Nebenamt des Irrenanstaltsdirectors ist, wovon dann wieder eine weitere Folge ist, dass sich kein richtiger akademischer Nachwuchs bildet. Eine frisch aufstrebende Docentenschaar kann nicht heranwachsen, wenn die wichtigsten Lehrstellen ihr unerreichbar, zum Theil unter Gesichtspunkten besetzt werden müssen, die der Wissenschaft völlig fremd sind.

Weun es demnach höchst wünschenswerth erscheinen muss, dass auch in Preussen und Bayern überall rein wissenschaftliche Institute für Psychiatrie geschaffen werden, so lässt sich freilich nicht verhehlen, dass ihr gedeihlicher Betrieb nach dem eben Gesagten eines grossen Staatszuschusses bedarf. Dass man auf Bau und erste Einrichtung gar nicht so viel zu verwenden braucht, habe ich am Schluss meines vorjährigen Aufsatzes an dem Würzburger Beispiel gezeigt. Aber für den Betrieb wird allerdings der Staat überall da, wo nicht, wie z. B. in Berlin, Breslan, Würzburg, Stiftungen oder städtische Mittel helfend eingreifen, sich zu erheblichen jährlichen Zuschüssen entschliessen müssen.

Und hier ist nun ein hinderlicher Umstand, der auch mir in den Kämpfen um den Würzburger Neubau besonders viel zu schaffen gemacht hat; sobald grosse Staatsmittel für den Zweck verlangt werden, dann heisst es jedesmal: das Fach ist ja nicht so wichtig, es ist ja nicht einmal Examensfach. Und schliesslich kann sich auch jederzeit der *circulus vitiosus* entwickeln; dass es im Bundesrath heisst: Wir können die Psychiatrie nicht als Examensfach brauchen, weil noch nicht an allen Universitäten die Einrichtungen für sie getroffen sind; und im Ministerium des Einzelstaats: Wir brauchen kein Geld für die Psychiatrie auszugeben, weil sie ja nicht einmal Examensfach ist. So führen auch diese Betrachtungen wieder auf das Grundübel, auf das *πρώτον ψεύδος* welches ich am Schluss meines vorjährigen Aufsatzes*) in seiner unheilvollen Bedeutung gekennzeichnet habe.

Gewiss wäre es eine schöne Aufgabe des Staats, durch Unterstützung der psychiatrischen Wissenschaft zugleich auch die Armenlasten zu erleichtern. Ohne dem decentralisatorischen Princip untreu zu werden, würde er durch ausgiebige Betriebszuschüsse an psychiatrische Kliniken ebenso viel zur Linderung menschlichen Elends beitragen als der Wissenschaft nützen. Ich gebe im Nachstehenden einen Abschnitt aus einem der vielen Schriftstücke wieder, mittelst deren ich die Würzburger Klinik in Gang zu bringen hatte:

Ich wage nochmals mich der Hoffnung hinzugeben, dass doch endlich der Staat der, durch die geschilderten Rechtszustände so sehr erschwerten, finanziellen Verhältnisse der Klinik sich annehmen und dem Unterrichtsinstitut als solchem einen erhöhten Betriebszuschuss bewilligen möchte, welcher dann zugleich gestattet, auch unserer armen Bevölkerung in ihrem oft herzzerreissenden Elend zu helfen. Ich verkenne nicht das Gewicht des Einwands, dass der Gesamtstaat keine Verpflichtung hat, für unterfränkische Geistesranke zu sorgen. Ich möchte aber auf einige Umstände hinweisen, welche die Staatshilfe doch gerechtfertigt erscheinen lassen dürften. Vor allem braucht die Klinik als Universitätsinstitut sich selbstverständlicher Weise in Bezug auf zu gewährende Erleichterungen durchaus nicht an die Kreisangehörigkeit der Bedürftigen zu halten, sondern kann vorkommenden Falls auch Angehörige anderer

*) Die neue psychiatrische Klinik in Würzburg. Klinisches Jahrbuch. Bd. V. S. 145 ff.

bayerischer Kreise berücksichtigen. Da nach Würzburg auch immer viele Angehörige anderer Kreise zuströmen, so wäre also in Bezug auf diese Gelegenheit gegeben, im Bedarfsfall auch dem ganzen Staat zu nützen. Schon aus diesem Grunde wäre eine Staatsunterstützung einer Kreisunterstützung vorzuziehen, weil die Universitätsklinik als ein Landesinstitut sich nicht auf Kreisangehörige beschränken sollte, was bei den Zuschüssen aus Kreismitteln selbstverständliche Bedingung wäre.

Wenn nun aber auch naturgemäss, vermöge der regionalen Verhältnisse, die anwohnende kreisangehörige Bevölkerung den grössten Nutzen von erleichterten Verpflegungsbedingungen in der Klinik hätte, so dürfte doch auch eine Staatsunterstützung hierfür mit der Gesetzesbestimmung, derzufolge das Irrenwesen ausgeschiedene Kreislast ist, nicht in wirklichem Widerspruch stehen. Zweifellos wird nämlich der Kreis immer nur in der Lage sein, Platz für die dringendsten Fälle in den Anstalten zu schaffen. Die unterfränkische Bevölkerung zu rund 600,000 gerechnet (thatsächlich ist sie etwas höher) ergibt nach dem Verhältnisse, dass auf 1000 Köpfe der Bevölkerung 4 Geistesranke kommen, welches nach allen Zählungen noch eher zu nieder gegriffen ist, das Vorhandensein von 2400 Geistesranken im Kreise. Aus Kreismitteln stehen aber nur ca. 600 Plätze in Werneck zur Verfügung, also erst etwa 1 Platz pro mille der Bevölkerung. Die Kreisgemeinde wird nun freilich in den nächsten Jahrzehnten durch die unvermeidliche Ueberfüllung der Kreisanstalt gezwungen werden fortwährend für eine Vermehrung der Plätze zu sorgen. Aber dabei wird sie doch immer nur den dringendsten Anforderungen in einer, hinter dem Bedürfniss weit zurückbleibenden, Weise genügen können, weil zu Mehrleistungen ihr einfach die Mittel fehlen. Aber selbst wenn die Kreisgemeinde für noch erheblich mehr Plätze sorgen könnte, als sie es bisher gethan hat und in absehbarer Zeit thun kann, so wären auch diese für manche Bedürftige doch noch unerschwinglich theuer, da auch das Minimum der jährlichen Verpflegskosten in Werneck ca. 400 Mk. beträgt. Es trifft hier auch zu, was in den Motiven einer Gesetzesvorlage des preussischen Ministers des Innern vom 12. November 1890 bemerkt ist: nämlich dass die Ortsarmenverbände, um nicht finanziell ruiniert zu werden, nur im äussersten Nothfall zur Unterbringung von Geistesranken in Irrenanstalten übergehen. — „Die Idioten, Irren bleiben in Folge dessen vielfach ihren Angehörigen zur Last, stehen diesen bei der Aufsuchung und Benutzung von Arbeitsgelegenheit im Wege und bilden für sie häufig recht eigentlich die Ursache der Verarmung.“ — Diese Schilderung trifft auch völlig für bayerische Verhältnisse zu. Es ist freilich vielfach verborgenes Elend, das sich den Blicken entzieht und auch häufig von den Verwaltungsbeamten nicht so deutlich constatirt werden kann, weil es meistens mit stumpfer Resignation als unabänderlich ertragen wird. Aber der Irrenarzt hat fortwährend Gelegenheit, solche verborgene Ursachen des Pauperismus zu entdecken. Oft können ganze Familien erst wieder frei aufathmen, wenn man ihnen eine derartige Last abnimmt. Es wäre überaus peinlich, wenn alle, für die neue Klinik gemachten, Anstrengungen schliesslich nur dazu führten, dass ihre Plätze aus Mangel an Betriebsmitteln gerade den Bedürftigsten, deren sich sonst Niemand annimmt, verschlossen bleiben müssten. Es liegt mir ja gewiss ferne zu behaupten, dass der Gesamtstaat verpflichtet sei, für diese Unglücklichen etwas zu thun, und aus dieser Behauptung falsche Folgerungen abzuleiten. Aber wenn sich die Hilfe hier so ganz von selbst ergäbe durch eine ausgiebigere Unterstützung des Landesinstituts der Universitätsklinik, also ohne jede principielle Neuerung, so dürften doch diese Rücksichten auf die, der Bevölkerung implicite zu Theil werdenden, Wohlthaten auch einigermaßen in's Gewicht fallen. Für den psychiatrischen Unterricht und die wissenschaftliche Bedeutung der Klinik ist es natürlich auch viel werthvoller, wenn sie über mehr Kranke aus dem Volke verfügt, als wenn sie sich vorzugsweise mit wohlhabenden Kranken zu befassen hat, für welche überdies reichlich Privatanstalten vorhanden sind.

(Fortsetzung folgt im October-Heft.)

II. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Specielle Pathologie.

a) Gehirn.

346) **Bouchaud** (Lille): Demence progressive et incoordination des mouvements dans les quatre membres, chez deux enfants, le frère et la soeur. (Revue neurologique Nr. 1, 15. janvier 1894.)

Bouchaud theilt 2 Fälle mit, in welchen es sich, wie er glaubt, um eine wenig bekannte und vielleicht noch nicht beschriebene Affection handelt. Die Fälle betrafen zwei Geschwister, Emile und Zoé Z., bezüglich deren erblicher Belastung wenig Anhaltspunkte vorliegen. Die Eltern sind gesund, nur ein Grossvater mütterlicherseits war Potator und ein lasterhafter Character. B. resumirt seine klinische Beobachtung in folgendem: In dem einen wie in dem anderen Falle machen sich die ersten Anzeichen der Erkrankung im Alter von 6 - 7 Jahren geltend. Vom Beginn an constatirte man Abschwächung der Intelligenz und Incoordination der Bewegungen aller 4 Glieder, taumelnden Gang (démarche tabéto-cérébelleuse) ohne Lähmung, ohne Nystagmus, Verringerung oder Mangel (Zoé) des Patellarreflexes, Persistiren der Hautreflexe, verlangsamte, aber wohlarticulirte Sprache, heiteren Gesichtsausdruck. Die Krankheit verschlimmert sich langsam und stetig. Die Demenz wird vollständig und das Gehen unmöglich, die Sprache reducirt sich auf einige wenig verständliche Worte, der Mund bleibt geöffnet, Kauen und Schlucken vollziehen sich langsam, Incontinentia urinae et alvi tritt ein ohne Lähmung, der Tonus der Muskeln nimmt zu ohne Steigerung der Sehnenreflexe, Scoliose stellt sich ein, schliesslich macht sich Abmagerung ohne fibrilläre Contractionen bemerklich; am Kreuzbein entwickelt sich ein Schorf und der Tod tritt nach Verlauf von 4 oder 5 Jahren ein unter Symptomen einer Meningitis bei Emile, im Zustande des Marasmus, complicirt durch Grippe, bei Zoé.

Bei der Autopsie findet sich im ersten Falle Oedem und Congestion des subarachnoidealen Gewebes, Adhaerenz der Pia, insbesondere in den vorderen und seitlichen Gehirnregionen. Im Rückenmark zeigt sich nach der Härtung leicht sclerotische Degeneration der inneren und hinteren Partie des Pyramidenvorderstranges, Verminderung der Vorderhornzellen, ferner Sclerose der Pyramidenseitenstränge, nach innen und vorne über deren Gebiet hinaus bis an die graue Substanz sich erstreckend.

Im zweiten Falle ergab die Autopsie: eine grosse Menge heller transparenter Flüssigkeit im subarachnoidealen Gewebe. Die Pia stark congestionirt und der Rinde adhärent, die bloss gelegt zernagt aussieht. Die Rückenmarkshäute congestionirt, ohne Spur von Entzündung. Microscopisch findet sich sclerotische Degeneration des Pyramidenseitenstranges beiderseits, welche nach vorn bis zum Niveau der grauen Commissur, nach rückwärts fast bis Oberfläche des Rückenmarkes reicht. Die Vorderhörnerzellen sind vielleicht an Zahl vermindert. In den Gehirnwindungen ist die Zahl der markhaltigen Fasern erheblich verringert.

In der Epikrise bemerkt B., dass die Tabes, die Friedreich'sche Krankheit und die multiple Sclerose sich durch Läsionen characterisiren, welche von den in den beiden Fällen aufgefundenen ganz verschieden sind

und sich auch nicht mit fortschreitender Demenz vergesellschaften. Die constatirten Läsionen zeigen eine gewisse Aehnlichkeit mit den bei spastischer Spinallähmung (*Tabes spasmodique*) und besonders mit den zuweilen bei der amyotrophischen Lateralsclerose und der progressiven Paralyse zu beobachtenden. Ganz anders verhält es sich mit den Symptomen. Die spastische Spinallähmung giebt sich durch Steifigkeit der Glieder, insbesondere der unteren, und Steigerung der Sehnenreflexe kund. Beim Kinde führt dieselbe zu einer besonderen Haltung der Glieder und wenn sie sich mit intellectuellen Störungen verbindet, zeigen diese eher eine Tendenz zur Abnahme als zum Fortschreiten. Die amyotrophische Lateralsclerose charakterisirt sich durch Lähmungen, Muskelatrophie, Contracturen, Steigerung der Sehnenreflexe und complicirt sich nicht mit Demenz und Spinioterenlähmung. Ein Theil der bei beiden Kindern beobachteten Symptome, die Bewegungstörungen der Glieder, die Sprachstörung, die heitere Miene, die fortschreitende Demenz und schliesslich der marastische Zustand finden sich auch bei progressiver Paralyse. Dagegen wurden andere Symptome der Paralyse, wie Tremor der Zunge und Lippen, Häsitiren der Sprache, Pupillenungleichheit, Grössendelirien vermisst. Die Paralyse erscheint auch in späterem Alter und ist keine familiäre Erkrankung; aus allen diesen Umständen folgert B., dass es sich in seinen Beobachtungen um eine eigenartige Erkrankung handelt.

Dem Referenten erscheint die Beurtheilung der beiden Beobachtungen durch die Mangelhaftigkeit der Gehirnuntersuchung sehr erschwert. Bezüglich des ersten Falles ist bemerkt: „Das Gehirn wurde nach der Härtung in Schnitte zerlegt und zeigt bei Betrachtung mit freiem Auge keine wahrnehmbare Veränderung“; über eine microscopische Untersuchung desselben verlautet nichts. In dem zweiten Falle wurden nur einige Gehirnstücke gehärtet und geschnitten. Von einer näheren Untersuchung des Kleinhirns ist in beiden Fällen keine Rede.

L. Löwenfeld.

347) Goldscheider und R. F. Müller: Zur Physiologie und Pathologie des Lesens.

(Zeitschrift für klin. Medicin, Band XXIII, Heft 1 u. 2, 1898.)

Die Details der psychischen Vorgänge beim Lesen bildeten in den letzten Jahren den Gegenstand von Erörterungen verschiedener Autoren. Bekanntlich wurde von Grashey im Jahre 1885 in seiner Arbeit „Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung“ (Arch. f. Psych., 16. Band) die Theorie von dem ausschliesslich buchstabirenden Lesen aufgestellt. Nach dieser wird beim Lesen das einzelne Wort nicht als Ganzes, nicht als Gesamtbild percipirt und von demselben nicht sogleich das ganze zugehörige Klangbild (Wort) angeregt, sondern die Auffassung erfolgt Buchstabe für Buchstabe und so wird auch von jedem gelesenen Buchstaben aus das zugehörige Klangbild innervirt; erst schliesslich werden die einzelnen Buchstabenklangbilder zum Wortklangbilde zusammengefasst. In dieser Weise soll sich auch beim Geübtesten, der die Zeilen nur überfliegt und sofort deren Sinn erfasst, das Lesen bewerkstelligen; die Vorgänge spielen sich hier nur in rascherem Tempo als beim Ungeübten ab.

Der Grasheyschen Ansicht schlossen sich in der Folge Wernicke, Malachowsky, Leube u. A. an, während Referent (D. Zeitschr. f. Nerven- und Geistesheilkunde, 1898, S. 100) die Theorie von dem ausschliesslich buchstabirenden Lesen ablehnte.

heilkunde, 2. Band) auf Grund klinischer und experimenteller Beobachtungen und gewisser Erfahrungen des alltäglichen Lebens zu dem Schlusse gelangte, dass das Lesen nicht unter allen Umständen buchstabirend geschieht, vielmehr die Uebung sich auf die Art desselben von entschiedenem Einflusse erweist und beim Lesegeübten das nicht buchstabirende Lesen jedenfalls das vorherrschende ist. Den Einfluss der Uebung auf die Art des Lesens und die zum Theil objectartige Auffassung der Wörter beim Lesen hat auch Catell durch eine Reihe von Versuchen dargethan. G. und M. unternahmen es, der Lösung der Frage von der Art des Lesens auf experimentellem Wege näher zu treten, „da die Discussionen über diese Frage bis jetzt mehr den Character subjectiver Ansichten tragen, ohne dass eingehende Untersuchungen vorliegen“ *). Dass diese Voraussetzung nicht den Thatsachen entspricht, soweit die von Catell und dem Ref. vertretene Anschauung in Betracht kommt, erhellt aus dem eben Bemerkten.

Die Verfasser benutzten bei ihren Untersuchungen einen Apparat, der im wesentlichen aus einer kreisrunden, um eine senkrechte Achse drehbaren und mit einem Schlitze versehenen Pappscheibe bestand, unter welcher das zu lesende Object auf einer Platte sich befand. Durch Regulirung der Drehungsgeschwindigkeit der Scheibe konnte man das Leseobject beliebig kürzere oder längere Zeit dem Blicke exponiren.

Von den Ergebnissen der in mannigfacher Weise variirten Versuche können wir hier nur einzelne Punkte erwähnen, im Uebrigen muss auf das Original verwiesen werden.

Vier beliebig aneinander gereimte Buchstaben wurden bei einer Expositionszeit von 0,01 Sec. bei der ersten Betrachtung ebenso richtig erkannt als 4 Striche. Auch aus 4 Buchstaben bestehende Wörter wurden ausnahmslos bei der ersten Exposition richtig gelesen, bei aus 5 Buchstaben bestehenden Wörtern dagegen war dies nur der Fall, wenn es sich um geläufige Wörter handelte, weniger geläufige Wörter wurden nicht schneller erkannt als ebenso viele zusammenhanglose Schriftzeichen: Bei längeren und besonders bei zusammengesetzten Wörtern wurde ein Theil der Buchstabenreihe als Wortbild aufgefasst, die übrigen Zeichen bei späteren Expositionen durch buchstabirende Wahrnehmung ergänzt. Bei ungebildeten Personen zeigt sich bei diesen Versuchen eine grössere Neigung zum buchstabirenden Lesen als bei Gebildeten; bei geläufigen Wörtern trat jedoch auch bei den Ungebildeten das Lesen in Wortbildern mehr hervor. Drei über einander stehende einen zusammenhängenden Sinn gebende Wörter lassen sich in 0,03 Secunden richtig lesen. Eine Perception aller Schriftzeichen findet hiebei nicht statt, das Lesen beruht zum Theil auf verbalem Ergänzen dem Sinne nach. Fehler und Anlassungen werden bei sehr bekannten Schriftproben auffallend spät gefunden, während der Sinn derselben schon bei ein- oder zweimaliger Exposition aufgefasst wird.

Die Buchstaben, welche in einem Wort für dessen schnelle Auffassung von besonderer Wichtigkeit sind, bezeichnen die Verff. als determinirende, die übrigen als indifferente; zu den ersteren gehört fast immer der Anfangsbuchstabe.

In ihrem Resumé bemerken G. und M., dass zum Lesen der einzelnen Buchstaben nicht die Wahrnehmung aller ihrer Merkmale nothwendig ist, dass sich beim Buchstabiren schon das Errathen in gewissem Maasse bemerklich

*) Anm.: Cfr. dieses Centralblatt 1894.

macht. „Ordnet man Buchstaben zu Wörtern zusammen, so sieht man, dass das Wort um so schneller und sicherer erkannt wird, je geläufiger und bekannter es ist. Es ist also die Zeit des Erkennens abhängig von der Anzahl der Buchstaben und von dem Grade der Geläufigkeit. Daher kann unter Umständen eine Reihe geläufiger Wörter schneller erkannt werden als ein unbekanntes Wort. Auch hier sieht man wieder, dass nicht alle Merkmale nothwendig sind, sondern schon einige genügen, um ein Erinnerungsbild wachzurufen. Je unbekannter eine Buchstabenfolge ist, um so mehr wird buchstabirt. Alle Abstufungen sind möglich. Es giebt zusammengesetzte Wörter, von denen ein Theil als Wortbild, ein anderer buchstabirend gelesen wird. Unser Bestreben geht im Allgemeinen dahin, möglichst in Wortbildern zu lesen, oft auf Kosten der Sicherheit. Jedoch zeigen sich hier individuelle Verschiedenheiten“.

Man sollte nach diesen Darlegungen erwarten, dass sich die Verfasser bezüglich der Frage von dem buchstabirenden Lesen zu der von Catell und dem Ref. vertretenen, oben erwähnten Anschauung bekennen würden, für welche ihre Untersuchungen zweifellos sehr werthvolle Stützen beigebracht haben. Sonderbarer Weise kommen sie jedoch dazu, den Kern der Frage, an deren Lösung sie gearbeitet haben, in ihrem Resumé zu negiren. Der Streit um das buchstabirende Lesen oder das Lesen in Wortbildern erscheint ihnen gegenstandslos. „Ein solcher Unterschied existirt nicht. Wir befolgen beim Lesen die verschiedensten Wege. Einzel-Buchstabiren, gruppenweises Erkennen, Errathen etc. durcheinander, ganz nach der Rücksicht, wie wir am schnellsten zum Ziele gelangen. Das Wesentliche des Buchstabirens, die folgeweise Associaton, spielt aber unter allen Umständen mit.“

Aus dem eben Angeführten erhellt aber, dass der fragliche Streit durchaus nicht gegenstandslos ist; nach der von Grashey und einer Reihe anderer angesehenen deutscher Autoren verfochtenen Ansicht soll, wie wir sahen, das Lesen lediglich auf dem Wege des Einzelbuchstabirens vor sich gehen. Dass dies nicht den Thatsachen entspricht, hieüber lassen auch die Untersuchungen der Verfasser nicht den geringsten Zweifel. Ob bei dem Lesemodus, den Ref. als objectartiges Auffassen der Wörter, G. und M. als Lesen in Wortbildern bezeichnen, auch das Wesentliche des Buchstabirens „mitspielt“, kann an diesem Sachverhalte nichts ändern; um ein buchstabirendes Lesen in dem Grashey'schen Sinne handelt es sich hierbei jedenfalls nicht.

L. Löwenfeld.

348) E. Henschen (Upsala): On the visual path and centre.

(Brain. Spring-Summer 1893, pag. 170.)

H. theilt die Sehbahn in einen frontalen, mittleren und occipitalen Theil. Der erstere umfasst Opticus und Tractus n. opt. Diesen lässt H. ausser Betracht.

Mittlere Strecke: man müsse zwischen visual und optic-Fasern unterscheiden. Läsion der ersteren bedingt Defect im Gesichtsfeld; die optic-Fasern seien Reflexfasern. Die 3 grossen centralen Ganglien: corpus geniculat. extern., pulvinar und corp. quadrigem. anter. bekommen Fasern von den optic-Bahnen; es fragt sich nun, ob sie auch visual-Fasern erhalten? Aus dem vorliegenden klinischen Material mit Hemianopsie lässt sich diese Frage nicht lösen. Aber auf dem Wege der Ausschliessung kann man

zeigen, dass beim Menschen das pulvinar und die corpora quadrigem. keine visual-Fasern erhalten. Folglich ist das corpus geniculat. extern. beim Menschen das Hauptsehorgan. Seine Läsion verursacht immer Hemianopsie. Die Lage der Fasern in diesem Ganglion ist nur theilweise geklärt. Ein Fall von Atrophie eines Nerv. optic. ergab, dass Fasern von beiden Augen in diesem Ganglion unmittelbar zusammenliegen und nicht in getrennten Bündeln.

Die occipital-visual-Bahn. Ihre Lage ist wichtig, um die Frage zu entscheiden, ob die Parietalwindung und besonders der Gyrus angularis zum Sehcentrum gehört oder nicht. Manchmal ist Läsion des Gyrus angularis und der Parietalgegend von Hemianopsie gefolgt, manchmal nicht. Das erklärt sich so: Wenn die Läsion die visual-Bahn in der Gratiolet'schen Sehstrahlung betrifft, so bewirkt sie Hemianopsie, sonst nicht.

Auf dem Weg der Exclusion lässt sich zeigen, dass eine Läsion des parieto-angular-cortex nicht zu einem Gesichtsfelddefect zu führen braucht. Eine Analyse aller Fälle ergibt, dass die visual-Bahn in dem ventralen Theil der Sehstrahlung liegt als ein 1 cm dickes Bündel an der Grenze des zweiten Schläfengyrus und zweiten Schläfensulcus. Eine Verletzung des Parietal- oder Angular-Lappens bewirkt Hemianopsie nur, wenn dieses Bündel direct oder indirect afficirt wird. Eine Verletzung des dorsalen Theiles der Sehstrahlung bewirkt keinen Gesichtsfelddefect. In diesem Bündel liegen die Fasern für den dorsalen Netzhautquadranten dorsal, für den ventralen ventral.

Eine Läsion der mittleren Oberfläche des Occipitallappens verursacht Hemianopsie nur, wenn die Rinde der fissura calcarina resp. die von dort entspringenden Fasern afficirt sind. Eine Läsion, welche auf die Cortex calcarina begrenzt ist, kann complete Hemianästhesie bedingen. In allen Fällen von completer Hemianopsie ist der mittlere Theil der fissura betroffen, der hintere und vordere Theil kann frei sein.

Organisation des Sehcentrums: Der obere Rand der cortex calcarina repräsentirt den oberen Netzhautquadranten. Das Feld für die macula in der cortex calcarina scheint mehr nach vorn hin zu liegen. Die macula lutea wird von beiden Hemisphären in verschiedener Weise innervirt, ferner von den dorsalen und ventralen Theilen der Sehstrahlung. Die Elemente beider Netzhauthälften sind in der cortex calcarina durch verschiedenartige Zellen repräsentirt, die neben einander liegen. Die Farbenempfindung liegt ebenfalls in dieser cortex calcarina.

Wichmann.

349) A. Souques: A propos d'un cas d'agraphie sensorielle.

(Revue neurologique, Nr. 3, 1894)

Ein 23jähriger Drechsler ohne erweisliche erbliche Belastung, bei welchem auch von Lues und Potatorium nichts zu constatiren war, erkrankte ein Jahr vor seiner Aufnahme in die Charcot'sche Klinik mit transitorischen Anfällen von Aphasie und Schwindel, zu welchen sich nach einiger Zeit sehr intensiver nächtlicher Kopfschmerz gesellte. Dieser hielt etwa 3 Monate an und im Laufe dieser Zeit wurden die aphasischen Störungen permanent, auch Agraphie und Alexie machten sich bemerklich. Die Sprachstörung besserte sich allmählig und verschwand schliesslich fast vollständig. Bei der Aufnahme (20. März 1891) wurde folgender Status con-

statirt: Keine Lähmung der Glieder, keine Asymmetrie des Gesichtes, die Zunge gerade vorgestreckt. Die cutane Sensibilität überall normal, Gehör und Geschmack ebenfalls unverändert, der Geruch links aufgehoben, rechts abgeschwächt. Doppelseitige Neuritis optica; Sehschärfe fast normal; rechts unvollständige Hemiopie. Lähmung des rechten Abducens. Die Pupillen ungleich (rechte erweitert) mit erhaltener Reaction auf Licht und Accommodation. Keine Störung der Intelligenz, keine Worttaubheit; vorübergehend eine gewisse Paraphasie. Keine Seelenblindheit, dagegen Wortblindheit und insbesondere Agraphie. Zuweilen liest er eine Reihe von 10 und mehr Wörtern, zuweilen hält er schon beim dritten inne und zwar bei Currentschrift ebensowohl als bei Druckschrift. Schreiben ist ihm gänzlich unmöglich (Spontan- und Dictatschreiben); nur 2 Wörter, seinen Vor- und Zunamen, bringt er zu Stande. Abzuschreiben vermag der Kranke, doch nur mit Schwierigkeiten und mangelhaft.

Die weitere Beobachtung ergibt, dass er fast alle Buchstaben erkennt und demnach mehr verbale und Silbenblindheit als Buchstabenblindheit besteht. Die Hemiopie ging alsbald in complete Amaurose über; der Kopfschmerz persistirte in paroxysmaler Form (ausschliesslich auf der linken Kopfseite). Specifiche Behandlung führte keine Aenderung herbei. Der Kranke ging in comatösem Zustande zu Grunde; in den letzten Tagen war bei ihm auch Nystagmus aufgetreten.

Bei der Autopsie findet sich in der linken Grosshirnhemisphäre ein umfangreiches Gliom, welches an der Aussenfläche der Hemisphäre im Bereich des Gyrus angularis, an der medialen Fläche im Niveau der unteren Partie des Präcuneus sich vordrängt. Ein Querschnitt durch den Gyrus angularis zeigt, dass der Tumor sich quer durch die Hemisphäre von der Aussenfläche zur medialen zieht, sich hauptsächlich auf die weisse Substanz beschränkend; ein Längsschnitt ergibt, dass derselbe den Occipitallappen und den Gyrus centralis posterior verschont.

S. neigt mit Charcot, Esner und Marie zu der Annahme eines selbstständigen Schreibcentrums im Fusse der 1. Stirnwindung und erklärt die bei dem Patienten beobachtete Agraphie aus dem Umstande, dass derselbe, wie alle wenig gebildeten Personen, ohne die geistige Reproduction der betreffenden optischen Bilder nicht zu schreiben vermochte. Bei solchen Personen muss die Wortblindheit Agraphie nach sich ziehen, während bei gebildeten, schreibgewandten Menschen Wortblindheit dieser Folge entehrt.

L. Löwenfeld.

350) Kolisch: Ein Fall von Tumor der Pons Varoli.

(Wiener klin. Wochenschrift, 1893 u. 94.)

Bei 20 Jahre altem, tuberculösen Patienten wurden folgende Symptome festgestellt:

Auffällige seitliche Bewegungsbeschränkung beider Augen.

Blinzeln mit dem linken Auge in Folge des m. orbicularis.

Linksseitige Hemiataxie. — Symptome von Seiten des n. acusticus, welche auf eine centrale Läsion hindeuteten.

Linksseitige Schmerzen. — Kopfschmerzen. — Erbrechen.

Ophthalmoscopisch vollständig normalen Befund.

Die Autopsie ergab einen Tuberkel auf der rechten Seite, localisirt an der Pons und der hinteren Vierhügelgegend. Bach.

351) **Moure**: Two cases of brain tumor where the optic neuritis was the only positive signe; autopsies.

(Journal of the American Medical Association, Octobre 1898.)

M. veröffentlicht die folgenden 2 Beobachtungen: Ein 17jähriger Knabe wurde von Uebelsein und geringem Schwindelgefühl befallen. Das Sehvermögen sank und es wurde eine doppelseitige Neuritis optica festgestellt. Späterhin litt der Patient an Schmerzen auf der rechten Seite, an Erbrechen, es traten ferner eine rechtsseitige Facialislähmung, sowie eine Lähmung des musc. rectus externus am rechten Auge ein. Eine Woche vor dem Tode gesellten sich epileptiforme Convulsionen dazu. Die Autopsie ergab ein Gliom an der unteren Seite des Lobus temporalis secundus rechterseits, das sich bis zum Lobus temporo-sphenoidalis erstreckte. Der Umfang des Glioms betrug annähernd $1\frac{1}{2}$ Zoll.

Der zweite Fall betraf einen 19jährigen jungen Mann. Derselbe litt an Schwindel, Erbrechen, Somnolenz, an vagen Kopfschmerzen und Intelligenzstörungen. Später wurde eine doppelseitige Neuritis optica mit Hämorrhagien festgestellt. Lähmungen waren nicht vorhanden, jedoch trat eine fortschreitende Abmagerung ein. — Bei der Autopsie zeigte sich das Gehirn erweicht, die Ventrikel waren durch Flüssigkeitsansammlung ausgedehnt, ein Gliom von ungefähr $2\frac{1}{2}$ Zoll Grösse fand sich auf der dorsalen Gehirnoberfläche und erstreckte sich auf beide Hemisphären.

Bach.

352) **James Taylor**: On intra-cranial tumours.

(The Lancet, 20. I. 94.)

T. bespricht im Anschluss an 3 Fälle die Diagnose der Gehirntumoren im Allgemeinen und ihre Behandlung. Die 3 Fälle waren folgende:

I. 35jähriger Mann; er war in seinem 15. Jahre von einer Bank gefallen und litt seitdem an epileptischen Anfällen, die später einige Jahre ausblieben, dann aber sich wieder einstellten. Der Anfall begann mit krampfhaften Empfindungen im linken Schenkel, dann folgte Beugung des Knies, dann des Hüftgelenks und darnach der Finger der linken Hand, von Kopf und Rumpf, mit Bewusstlosigkeit. Im Verlauf der Krankheit entwickelte sich eine Lähmung des linken Beines, die sich aber wieder besserte. In den letzten 4 Jahren verlor der Mann das Bewusstsein nicht mehr. Die Anfälle begannen mit einer Gehörsempfindung in der rechten Kopfseite, worauf sich Reissen in der linken Iliacalgegend einstellte. Nach einem Anfall waren Arm und Bein zeitweise vollständig gelähmt; in leichten Anfällen betraf die Lähmung blos den Arm oder das Bein. Es fehlten Kopfschmerzen, Erbrechen und Neuritis optica. Nach der Aufnahme im Spital traten die Anfälle fast täglich auf und man fand leichte Neuritis optica beiderseits. Horsley diagnostisirte einen Tumor in oder nahe der Rinde und hielt seine Entfernung für möglich. Die Operation ergab einen Tumor im oberen Theile der Fissura Rolando, welcher in die weisse Substanz eindrang. Er wird extirpirt. Die Folgen der Operation waren: grössere

Schwäche der linken Seite; doch bessert sich dies. Es trat kein Anfall mehr auf. Die Neuritis optica verschwand ganz.

II. Eine Kranke mit linksseitiger Schwäche litt seit 4 Jahren an Krampfanfällen unbestimmter Art; Kopfschmerz, gelegentlichem Uebelsein, deutlicher Neuritis optica. Diagnose: Gehirntumor. Therapie: Kalium jodatum mit gutem Erfolg, so dass auch die Neuritis optica schwindet. Der Sitz und die Natur des Tumors liessen sich nicht bestimmen. Da so wie so Tumoren im Gehirn latent werden und schwinden können ohne Jodkalium, so lässt ein Erfolg nach der Einnahme dieses Mittels keinen sicheren Schluss auf die Natur des Tumors zu.

III. Ein 13jähriger Knabe hatte vor 14 Monaten plötzlich Erbrechen, später hatte er wöchentlich dreimal einen Anfall. Zwei Monate nach dem Beginn des Erbrechens heftige Anfälle von Kopfschmerz, gewöhnlich in der Stirn. Im Juli 93 ein Anfall mit Zwangsdrehen, die sich seitdem wiederholen. Pat. dreht sich gewöhnlich nach rechts und fällt dann direct nach rückwärts. Dann Schmerz im linken Bein, Urinincontinenz; Schläfrigkeit; Schwächerwerden des Sehens. Keine Abmagerung oder Rigidität der Beine; keine Sensibilitätsstörung; Kniereflexe vorhanden; deutliche Neuritis optica. Diagnose: Tumor wahrscheinlich an der Basis oder im Kleinhirn.

Wichmann.

353) **Thomas Buzzard**: Atrophy of the optic nerve as a symptom of chronic disease of the central nervous system.

(The Brit. medic. Journ., 7. Oct. 1893, pg. 779.)

B. spricht über die Sehnervenatrophie bei disseminirter Sclerose und bei Tabes. Er beschreibt ganz besonders eine Form von multipler Sclerose, welche er die hysterische Form nennt, weil sie die Hysterie vortäuscht. Ihre Symptome sind so unbedeutend, dass sie oft für Hysterie gehalten wird; wenigstens im Anfang. Unter 100 Fällen von diss. Sclerose fand B. in 43 (also 43%) Blässe der Sehnervenpapille, in manchen Fällen waren die Veränderungen bloß leicht angedeutet, in der Mehrzahl aber sehr deutlich. Uthhoff fand unter 100 Fällen in 48 Fällen den Augenhintergrund normal, also 52% krank. Manche Fälle haben concentrische Gesichtsfeld-einengung und in solchen Fällen besteht Affection des Farbensehens. In der Randzone des Gesichtsfeldes erscheint roth als schwarz und grün als weiss. Head hat dies auch bei der hysterischen Form der multiplen Sclerose gefunden, wo keine sichtbare Veränderung der Sehnervenpapille bestand. In jedem Fall von dieser hysterischen Form sind aber andere Augensymptome da, wie Diplopie, Nystagmus etc. Bei multipler Sclerose geht die Amblyopie gewöhnlich nicht in totale Amaurose über; das ist bei Tabes häufiger der Fall. Die Opticusatrophie ist bei Tabes nicht so häufig. B. fand unter 100 Privatpatienten mit Tabes 15mal deutliche Atrophie.

Wichmann.

b) Rückenmark.

354) **Redlich**: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Poliomyelitis anterior acuta infantum.

(Wien. klin. Wochenschrift 1894, 287.)

Ein 5 Monate altes Kind erkrankte plötzlich unter leichtem Fieber und Unruhe. In den nächsten Tagen trat allmählich schlaffe Lähmung

aller 4 Extremitäten mit Verlust der Patellarreflexe und vielleicht leichter Sensibilitätsstörung, erschwerte Respiration, vorübergehende Schluckbeschwerden, heisere Stimme und zweifelhafte Facialislähmung ein. Am 9. Tage vorübergehend Respirationsstillstand. Am 10 Tage exitus. Bei der Section fanden sich fleckige geröthete Stellen der Marksubstanz des Gehirns, der formatio reticularis der Medulla und in der grauen Substanz der Vorderhörner des Rückenmarks zahllose Fettkörnchenzellen. Die Untersuchung der frischen Nerven constatirte Degeneration der verschiedenen peripheren Nerven, sowie hochgradige Verfettung eines Theiles der Extremitätenmuskulatur, der Kehlkopf-, Zungen- und Gaumenmuskeln. Am gehärteten Rückenmark fand sich ein acuter Entzündungsprocess durch die ganze Länge desselben. In erster Linie betraf derselbe die Säule der Vorderhörner. Die Gefässe daselbst waren prall mit Blutkörperchen gefüllt, stellenweise fanden sich miliare Blutungen. Die Gefässwände und Lymphräume mit Leukocyten angefüllt, ebenso das Parenchym der Vorderhörner. Die grossen Ganglienzellen waren zum kleinen Theil erhalten, meist jedoch in Degeneration und schliesslich zu einem homogenen Klumpchen verwandelt. Am intensivsten war das Lendenmark, etwas weniger das Halsmark ergriffen. Schwankungen der Intensität des Processes innerhalb kurzer Strecken. Ausserdem zeigten die Clarke'schen Säulen und die Seitenstränge kleine Entzündungsherde. Das gleiche Bild zeigte die Medulla, Hirnschenkel Stammganglion und Centrum semiovale, überall waren die Herde um die Gefässe gruppiert. Die Pia war stellenweise leicht entzündet.

Acute Fälle von Poliomyelitis infantum sind noch nicht viele untersucht, deshalb gewinnt der vorliegende an Interesse. Er beweist die neuerdings mehrfach geäusserte Anschauung, dass die Poliomyelitis nicht, wie Charcot behauptete, eine Entzündung der Vorderhornzellen darstellt, sondern eine acute interstitielle Myelitis der Vorderhörner, die ebenso wie das übrige Gewebe auch die Ganglienzellen zerstört hat, auch hält sich diese Myelitis nicht an bestimmte Zellengruppen, sondern folgt lediglich dem Verbreitungsgebiete einzelner Gefässe. (Die gleiche Anschauung hat neuerdings Siemerling [Aroh. f. Psych. XXVI, 1] ausgesprochen.)

Eine bacterielle Wirkung als entzündungserregendes Agens erscheint wahrscheinlich, es spricht hierfür ausser dem klinischen Verlaufe auch das epidemische Auftreten. Lehmann (Werneck).

355) A. Gombault: *Maladie de Morvan, Syringomyélie et Lèpre.*
(Revue neurologique Nr. 14, 1893.)

Während man bis in die letzten Jahre in Frankreich annahm, dass die in diesem Lande vorkommenden Fälle von Lepra lediglich auf Einschleppung zurückzuführen seien, gelang es Zamboco Pascha, einem der bedeutendsten Lepprakenner der Gegenwart, das Vorhandensein einer autochthonen echten Lepra in einzelnen Districten Frankreichs zur Ueberraschung der französischen Collegen nachzuweisen. Zamboco begnügte sich jedoch keineswegs mit diesem Nachweise. Er stiess bei seinen Nachforschungen auf eine Reihe von Fällen der als Pareso-Analgesie oder Morvan'sche Krankheit bezeichneten Affection, deren Aetiologie noch ganz im Dunkeln liegt; auch diese wurden von Zamboco der Lepra einverleibt, ebenso wurden die Sclerodermie, die

Sclerodactylie und die locale Asphyxie (Raynaud'sche Krankheit) als abgeschwächte Formen der Lepra von Zamboco erklärt.

Während nun die Entdeckung einer autochthonen Lepra in Frankreich, wenn auch auf Befremden, so doch auf keinen Widerspruch stiess, erhob sich gegen die Identificirung der Morvan'schen Krankheit und der übrigen erwähnten Affectionen mit der Lepra Widerspruch.

Die Argumente, welche Z. zur Stütze seiner Auffassung beibringt, sind im Wesentlichen der klinischen und ethnographischen Beobachtung entnommen. Gombault hält dieselben nicht für zulänglich und erachtet bezüglich der einzelnen in Frage stehenden Affectionen, da im vorliegenden Falle der Impfversuch an Thieren misslang, genauere anatomische und bacteriologische Untersuchungen noch für nothwendig, um die vorwürfige Frage zu entscheiden. G. verweist des Weiteren auf die von Marestang hervorgehobenen Differenzen in dem klinischen Bilde der Morvan'schen Krankheit und der Lepra. Die in der Hälfte der Fälle von Morvan'scher Krankheit beobachtete Scoliose fehlt bei Lepra gänzlich, die Dissociation der Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit, die bei ersterem Leiden häufig ist, findet sich bei letzterem nur exceptionell, die Steigerung der Sehnenreflexe (8mal unter 13 Fällen von Morvan'scher Krankheit constatirt) und die von Barret beobachtete Gesichtsfeldeinschränkung ist bisher bei Lepra vermisst worden. Auf der anderen Seite mangeln bei der Morvan'schen Krankheit die achromatischen und hyperchromischen Flecken, die sich in den von Leloir berichteten Fällen europäischer Lepra regelmässig fanden. Auch die periphere Facialislähmung ist bisher nur bei Lepra constatirt worden.

Was von pathologisch-anatomischer Seite bisher beigebracht wurde, spricht nicht für die Zamboco'sche Auffassung. In 3 Fällen von Morvan'scher Krankheit, die aus der Bretagne stammen, fand man eine Neuritis ohne irgend welchen speciellen Character; der Leprabacillus liess sich in keinem dieser Fälle nachweisen. In 2 Fällen Morvan'scher Krankheit, in welchen das Rückenmark untersucht wurde, fand sich dieses Organ deutlich verändert. Rückenmarksalterationen werden nun allerdings auch bei Lepra nicht vermisst, allein speciell die Syringomyelie, die häufig bei Morvan'scher Krankheit vorkommt und von vielen als die häufigste Läsion bei dieser betrachtet wird, ist jedenfalls selten, fast unbekannt bei Lepra.

G. folgert daher sehr mit Recht, dass die Lepra möglicherweise Symptomencomplexe bedingt, welche analog oder identisch mit der Morvan'schen Krankheit, der Sclerodermie und der localen Asphyxie sind; allein ob der klinischen Aehnlichkeit der Affectionen immer und überall eine gleichartige Ursache zu Grunde liegt, dies ist erst noch zu erörtern; das bisher vorliegende anatomische und bacteriologische Beobachtungsmaterial ist einer solchen Auffassung nicht gerade günstig.

L. Löwenfeld.

356) H. G. Turney und H. H. Clutton: Case of tumour pressing on the spinal cord; operation; death.

(The Lancet, 17. Feb. 94.)

Ein 24-jähriger Mann erlitt März 92 eine Verletzung des Rückens. Zwei Monate später entstehen Rückenschmerzen, die Nachts nach dem

Magen ausstrahlen. Februar 93 Schwäche des linken Beines, bald nachher auch des rechten Beines. Bei seiner Aufnahme im St. Thomas-Hospital am 1. März 93 Klagen über: Schmerz in der Bauch- und Lendengegend und über Schwäche der Beine. Ernährungszustand der Beine gut; die Muskeln des linken Schenkels etwas schlaffer als die des rechten. Gleichmässige motorische Parese des ganzen linken Beines. Motorische Kraft des rechten Beines fast normal. Keine objective Sensibilitätsstörung am Bein; doch subjective taube Empfindung des linken Beines bis zum Knie. Temperatur der Beine nicht verändert. Geringe Beschwerde beim Uriniren; Stuhlverstopfung. Tiefe Reflexe deutlich an beiden Knien gesteigert; links stärker als rechts. Rechter Plantarreflex lebhaft, links fehlt er. Wirbelsäule zeigt nichts abnormes. Diagnose: Caries der Wirbelsäule. Therapie: Strecklagerung, Jodkalium und Quecksilber. Es tritt aber Verschlimmerung ein. Die motorische Kraft der Beine nimmt ab und es stellt sich spastische Lähmung der Beine ein mit unwillkürlichen Zuckungen. Die Sensibilität der gelähmten Theile war aufgehoben; Schmerzen im linken Bein. Der Zustand am 10. April ist folgender: Fehlen der Berührungsempfindung, starke Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung und der Localisation in der Höhe des Nabels. Die obere Grenze der Linie geht rings um den Rumpf links 1 Zoll unterhalb des Nabels, rechts noch einen Zoll oder mehr tiefer. Die Grenzlinie zwischen normalem und abnormalem Gefühl war scharf und nicht hyperästhetisch. Hintere und äussere Seiten der Unterschenkel und Fusssohlen nehmen nicht an der Anästhesie Theil, die rechts weniger ausgeprägt ist als links. Tiefe Reflexe stark gesteigert, oberflächliche lebhaft, mit Ausnahme des linken Cremasterreflexes, welcher schwer zu erzielen ist. Am 5. Mai hatte die Anästhesie alle Theile unter der Grenzlinie betroffen, ausser der Aussenseite des rechten Unterschenkels und eines Fleckens in der Glutaealgegend. Diagnose schwankt zwischen Caries und Tumor, der auf das Mark drückt in der Gegend des 10. Dorsalsegments. Operation am 6. Mai. Es findet sich ein $1\frac{1}{2}$ Zoll langes weiches Myxom innerhalb der Dura in der Höhe des 8. Brustwirbels auf der linken Seite des Marks, und mit seinem Centrum die hintere 10. Dorsalnervenwurzel umgreifend. Es macht einen tiefen Eindruck in's Mark. Es wird mit der 10. hinteren Wurzel entfernt. Am 14. Mai tritt Tod durch Sepsis ein.

Section: Eitrige Infiltration der Wunde etc. Die 9. linke hintere Wurzel ist intact. Die 10. linke hintere Wurzel fehlt; von ihr entspringt der Tumor. Die 11. linke hintere Wurzel war oben mitbetroffen. Die linken vorderen und die rechten Wurzeln sind frei. Macroscopische Zeichen von Myelitis oder secundärer Strangdegeneration fanden sich nicht.

Wichmann.

357) Dr. Edward Wyllys Taylor: Zur pathologischen Anatomie der multiplen Sclerose.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V., Heft 1.)

Im Anschlusse an 3 Fälle von multipler Sclerose, die klinisch kein besonderes Interesse bieten, theilt T. das Ergebniss seiner Untersuchungen am Centralnervensystem mit. Nach seiner Meinung hat sich die frühere Meinung, dass der Process immer von der Pia ausgehe, als unhaltbar er-

wiesen, da er selbst dieselbe immer intact fand. Auch die Annahme, dass man von einer cerebralen und einer spinalen Form sprechen könne, ist nach T.'s Meinung nicht zutreffend, im Gegentheil sei der Process immer ein allgemeiner.

Er stellt 3 Sätze auf:

1. Die weisse und graue Substanz werden regellos betroffen.
2. Eine Prädispositionsstelle für die Ausbreitung der Herde im Centralnervensystem giebt es nicht.
3. Weder die Rinde des Grosshirns noch des Kleinhirns bleibt verschont.

In Bezug auf das Verhalten der Hirnnerven stimmt er der Meinung der Mehrzahl der Autoren, welche angeben, dass dieselben mitbetroffen werden können, bei; auch die Wurzeln der Spinalnerven fand er mehrmals degenerirt.

Was nun die Abgrenzung der Herde betrifft, so sah T. dieselben scharf am völlig gesunden Gewebe abschneiden und gerade an den Grenzen die Degeneration oft am stärksten ausgeprägt, während Charcot ein allmähliges Uebergehen in das gesunde Gewebe annimmt.

Die Ganglienzellen degeneriren jedoch nur in fortgeschrittenen Stadien und keineswegs, wie z. B. Gowers andeutet, sofort, wenn die grauen Vorderhörner theilhaft sind.

Die Veränderungen der Gefässe traten in den vorliegenden Fällen nicht in den Vordergrund, und nach T.'s Ansicht darf man die Gefässerkrankung aus 3 Gründen nicht als Grundlage des sclerotischen Processes ansehen.

1. weil die Herde nicht immer in Beziehung zu Gefässen stehen;
2. weil die Gefässe selbst in stark degenerirten Partien oft keine wesentliche Veränderung zeigen und
3. weil die Gefässerkrankung in einem Falle ganz fehlte.

Dauber. Würzburg.

c) Periphere Nerven.

358) Prof. Dr. M. Bernhardt: Mittheilung eines Falles von isolirter peripherischer Lähmung des N. suprascapularis dexter.

(Berlin. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 2.)

Bei dem 28jährigen Manne entwickelte sich unter Schmerzen in der rechten Schulter eine Bewegungsbehinderung beim Erheben des rechten Armes. Das ganze rechte Schulterblatt steht etwas tiefer und der innere Rand desselben steht um ca. 1 cm weiter von der Mittellinie ab als links. Besonders vertieft ist die regio infraspinata. Der m. infraspinatus scheint ganz zu fehlen. Demzufolge ist besonders die Fähigkeit zum Nähen beim Patienten beeinträchtigt. In Folge der Lähmung und Atrophie des N. suprascapularis kann der Patient, trotzdem der Deltoides völlig erhalten ist, den Arm bequem nur bis zur Horizontalen heben, während zur weiteren Hebung besondere Anstrengungen nothwendig sind (besonders im Deltoides und oberen Cucullarisabschnitt sichtbar), wobei ein deutlich sicht- und fühlbarer Buck die Ueberwindung des Hindernisses anzeigt. Es beweist somit dieser Fall, dass der N. suprascapularis die ihm von Krause und Duchenne zugeschriebene Aufgabe, den Oberarmkopf bei der Armhebung in der Cavitas glenoidea festzuhalten und gegen dieselbe anzudrücken, in der That besitzt.

Hoppe.

359) **M. Bernhardt**: Ueber isolirt im Gebiete des *N. peroneus dexter superficialis* auftretende clonische Krämpfe der *Musc. peron. longus et brevis*. (Nach einem in d. Ges. f. Psych. am 13. März 1893 gehaltenen Vortrage.) (Berl. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 17.)

Bei einem hereditär belasteten 11jährigen Knaben, welcher schwer gehen gelernt hatte, sonst aber gesund gewesen war, begannen, nachdem vor 2 Jahren häufige Klagen über Kopfschmerzen, eine gewisse choreatische Unruhe (gesticulatorische Bewegungen), später eigenthümliche Bewegungen im Oberkörper, Drehungen des Rumpfes, Reibebewegungen des Körpers in den Kleidern aufgetreten waren, nach einem Scharlach im Herbst 1892 am rechten Bein häufig sich wiederholende rhythmische Contractionen im Gebiet der beiden Peronei, wobei der äussere Fussrand etwas gehoben, die Basis der grossen Zehe energisch nach abwärts bewegt wird, und an der Aussen-seite des Unterschenkels eine schmale lange Einseukung hervortritt, durch welche sich die jedesmalige Contraction des *M. peroneus longus* scharf abzeichnet, ebenso wie an der linken Tuberositas ossis metarsi V. die Sehne des *M. peroneus brevis*. In der Rinne des äusseren Knöchels fühlte man, wie bei jeder Contraction die Sehnen der betreffenden Muskeln sich gleichsam subluxirten, wodurch ein knackendes Geräusch entstand, das sich ebenso schnell wiederholte wie die Contractionen. Diese Muskelzuckungen dauerten auch im Schlafe an und machten sich in der Stille der Nacht und durch die Resonanz des Bettgestells besonders deutlich bemerkbar. Nur stärkere faradische Ströme, fester Druck auf die Sehnen der betroffenen Muskeln und Einwärtsdrehen des Fusses brachten für die Zeit ihrer Einwirkung die Zuckungen zum Stillstand.

Die Behandlung dieser wohl mit Recht als hysterisch betrachteten Krämpfe war eine allgemeine auf die Kräftigung des Nervensystems gerichtete (Fernhalten vom Schulunterricht, küble Abreibungen, 1 2 gm Bromkali pro die) und von Erfolg begleitet; seit Ende März 93 sind die Krämpfe ganz geschwunden, nachdem sie erst während der Nacht und dann zeitweise auch am Tage aufgehört hatten.

Im Anschluss an diesen Fall theilt B. einige ähnliche Fälle aus der Literatur mit. Hoppe.

360) **G. Gallerani** und **G. Pacinotti** (Camerino): Reflectorischer Krampf der Zunge, der Mundlippen und des Rachens, verursacht durch die Permanenz eines fremden Körpers im *N. occipitalis major* der linken Seite. (Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 14.)

Der 26jährige Patient war vor 12 Jahren durch ein Scherbenstück am Kopfe verletzt worden. Einige Tage darauf waren Contractur der linksseitigen Nackenmuskulatur, Sprach- und Schlingbeschwerden aufgetreten. Dazu kamen spontan und anfallweise Schmerzen an der Stelle des Trauma. Alle Therapie war erfolglos geblieben.

Bei der Untersuchung durch die Verfasser zeigte er Schmerzen am Nacken, Sprachstörungen vom Character der Alalie oder Anarthrie, leichte Contraction der Lippen, leichte Störungen des Kauvermögens und des Schlingactes, aber keine Atrophie. Durch Druck auf die sternförmige Narbe am linken Hinterkopf (die Stelle entsprach genau der Gegend, wo

sich *N. occipitalis* maj. und min. verzweigen und anastomosiren) und auf ein Knötchen, welches am Ende eines Strahles dieser Narbe zu fühlen war, traten sehr heftige Schmerzen auf.

Die Diagnose wurde auf reflectorischen Spasmus labio-glossopharyngeus gestellt und demnach die Narbe sammt dem schmerzhaften Knoten entfernt; letzterer enthielt ein eingekapseltes Porzellanscherbchen, welches einem interstitiell erkrankten Nervenstamme adhärent war. Nach Heilung der Operationswunde verschwanden die Symptome allmählig.

Hoppe.

361) **L. Darkschewitzsch** und **S. Tichonow**: Zur Frage von den pathologisch-anatomischen Veränderungen bei peripherer Facialislähmung nicht specifischen Ursprungs.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 10.)

Die Verfasser hatten Gelegenheit, in einem Falle von Facialislähmung, welcher eine 59jährige Bettlerin betraf, sich in Folge einer März 1891 entstandenen Entzündung des linken Mittelohrs unter Bildung eines Abscesses hinter dem linken Ohre entwickelt und alle Zweige des linken Facialis ergriffen hatte (im mittleren und oberen Ast erhebliche Herabsetzung der Nerven- und Muskelerregbarkeit für beide Stromesqualitäten, im unteren Ast Entartungsreaction) die Section zu machen, nachdem die Kranke im Februar 1892 an einem Erysipel des Gesichtes und Kopfes zu Grunde gegangen war.

Der microscopischen Untersuchung wurden unterzogen: 1. Der *M. buccinator* der afficirten Seite, 2. ein Theil des Facialisstammes gleich nach seinem Austritt aus der *Glandula parotis*, 3. der im *Canalis Fallopiæ* eingeschlossene Theil des Facialis, 4. der Abschnitt, wo der Kern und der intramedulläre Theil der Facialiswurzel liegen. Die Untersuchung ergab deutliche Veränderungen im ganzen Verlauf des Facialis bis zum Kerne hin, welche im peripheren Theile (ca. 2—3 mm peripher vom *Gangl. geniculi* gerechnet) den Character der parenchymatösen Neuritis trugen, während der centrale Abschnitt (vom *Gangl. geniculi* bis zum Kern) die Erscheinungen secundärer Degeneration darbot und bereits vollkommene Atrophie einer erheblichen Anzahl von Fasern, der Facialiskerne aber die scharf ausgeprägten Erscheinungen einfacher Atrophie zeigte. Von interstitiellen Veränderungen und von Compression des Nervenstammes war keine Spur vorhanden. In den Muskeln war eine bedeutende Atrophie der meisten Fasern zu constatiren.

Den Causalzusammenhang und die gegenseitige Abhängigkeit der pathologischen Veränderungen im Facialis erklären die Verf. folgendermassen: Der cariös necrotische Process im Schläfenbein führte durch Infection zur parenchymatösen Neuritis des peripheren Facialisstammes, welche Veränderungen in den Zellelementen des Nervenkerneln von Character der einfachen Atrophie nach sich zog; diese Veränderungen waren ihrerseits die Ursache für die Entwicklung einer secundären absteigenden Degeneration in den Fasern des intramedullären Theiles der Facialiswurzel.

Hoppe.

362) Prof. J. Hoffmann: Zur Lehre von der peripherischen Facialislähmung. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 1.)

An der Hand von 15 ohne Rücksicht auf Aetiologie ausgewählten Fällen geht H. auf einige strittige Punkte in der Lehre der Facialislähmung ein:

Die eine Facialislähmung refrigeratorischer Natur oft einleitenden oder begleitenden Schmerzen führt H. auf ein gleichzeitiges Befallensein des V zurück und nimmt nicht an, dass bei einer Anzahl von Menschen sensible und vasomotorische Fasern im Facialis enthalten sein sollten. Für die Annahme einer mehrfachen Neuritis spricht auch die Beobachtung einer gleichzeitigen Neuritis optica. Diese begleitenden Schmerzen, welche nach Möbius und anderen in directem Verhältniss zur Schwere der Facialislähmung stehen sollen, haben nach H.'s Erfahrungen keine allgemein gültige prognostische Bedeutung.

Betreffs der Aetiologie spricht H. der Syphilis nach seinen Fällen nur so viel prädisponirende Bedeutung zu, wie jeder anderen den Organismus schädigenden und schwächenden constitutionellen Erkrankung.

Ist das Auftreten der Gesichtslähmung ausnahmsweise familiär oder hereditär, so giebt H. den hereditären Einfluss zu; doch warnt er vor Verallgemeinerung. Man überschätze das nervöse Moment nicht zu sehr und vergesse nicht, dass die verschiedenen Familienangehörigen gewöhnlich unter gleichen Lebensbedingungen stehen und gleichen Schädlichkeiten ausgesetzt sind.

Was die Recidive anlangt, so ist die Annahme einer erworbenen Disposition das Richtigste.

Zum Schlusse führt H. noch 2 Fälle traumatischer Lähmung auf, bei deren erstem der Sitz in's Mittelohr verlegt wurde, obgleich die Chordafasern freiblieben (warum? — nicht anzugeben), und von denen der zweite zur Annahme einer Schädigung oberhalb des Ganglion geniculi wegen des gleichzeitigen Befallenseins der VI. und VIII. Nerven führte, obwohl eine Gaumensegellähmung vermisst wurde.

Dauber-Würzburg.

363) E. Biernacki: Analgesie des Ulnarisstammes als Tabessymptom. Aus der medicinisch-diagnostischen Klinik zu Warschau.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 7.)

Während bei normalen Individuen durch Stoss gegen das Ellenbogengelenk oder durch Druck des N. ulnaris gegen den Knochen im Sulcus ulnaris (am Condylus int. humeri — Musikantenknochen Ref.) der bekannte unangenehme Schmerz im Ulnarisgebiet entsteht, wobei als Reflex eine charakteristische Verziehung des Gesichts und Zuckung des Kopfs eintritt, hat B., nachdem er erst einmal zufällig bei 2 Tabikern die völlige Unempfindlichkeit des Ulnaris gegen stärksten Druck beobachtet hatte, gefunden, dass eine solche Analgesie eine recht häufige Erscheinung bei Tabikern ist. Bei 14 von 20 ausgesprochenen Tabesfällen konnte völlige Analgesie constatirt werden, in einem 15. Falle war nur der linke Ulnaris unempfindlich, während sich der rechte ganz normal verhielt.

Controluntersuchungen bei Individuen mit anderen Krankheiten des Centralnervensystems, bei welchen die Empfindlichkeit des Ulnaris stets constatirt werden konnte, führte B. zu der Annahme, dass die Analgesie des Ulnaris der Hinterstrangesclerose eigenthümlich ist.

Da im Allgemeinen der Ulnaris im Vergleich mit anderen Nerven der Arme keine speciellen Abweichungen zeigte, so scheint es B. am plausibelsten, dass die tabische Ulnarisanalgesie mit den Veränderungen im Rückenmark in Zusammenhang steht. Es müsste dann bereits das Cervicalmark ergriffen sein, und die Analgesie würde sich durch eine Affection der Hinterhörner erklären, welche die Bahnen für die Schmerzempfindung enthalten und bei fortgeschrittenen Fällen mit ergriffen werden.

Uebrigens beweist das häufige Vorkommen von diffuser Hautanalgesie (B. fand dieselbe in der Hälfte der Fälle von Ulnarisanalgesie) und Abstumpfung der Schmerzempfindlichkeit resp. Verlangsamung der Schmerzleitung, dass auch andere sensible Nerven in ihrer Schmerzleitung mehr oder weniger afficirt sind.

Hoppe.

364) Theodore Diller: Neuritis of the great auricular nerve characterized by recurrent herpetic eruptions over the course of the nerve.

(The journal of nervous and mental disease, May 1893.)

Ein 50jähriger Mann, der vor 9 Jahren einen Schrotschuss von vorn in die linke Schultergegend bekommen hatte, litt seit dieser Zeit wiederholtlich an neuralgischen Schmerzen in der Schulter und Achselhöhlengend. Im November 1892 erkrankte er an ähnlichen Schmerzen, die genau dem Verlaufe des nervus auricularis magnus folgten; wenige Tage darauf entstand in demselben Bereiche ein typischer Herpesausschlag. Bei genauer Untersuchung fanden sich im Halse direct über der Schulter noch 4 Schrekkörner, die herangeschnitten wurden. Die Neuralgie heilte ebenso wie der Ausschlag rasch ab. Es lag offenbar eine traumatische Neuritis vor, die früher die unteren Cervicalnerven, jetzt den auricularis magnus betroffen hatte. Ein Herpes zoster in dieser Gegend ist sicherlich sehr selten.

Strausscheid.

365) Quénu: De la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne. Vortrag in Acad. de méd.

(Le Bullet. méd. 1894, Nr. 3. Semaine méd. 1894, Nr. 2.)

Die Unzulänglichkeit der bisherigen Methoden für die Resection des nerv. maxill. infer. trigemini veranlassen Q. Versuche mit der Resection dieses Nerven innerhalb des Schädels, zuerst an Leichen, dann an Lebenden anzustellen, die für ihn recht befriedigend ausfielen. Sein operatives Verfahren, das er in seinen Einzelheiten schildert, setzt sich aus 3 Theilen zusammen:

1. Oeffnung der Schläfengrube;
1. Oeffnung des Schädels mittelst Krontrepans;
3. Resection des Nerven vor seinem Durchtritt durch das Foramen ovale.
— Dauer der Operation von Ansetzen des Trepan an bis zur Durchschneidung des Nerven 5 Minuten.

Büschan.

366) Löbel: Ein Fall von Spontangangrän nach traumatischer Ulnarislähmung (Wien. klin. Wochenschr. 1894, 345.)

Ein 11jähriges Mädchen zog sich durch Fall in eine Glasscheibe eine Schnittwunde an der Ulnarseite des Vorderarms zu und zwar an der Ueber-

gangsstelle des mittleren in das untere Drittheil. Als nach 4 Wochen der Verband entfernt wurde, fanden sich blasige Vortreibungen an der Ulnarseite der Vola manus und an der Kuppe des 5. Fingers. Nach Platzen dieser Blasen entwickelten sich Geschwüre. Am Antithenar ein solches von der Grösse eines Kreuzers mit unregelmässigen Rändern und Granulationen in der Mitte. Eine Ulnarislähmung documentirte sich durch typische Krallenstellung, Muskelatrophie in den Interossei, Hypästhesie und Entartungsreaction. Erhalten war jedoch der adductor pollicis. Da keine Druckempfindlichkeit des Ulnarisstammes vorhanden war, schliesst Verf. eine neuritische Affection aus. Für die Annahme vasomotorischer Störung oder eines constitutionellen Leidens fehlten Anhaltspunkte, Verf. fasst deshalb den Fall als reine trophoneurotische Lähmung auf.

Lehmann (Werneck).

367) **Edward Deanesley**: Nerve injuries complicating fracture of the upper extremity with 6 cases.

(The Lancet, 15. u. 22. April 1893.)

Der 1. Fall betrifft: Fractur beider Vorderarmknochen, Lähmung des nerv. inteross. poster.; der 2. Fall: Bruch beider Vorderarmknochen mit Medianuslähmung; 3. Fall: complicirte Fractur des rechten Humerus mit Lähmung des medianus und ulnaris; 4. Fall: Fractur des linken Humerus mit Lähmung des musculo-spiral.; 5. Fall: Abtrennung der unteren linken Humerusepiphyse u. 6. Fall desgleichen der rechten unteren Humerusepiphyse mit Lähmung des nerv. muscul. spiral.

Wichmann.

368) **Alfred G. Francis**: Case of spasmodic torticollis; section of spinal accessory nervi; recovery.

(The Lancet, 11. Nov. 93, pg. 1184.)

Ein 29jähriger Posaunenbläser ist seit 8 Monaten krank an Accessoriuskrampf. Die Krämpfe traten zuerst nach einer starken musikalischen Anstrengung leicht auf, wurden bald so heftig, dass er auf seine Thätigkeit verzichten musste. Die Krämpfe bestanden Tag und Nacht. Der Kopf wird gegen die Schulter verzogen. Alle Behandlung war vergeblich. Schliesslich führte Durchschneidung des N. accessorius Aufhören der Krämpfe herbei.

Wichmann.

369) **John A. Adams**: Neuritis supervening during the treatment of chorea by arsenic.

(The Lancet, 10. Febr. 94, pg. 332.)

Ein 11jähriges Mädchen wird wegen Chorea im Halifax Infirmary aufgenommen. Es ist seit 2 Wochen krank und wird nun mit liq. arsenic. behandelt. Nach einer Woche lässt die Chorea nach und nach weiteren 14 Tagen ist die Chorea fast vorüber. Nun aber klagt das Kind über Schmerz und Schluckbeschwerden, Schmerz in den Beinen, Taubheitsgefühl, zeigt Parese der Beine, Herabsetzung der Empfindung, Fehlen des Patellarreflexes beiderseits. Nach 2 Tagen werden die Arme ergriffen und allmählich alle Glieder kraftlos, die Muskeln schlaff, atrophisch. Temperatur zwischen 99° und 100° F. Nach 3 Wochen beginnt die Besserung unter Behandlung

mit Diät, Leberthran, Strychninctur, Massage, Faradisation. Das Interessante an dem Fall ist, dass die Arsenicneuritis im Spital auftrat, und ohne dass die sonstigen Zeichen einer Arsenikvergiftung vorhanden waren.
Wichmann.

d) Neurosen.

370) Prof. Kalindéro: Astasie-abasie.

(La Roumaine médicale 1893, I, Nr. 4.)

Klinische Vorlesung, in der K. unter ausführlicher Schilderung dreier von ihm selbst beobachteter typischer Fälle von Astasie-Abasie eine zusammenfassende Uebersicht der bisherigen Beobachtungen und existirenden Theorien über dieses Leiden giebt.
Buschan.

371) R. Friedländer (Wiesbaden-Diedenmühle): Ueber Astasie-Abasie und ihre Behandlung.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 10.)

F. will den Namen Astasie-Abasie allein für die bei der Hysterie vorkommende characteristische Affection angewendet wissen, obgleich dieses Symptom auch beim Neurastheniker und Hypochonder gelegentlich vorkommen kann, aber durch andere Ursachen herbeigeführt wird (durch Angst, Schwindel, Parästhesien etc., welche von den Kranken direct als Ursache angegeben werden) als beim Hysteriker, der keine Ursache nennen kann.

F. meint, dass es sich bei der Astasie-Abasie (der Hysteriker) nicht um den Verlust der Bewegungsvorstellungen selbst handelt, für deren Coordination besondere Centralapparate in der Grosshirnrinde angenommen werden müssen, sondern um eine Associationshemmung bei der Umsetzung der Bewegungsvorstellungen in willkürliche Bewegung, und dass diese Hemmung durch Autosuggestion auf der Basis der krankhaft erhöhten Suggestibilität zu Stande kommt. Was beim Hypnotisirten experimentell erzeugt werden kann, kann sich auf dem Boden der Hysterie spontan entwickeln.

Dieser Auffassung zufolge verspricht sich F. nur von einem suggestiven Heilverfahren Erfolg. Doch hält er die Hypnose für sehr bedenklich (wenn auch in vielen Fällen scheinbar glänzende Resultate erzielt werden), weil dieselbe nur geeignet ist, die krankhafte Suggestibilität zu erhöhen. Als die rationellste Therapie empfiehlt F. eine systematisch durchgeführte gymnastische Behandlung („Suggestionsgymnastik“), deren Methodik F. genauer beschreibt. Der gymnastische Cursus, der im Durchschnitt 2—3 Monate Dauer beansprucht, bis Erfolg eintritt, besteht aus folgenden Abschnitten:

1. Passive Bewegungen im Liegen.
2. Widerstandsbewegungen im Liegen.
3. Dieselben im Sitzen.
4. Dieselben im Stehen.
5. Stehen ohne Unterstützung.
6. Vorübungen im Stehen für den Gang.
7. Gehübungen.

Hoppe.

B. Psychiatrie.

372) Prof. L. Bianchi e Dott. F. Piccinino (Napoli): Sulla origine infettiva di una forma di delirio acuto.

Der Kreis der acuten Krankheiten des Nervensystems, welche auf infectiöser Basis beruhen oder zu beruhen scheinen, hat sich mit der Vertiefung der Bacteriologie immer mehr erweitert. Ausser den verschiedenen infectiösen Meningitiden pflegte man bisher die acute aufsteigende Spinalparalyse, ferner gewisse Formen der Polyneuritis und der sogen. Kinderlähmungen dazu zu rechnen. Die vorliegende Arbeit macht nun den Versuch, dieser Kette ein weiteres Glied anzureihen, und zwar eine der selteneren Psychosen: das als Delirium acutum bezeichnete und bisher noch nicht mit vollkommener Genauigkeit festgelegte Krankheitsbild, unter welchem man bis auf weiteres eine schwere, rasch ansteigende, mit heftigen sensorischen und motorischen Störungen verbundene, unter mehr oder weniger vollständigem Bewusstseinsverlust verlaufende, zuweilen remittirende, unter Convulsionen, Fieber und rascher Abmagerung mitunter zuletzt comatös in ein bis drei Wochen gewöhnlich letal endende Psychose zu versteben pflegt.

Während Baillarges das Delirium acutum einfach mit der Mania gravis identifizierte und Foville die Affection als Meningo-periencephalitis ansprach, erklärte Krafft-Ebing die Krankheit für die Folge einer nur bei disponirten Individuen eintretenden schweren, auf Innervationsstörungen der Hirngefässe beruhenden Hyperämie. Schüle hielt das Delirium acutum für einen Symptomencomplex, der verschiedenen Psychosen eigen sei oder eine besondere Complication derselben darstelle, und unterschied demnach verschiedene acute Delirien. Ebenso entsteht es nach Mendel als schwere complicirte Episode im Verlaufe mehrfacher Geisteskrankheiten. Dagegen behaupteten Mandelej, Thulié, Brierre de Boismont und Briand wiederum den einheitlichen Character der strittigen Erkrankung; letzterer Autor sprach bereits die Vermuthung aus, es könne sich hier um einen infectiösen Vorgang handeln und zwar, abgesehen vom pathologisch-anatomischen Befund, besonders auf Grund der Anwesenheit von Bacterien im Blut und im Urin. Schliesslich ist es von Meyer und Levy für eine Reflexpsychose erklärt worden, welche vorzugsweise im Gefolge von Läsionen der Genitalorgane auftreten soll.

Der Obductionsbefund der vorliegenden Psychose zeigt meistens eine Reihe wohlcharacterisirter Veränderungen. Cerebral findet sich eine starke Hirn- (besonders Convexitäts-) und Pialhyperämie, häufig mit miliaren Blutaustritten in der Hirnrinde und secundärer Auflösung der Markscheide der Rindenfasern verbunden und stärkere Leucocytenanhäufung mit Kernvermehrung in den perivaskulären Lymphräumen, in anderen Fällen dagegen cerebrales Oedem mit auffallender Hirnanämie und zwar vorzugsweise in denjenigen, welche klinisch mit soporös-comatösem Endstadium verlaufen sind. Ausser diesem Befund am Centralnervensystem ergibt die Section noch weitere Anomalien allgemeiner Natur, von denen Briand eine fettige Entartung der Muskelfasern und eine fettige Endoarteritis besonders hervorhebt, welche den Vergleich mit schweren allgemeinen infectiösen Processen nahelegen. Bacterien selbst werden bei den hierhergehörenden Formen des Delirium acutum häufig in grosser Menge gefunden, theils im Gewebe, theils

in der Blutbahn. In den Capillaren kommt es selbst zur Bildung wahrer Micrococccenembolie.

Vorstehende Thatsachen veranlassten Bianchi und Piccinino, bei einem der Fälle ihrer Beobachtung die bacteriologische Seite der Frage eingehender zu würdigen.

Es handelte sich um ein 46jähriges weibliches Individuum, dessen Mutter an einer Psychose gestorben war, welches indess selbst keinerlei bemerkenswerthe neuropathische Anomalien bot. Nachdem die Frau bereits seit etwa 14 Tagen ein verändertes, reizbares Wesen zur Schau getragen hatte, traten plötzlich Hallucinationen auf, im Anschluss an welche sich alsbald das typische Bild des Delirium acutum einstellte. Schwere Bewusstseinsstörung, Ideenflucht, Logorrhoe, starkes Schreien, unaufhörlicher Bewegungsdrang, der sich paroxysmal zu tonischen Krämpfen steigerte, welche auch in die kurzen intermittirenden Phasen von leichtem Stupor hinüberreichten, Fieber bis 39,8, starke Pulsbeschleunigung bildeten die Hauptsymptome dieses Zustandes. Unter immer stärker werdender Erschöpfung trat nach einem kurzen comatösen Stadium der Tod am 7. Tage nach Ausbruch des Deliriums ein.

Zwei Tage ante exitum wurde unter den nothwendigen Cautelen eine Blutprobe aus einer Vorderarmvene entnommen und in Gelatine und Agar eingeführt. Man erhielt zwei Culturen, welche in mit gewöhnlichen Anilin-farben gefärbten Proben bei starker Vergrößerung ($1/12$) Bacillen zeigten, die stellenweise in Kettenform gruppirt waren. Mit diesen Culturen wurden Meerschweinchen und Kaninchen geimpft. Die Thiere zeigten nur ein kurzes Unbehagen, doch fand man mittelst einer einige Tage später mit dem Blute der inoculirten Thiere angestellten Culturprobe, welche dasselbe Bild ergab, dass die Microorganismen im Blute der Versuchsthiere circulirten.

Hierauf wurde das gleiche Experiment am Hunde wiederholt. Der erste ging am vierten Tage unter profusen Diarrhöen zu Grunde. Man fand die Leber und die stark geröthete Milz vergrößert, eine grössere Menge Flüssigkeit im Bauchfellraum, Pneumonie in beiden Unterlappen, dagegen in Meningen, Hirn und Rückenmark nichts Abnormes. Von ausgequetschten Stückchen der Leber, Milz und Lunge erhielt man wiederum die gleichen Culturen. Der zweite der Impfung unterzogene Hund starb am dritten Tage. Milz und Leber waren wie im ersten Falle vergrößert, ebenso war die Bauchhöhle stark mit Flüssigkeit gefüllt. Dabei fanden sich aber hämorrhagische Ergüsse fast in allen Organen, besonders aber in der Dura. In der Hirnrinde selbst zeigten sich nur kleinere Herde, ferner eine Hämorrhagie im Balkenknie und eine weitere im Hinterwurm. Die bacterioscopische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Bacillen in der Lunge und in der Dura, in letzterer in enormer Anzahl. Dagegen konnten sie in Magen, Darm und Leber nicht aufgefunden werden.

Der dritte Versuchshund überstand die Impfung.

Der Bacillus selbst ist gleichförmig transparent mit stärker brechenden Contouren und hat auf Nährbouillon eine lange fadenförmige, auf Agar eine kürzere, um 3—4mal so lange als breite Form. Im frischen hängenden Bouillontropfen ist er bei gewöhnlicher Temperatur etwas beweglich, bei 20° wächst er stark aus, wird weniger beweglich und zeigt stärker brechende

Segmente, in denen er sich bei seinen Experimenten oft einbiegt. Bei 30 - 37° bewegt er sich sehr heftig und biegt sich mitunter V-förmig.

Cilien konnten nicht gefunden werden, mit der Gram'schen Methode ist er nicht zu entfärben. Sporenbildung wurde nicht beobachtet; unter 16° entwickelt er sich nicht, die günstigste Temperatur ist 30—37°, oberhalb 55° giebt er keine Cultur mehr, er erträgt dreitägiges Austrocknen.

Die Cultur auf Gelatine sieht grau-gelblich aus, besitzt ein granulirtes Centrum und ausgefranste Ränder. Die Colonie wächst bei 20° ziemlich rasch und verflüssigt langsam den Nährboden. Auch auf Nährbouillon geht die Entwicklung rasch von Statten, langsamer auf Agar. Auf Kartoffeln wächst der Bacillus nicht.

Schliesslich ist von einem zweiten Falle von Delirium acutum die Rede, bei welchem die bacteriologische Untersuchung ein gleiches Resultat ergeben habe. Doch ist zu bedauern, dass weder hier noch bei der oben geschilderten Beobachtung die Autopsie gemacht werden konnte. Ein detaillirter Vergleich des Obductionsbefundes der citirten Fälle mit demjenigen der inoculirten Versuchsthiere würde den Sachverhalt um vieles klarer gestalten.

J e n t s c h - W ü r z b u r g .

III. Bibliographie.

XLII) Jaquet: Der Alcohol als Genuss- und Arzneimittel.

(Basel 1894. 31 S. 1 M.)

Verf. liefert mit seiner Broschüre einen weiteren Beitrag zu der Frage „Mässigkeit oder Enthaltbarkeit?“, wobei er, wie mir scheint, in nicht recht consequenter Weise für die Mässigkeit eintritt. So sagt er Seite 7: „Es lässt sich bis jetzt kein einziger Beweis schädlicher Wirkung kleiner Alcoholgaben führen“, wogegen wir S. 14 lesen: „Wenn auch in diesem Zustand der schwächsten alcoholischen Narcose (nämlich nach dem Genusse von einem Glas Bier oder Wein) der Mensch noch vollständig Herr seiner Handlungen bleibt, so fällt doch schon diese oder jene Hemmung weg, welche im nüchternen Leben seine ganze geistige Thätigkeit beherrscht, jede unnütze oder unvorsichtige Aeusserung verhindert . . . Am deutlichsten wird dieser Ausfall der Selbstbeherrschung bei gewissen wissenschaftlichen Werken bemerkbar . . . Unter dem Einflusse selbst mässiger Alcoholosen sind solche Arbeiten unmöglich; wir sind nicht im Stande, unsere Aufmerksamkeit längere Zeit auf denselben Gedanken zu fixiren, ihn zu verfolgen und zu vertiefen, ohne dass wir jeden Augenblick durch andere Gedanken zerstreut werden, welche unsere ganze Ideenassociation zerstören.“

Dass Verf. dann eine weiter feststehende Beeinflussung der Kritik in derselben Weise wie Harnack in seinem Aufsätze „Alcohol und Digitalis“ für in vielen Beziehungen vortheilhaft hält, ist nur von seinem Standpunkte, alles Unangenehme der Alcoholwirkung seiner Ansicht anzupassen, verständlich. S. 17 sagt er dann, dass der Alcohol in diesen mässigen Dosen „ein äusserst schwaches Gift, man möchte fast sagen, ohne jede nennenswerthe Wirkung ist.“ Also immerhin ein Gift!

Der ganze Aufsatz bewegt sich in solchen Widersprüchen, von denen der aufmerksame Leser noch eine ganze Reihe finden wird, und der ganze Aufwand von Vertheidigungsmitteln lässt den Eindruck nicht los werden, dass Verfasser den letzten Kampf mit der Einsicht kämpft, dass der Alcohol für den Menschen doch etwas schädliches sei, er dies aber so bedauert, dass er nun die abgelegentsten Gründe hervorsucht, um sich selbst über das Zwingende dieser Gründe hinwegzutäuschen. Wir glauben trotz der entgegengesetzten Behauptung des Verf., denselben recht bald als Anhänger der Abstinenz begrüßen zu können.

Bei der Besprechung des Alcohol als Heilmittel giebt J. bis zu einem gewissen Grade zu, dass derselbe hier in keinem Falle wirklich unentbehrlich sei und immer durch andere, vielleicht noch bessere Mittel ersetzt werden könne, macht aber darauf aufmerksam, dass diese Mittel auf die Dauer „ebenso schädlich oder noch schädlicher sind als der Weingeist“. (Also ist dieser doch schädlich!) „Sie werden vom Organismus nur dann ohne Nachtheil vertragen, wenn sie gerade wie der Alcohol auf kurze Zeit und in mässigen Gaben verabreicht werden“. Also soll nach J. der Alcohol doch auch in mässigen Gaben nicht immer genossen werden! Abgesehen nun davon, dass der Alcohol, um die gewünschte medicinische Wirkung zu erzielen, häufig durch entsprechende hydro- und mechanotherapeutische Massregeln, die durchaus nicht schädlich sind, ersetzt werden kann, ist er unserer Ansicht nach doch nur deshalb möglichst durch andere Mittel zu ersetzen, weil erfahrungsgemäss ausserordentlich häufig an die ärztliche Verordnung die Trunksucht sich anschliesst, während ein Verschreiben der anderen Mittel bis jetzt wohl nur selten zu einer Campher-, Moschus- oder ähnlichen Sucht geführt hat. Es ist dies eine rein practische Frage, worin einzig und allein die Statistik das Wort hat. Wir kämpfen nicht gegen den Alcohol, weil er ein Genussmittel ist oder weil er die Sorgen des Lebens vergessen lässt, sondern weil 11⁰/₀ der erwachsenen Menschheit bei uns am Alcoholismus zu Grunde gehen, weil 27—40⁰/₀ der Insassen unserer Irrenhäuser demselben ihren Zustand verdanken, weil er die Ethik und geistigen Fähigkeiten unserer Nation in jeder neuen Generation weiter und tiefer herunterdrückt, und weil kein Mensch seines Lebens sicher ist, der auf der Strasse betrunkenen Unzufriedenen begegnet. 75—80⁰/₀ aller Verbrechen und Gewaltthaten werden im Rausche und zwar nicht allein von sogen. Säufern, denn diese werden meist nicht mehr betrunken, sondern viel häufiger von Gewohnheitstrinkern begangen.

Wenn Verf. schliesslich meint, man brauche erst dann zur Abstinenz überzugehen, wenn man gesehen habe, dass man mit der Mässigkeit nicht vom Fleck komme, so empfehlen wir ihm dringend zum Studium dieser Frage das vom Chicagooer Welttemperenzcongress herausgegebene Werk: *Temperance in all Nations*. Mässigkeit ist seit tausenden von Jahren deshalb vergebens gepredigt worden, weil kein Mensch sich selbst für unmässig hält, und erst da, wo mit der radicalen Abstinenz alles Relative ausgemerzt ist, sind Erfolge und zwar eclatante Erfolge zu verzeichnen, sowohl in der Behandlung des Einzelnen, wie der der Völker.

Das Büchlein wird, wie alle ähnlichen gegen den Alcohol gerichteten Publicationen von Harnack, Rosenthal, Schmitz u. A. in Kreisen der

Alcoholfreunde begeisterte Aufnahme finden und das seinige zur weiteren Förderung des Alcoholismus thun. Wir persönlich halten es weder bei wissenschaftlichen noch schönggeistigen Arbeiten für besonders vortheilhaft, wenn man denselben anmerkt, dass ihrer Verfasser „übermässige Selbstkritik durch eine mässige Dose Alcohol gedämpft worden ist“, wo sonst durch eine rechtzeitige Hemmung eine „unnütze oder unvorsichtige Aeusserung“ verhindert worden wäre. Smith (Schloss Marbach).

XLIII) Roller: Die Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus in Brake bei Lemgo.

(Bielefeld 1891. 259 Seiten.)

Derselbe: Bericht über die Jahre 1891 und 1892.

(Bielefeld 1893. 61 Seiten.)

Die Irrenanstalt zu Brake ist eine der ältesten in Deutschland. Sie wurde 1811 von der Fürstin Pauline zur Lippe begründet. Die ausführlichen Mittheilungen über die ursprünglichen Einrichtungen der Anstalt enthalten viel Interessantes. Schläge waren von Anfang an verboten. Auf eine Beschreibung der verschiedenen Gebäude folgen die interessantesten Abschnitte der Arbeit: „Leben in der Anstalt“ und „Behandlung der Kranken“. Es wird sehr die Nothwendigkeit eines familienhaften Zusammenlebens unter Angestellten, Pflegenden und Kranken betont. Zur Förderung dieses Lebens werden häufig grössere und kleine Festlichkeiten, bei denen der Musik eine hervorragende Rolle zugetheilt wird, empfohlen.

Für die Behandlung der Kranken dienen als Ausgangspunkte zwei wesentliche Kennzeichen des Irreseins: Schwäche und Reiz. Zur Bekämpfung der Schwäche dient die Ruhe, besonders die Betruhe, die als Heilmittel bei acuten Krankheiten und auch zur günstigen Beeinflussung von chronischen Zuständen, besonders zur Milderung von Erregungen, sehr häufig angewendet wird. Zu der Zeit, als der Bericht geschrieben wurde (Juni 1891), hielten von den Männern der dritte Theil, von den Frauen die Hälfte beständige Betruhe ein.

Das zweite Mittel zur Bekämpfung der Schwäche ist eine kräftige, leicht verdauliche Ernährung: „Vor allem Milch in Strömen!“ Selbst der Nachtwache ist die Weisung gegeben, jedem Kranken, der unruhig wird, eine Tasse Milch anzubieten. Auch Eier, Bouillon und Fleisch werden reichlich angewendet. An Stelle der schwer verdaulichen Gemüse, besonders der Kartoffeln, werden vielfach feinere Gemüse gesetzt. Auch Capwein und Bier finden viel Verwendung. Bäder werden in grosser Zahl verordnet, sowohl als Reinigungsbäder wie auch zur Bekämpfung der Schlaflosigkeit. „Ein einstündiges laues Bad am Abend wird als das beste Schlafmittel bezeichnet werden dürfen, das es giebt.“

Von grosser Wichtigkeit ist ferner die freie Behandlung der Kranken, die nicht nur in der Vermeidung des mechanischen Zwanges und dem Offenlassen von Thüren und Fenstern besteht, sondern in der gesammten Behandlung der Kranken bis in die letzten Einzelheiten zum Ausdruck kommen soll. Roller hatte Gelegenheit, in Brake bei dem Uebergange von der Zwangsbehandlung zur freien Behandlung an vielen einzelnen Kranken

den günstigen Erfolg dieser Aenderung, besonders die geringere Heftigkeit der auftretenden Erregungen zu beobachten.

Der Beschäftigung der Kranken wird zwar ein grosser Werth, besonders in vielen Fällen von chronischen Krankheiten, zugestanden, doch wird bei acuten Krankheiten und bei Erregungszuständen im Verlaufe von chronischen Krankheiten grosse Vorsicht bei der Zulassung der Kranken zur Arbeit angewendet.

Nachtwachen bestehen in jedem der 3 Häuser. Ihre Thätigkeit beschränkt sich nicht auf die Beobachtungsstation, sondern soll das ganze Haus umfassen. Sollen bestimmte Kranke besonders sorgfältig überwacht werden, so verweilt die Nachtwache beständig in dem Zimmer und für jeden Rundgang durch das Haus wird ein anderer Wärter von der Wache geweckt. Diejenigen Personen, welche zur Nachtwache bestimmt sind, erhalten Zeit, nachmittags etwa 6 Stunden lang zu schlafen.

Es werden sodann Tabellen über die Krankenbewegung in den Jahren 1811 bis 1890 mitgetheilt.

Es folgen genauere Mittheilungen über die Krankheitsformen bei den Aufgenommenen, die Todesursachen bei den Gestorbenen, über einzelne interessante Fälle in den Jahren 1885 bis 1890. Unter den Mittheilungen über die Ursachen der Geisteskrankheiten verdient hervorgehoben zu werden, dass erbliche Belastung bei 70% vorhanden war. Alcoholmissbrauch lag bei 23% der Männer vor. In der Mehrzahl dieser Fälle war zweifellos der Alcohol nicht die einzige, sondern nur eine secundäre Ursache zum Ausbruche der Geistesstörung.

Es folgen Tabellen über die Einnahmen und Ausgaben der Anstalt seit ihrem Bestehen. Die Beiträge der Kranken betragen für arme Selbstzahler und für solche, für welche die Kosten von öffentlichen Kassen getragen werden, nur 80 Pfg. für den Tag.

Die Kosten des einzelnen Verpflegungstages erreichten im Jahre 1890 die durchschnittliche Höhe von 1 Mk. 60 Pfg.

Der Bericht über die Jahre 1891 und 1892 enthält Mittheilungen über die Krankenbewegung in diesen Jahren und Tabellen über die Einnahmen und Ausgaben der Anstalt. Eine Villa für Männer wurde gebaut und feierlich eröffnet. Wegen der hohen Preise der Lebensmittel wurde der Satz für die auf öffentliche Kosten verpflegten Kranken von 80 Pfg. auf 1 Mk. erhöht. Die in dem früheren Berichte mitgetheilten Anschauungen über die Behandlung der Kranken bewährten sich auch in diesen beiden Jahren.

Beide Berichte sind durch die Beigabe von Abbildungen und Plänen erläutert und geschmückt.

Otto Snell.

IV. Original-Vereinsberichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom Montag den 21. Mai 1894.

1. Herr Remak: Zur Pathologie der Sprachstörungen. (Krankenvorstellung.)

Eine 47jährige hysterische Frau zeigt neben anderen Symptomen der Hysterie eine eigenthümliche Sprachstörung: Beim Nachsprechen erfolgt nach

einer längeren Pause und nach einem mehrmaligen Wiederholen der ersten Silbe der übrige Theil des Wortes ziemlich schnell und glatt hinter einander (hysterisches Stottern). Die Störung ist bedingt durch Respirationsschwerden (Tachypnoe) und durch Mitbewegungen in der Gesichtsmuskulatur. Beim Spontansprechen und bei anderen spontanen Bewegungen ist keine wesentliche Störung bemerkbar, nur bei allen gewollten Bewegungen fällt eine hochgradige Langsamkeit auf. Die Stimme ist kreischend.

2. **Sacki**: Symptomenbild der *Dementia paralytica* bei einem Mädchen im Pubertätsalter.

Ein 15^{1/2}jähriges Mädchen kommt bis vor 2 Jahren in der Schule ganz gut mit und zeigt sonst keine psychischen Defecte. Seit jener Zeit wird sie vergesslich und bekommt in kurzen Zwischenräumen zwei paralytische Anfälle mit vollkommener Sprachlosigkeit. Die Sprache wird nie wieder ganz glatt; sie zeigt vielmehr später die charakteristische artikulatorische Störung, wie sie bei der progressiven Paralyse vorkommt. Der Gang ist zur Zeit leicht schwankend, die Pupillen sind different und lichtstarr. Sehnenphänomene gesteigert.

Ausserhalb der Tagesordnung stellt Herr **Ascher** einen Fall von beginnender Acromagalie vor. Die linke Gesichtshälfte der Patientin ist auffallend stärker als die rechte; Daumen und Zeigefinger der rechten Hand zeigen erhebliche Vergrößerung.

3. **Jolly**: Ueber einen Fall von Pons tumor.

Der Vortragende zeigt die Präparate eines Falles, den er vor 2 Jahren in der Gesellschaft der Charité-Aerzte vorgestellt hat. Die Krankheit setzte mit einer linksseitigen Facialislähmung ein; später traten Schwindel, Erbrechen, Schluckbeschwerden, Abducenslähmung links und rechtsseitige Lähmung des internus hinzu. Pupillenreaction war gut, der Augenhintergrund normal. Vorübergehend stellte sich Lähmung des linken Masseter und temporalis ein; das Schlingen war erschwert. In der letzten Zeit der Krankheit — dieselbe erstreckte sich über 2^{1/2} Jahre — wurde die linke Gesichtshälfte anästhetisch, die Zunge wich nach links ab, die Sprache wurde näseld, es trat Schwäche im linken Arm und rechten Bein auf und eine Hypästhesie im rechten Arm und linken Bein. Während der ganzen Krankheit wurde nie Ataxie beobachtet. Die durch Medulla und pons angelegten Serienschnitte lassen die Geschwulst als ein Gliom erkennen, das sich von der Gegend des Vagus und Hypoglossuskernes bis hinauf zum Oculomotoriuskern erstreckt und hauptsächlich die linke Seite einnimmt in seiner Hauptausdehnung aber auch auf die rechte Seite hinübergeht.

R u s t - Dalldorf.

Bericht über die Verhandlungen der Section für Neurologie, Psychiatrie und Degenerations-Anthropologie bei dem XI. internationalen Congress in Rom.

Dasselbe Bedürfniss, welches in Bezug auf den internationalen Congress in Rom im Allgemeinen empfunden wurde, macht sich auch in Bezug auf die Verhandlungen der neurologisch-psychiatrischen Section fühlbar, nämlich

das Bedürfniss nach Ordnung und Gruppierung. Wer als Secretär die Verpflichtung hatte, die Mehrzahl der Vorträge anzuhören, fühlte sich geradezu bedrückt von der Masse des in bunter Abwechslung gebotenen Materials. Nur zwei wichtige Themata tauchten in einer mehr zusammenhängenden Weise immer wieder auf und drängen sich bei dem Versuch einer Gruppierung der fast unerschöpflichen Einzelheiten in den Vordergrund:

1. Die Localisationslehre und Hirnphysiologie im Allgemeinen;
2. die Degenerationsanthropologie.

Ausserdem machten sich zwei sehr bemerkenswerthe Züge in einer zerstreuten Zahl von Vorträgen bemerkbar, die wir als drittes und viertes Hauptthema herausgreifen können, nämlich:

3. die humoralpathologischen Hypothesen in der Nervenpathologie;
4. die Psychotherapie.

Allerdings handelt es sich hierbei nicht wie in den ersten beiden Fällen um Themata, die mit Bewusstsein immer wieder aufgegriffen wurden, sondern um eine in verschiedenen Vorträgen zum Vorschein kommende Tendenz zur Erklärung von pathologischen Thatsachen und zur psychischen Therapie. Jedenfalls lassen sich um diese Punkte eine Reihe von Einzelheiten gruppieren.

Das erste Hauptthema wurde angeregt durch den Vortrag von **Bianchi: Function der Stirnlappen.**

Die vergleichende Anatomie zeigt einen Parallelismus der Stirnhirn- und der Intelligenz-Entwicklung. Experimentelle Beiträge liegen ausser bei Hitzig auch bei Ferrier zu dieser Frage vor; letzterer fand bei Affen mit operativem Defecte am Stirnhirn einen Mangel an Theilnahme für die Umgebung, Apathie, Schläfrigkeit. Später erklärte F. die Stirnlappen für Hemmungscentren der motorischen Leistungen der Streifenbühlgel. Munk fand an Hunden nach Exstirpation der Stirnlappen nichts als eine Aenderung der Haltung des Rumpfs (habituelle Katzenbuckel) und erklärt die von Ferrier beobachteten Intelligenzstörungen als Folgen von mechanischen | Wirkungen und von Encephalitis. B. hat seit 1888 an den Stirnlappen von Affen und Hun den experimentirt und die Versuchsthiere lange Zeit beobachtet. Nur eines derselben ist dabei eingegangen. Bei einseitiger Zerstörung des einen Stirnlappens fanden sich in den ersten Tagen nach der Operation Manègebewegungen mit der Convexität des Rumpfs nach der operirten Seite; ferner Parese der gekreuzten oberen Extremität, die nach einigen Tagen verschwindet. Die Sensibilität war nur in zwei Fällen einige Tage herabgesetzt, sonst intact. Daneben besteht einige Wochen nach der Operation eine Einschränkung des Gesichtsfeldes des gekreuzten Auges. Nie bestehen bei einseitiger Exstirpation dauernde motorische Störungen.

An einem an beiden Stirnlappen operirten Affen fällt nach Ablauf einiger Wochen dauernd folgender Symptomencomplex auf: Er behält, sich selbst überlassen, seine Stellung und zeigt weder Interesse für die Umgebung, noch Neugier; meist kauert er stundenlang mit gesenktem Kopf schlummernd am Boden: Bei einem Geräusch zittert er, stösst einen Schrei aus, hebt den Kopf, blickt einmal um sich und verfällt in seine frühere Haltung. Er ist durch Anstossen schwer von der Stelle zu bringen und blickt nur einen Augenblick auf, wenn er gerufen wird, um wieder in seine Stellung zu verfallen. Er lässt die Excremente unter sich. Gegen die Späse seiner Ge-

fährten ist er völlig gleichgiltig, ebenso gegen sexuelle Betastung. Eine mit Chininlösung getränkte Kirsche behält er im Munde und kaut sie nach einer kleinen Pause unter reichlicher Salivation. Daneben bestand eine gelegentliche unruhige ziellose Ortsveränderung und völlige Gleichgiltigkeit gegen früher bevorzugte Personen und gegen Liebkosungen und wohlwollende Behandlung, während er früher dankbar und zärtlich war. Daneben stellte sich enorme, jedoch nur in vereinzelt Anfällen auftretende Zornmüthigkeit ein und eine triebartige Neigung, sich in die Waden zu beissen.

B. hebt die Unwahrscheinlichkeit hervor, dass das grosse Stirnrindengebiet nichts anderes als die Rumpfmuskulatur innerviren sollte, und dass diese Innervation irgendwie verflochten sein sollte mit den Bedingungen der bei den Affen beobachteten Character- und Intelligenzstörungen. B. kommt in weiterer Discussion der Beobachtungen zu der Annahme, dass die Stirnlappen das Organ sind, wo die Producte der verschiedenen sensorischen und motorischen Rindefunctionen einen Verschmelzungs- und Anordnungsprocess erfahren. Wie die Erregungswellen der peripheren Nervenendigungen von den Verzweigungen eines Neuron I. Ordnung auf ein Neuron II. Ordnung übergeleitet werden (von der Retina nach dem Sehtügel etwa) und von diesem auf ein Neuron III. Ordnung, so darf man annehmen, geht die Welle der Nervenerregung von der übrigen Hirnrinde auf die höchstgestellten Neuronen der Stirnlappenrinde über; hier werden sensorische, motorische und emotive Zustände synthetisch bearbeitet und das geschaffen, was man wohl als psychischen Tonus bezeichnet hat. Die Exstirpation der Stirnlappen bedingt den Zerfall der Persönlichkeit, eine Disaggregation ihrer Elemente; nur der unmittelbar gegebene Moment ist dem Bewusstsein erreichbar, um neuen Augenblicksbildern zu weichen.

Discussion: Sergi macht nach der Vorführung des Affen darauf aufmerksam, dass derselbe keine Sehstörungen habe, dagegen Geschmacksstörungen zu haben scheint, da er eine hingeworfene Münze sofort sicher aufgreift, aber dann im Munde behält.

Henschen (Upsala) theilt eine klinische Beobachtung mit, bei der eine Revolverkugel, die den r. Frontallappen in der Höhe der dritten Stirnwindung durchbohrt hatte und bis zur Mittellinie schräg nach vorn und oben vorgedrungen war, doch am Stirnbein abprallte und durch den linken Stirnlappen hindurch in der II. Stirnwindung zurückging. Der Fall bot keine localisirbaren palpablen Lähmungserscheinungen und keinerlei Intelligenzstörung. In der Nacht nach dem Suicid starb der Mann an Verblutung.

Tamburini betont, dass die patholog. Anatomie insoferne B.'s Hypothese bestätigt, als sich bei psychischen Störungen mit besonderer Läsion der Aufmerksamkeit und der intellectuellen Synthese (Paralyse, Demenz) stets Atrophie des Stirnlappens findet.

Kurella weist auf den Ausfall der beim Affen jeden lebhaften Gehörreiz begleitenden Innervation der Kopfhaut und der Ohrmuschel hin, die als einziges objectives Kriterium der Aufmerksamkeit sehr bedeutsam sind. Da das Thier willkürlich die Kopfhaut bewegen kann, ist dieser Defect ein unmittelbarer, nicht erst durch Analyse vieldeutiger Symptome zu eruirender Beweis einer Schädigung der Aufmerksamkeit. Auch die Aufmerksamkeits-Innervation der Lippen fehlt dem Thiere völlig.

Bianchi erwidert Sergi, dass es sich nicht um Störungen elementarer Empfindungen, sondern um Ausfall von synthetischen Processen (Auspeien der Münze) handelt, die normaliter von elementarsensorischen Processen ausgelöst worden. Kurella gegenüber betont er, dass die Bulbi keinerlei Beweglichkeitsdefect zeigen.

Agostini bringt zum Vortrage Bianchi die Mittheilungen eines Falls von Hydrocephalus mit völligem Defect des Stirnlappens und Lob. parietalis, relativer Atrophie des Schläfenlappens und Hypertrophie des Kleinhirns. 6jähriges Kind mit Lähmung der Mimik und aller willkürlichen Extremitäten- und Rumpfbewegung, Fehlen des Hunger- und Durstgeföhls, des Ausdrucks für Lust und Unlust bei erhaltener Perception und Identification für Gesichts-, Geschmacks- und Gehörs-Empfindungen.

Marina findet an dem Präparat nur ein grosses Basalganglion, jedenfalls den hypertrophirten Thalamus, und hebt den Gegensatz dieses Befundes bei dem ausdrucksunfähigen Kinde gegenüber der Functionstheorie hervor, welche Bechterew und Nothnagel für den Thalamus opticus aufgestellt haben.

Zur genaueren Beobachtung des operirten Affen wurde eine Commission eingesetzt, über deren Beobachtungen Hitzig referirte. H. führte Folgendes aus: das Urtheil der Commission kann nur mit Reserve abgegeben werden. Es stand kein Laboratorium mit besonderen Untersuchungsmitteln und besonders wenig Zeit zur Verfügung. Es ergab sich in Bezug auf die Motilität nichts, nur eine stärkere Krümmung der Wirbelsäule. Schmerzempfindung normal. Geschmackssinn: der Affe hat einen Bonbon aus Papier herausgewickelt und mit Vergnügen verzehrt. Auch ein Papier in Papier eingewickelt holte er heraus und verzehrte es. Kirschen mit Chinin imprägnirt hat er gegessen. Geruch wurde mit Cigarrenrauch geprüft, also war kein reiner Geruchsreiz vorhanden. Der Affe blinzelte dabei mit den Augen. Vielleicht ist dies Trigeminusreflex. Jedenfalls war der Geruch nicht in Ordnung. Gesicht und Gehör waren intact. Intelligenz: der Affe ist nicht so dumm, wie man bei dem ersten Anblick vermuthet hatte. Es wurde ihm ein Soldo vorgelegt: er nimmt denselben in den Mund und behält ihn darin. Ein gesunder Affe würde ihn gleich ausspucken. Dann wurde ihm ein brennendes Streichholz vorgehalten. Ein gesunder Affe läuft in diesem Falle weg. Dieser hat es in die Pfote genommen, betrachtet, dann erst weggeworfen. Als ihm wieder ein brennendes Streichholz hingehalten wurde, hatte er gelernt. Er kann also Eindrücke behalten und verwerthen. Resultat: Motilität und Sensibilität ziemlich intact, Geschmack und Geruch vorhanden, Intelligenz abgeschwächt. Vor allem ist eine Schwächung der Aufmerksamkeit vorhanden.

Inhaltlich gehört mit diesen letzten Bemerkungen Hitzig's zusammen der Vortrag von Sommer: Die Untersuchung von Muskelzuständen bei Gesunden und Geisteskranken.

Die Nervenpathologie ist wesentlich vorwärts gegangen durch Feststellung charakteristischer motorischer Symptome. Die Untersuchungen über den Zusammenhang bestimmter Stellen der Hirnrinde mit motorischen Apparaten haben neben ihrem materiellen noch einen hervorragenden methodologischen Werth. Es handelt sich darum, für bestimmte Geistes-

zustände charakteristische motorische Symptome zu finden. Aus dem Gebiet der functionellen Geistesstörungen sind am meisten die kataleptischen Zustände für solche Untersuchungen geeignet: Physiologisch handelt es sich darum den Einfluss des cerebrum auf den Ablauf reflectorischer Vorgänge, welche untergeordnete Centren passiren, festzustellen. Sehr geeignet hierzu ist die Untersuchung des Kniephänomens bei Aequilibrirung des Unterschenkels. S. demonstirt der Versammlung seinen in der Ausstellung des Kaiserl. Reichsgesundheitsamtes ausgestellten Apparat.*) Durch diese Methode wird das Kniephänomen in eine ganze Reihe von Hebungen und Senkungen aufgelöst, und man kann nun an der Form der Curve, welche sich über mehrere Secunden erstreckt, den cerebralen Einfluss sehr deutlich studiren. Sommer legt eine Reihe von Curven vor. Man kann mit der Methode eine Menge von feineren motorischen Vorgängen in der reinen Nervenpathologie, z. B. gekreuzte Reflexe, und in der Psychophysik feststellen, welche bisher nicht nachzuweisen waren.

S. kommt zu folgenden Sätzen:

1. Für die Erforschung der functionellen Nerven- und Geisteskrankheiten ist es eins der wichtigsten Erfordernisse, charakteristische motorische Reactionen zu finden;
2. von grosser Bedeutung in dieser Beziehung ist die Erforschung des Einflusses des Hirns auf den Ablauf von Reflexen;
3. der Patellarreflex, wenn man ihn mit Aequilibrirung des Unterschenkels untersucht, ist eine der besten Reactionen für psychophysische Untersuchungen.

Dieser Vortrag stellte gewissermassen die methodologische Fortsetzung des Themas, betreffend die Verbindung der Aufmerksamkeit mit eigenthümlichen Bewegungen dar, welches bei der Verhandlung über Bianchi's operirte Affen mehrfach berührt war.

Kurella fragt, ob Voruntersuchungen über die Eigenschwingungen am Unterschenkel von Leichen vorliegen, bezw. über die rein mechanischen Verhältnisse im Allgemeinen.

Hitzig erklärt sich mit Sommer's Tendenz auf experimentelle Untersuchung motorischer Zustände für einverstanden und hofft, dass Vortragender im Stande sein wird, bald genauere Resultate über feinere motorische Zustände als Ausdruck psychischer Vorgänge mitzuthellen.

Für die Localisationslehre kommen noch folgende Vorträge in Betracht:

Henschen-Upsala: Sur le centre optique cérébral.

H. kommt bei der Analyse des in einer grossen Menge von Abbildungen demonstirten klinisch-anatomischen Materials zu folgenden Sätzen:

1. Eine Läsion des Parietallappens bringt nur dann eine Hemianopsie hervor, wenn sie das optische Bündel in der unteren Partie der Sehstrahlung betrifft.
2. Eine Läsion der Rinde der seitlichen Oberfläche bringt keine Hemianopsie hervor.
3. Eine Läsion der *margo falcata* bringt keine Hemianopsie hervor.

*) Technische Ausführung von W. Siedentopf, Univ.-sitäts-Mechaniker in Würzburg.

4. Eine Hemianopsie wird allein durch Läsionen der scissure calcarine (fissura calcarina) und der Fasern, welche diese mit dem corpus geniculate (corpus geniculatum externum) verbinden, hervorgebracht.
5. Die Rinde der scissure calcarine (fissura calcarina) bildet das optische Centrum.
6. Das Centrum der Farben coïncidirt mit dem Centrum der impressions lumineuses (Lichtperception).
7. In diesem Centrum giebt es eine Projection der Retina, es bildet eine Art von cerebraler Retina.
8. In der cerebralen Retina ist die macula lutea mehr nach vorn gelegen, das peripherische Gesichtsfeld im horizontalen Meridian mehr nach hinten.
9. Der obere Theil (la lièvre supérieure) correspondirt der dorsalen Partie der Retina des Bulbus; der untere Theil (la lièvre inférieure) der ventralen Partie der Retina.
10. In der Rinde der Fissura calcarina sind die beiden Bündel, das gekreuzte und das directe (ungekreuzte) vertreten (représentés).
11. Jede Hälfte der macula lutea ist durch beide Hemisphären innervirt.

Discussion: Tamburini betont, dass Henschen's Schlüsse auf die Projection der Retina in der regio calcarina nicht ganz mit den von ihm und Seppilligesammelten Thatsachen zusammenstimmen, aus denen hervorgeht, dass die Calcarina-Region zwar sehr bedeutungsvoll für das Sehen ist, dass aber eine ausgedehntere Region der Rinde am Sehen Theil nimmt.

Mingazzini führt aus, wie sehr die von ihm neuerdings genau, auch phylogenetisch und ontogenetisch untersuchte complicirte Structur der Rinde an der Calcarina für eine functionelle Sonderstellung dieser Rindenregion und für complicirte Leistungen in derselben spricht.

Bianchi deducirt aus pathologisch-anatomischen Befunden, dass die Area des corticalen Sehens viel ausgedehnter ist, als Munk und auch Henschen annehmen, er erinnert an Fälle von Hemianopsie bei Läsionen des Gyrus angularis. Er ist geneigt anzunehmen, dass in der Calcarina die Synthese aller Erregungen zu Stande kommt, die mit und neben der Projection der Retinabilder mitwirken müsse, damit ein Sehaect zu Stande kommt.

Hier gliedert sich am bequemsten an der Vortrag von

Hoesel: Beiträge zur Anatomie der Schleife mit Demonstrationen.

H. zeigt Präparate, welche von einem Gehirn stammen, welches 2 Jahre vor der Section einen hämorrhagischen Insult im Markgebiet der linken Insel erlitten hatte. Der Herd griff nur nach oben und vorn auf das tiefe Mark der Centralwindungen und den hintersten Abschnitt der unteren Stirnwindung über. Ein zweiter kleinerer Herd im hinteren Abschnitt des Thal. opticus sinister. Der erste Herd hatte secundäre Veränderungen in bestimmten Schleifenabschnitten hervorgerufen.

Auf Grund einer genauen Analyse des Befundes kommt H. nach Kritik der bestehenden Anschauungen über die Schleifenbahn zu dem Resultat, dass

1. die Fusschleife Flehzig's den von diesem Forscher auf entwicklungsgeschichtlichem Wege dargelegten Verlauf nimmt, dass sie aber mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht direct, sondern nach Passirung oder Unterbrechung im Globus pallidus in der Insel endet;

2. dass die pathologisch-anatomischen Untersuchungen betreffs des Verlaufes und der oorticalen Endigung der medialen Schleife den entwicklungsgeschichtlichen nicht widersprechen;
3. dass H. seine früher gemachten Angaben über den directen ununterbrochenen Verlauf der Rindenschleife aufrecht erhalten muss und
4. dass neben den oben besprochenen Fasern der Fusschleife, der Bindenschleife und der medialen Schleife noch ein vierter Bestandtheil Fasern der Schleifenschicht in der Haube verläuft, der im Thalamus opticus sein vorläufiges Ende findet und den er Thalamusschleife nennt.

Discussion: Mingazzini bestätigt H.'s Mittheilungen über die mediale Schleife. M. fand in einem Fall von sclerotischer Atrophie der paracentralen Windungen (klinisch Jackson'sche Epilepsie) Thalamusatrophie, Degeneration der medialen Schleife und der Zwischenolivenschicht. M. schliesst, dass die Richtung der Faserdegeneration nicht der Richtung folgt, in welcher die Nervenleitung sich bewegt. Das System der sensitiven Bahnen setzt sich aus doppelten Faserreihen zusammen, ebenso wie die Sehbahnen.

Das zweite Hauptthema war die Degenerationsanthropologie. Da Lombroso die Section leitete, war es erklärlich, dass das sachliche Interesse an dem Thema, welches besonders für die italienischen Collegen obenan stand, sich mit dem persönlichen verknüpfte.

Sachlich würde es zu weit führen, wenn wir hier alle Vorträge, welche Theile der Criminalanatomie und -Psychologie behandeln, referiren wollten, das wesentliche Interesse liegt in der Discussion der Grundbegriffe. Die Reihe wurde eröffnet durch einen Vortrag von **Sergi**, welcher jedoch als rein anthropologisch aus unserem Interessenkreise herausfällt.

Mehr auf die principielle Fragen der Criminalanthropologie ging ein:

Mingazzini: Ueber die Bedeutung der Anomalien an der Hirnoberfläche bei Verbrechern.

Votr. giebt eine Zusammenstellung des für das Verbrechergehirn vorliegenden Materials und bestreitet, dass sich aus demselben ein typisches Verbrechergehirn herausinterpretiren liesse; Furchenconfluenz kommt bei Anatomieleichen ebenso häufig und häufiger vor, wie bei Verbrechern, freilich finden sich Varietäten und ungewöhnliche Zustände häufiger bei Verbrechern als bei Anatomieleichen, wobei die Häufigkeit solcher, die auf Atavismen oder Entwicklungshemmung zurückzuführen sind, unverkennbar ist. Unbestreitbar ist ferner das neben congenitalen Anomalien häufige Vorkommen von pathologischen Hirnbefunden.

Penta: Ueber die Schädel von irren, verbrecherischen und normalen Menschen.

P. hat 82 Schädel normaler, 82 verbrecherischer und 100 geisteskranker Individuen untersucht und gefunden, dass Anomalien aller Art bei den letzten beiden Categorien viel häufiger sind als in der Norm. Auch Schädelgestalt und Hirngewicht blieben unter der Norm.

Roncoroni: Ueber den Einfluss des Geschlechts auf die Criminalität.

R. weist die in allen Statistiken auftretende geringere Criminalität des Weibes nach und führt, unter Beibringung eines grossen Materials aus, dass theils die sociale Stellung der Fran, theils die geringere Entwicklung ihrer höheren Hirncentren diese Differenz bedingt.

Näcke: La valeur des signes de dégénérescence dans l'étude des maladies mentales.

Im Gegensatz zu Sommer, welcher die psychische Degeneration für ein rein funktionelles cerebrales Phänomen auffasst und die Bedeutung der morphologischen Degenerationszeichen für die Diagnose dieser Zustände leugnet, sucht Näcke die morphologische Seite des von ihm bekämpften Lombrosianismus zu retten, indem er folgende Definition abgibt: La dégénération doit présenter une combinaison d'anomalies fonctionnelles aux morphologiques pour être appelée ainsi. Demgegenüber muss hervorgehoben werden, dass es häufig psychische Degenerationszustände giebt, ohne dass morphologische Abnormitäten dabei sind. Ferner lässt N. aus dem Begriff der psychischen Degenerationszeichen das Moment, welches für das Hauptproblem, ob es nämlich geborene Verbrecher giebt oder nicht, am wichtigsten ist, ganz weg, nämlich das Moment des Endogenen, durch die Componenten der Generation bedingten.

„Je suis d'avis, que tous les signes de dégénérescence, autant qu'il ne sont pas d'origine mécanique, atavique et pathologique, sont dûs à un trouble de nutrition quelconque dans la vie intra-utérine ou plus tard . . . Je cherche donc la dernière cause de la plupart des stigmates dans le milieu.“ (Morphologische Abnormitäten, welche durch das milieu bedingt sind, sind überhaupt keine Degenerations-Erscheinungen, weil zu dem Begriff der Degeneration der des Endogenen gehört. Referent.)

In der General-Discussion über die criminalanthropologischen Vorträge von Sergi, Mingazzini und Näcke stimmt Benedikt mit Sergi in den Grundsätzen seiner Schädel-Classification und in der Annahme einer Constanz gewisser Urformen überein und hat nur gegen die griechisch-lateinische Nomenclatur Einwendungen, die er durch modernsprachliche Bezeichnungen ersetzt sehen will.

Mingazzini gegenüber erklärte B. seinen Irrthum von einem confluirenden Furchentypus aufgegeben zu haben. Im übrigen glaubte er, dass heutzutage diese Frage noch nicht spruchreif ist und mehr Material dazu gesammelt werden muss.

Kurella bestreitet Näcke das Recht, die Psychiater für unfähig zur Erörterung der Degenerationsanthropologie zu erklären; ob ein Psychiater dazu befähigt ist oder nicht, hängt vom Individuum ab, nicht vom Fach. Wenn Psychiater mit Glück Hirnanatomie behandeln, werden sie auch mit Erfolg Craniologie treiben können. Ein Psychiater, der an der Befähigung aller Psychiater als solcher zur Erörterung anthropologischer Probleme zweifelt, sollte sich von diesen Dingen zurückziehen. Die Anthropologen können übrigens durch das Studium der von Psychiatern gefundenen Varietäten an Hirn und Schädeln noch viel lernen; in dieser Richtung hat die allgemeine Psychopathologie nicht bei der Anatomie erst in die Schule zu gehen.

Penta betont die degenerative Bedeutung des geringeren Hirngewichts bei Verbrechern und das Vorkommen von Atavismen, die auf tiefgebendste Ahnenformen hinweisen; es ist besser von themomorphen Rückschlagsbildungen als von Atavismus zu reden. Auch er hält das Auftreten von Atavismen für etwas pathologisches.

Motti hat bei Verbrechergehirnen kein unter der Norm liegendes Gewicht gefunden; dagegen fand er stets ein geringeres Gewicht der linken Hemisphäre bei Verbrechern und ein theilweises Unbedecktbleiben des Cerebellums durch die Occipitallappen.

Lombroso bemerkt Mingazzini gegenüber, dass weder er noch andere die Existenz des Typus eines Verbrechergehirns behauptet haben; er selbst habe wie eben auch Mingazzini, nur die grössere Häufigkeit von Anomalien betont. Auch Benedikt's anfangs bestrittene Behauptungen sind später durch die Analyse bestätigt worden. Er hält den Streit über den Atavismus und Degeneration für einen Wortstreit. Vieles, was früher für pathologisch galt, erscheint nur als Atavismus. Degeneration ist übrigens nicht immer identisch mit Décadence; der Fortschritt des menschlichen Organismus ist durch Degeneration vieler Organe bedingt, und viele Functionen andrer Wirbelthiere sind dem Menschen verloren gegangen. Es ist sehr zu wünschen, dass in der Criminalanthropologie die Ermittlung von Thatsachen an die Stelle der Wortstreite treten.

Mingazzini betont, dass die Annahme eines Verbrechertypus des Gehirns nicht von Benedikt ausgeht. Motti weist er aus dessen Zeichnungen nach, dass derselbe die ungenügende Bedeckung des Kleinhirns durch das Grosshirn mit dem Klaffen des Hirnspalts am hinteren Ende des Hirns verwechselt.

Näcke wiederholt, dass nur Zoologen und vergleichende Anatomen über Atavismus etwas sicheres sagen können, nicht aber Andere, wenn sie nicht zugleich Anatomen etc. sind.

Sommer führt im Anschluss an einen Vortrag von Negro folgendes aus: Es werden öfter zwei Probleme mit einander verwechselt, welche scharf auseinander zu halten sind:

1. Gibt es geborene Verbrecher?
2. Gibt es anatomische Characteristica des geborenen Verbrechers?

Die zweite Frage ist zu verneinen. Es giebt morphologisch sehr abnorme Menschen mit ganz intacten psychischen Functionen, andrerseits geistig und zwar endogen ganz abnorme Menschen mit ganz normalen morphologischen Verhältnissen. Es kann also ein eindeutiger Schluss von morphologischer Abnormität auf psychische Abnormität nicht gemacht werden. Diese Seite des Lombrosismus ist unrettbar. Dagegen soll der andere Theil der Sache in der Reaction gegen Lombroso's Untersuchungen, welche im Gange ist, nicht ganz verworfen werden. Es giebt eine ganz enorm geringe Zahl von Individuen, welche, ohne erklärende Grundkrankheit (Epilepsie etc.) und bei vollkommen erhaltenem Verstande angeboren moralisch schwachsinnig sind. S. reclamirt nur diejenigen noch selteneren Fälle dieser Art für die Psychiatrie, welche sich durch die Selbstschädlichkeit ihrer Handlungen als Kranke erweisen. S. schliesst mit dem Satz: die Theorie vom geborenen Verbrecher wird nicht vernichtet sein, selbst wenn die Behauptung, dass es anatomische Kriterien des geborenen Verbrechers giebt, als irrthümlich erkannt wird.

Als dritten Punkt, um welchen sich eine Reihe der auf diesem Congress hervorgetretenen Ansichten gruppiren lässt, haben wir die humoropathologische Auffassung in der Nervenpathologie genannt: Die empi-

rische Basis dieser theoretischen Bestrebungen bildet das Studium der notorischen Intoxicationskrankheiten. Im Anschluss hieran macht sich die Tendenz bemerkbar, die chemischen Zustände der Nervensubstanz und den Stoffwechsel in neuropathologischen und psychopathologischen Fällen zu untersuchen. Schliesslich werden aus chemischen Theorien eine Reihe von Zuständen zu erklären versucht, welche bisher als rein symptomatisch bestimmbar aufgefasst worden waren.

In diesen Begriffskreis gehören folgende Vorträge:

Negro (Turin): Latente Neuritiden bei Alcoholisten.

Den bei Alcoholisten nicht seltenen anfallsweise auftretenden Lähmungserscheinungen liegt eine latente Neuritis zu Grunde; sie werden meist durch Traumen manifest, und durch jede die Blutversorgung der Nerven längere Zeit beeinträchtigende Einwirkung. Diese latente Disposition in den Nervensträngen ist in Analogie zu bringen mit der latenten, erworbenen und erbten Disposition der Alcoholisten oder ihrer Descendenz zu Psychosen.

Coella: Polyneuritische Psychosen.

An der Hand einiger genau untersuchter Fälle kommt C. zu dem Schluss, dass im Verlauf und auch nach Ablauf gewisser Intoxicationen (Alcohol) und Infectionen sich psychische Störungen gleichzeitig mit Symptomen von Polyneuritis entwickeln können, woraus sich ein Schluss auf ein gleichzeitiges Ergriffensein von Hirn und peripheren Nerven ergibt, und auf die Ursachen der Psychosen. Wahrscheinlich handelt es sich bei den infectiösen Processen dieser Art auch um eine Intoxication durch Bacterientoxine. Derartige Toxine wirken bald auf die Nerven, bald auf die Hirnsubstanz, bald auf beide zugleich. In dem Bilde der polyneuritischen Psychosen überwiegt die Amnesie, daneben finden sich meist Bewusstseinsstörungen und Delirien. In manchen Fällen stehen Reizbarkeit und Agitation im Vordergrund der Erscheinungen. Die Amnesie ist eine plötzliche, erstreckt sich auf eben erlebtes und gestattet nicht während der Krankheit, jedoch oft nachher eine Reproduction des Erlebten. Die psychischen Erscheinungen beruhen wahrscheinlich auf einer systematischen Läsion der Associationsfasern.

Daneben bestehen die bekannten Erscheinungen der multiplen Neuritis. Verlauf, Dauer und Ablauf der polyneuritischen Psychosen sind sehr verschieden.

Die Diagnose derselben beruht auf neuropathologischen Kriterien; auch in schwierigen Fällen ermöglichen die Amnesie und einige nie fehlende Symptome von Polyneuritis die Diagnose. Die Prognose ist dubia, aber gewöhnlich nicht funesta, bei chronischen Formen meist relativ günstig.

Die patholog. Anatomie der polyneur. Psychosen beschränkt sich auf die bekannten Befunde an peripheren Nerven und Rückenmark, daneben findet sich oberflächliche Hirnrindenerweichung und colloide Degeneration der Thyroidea.

[Marina zweifelt die von Coella in einem seiner Fälle gemachte Zurückführung einer *déviacion conjugée* auf eine Erweichung im Gyrus angularis an, zumal im concreten. Falle mehrere Erweichungsherde vorlagen.]

Benedikt bemerkt dazu, es gebe 2 Rindencentren für die associirten Kopf- und Augenbewegungen, eine für Bewegungen nach der Seite der Läsion (temporal), eine nach der entgegengesetzten Seite (präcentral).]

Althaus (London): α -Cerebrin und α -Myelin bei der Neurotherapie.

Seit 1892 macht A. Injectionen mit einem flüssigen Extract von Gehirn und Rückenmark von Thieren, das er als α -Cerebrin und α -Myelin bezeichnet, bestehend aus 1 Theil 0,5% Carbollösung und je 2 Theilen Gewebssubstanz und Glycerin. Normale Personen sind und fühlen sich nach solchen Injectionen wohler, heiterer und leistungsfähiger. Bei Neurasthenie, senilen Schwächezuständen, Tabes und Paralysis agitans traten ähnliche Wirkungen auf.

Stefani: Ueber das specifische Gewicht des Urins bei den Geisteskrankheiten.

Schon im Jahre 1864 beobachtete Lombroso, dass bei verschiedenen Formen von chronischen Psychosen mit dem Eintritt periodischer Exacerbationen das specifische Gewicht des Urins zunahm. Die Zunahme erschien indess nicht bedeutend, nur in einem Falle sei es über 1030 gestiegen. Seitdem ist von keinem anderen Autor auf die Beziehungen zwischen dem Wechsel im psychischen Verhalten der Kranken und demjenigen der Urinconcentration hingewiesen worden.

Seit anderthalb Jahren beschäftigte er sich fortwährend mit methodischer, täglicher Untersuchung des specifischen Gewichts des Urins der Patienten, die ihm zur Beobachtung kommen: wenn irgend möglich, untersuche er den abendlichen Urin, sonst den am Morgen vor dem Frühstück entleerten. Bis jetzt habe er 70—80 Fälle verfolgt, indem er die Untersuchung theils längere, theils kürzere Zeit (bis zu mehreren Monaten) fortsetzte. Die erhaltenen Ergebnisse sprechen für eine allgemeine und einschneidende semio-logische Bedeutung der Zunahme der Urinconcentration.

Bei den mehr oder weniger acuten Psychosen (Manie, Melancolia simplex, activa, attonita) beobachtet man im Anfangsstadium eine beträchtliche Vermehrung der Urinconcentration bis zu 1030—1040 und mehr. Handelt es sich um eine kurz dauernde Form, so tritt mit der Genesung oder Remission der psychischen Störung Herabsetzung des specifischen Gewichts des Urins bis zur Norm oder auch darunter ein. Folgt auf die Remission wiederum eine Exacerbation, so steigt die Urinconcentration, auch wenn sie schon wieder gesunken war, von neuem an. In manchen Fällen ist der Ablauf der psychischen Störung dem Ablaufe der Concentrationskurve des Urins derart parallel, dass man letzteren beinahe der Temperaturkurve in einigen fieberhaften Krankheiten an die Seite stellen könnte.

Handelt es sich um eine lang dauernde Psychose, so beginnt nach einer gewissen, im einzelnen Falle variablen Zeit das specifische Gewicht des Urins wieder zu sinken, es erscheinen unregelmässige Schwankungen, welche die Curve allmählich bis zum Normalniveau herabdrücken, von dem sie sich dann nicht mehr entfernt. Von diesem Verhalten giebt es nur wenige Ausnahmen.

Bei den periodischen Formen fällt Zunahme der Urinconcentration mit dem Auftreten der Anfälle zusammen; diese Zunahme kann jedoch wenig bemerklich sein oder ganz fehlen, wenn es sich um einen sehr alten Fall handelt. Bei chronischen oder constitutionellen Formen mit ruhigem Verlauf beobachtet man keinen stärkeren Wechsel in der Urindichte, aber auch bei diesen steigt letztere häufig an mit dem Eintritt periodischer Exacerbationen. Bei diesen Untersuchungen hat St. stets Tag für Tag auch auf die anderen Haupteigenschaften des Urins geachtet, auf psychisches und

physisches Verhalten, auf die Medication, auf die Diät, besonders in Rücksicht auf die Wassermenge etc. Keiner dieser Factoren äussert einen wesentlichen Einfluss auf das specifische Gewicht des Urins, sondern nur die Intensität und die kürzere oder längere Dauer der psychischen Störung.

Er beschränkt sich darauf, die allgemeine diagnostische Wichtigkeit dieser Thatsachen hervorzuheben, da seine Untersuchungen über die speciell-klinische und physiologische Bedeutung derselben noch im Gange sind.

Marro: Ueber die Pubertät.

Das Erscheinen der Pubertät erregt einen wahren Sturm im Organismus, der von einer Reihe theils physischer, theils psychischer Veränderungen begleitet wird. Unter den physischen macht sich abgesehen von den sexuellen Characteren eine ungewöhnlich lebhaft Grössenzunahme geltend, die sich gewöhnlich bei beiden Geschlechtern über 2 Jahre ausdehnt.

Gleichzeitig bemerkt man eine Aenderung des Characters, welcher in Folge der schwächeren Steuerung seitens der höheren cerebralen momentan ungenügenden Hemmungscentren zur Unruhe und Veränderlichkeit neigt.

Bei den Degenerirten geht der Process gewöhnlich unregelmässig und stürmisch vor sich. Dies beweist die grosse Häufigkeit abnorm grosser Individuen unter den minderjährigen Verbrechern, welche in Uebereinstimmung mit den schon früher von Lombroso erhaltenen Resultaten durch Marro's Untersuchungen nachgewiesen worden ist. Auch bei Geisteskranken beobachtet man die gleiche Thatsache.

Die ungewöhnlich intensive Körperentwicklung erklärt die grosse Vulnerabilität der Individuen dieses Alters, und desswegen entwickelt sich so leicht die Tuberkulose bei den Prädisponirten, ebenso wie die verschiedenen Formen der Erkrankungen des Centralnervensystems. Hiermit treten auch ebenso wie bei normalen Individuen Characteranomalien in Beziehung, und zwar immer vermöge des Antagonismus der Wachsthumzunahme und der Structurvollendung und der davon abhängenden Function.

Auch die Formen von Entwicklungshemmung (die Idioten und Imbecillen von Geburt oder seit der ersten Krankheit) verlaufen in dieser Epoche stürmischer, wesshalb diese Individuen mit 16 oder 18 Jahren in solchen Schaaren in die Anstalten strömen, da ihre Familien sie nicht mehr zu Hause halten können. Nach dieser Periode äussern sich die vitalen Kräfte in der moralischen und physischen Vervollkommnung. Die Ursache dieser Sturmepoche muss man wahrscheinlich in der physiologischen Reizung der von den Genitalorganen herkommenden Nerven suchen, welche auf nervöse trophische Centren übertragen wird. Dieser Schluss stützt sich auf die Thatsache, dass bei der Acromegalie die abnorme Entwicklung des Knochensystems oft von sexuellen Störungen eingeleitet wird.

Ein vor kurzem angestellter Versuch giebt einen Beweis zu Gunsten dieser Anschauung. Einem Kaninchen, bei dem vorher Urinuntersuchungen angestellt worden waren, wurden beide Hoden entfernt. Nach der Operation stellte sich heraus, dass, während die anderen Bestandtheile des Urins sich ungefähr im gleichen Verhältnisse wie vorher erhalten hatten, die Phosphate grösstentheils verschwunden waren, dass also die Hauptgeneratoren des Knochensystems im Körper zurückgehalten wurden, eine Thatsache, die man auch bei einem Theile der Individuen, die in lebhaftem Wachsen begriffen

sind, beobachtet. Auch noch nach dem 7. Tage hielt diese Urinveränderung theilweise an. Dieselbe hält Marro, wie gesagt, für abhängig von der Reizung der von den Testikeln herkommenden Nerven, die in demjenigen Aste verlaufen, welcher Samenstrang und Hodengefäße innervirt. (?? Ref.)

Pierret: Sur la pathologie des cicatrices cerebrospinales.

Die Irrenärzte missbrauchen den Begriff der Degenerescenz wie die Neurologen den Begriff der Hysterie. Man ist fast so weit, alle vorübergehenden nervösen Symptome ohne weiteres als hysterisch zu bezeichnen. In einer grossen Anzahl von Fällen sind die vorübergehenden (passagieren) Nervensymptome bedingt durch accumulation accidentale d'humeurs toniques en certains points du système nerveux. P. formulirt zunächst auf Grund langjähriger Erfahrung folgenden Satz: Es giebt keine Läsion des Nervensystems, deren Symptome trotz ihrer scheinbaren langdauernden Heilung nicht sich wieder zeigen könnten unter dem Einfluss von Autointoxicationen oder von exogenen Intoxicationen. Die Gifte, welche im Stande sind, die alten Symptome wieder auftauchen zu lassen, sind sehr zahlreich. Bei einer von P.'s Kranken, bei welcher er nach den klinischen Symptomen die Diagnose auf epileptische Manie gestellt hatte, war P. im Begriff, auf seine Diagnose zu verzichten (?), quand survint une rétention fécale dont un des premiers effets était d'amener une crise épileptique des plus nettement caractérisées. (Es ist zu wünschen, dass wir nicht auf eine Fäkelretention warten müssen, um die Diagnose auf Epilepsie sicher zu stellen. Ref.) C'est là un rappel par auto-intoxications d'origine stercorale (!) Der ganze Vortrag von Pierret ist eine Anwendung der gegenwärtig die ganze Neurologie verflüssigenden Hypothese von den Toxinen und Autointoxicationen auf die Erklärung der passageren Symptome in der Nervenpathologie, speciell der nach längeren Pausen wieder auftretenden Symptome früher bestehender Nervenkrankheiten.

Das von Pierret mitgetheilte Material ist vollkommen unzureichend, um diese humoral-pathologische Phantasie zu rechtfertigen. Auf Grund seiner Lehre von der Einwirkung der Autointoxicationen erklärt P. die apoplectiformen Anfälle bei gewissen chronisch verlaufenden organischen Nervenkrankungen. On comprend mieux la pathologie des accidents apoplectiformes qui viennent si souvent compliquer brusquement les scléroses lentes du système nerveux (sclérose en plaques, paralysie générale). — [Les antagonistes du poison individuel werden hoffentlich die Traditionen der Cellularpathologie nicht ganz vernichten! ! Ref.]

Als 4. Thema, um welches sich eine Reihe von Vorträgen gruppiren lassen, haben wir die Psychotherapie genannt. Auch hier handelt es sich weniger um ein klar formulirtes Thema, als vielmehr um eine Tendenz, die in den verschiedensten Ausführungen immer wieder zum Durchbruch kommt.

Hirt: Die Bedeutung der Suggestionstherapie für die practische Medicin. H. hebt hervor, dass es zur Hervorbringung von hypnotischen Heileffecten bei functionellen Nervenkrankheiten, welche nach H.'s Anschauung allein für Hypnotherapie geeignet sind, nur einer ganz geringfügigen Beeinflussung („charme“) bedarf, nicht eines vollständigen hypnotischen Schlafzustandes. H. verweist auf ein Beobachtungsmaterial von 2000 Fällen. Von seinen Schlussätzen sind folgende hervorzuheben:

1. Mittelst der Suggestion sind therapeutische Erfolge zu erzielen, welche auf keine andere Weise erzielt werden können.

2. Ausgeschlossen von der Suggestionstherapie sind Affectionen, bei denen sich innerhalb des Nervensystems und seiner Organe pathologisch-anatomische Veränderungen vollziehen.
3. Auch da, wo es sich vielleicht um zeitweilige Intoxicationen handelt (Migräne, Epilepsie, recidiv. Oculomotoriuslähmung), ist von Suggestion nichts zu erwarten.
4. Niemals ist von der Vornahme der Suggestion irgend welche Schädigung zu erwarten.

Discussion: Benedikt: Die Behauptung H.'s, dass die gleichen Kranken nicht auf eine andere Weise als durch Hypnose hätten geheilt werden können, ist nicht richtig. Z. B. wäre die Heilung durch Suggestion ohne irgend welche hypnotische Procedur möglich gewesen. B. weist ebenso wie Hirt den Namen „Hypnose“ als ungeeignet zurück, da es sich nicht um einen Schlafzustand handelt. B. will von catalepsie passagère gesprochen wissen.

Stembo: Es giebt Fälle, die nur geheilt werden, wenn sie wirklich geschlafen haben. St. kommt dann auf den diagnostischen Werth der Hypnose zu sprechen.

Hitzig bittet, die Discussion auf das punctum saliens des Vortrages zu beschränken, ob es nämlich Fälle giebt, welche nur auf dem Wege der Hypnose zu heilen sind.

Bianchi bemerkt, dass er von der Verbalsuggestion Schwierigkeiten gesehen hat, da manche Hysterische darauf schwere Anfälle bekamen, andere, die refractär blieben, den Arzt lächerlich machten. Wo die Bedingung für das Zustandekommen einer Hypnose, das Vertrauen des Kranken zum Arzt, gegeben ist, haben andere, weniger mystische Mittel eine bessere Wirkung.

Sciamana hält es für besonders gefährlich, wenn der Kranke zu dem Glauben gelangt, der Arzt besässe eine mystische Gewalt.

Hirt verzichtet auf das Wort und verspricht ausführliche Antwort in einer Broschüre.

Für die Beziehungen der hypnotischen Zustände zu der Hysterie war von Bedeutung der Vortrag von

Sollier: Sur la nature de l'hystérie.

S. zeigt an einer Reihe von Beispielen, dass eine grosse Menge von Hysterischen, qu'on ne pourrait soupçonner d'être dans un état second étaient en réalité des vigil-ambules depuis des années et quelquefois presque depuis le début de leur hystérie. S. zieht aus dieser Auffassung die therapeutischen Consequenzen. Le but à rechercher dans le traitement de l'hystérie est uniquement le réveil de tous les modes de la sensibilité.

Bianchi verweist auf eine von ihm 1890 veröffentlichte Arbeit über Sensibilitätsstörungen, die ganz mit den Beobachtungen Sollier's übereinstimmt.

Berillon: Le traitement psychothérapeutique de la morphinomanie.

B. zeigt, dass man rein durch Verbalsuggestion im Stande ist, Morphinisten allmählich zur Einnahme von geringeren Dosen, schliesslich zur Entwöhnung zu bringen.

Zu Berillon's Vortrag über Suggestivbehandlung des Morphinismus bemerkt Tanzi, dass die Suggestion allein nicht dabei ausreicht, dass das organische Verlangen nach Morphinum beseitigt werden muss, wobei eine allgemein roborirende Behandlung in erster Linie steht.

Hitzig betont seine bekannte, auf Magenstörung zurückgreifende Theorie der Abstinenz-Erscheinungen.

Bianchi zweifelt an einer für alle Fälle passenden Methode der Morphiumentziehung und betont die Nothwendigkeit auf die den Morphinismus bedingenden primären Leiden, wie Neuralgien etc. zurückzugreifen.

Entschieden eine Ausartung der psychotherapeutischen Richtung bedeutet der Vortrag von:

A. de Jong: La mélancholie.

Fast alle Symptome, welche sich in der Melancholie finden, können Symptome einer anderen Geisteskrankheit sein. Das einzige Symptom, welches A. de Jong in einer den Referenten durchaus nicht überzeugenden Weise der Melancholie reservirt, ist le délire d'infériorité et d'indignité. Dieses Symptom kommt z. B. auch im Verlauf der hallucinatorischen Verwirrtheit, in seltenen Fällen von Paralyse etc. vor. Die positive Seite der Sache, dass es bei den psychiatrischen Diagnosen weniger auf das einzelne Symptom, als auf die Verflechtung derselben, bezw. ihre gegenseitige oder gemeinsame Abhängigkeit (Pathogenese) ankommt, finden wir bei J. nicht scharf hervorgehoben. In der angegebenen Form kann A. de Jong's Anspruch nur zu einer Verwässerung der psychiatrischen Diagnostik führen. Die Mittheilungen über die Therapie bei der Melancholie [Isolirung (?), Sulfonal, verlängerter Schlaf (?)] bringen nichts wesentlich neues, abgesehen von der vermehrten Anwendung der Hypnose. Bei 41 an Melancholie Kranken glückte die Hypnose in 23 Fällen (? !)

Wenn man die vielen Hysterischen, welche temporär symptomatisch melancholische Züge zeigen, für melancholisch erklärt, so erscheint den Referenten diese Zahl glaubhaft. Jedenfalls ist in A. de Jong's Fällen die Diagnose nicht genügend gesichert. Le plus grand nombre de ces cas étaient des mélancholiques légères, encore au début de leur développement.“ A. de Jong rechnet alle diese „leichten Fälle“ von Gemüthsverstimmung zur Melancholie und vergrößert dadurch die Heilresultate durch Hypnose. Die Ref. haben noch keine hypnotisirebare wirklich Melancholische gesehen.

Durch die im Voranstehenden herausgehobenen und nach leitenden Themen gruppirten Vorträge ist das Material des Congresses bei weitem nicht erschöpft. Wir wollen am Schluss des Berichtes noch einige klinisch interessante Vorträge mittheilen, welche sich weniger für eine systematische Zusammenordnung eignen. (Schluss folgt.

Privatdocent Sommer u. Oberarzt Kurella.

V. Zur Tagesgeschichte.

Die Errichtung eines Institutes für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems an der Universität Wien unter Leitung eines Psychiaters, Professor Obersteiner, ist von principieller Bedeutung. Es zeigt sich dabei wieder, wie Organisationen nur

aus der mühevollen persönlichen Thätigkeit einzelner Menschen herauswachsen. Erst wenn diese mühevoll Arbeit herangereift ist, gewinnt sie das Anrecht, in Form eines „Institutes“ mit entsprechender Organisation sanctionirt zu werden. In dieser Beziehung ist die Entwicklung von Prof. Obersteiner's Institut von grossem Interesse. Ich entnehme einem Briefe darüber mit Erlaubniss des Urhebers Folgendes: „Als ich 1880 zum Prof. extraordinar. ernannt wurde, begann ich mit Eifer die Errichtung eines eigenen Institutes anzustreben . . . Allein erst im Jahre 1884 war ich endlich dazu gelangt, dass mir 2 kleinere Zimmer, die nebenbei auch als medicinische Bibliothek dienen mussten, als Arbeitsräume überlassen wurden. — Damals im Beginn reichten diese Zimmer für die beiden inskribirten Arbeiter auch aus. — Bis zum Jahre 1887 habe ich 4mal das Lokal wechseln müssen, habe aber die Entwicklung des Instituts immer im Auge gehalten und getrachtet, dass die neuen Lokale wenigstens nicht kleiner, womöglich aber grösser seien als das frühere. Seit dem W. S. 1887 bin ich nun im Besitze meines jetzigen Laboratoriums im Gebäude der sogen. Gewehrfabrik, woselbst die meisten übrigen theoretischen Lehrkanzeln und Institute sich befinden. —

Als sich nach und nach die Zahl der Schüler (aus allen Welttheilen) immer mehr steigerte, und ich kaum mehr in der Lage war, die Hälfte den sich meldenden aufzunehmen, aber auch die Kosten, die ich zum grossen Theile aus Eigenem bestreiten muss, sich dementsprechend erhöhten, richtete ich im Jahre 1892 eine längere Eingabe an das Unterrichtsministerium, in welcher ich den unerträglichen Platzmangel und die daraus sich ergebenden Uebelstände schilderte, eine Vergrösserung meines Laboratoriums und eine Dotation erbat. — Letztere (allerdings im bescheidenen Ausmasse von 200 fl.) wurde mir seither jährlich zugewiesen, mein Gesuch um Vergrösserung aber abschlägig erledigt. — 1893 kam ich neuerlich darum ein; diesmal aber erhielt ich statt eines Zimmers, das ich verlangt hatte und das thatsächlich nicht genügt hätte, zwei zu dem Bestehenden dazu, so dass ich mit der räumlichen Ausdehnung ganz zufrieden bin, auch die Sammlungen ziemlich gut werde aufstellen können (was eben Alles im Werden ist) und auch im Stande bin, im Sommersemester d. J. 19 Herren arbeiten zu lassen. Für mehr würden meine Kräfte ohnehin nicht ausreichen.

Die wissenschaftlichen Leistungen haben selbstverständlich mit der grösseren Anzahl der Arbeiter auch zugenommen. Da die „Entdeckungen“ früher nur tröpfelten, manches Jahr sogar gar nichts druckreif wurde, mussten bis vor kurzem die Arbeiten einzeln hier und dort publicirt werden. Seit einiger Zeit kann ich sie aber zu Heften vereinigen, die bekanntlich bei Deuticke in Wien erscheinen. Bezüglich der Zukunft bemerke ich, dass Pläne für den Neubau aller Universitätsinstitute vorliegen, also auch des meinigen. Wann sie zur Ausführung kommen, weiss ich nicht. — Ich glaube, ein solches Laboratorium ist eine Nothwendigkeit für eine grosse Universität. Ich schliesse dies aus dem bisherigen erfreulichen Erfolge.“

Möge die thatkräftige Bestrebung Prof. Obersteiner's vielfache Nachahmung finden zum Vortheil der psychiatrischen und rein neurologischen Wissenschaft.

Sommer.

Verein der deutschen Irrenärzte.

Zu der am 21. und 22. September cr. festgestellten Sitzung in Dresden sind folgende Vorträge nachträglich noch angemeldet worden:

Herr Geheimrath Dr. **Tigges**-Düsseldorf: Krankengeschichte Feldmann's und Kritik der in Angelegenheiten dieses Falles erhobenen Angriffe auf Irrenärzte.

Herr Oberarzt Dr. **P. Näcke**-Hubertusburg: Die Menstruation und ihr Einfluss bei chronischen Psychosen.

Herr Dr. med. et phil. **Buschan**-Stettin: Einfluss der Rasse auf die Häufigkeit von Geisteskrankheiten.

In der Abtheilung für Psychiatrie und Neurologie der Naturforscher-Versammlung in Wien

(24. — 30. September) sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Forel (Zürich): a) Die Rolle des Alcohols bei Epilepsie, sexuellen Perversionen und anderen psychischen Abnormitäten; b) Thema vorbehalten. — 2. Jolly (Berlin): Ueber Syphilis und Aphasie. — 3. Schuchardt (Sachsenberg): Zur gerichtlichen Psychopathologie. — 4. Eulenburg (Berlin): Basedow'sche Krankheit und Schilddrüse — 5. Sternberg (Wien): Eine Färbung für pathologische Neuroglia. — 6. Pick (Prag): Experimentell-anatomische Untersuchungen über den Faserverlauf in den Sehbahnen. — 7. Herz (Wien): a) Ueber kritische Psychiatrie; b) die materiellen Grundlagen des Bewusstseins. — 8. Löwenfeld (München): a) Ueber einige seltenere psychische Zustände bei Hysterischen; b) Ueber hysterische Chorea. — 9. Buschau (Stettin): Kritik der neueren Theorien über die Pathogenese der Basedow'schen Krankheit. — 10. Anton (Innsbruck): Demonstration über Degeneration der Balkenfasern im menschlichen Gehirn. — 11) Schmitz (Bonn): a) Ueber Neurasthenie und Hypnose (in einer combinirten Sitzung der Abtheilungen 22 und 26); b) Alcoholismus und Gesetzgebung. — 12. Marina (Triest): Hemiatrophie und Hemicontractur der Zunge. — 13. Sommer (Würzburg): Exacte graphische Darstellung unwillkürlicher cerebral bedingter Bewegungen.

Prof. S. Stricker wird Mittwoch den 26. September, 2 Uhr Nachmittags, im Hörsaale für allgemeine und experimentelle Pathologie, IX, allgemeines Krankenhaus, Leichenhof, verschiedene Projectionen vorführen.

VI. Nochmals die Wärterfrage.

In meinem Aufsatz im Decemberheft 1893 ist das allgemeine Princip, um welches es sich handelt, mit seiner speciellen an Kliniken vielleicht möglichen Form etwas zu eng verknüpft. Ich präcisire daher die Tendenz des Aufsatzes dahin: Das wesentlichste Mittel zur Lösung der Wärterfrage ist Vermehrung und Erleichterung der ärztlichen Aufsicht. Die Durchführung des Princips muss mit Anpassung an die speciellen Verhältnisse der Anstalten geschehen.

Sommer.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 October.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Ueber einige Fragen der Organisation und des Baues psychiatrischer Kliniken.

Von Professor Rieger in Würzburg.

(Fortsetzung.)

II. Ueber die Frage der Nothwendigkeit oder Entbehrlichkeit besonderer „unruhiger“ oder „Tob“-Abtheilungen.

In meinem vorjährigen Aufsatz*) habe ich Folgendes gesagt: „Mit dem Bestreben die Bettbehandlung möglichst consequent durchzuführen hängt ferner zusammen, dass die Klinik neben der Wachabtheilung nicht noch eine eigene „unruhige“ oder „Tob“-Abtheilung hat. Diesen, weil er ohne Vorgang ist, etwas kühnen Versuch konnte ich wagen etc.“ — Ich hatte diese Sätze niedergeschrieben im August 1893. Im Januar 1894 ging mir Heft 3 und 4 des fünfzigsten Bandes der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie zu mit dem Aufsatz von Director Scholz in Bremen: Die nächste Aufgabe der Irrenpflege. Diesem habe ich entnommen, dass in Bezug auf das Factum des Nichtvorhandenseins einer „unruhigen“ oder „Tob“-Abtheilung die Anstalt in Bremen unter Scholz der hiesigen Klinik vorangegangen ist. Da aber dieser Aufsatz nach dem meinigen erschienen ist, so wusste ich zur Zeit meiner Veröffentlichung noch nichts davon. Dem, mir bekannten, früheren Aufsatz von Scholz: „Ueber Wachabtheilungen in Irrenanstalten**)“ hatte ich nicht mit völliger Deutlichkeit entnehmen können, dass in Bremen ausser den Wachsälen durchaus keine banlichen Einrichtungen zur Isolirung unruhiger Kranken vorhanden

*) Klin. Jahrbuch, Bd. V, S. 150.

**) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 45, S. 235.

sind. Nur darum handelt es sich aber. Wachabtheilungen und Bettbehandlung ist ja etwas, was zwar leider in manchen zurückgebliebenen Anstalten noch sehr mangelhaft entwickelt ist; woran sich aber, weil es principiell längst erledigt ist, weder eine Discussion noch Prioritätsfragen mehr anknüpfen können.*) Nur dies ist das noch sehr Discutable: ob ausser und neben den selbstverständlichen Wachabtheilungen Isolirabtheilungen bestehen sollen oder nicht? Diese wegzulassen kann auch heute noch als eine ziemlich revolutionäre Massregel gelten. Mir selbst ist es durchaus nicht leicht geworden diese Weglassung bei meinem Neubau zu verwirklichen. Nicht nur in meinem eigenen Innern hat es mich einen Kampf gekostet, sondern auch Opposition von aussen hatte ich zu überwinden. Ein Colleague, der die Wachabtheilungen sorgfältig cultivirt und dabei die hiesigen Verhältnisse genau kennt, hat trotzdem entschieden begutachtet, dass meine Klinik ausser dem, was sie jetzt hat, noch eine eigene, von der Wachabtheilung räumlich getrennte, „Isolirabtheilung“ bekommen müsse. Ich darf es von den Behörden, denen die Entscheidung oblag, ganz besonders rühmen, dass sie trotzdem meinem Plan ihre Genehmigung nicht versagt haben. Noch in jüngster Zeit erklärte mir ein, nichts weniger als reactionärer oder conservativer vielmehr dem entschiedensten Fortschritt huldigender, Colleague: er habe den Versuch gemacht mit der blossen Wachsaalbehandlung aller unruhigen Kranken, aber es sei unmöglich sie durchzuführen. Wenn man auf eine eigene Isolirabtheilung völlig verzichte, so werde der Wachsaaal völlig „zur Hölle“. Diese, sehr zu beherzigende, Opposition beweist doch, dass man es mit einer Einrichtung zu thun hat, bei deren Beschreibung mit allergrösstem Nachdruck als der Hauptpunkt betont werden muss: es werde von dem System der Wachabtheilung ein so consequenter Gebrauch gemacht, dass daneben gar keine, räumlich von der Wachabtheilung getrennte, Vorrichtung für Isolirungen — auch nicht für ausnahmsweise Nothfälle — im Bauplan vorgesehen sei. Diese Thatsache konnte ich auch bei nochmaligem Durchlesen des Aufsatzes von 1888 zwar implicite darin enthalten finden, jedoch nicht mit so expliciter Deutlichkeit proclamirt, wie ich es im vorigen Jahre in meiner Baubeschreibung gethan habe. Die Priorität des Factums hat Scholz sicher zu beanspruchen. Nur glaube ich mich meinerseits durch das Vorstehende von dem etwaigen Vorwurf gereinigt zu haben, dass ich die Worte: „Diesen, weil er ohne Vorgang ist, etwas kühnen Versuch“ desswegen mit Unrecht niedergeschrieben habe, weil ein Vorgang schon mit genügender Bestimmtheit in der Fachliteratur beschrieben gewesen sei.**)

*) Vergl. z. B. die Bemerkung von Hitzig (Klinisches Jahrbuch, Bd. II, S. 397, Anm.): „Der Director einer benachbarten Anstalt hat geglaubt sich die Priorität für die Einrichtung solcher Ueberwachungsstationen wahren zu sollen. Mit Unrecht. Zu geschweigen von dem, was in Nietleben früher geschehen war, bestehen solche Stationen in der Charité seit Jahrzehnten.“

**) Ich gestatte mir auch noch die Bemerkung, dass eine klare Einsicht in die Continuität wissenschaftlicher und practischer Fragen sehr erschwert ist, wenn in späteren Aufsätzen die früheren desselben Verfassers nicht citirt werden, wie dies auch von Scholz in seinem neuen vom Jahre 1893/94 nicht geschehen ist in Bezug auf seinen früheren vom Jahre 1888.

Uebrigens ist, ganz abgesehen von dem bisher Erörterten, das Princip von Scholz radicaler als das meinige; und ich constatire ausdrücklich, dass ich ihm gegenüber immer noch reactionär bin. Mit ihm völlig einig darin, dass die Frage der Abschaffung der Isolirabtheilungen in nächster Zeit die wichtigste der practischen Psychiatrie sein wird, kann ich doch nicht so weit gehen wie er, der überhaupt, nach brieflicher Mittheilung an mich, alle „Zellenanhängsel“ verwirft, absolut keine Isolirzellen, auch keine Polsterzellen und dergl. hat. So muss ich also jetzt meine Stellung nach zwei Fronten decken. Ich will das System der Beibehaltung eigener, von dem Wachsaal räumlich getrennter, Isolirabtheilungen einfach das alte, das ganz radicale, soeben characterisirte, das System von Scholz nennen und mein eigenes das der Seitenlogen, deren in Würzburg wirkliche räumliche Anordnung aus dem Plan in Band V des klinischen Jahrbuchs ersichtlich ist.

Ich führe zuerst Gründe auf, welche meines Erachtens zum Aufgeben des alten Systems zwingen. Da die akustischen Gründe die wichtigsten sind, welche zu Gunsten des alten Systems aufgeführt werden können, so muss, um den akustischen Indicationen völlig zu genügen d. h. um den Lärm lauter Kranken von den ruhigen Insassen des Wachsaals fernzuhalten, eine Isolirabtheilung ziemlich weit vom Wachsaal entfernt werden. Dann droht aber die Gefahr, dass im Wachsaal zwar sorgfältigste Aufsicht herrscht, dass aber gerade die, der Aufsicht am Meisten bedürftigen, isolirten Kranken unbeaufsichtigt bleiben. Besonders in kleinen Anstalten, um deren Ausbildung es sich doch jetzt speciell in Rücksicht auf die klinischen Zwecke, vor allem handelt, ist wegen Mangels an Personal dieser Missstand unvermeidlich; und wo er herrscht, da müssen mit Nothwendigkeit von Zeit zu Zeit Unglücksfälle vorkommen, die als nothwendige Folgen dieses Systems zu bezeichnen sind. Eine überraschend prompte empirische Bestätigung hat diese Betrachtung in Stuttgart gefunden. In der „Schwäb. Chronik“ vom 30. April 1894 hatte ich mit Schrecken folgende Beschreibung der neuen städtischen Irrenabtheilung gelesen:

„Abgesehen von 6 Isolirzellen im Untergeschoss und 4 Tobzellen bietet der Bau Raum für 23 bis 25 Kranke. Im Untergeschoss befinden sich neben den schon erwähnten 6 Isolirzellen die Dampfmaschine für den Ventilator, Warmluftkammern, Magazinräume und ein Kesselraum als Reserve für später etwa aufzustellende Niederdruckdampfkessel.“

Hier wären also für höchstens 30 Kranke 6 plus 4 „Zellen“ vorgesehen. Als ich dies las, wurde mir angst und bang; und als ich dann den nachstehenden Bericht in derselben Zeitung vom 4. Juni 1894 las, wunderte ich mich nicht.

Stuttgart, 4. Juni. In der Zelle eines an heftiger Tobsucht Erkrankten im Bürgerhospital entstand heute früh 4 Uhr ein Brand, in Folge dessen der Bedauernswerthe erstickt ist; man fand ihn, von oberflächlichen Brandwunden bedeckt, todt vor. Der Unglückliche war seit einigen Tagen in der Zelle, nachdem der Versuch ihn in der Wachabtheilung zu behandeln an der Erregung und dem Widerstand von seiner Seite gescheitert war. Er befand sich in der durch die Centralheizung erwärmten Zelle, von einem Hemde bekleidet, mit einer auf dem Boden liegenden Matratze und hatte keinerlei harte Gegenstände zur Verfügung. Hoch über der Thür (2—3 Meter) braunte in einer Wandöffnung ein Licht, welche nach dem Innern der Zelle durch eine mehrere Centimeter dicke Glasscheibe abgeschlossen ist. Es muss ihm gelungen sein, durch Aufsteigen auf den Abortaitz an die Glasscheibe zu kommen, die er durch

heftige Schläge mit der Faust hinaudrückte, was wohl bei dem noch nicht ganz hart gewordenen Kitt möglich gewesen sein muss. An der nun frei gewordenen Flamme muss er dann sein Hemd angebrannt haben und sehr bald vom Rauch erstickt sein. — Der Polizeibericht lautet: Heute früh um 4 Uhr brach in einer Tobzelle des Irrenbaues des neuen Bürgerhospitals an der Tunzhoferstrasse Feuer aus. Dasselbe wurde von dem in derselben untergebrachten Geisteskranken selbst dadurch verursacht, dass derselbe eine sehr starke Glasscheibe zertrümmerte, welche vor dem ausserhalb der Zelle befindlichen, zur Beleuchtung derselben und des Ganges während der ganzen Nacht dienenden Gaslicht angebracht war. Diese Lichtöffnung ist in einer Höhe von 2,43 m vom Boden angebracht und schien für den Insassen kaum erreichbar. Nach Zertrümmerung der Scheibe muss der Geisteskranke die in seiner Zelle befindlichen Bettstücke an die Gasflamme gehalten und sie in Brand gesteckt haben, ausser denselben sind sofort die Thüre und der Boden der Zelle in Brand gerathen. Der Geisteskranke ist durch den in der Zelle entstandenen Rauch erstickt und wurde von dem zur Hilfe herbeigeeilten Wärterpersonal in der dem Brandherd entgegengesetzten Ecke der Zelle liegend todt aufgefunden. Das Feuer wurde glücklicherweise frühzeitig bemeht, so dass das Wärterpersonal und die alsbald alarmirte Berufsfeuerwache den Brand in kurzer Zeit löschen konnten, ehe derselbe eine die Insassen des Irrenbaues gefährdende Ausdehnung angenommen hatte. Der Mobil- und Immobiliarschaden dürfte sich auf über 1000 Mk. belaufen.

Gewiss können auch bei dem besten Bausystem zufällige Unglücksfälle vorkommen. Aber dies war kein zufälliger sondern ein durch das System förmlich prädestinirter. Gerade ein, hauptsächlich zur Aufnahme frisch Erkrankter bestimmtes, Stadt-Asyl darf nicht so angelegt sein, dass die, am Meisten der Aufsicht bedürftigen, Kranken sich dermassen selbst überlassen sind. Wäre der Isolirraum für den Kranken, welchen im Wachsaal zu halten nicht mehr möglich gewesen wäre, dicht neben und in organischer Verbindung mit dem Wachsaal gewesen, so dass er unter Aufsicht von dessen Nachtwache gestanden wäre; dann hätte das Unglück nicht geschehen können. Natürlich kommt auch noch sehr viel darauf an, dass in einem solchen Asyl für vorwiegend schwer zu behandelnde Fälle recht viele Aerzte präsent sind; und wenn dies der Fall ist, dann wird es auch viel eher gelingen Kranke, die man sonst isoliren müsste, in den Betten des Wachsaals zu halten. Ich wiederhole in dieser Hinsicht meinen, neulich schon gedruckten, Satz*): Wie in einer geburtshilflichen Klinik der Arzt jede Geburt, so muss er in der psychiatrischen Klinik jeden Aufregungszustand überwachen. — Selbstverständliche Folge dieses Grundsatzes ist, dass auf einen Arzt nur ganz wenige solcher Kranken kommen dürfen, welche in dieser Richtung überhaupt in Betracht zu ziehen sind, und dass die Aerzte in diesem anstrengenden Dienst, ebenso wie das Personal, fortwährend sich ablösen. — Lässt sich die Isolirung aber durchaus nicht mehr vermeiden, so halte ich das System der Seitenlogen für besser als das alte und besonders in dem Fall, wenn die Anstalt so klein ist, dass sie kein Personal zur Verfügung hätte, um auch in einer, von der Wachabtheilung entfernten, Isolirabtheilung permanente Bewachung durchzuführen. —

Gegen das System von Scholz möchte ich folgende briefliche Mittheilung eines Collegen an mich in das Feld führen

„Ich habe mich nach Möglichkeit bemüht, auf meiner Abtheilung nicht zu isoliren. Ich habe meist chronische Fälle. Zwei periodische Maniaci, die seit Jahrzehnten in der Anstalt sind, nicht zu isoliren ist thatsächlich undurchführbar. Der eine be-

*) Vergl. Ueber Neubauten, für psychiatrische Kliniken. Im August-Heft dieser Zeitschrift.

kommt alle Jahre einen Anfall, der etwa 4–6 Wochen dauert. Er ist so zornmüthig, so furchtbar gewaltthätig, dass er während dieser Zeit immer isolirt worden ist, und ich mich zu derselben Massregel trotz vieler Scrupel entschliessen musste. Der Kranke liebt es im Anfall den Leuten mit dem Fuss in den Bauch zu stossen und hat vor zwei Jahren den Tod eines Pflegers verursacht. Zwischen den Anfällen ist der Kranke der freundlichste und liebenswürdigste Mensch. — Der andere hat alle 6 Wochen einen Anfall, der etwa eine Woche dauert. Derselbe prügelt die Umgebung so sehr, hat mich auch schon mehrere Male so geohrfeigt und angespuckt, dass ich das Unangenehme dieser Situation recht peinlich empfinden konnte. Er schlägt vor allem aber die anderen Kranken, nimmt ihnen das Essen weg u. s. f., so dass ich nichts anderes wünschte, als Sie hätten ihn einmal in Ihrem Wachsaal. Nach zwei Tagen wäre Revolution unter den Kranken, den Pflegern, den Aerzten, den Studenten; ganz Würzburg zwänge Sie den Kranken einzusperren. Nicht einmal baden kann man den Mann, wenn man zwischen mehreren Uebeln das kleinere auszuwählen für das Richtige erachtet. — Vielleicht ist das ein Anstalts-Artefact.“ —

Der letzte Satz bezieht sich auf die Stelle meiner vorjährigen Schrift (S. 152): „Die kläglichen Anstalts-Artefacte, von denen es dann heisst, bei solchen chronisch Aufgeregten könne man am Allerwenigsten ohne Zellen auskommen; die Pflegeanstalten brauchen am meisten „Zellen“. — In Bezug auf den geschilderten Fall halte ich aber diesen Begriff durchaus nicht für angebracht, da ja solche periodisch Wüthende, die in der Zwischenzeit ganz andere Menschen sind als in ihren Anfällen, in eine ganz andere Kategorie gehören als diejenigen, welche ich in der angeführten Stelle gemeint habe. Ich glaube auch, dass nur das System von Scholz durch die Aufführung solcher Fälle erschüttert wird, nicht aber das der Seitenlogen. Denn ein solcher Kranker könnte doch auch sehr gut neben dem Wachsaal isolirt und sobald ruhigere Stunden kommen augenblicklich und im Handumdrehen wieder aus der Isolirung heraus der Wohlthaten des Wachsaals theilhaftig werden. Letzteres scheint mir die Hauptsache, und speciell dass es so möglich ist den Kranken im Bett aus dem Wachsaal in die Seitenloge und vice versa zu bringen. Ist dagegen eine Isolir-Abtheilung abgelegen und sogar nur über Treppen oder unter freiem Himmel erreichbar, so muss der Kranke für solche Expeditionen angekleidet werden, und diese Nothwendigkeit wird immer einen retardirenden Einfluss ausüben auf die Zurückbringung in den Wachsaal. — Ich betrachte die Seitenlogen lediglich als Reserviräume, die eigentlich fast immer leer stehen sollen und nur im äussersten Nothfall bei geschlossenen Thüren zu benutzen sind. Bei offenen Thüren eignen sie sich zwar manchmal auch recht gut für das Bett eines Kranken, den man aus irgend welchen Gründen nicht im allgemeinen Saal lassen will. Ich zähle sie aber doch nie mit, wenn ich angebe, für wie viele Betten die Klinik Platz hat, womit ich eben ausdrücken will, dass sie nicht als eigentliche Belegräume in Betracht zu ziehen sind. —

Ein Grund dafür im Sinne von Scholz auch die Seitenlogen vollends ganz wegzulassen könnte etwa darin gefunden werden, dass man alsdann gar nie in Versuchung kommen könnte eine unnöthige Isolirung vorzunehmen. Man hätte, nach dem bekannten Gleichniss, die Schiffe hinter sich verbrannt. Allein so viel dürfte man doch wohl auch der moralischen Festigkeit zutrauen, dass man nicht ganz und gar bloss durch bauliche Einrichtungen Isolirungen zu verhindern suchte. Es ist ja ganz richtig, dass man so sich selbst am Allersichersten vor der Gefahr schützte eine unnöthige Isolirung vorzunehmen. Aber andererseits — welche Mühe hat man dann auch in

dem Fall, dass schliesslich doch einmal die Nothwendigkeit unausbleiblich würde. Wenn man es so macht, wie Scholz berichtet*): „Nun, dann griffen wir zu dem Verfahren zurück, welches sich uns schon vor Einführung der Wachabtheilungen bewährt hatte, und liessen den Kranken in einem besonderen Zimmer bewachen —“, so wird, falls ein solches Zimmer gar nicht baulich präformirt ist, die Improvisation gewiss, um der damit verbundenen Mühe und Beschwermiss willen, nur im äussersten Nothfall vorgenommen werden; aber wenn es schliesslich dann doch geschieht, dann ist der improvisirte Raum auch viel mangelhafter als eine sorgfältig präformirte Seitenloge; ja er wird, falls er abgelegen ist, sogar wieder die schlimmste Eigenschaft des alten Systems theilen: nämlich von der sorgfältigen, ein für allemal regulirten, Obhut der Wachabtheilung ausgeschlossen zu sein. — Die zwei Punkte, auf welche ich beim Bau der Wachabtheilung den Hauptnachdruck gelegt habe, sind: einerseits grösste Uebersichtlichkeit bei zugleich bestehender Möglichkeit Theile des Wachsaals mit Hilfe beweglicher Wände jederzeit so zu gestalten, dass sie wieder einen Raum für sich darstellen; andererseits Ausstattung des Wachsaals mit allem, was die Kranken brauchen, also auch mit Bad und Closet. Es ist mir vollkommen klar, dass ohne diese Einrichtung sich die grössten Schwierigkeiten ergeben müssen schon aus dem Grunde, weil nur sie die beständige Gegenwart von genügendem Personal ermöglicht. Wachsäle, in denen diese Einrichtung fehlt, können also von vornherein gar nicht verglichen werden mit solchen, in denen sie vorhanden ist. Für ebenso wichtig halte ich, dass das mit der Krankenpflege und Wache betraute Personal absolut nichts mit dem Essentragen zu thun hat, sondern dass dafür ein eigener Dienst eingerichtet ist, der durch Eisenbahn, Aufzüge und fahrbare Tische erleichtert wird. Auch die fortwährend nöthige Beförderung der Krankenbetten aus der Wachabtheilung und zurück muss diesem eigenen Dienst übertragen werden. — Als eine sehr wichtige Ergänzung der Wachabtheilung ist das Untersuchungszimmer zu bezeichnen, das in horizontaler Distanz weit entfernt sein kann aber auf völlig gleichem Niveau liegen muss, damit die Betten ohne jede Schwelle durchgefahren werden können. Das Untersuchungszimmer übt eine ganz besonders beruhigende Wirkung aus, und manche schlimme Stunde kann dem Wachsaal erspart werden, wenn der bedenkliche Fall sich im Untersuchungszimmer befindet und hier als diagnostisches implicite auch therapeutisches Object ist. Ein Ideal, das ich bisher noch nicht realisiren konnte, wäre schliesslich, wenn man auch die Kranken, die Stunden lang sich im Bad befinden sollen, in einer fahrbaren Badewanne in das Untersuchungszimmer fahren könnte. Denn das permanente Bad, in richtiger Weise nur verwertbar wenn die Badewanne sich im Wachsaal befindet, ist so wichtig, dass die Wanne wie ein Bett zu betrachten und mit Hilfe einfacher Unterstützungs-Vorrichtungen auch zu gebrauchen ist. Sie bildet einen wesentlichen Bestandtheil des Systems und soll den ganzen Tag ununterbrochen abwechselnd benützt werden.

Dass eine der Seitenlogen gepolstert ist, halte ich Scholz gegenüber auch für wichtig. Ganz bewusstlose, schwer verwirrte Kranke mit blindem

*) S. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 45, S. 143.

Bewegungsdrang können in einer höchst befriedigenden Weise in einer solchen erweiterten Bett bei offenen Thüren behandelt werden. In der Thüröffnung zum Wachsaal steht ein Arzt oder Pfleger zur Beobachtung. Der Kranke rennt gegen alle Wände, was ihm nichts schadet. Dabei kommt er natürlich ab und zu auch gegen die Oeffnung, und hier ist dann manuelle Ablenkung seiner Bewegungen nöthig. Aber sie ist unter diesen räumlichen Verhältnissen nicht schwer und kann ganz schonend geschehen. Da auch der Fussboden gepolstert ist, so kann der Kranke sich ohne Schaden auf diesem wälzen. Auf das Closet muss er natürlich gerade so geführt werden, wie wenn er in einem gewöhnlichen Bett läge. Denn zu einem Excretionsstall darf ein solcher Raum am Allerwenigsten werden. —

Dass man die Isolirungen auf ein Minimum reduciren kann und dass der kleine Rest des Bedürfnisses dann am besten durch Seitenlogen befriedigt wird —, dies wird überall da anerkannt werden, wo der Bau von vornherein auf dieses System angelegt worden ist. Wo dies nicht der Fall ist, wird man nothwendigerweise zu anderen Resultaten kommen müssen, die aber dann durchaus nicht unmittelbar vergleichbar sind mit den Resultaten bei unserem Bausystem.

Der einzige noch fragliche Punkt ist der: Wie lässt sich die Wachsaalbehandlung lärmender Kranker vereinigen mit der, gleichfalls sehr nöthigen, Wachsaalbehandlung ruhiger aber sich selbst gefährlicher Melancholischer? Und hier ist unbedingt zuzugeben, dass zwei, akustisch von einander unberührte, Wachabtheilungen wünschenswerth wären. Die Durchführung dieses Systems ist aber nicht eine Frage der räumlichen Anordnung sondern eine Personalfrage. Und zwar lässt es sich an kleinen Anstalten nicht durchführen, weil das, dafür nöthige, doppelte Personal, besonders das für Nachtwachen, nicht disponibel gemacht werden kann. Kleine Anstalten werden also den Uebelstand nie vermeiden können. Sie werden aber auch verhältnissmässig wenig darunter leiden. Denn sie müssen doch, vermöge ihrer ganzen Organisation, ein wirksames Entlassungsventil in der Hand haben, mittelst dessen sie eine zu grosse Anhäufung störender Elemente beseitigen können. —

Möchte das hiemit Auseinandergesetzte an seinem Theil dazu beitragen, dass in Zukunft keine solchen Gebäude mehr aufgeführt werden können wie das oben gekennzeichnete in Stuttgart. Das Dringende der Angelegenheit liegt eben darin, dass auf das Bauliche soviel ankommt. Eine baulich verpfuschte Anstalt ist ein irreparables Uebel; in ihr lässt sich beim besten Willen kein richtiger Betrieb mehr durchführen.

II. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Anatomie.

373) Siemerling: Die zweckmässigste Art der Gehirnsection. (Aus der psychiatr. u. Nervenclinic der kgl. Charité. Nach einem im Verein deutscher Irrenärzte in Frankfurt am 26. Mai 1893 gehaltenen Vortrag.)

Der Vortragende bespricht zunächst in einer historischen Einleitung die bisher gebräuchlichen Methoden der Schädelöffnung und Gehirnsection.

von denen namentlich die bekannte Virchow'sche als die am meisten angewendete genauer beschrieben wird. Eine von Meynert angegebene Methode trennt die einzelnen genetisch und physiologisch verschiedenen Theile von einander, um ihre Massen durch Wägung mit einander zu vergleichen, eine Methode, die jedenfalls nicht für die pathologische Praxis durchführbar ist. Griesinger führt den gewöhnlichen horizontalen Sägeschnitt nur in der vorderen Hälfte aus, aber mit Durchschneidung des Gehirns und legt darauf vertical einen Frontalschnitt, so dass ein vorderes Segment aus Schädeldach und Gehirn lösgelöst wird, und um etwaige Tumoren in Situ zur Ansicht kommen können. Pitres und Nothnagel theilen das ganze Gehirn in 6 Frontalschnitte, die an fest bestimmten Punkten gelegt werden und die Möglichkeit einer genauen Localisation von Herdaffectationen gewähren. Bramwell verzichtet auf jede frische Untersuchung und bereitet das Gehirn durch Injection und Einlegung in Müller'sche Flüssigkeit sofort für die microscopische Untersuchung vor.

Diesen Methoden gegenüber betont V., dass keine für alle Fälle verwendbar sei, vielmehr die Methode von der Individualität des Falles bestimmt werden müsse. Bei der Wichtigkeit der microscopischen Untersuchung des gehärteten Gehirns „muss die macroscopische Section sich stets der nachfolgenden microscopischen Untersuchung unterordnen“.

Dazu ist die Virchow'sche Methode ungeeignet. V. empfiehlt die Anlegung von bestimmten Frontalschnitten durch das Gehirn nach Pitres-Nothnagel. Die einzelnen Segmente können dann zur Noth noch microscopisch weiter verarbeitet werden. Von den Vierhügeln an wird dann der Hirnstamm in toto herausgeschält und zur microscopischen Untersuchung aufbewahrt, während die Occipitallappen dann noch eigens untersucht werden können.

Weber-Würzburg.

374) S. Kirilzew: Weitere Mittheilung zur Lehre vom centralen Verlauf des Gehörnerven.

(Neurol. Centralbl. 1894. Nr. 5.)

K. giebt die Resultate seiner weiteren Untersuchungen über den Verlauf der Gehörnerven, welche ungefähr folgendermassen formulirt werden:

1. Der innere und der Deiters'sche Kern dienen nicht als Endigungsbezirk der hinteren Acusticus.
2. Die Fasern der hinteren Wurzel endigen im vorderen Kern, im Tuberc. acusticum, in beiden oberen Oliven und im hinteren Vierhügel der entgegengesetzten Seite, welche somit primäre Centren der hinteren Wurzel resp. des N. cochlearis sind.
3. Zu den Oliven verlaufen die bezeichneten Fasern im Corpus trapezoides, zum Vierhügel im Corpus trapezoides und in der unteren Schleife.
4. Die Striæ acusticæ setzen sich aus einem grösseren mehr cerebralwärts und einem kleineren mehr caudalwärts gelegenen Bündel zusammen. Das erstere stammt aus dem Tubercul. acusticum, umkreist das Corpus restiforme von aussen und oben, zieht in centraler Richtung schräg über die Raphe, wo es sich dorsalwärts vom Corpus trapezoides mit demjenigen der anderen Seite kreuzt und endigt zum Theil in der entgegengesetzten oberen Olive, zum grösseren Theil aber

geht es, sich der unteren Schleife zugesellend, zum hinteren Vierhügel, in welchem es wahrscheinlich endet. — Das kleinere Bündel stammt aus dem vorderen Kern, umkreist auch das corpus restiforme, steigt dann zwischen dessen äusserer und innerer Abtheilung in centraler Richtung hinunter und geht, während es in der Raphe eine Kreuzung bildet, zu den beiden oberen Oliven.

5. Die untere Schleife enthält die Fasern zur oberen gleichseitigen Olive, welche dieselbe mit dem hinteren Vierhügel verbindet.
6. Im Corpus trapezoides verlaufen die Fasern der unteren Schleife zum vorderen Kern und verbinden denselben mit dem entgegengesetzten unteren Vierhügel.
7. Die vordere Wurzel der Hörnerven geht zum Theil in den Bechterew'schen Kern, zum Theil in der aufsteigenden Acusticuswurzel Roller's hinab.

Hoppe.

375) **W. v. Bechterew:** Ueber das Olivenbündel des cervicalen Theils vom Rückenmark.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 12.)

Anknüpfend an die Arbeit von Dr. Helwegh. Studien über den centralen Verlauf der vasomotorischen Nervenbahnen (Arch. f. Psych., Bd. XIX) bemerkt B., dass das von ihm schon 1885 unter der Bezeichnung „centrale Haubenbahn“ beschriebene aus den unteren Oliven central verlaufende Bündel von H. nochmals beschrieben worden sei, während H. den Spinaltheil desselben Fasersystems als dreikantige Bahn bezeichnet. Auch dieses spinale Bündel giebt B. an seit seiner Beschäftigungszeit im Flechsig'schen Laboratorium zu kennen und später wiederholt in seinem Laboratorium den Aerzten demonstrirt zu haben. Während H. seine Untersuchungen hauptsächlich an Gehirnen von Geisteskranken ausgeführt hat, hat B. vorzugsweise Gehirne von Neugeborenen untersucht.

Danach gehört das Bündel zu den sich spät entwickelnden Fasersystemen des Rückenmarks und ist an den Gehirnen von Neugeborenen wegen der fehlenden Markscheidenumhüllung in dem sich früh entwickelnden Vorderausenbündel äusserst deutlich sichtbar. Es gehört hauptsächlich dem Halsmark und dem unteren Theil des verlängerten Markes an. Es beginnt im oberen Theile der Cervicalanschwellung an der Grenze zwischen Vorder- und Seitenstrang an der Austrittsstelle der vorderen Wurzeln, rückt nach oben ziehend und schnell an Faserzahl zunehmend, mehr und mehr nach vorn und erreicht an der Uebergangsstelle in die Medulla obl. einen ziemlich bedeutenden Umfang, um an der Stelle, wo die grosse Olive auftritt, zu verschwinden. Die dreikantige Gestalt des Querschnitts besitzt es nur auf einer kurzen Strecke im mittleren Theile des Halsmarks. B. hält es für sicher, dass die auf der anderen centralen Seite der unteren Oliven hervorgehende centrale Haubenbahn und das Olivenbündel des Halsmarks zu einem auf seinem Wege durch die unteren Oliven unterbrochenen Fasersystem gehören.

Hoppe.

276) **Franz Nissl** (Frankfurt): Ueber Rosin's neue Färbemethode des gesammten Nervensystems und dessen Bemerkungen über Ganglienzellen. (Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 3 u. 4.)

N. polemisiert in ausführlichen Darlegungen gegen die von Rosin angegebene Färbemethode (cfr. Aprilheft 1894, S. 223), der er keine die einzelnen Gewebsbestandtheile in höherem Maasse differenzirenden Eigenschaften zusprechen kann als sie andere Färbemethoden besitzen. Gegenüber den neuen Resultaten, zu welchen Rosin betreffs der Structur der Nervenzellen gekommen sein will, führt N. aus, dass Rosin 2 Gruppen von Nervenzellen unterscheidet, aber nur die eine Gruppe (grössere Nervenzellen) näher bespricht, wobei N. ihm schwere Irrthümer nachzuweisen sucht und betont, dass der Begriff Nervenzelle ein Sammelbegriff ist, der viele morphologisch wohl zu characterisirende Formen umfasst und bis heute zum Mindesten 8 morphologisch streng von einander geschiedene Haupttypen darstellt. Weder der Zusammenhang des einzelnen Zellindividuums mit den verschiedenen Elementen des Centralorgans, noch die mehr äusserlichen Qualitäten der Nervenzellen wie ihre Grösse und äussere Form sind zur Classificirung der Nervenzellen geeignet, sondern einzig und allein deren innere Structurverhältnisse, die als Ausdruck der verschiedenen Zellfunction auch den verschiedenen Zusammenhang der einzelnen Zellen mit den verschiedenen Elementen des Centralorgans bedingen.

Bezüglich der zahlreichen chromo-microscopischen Details muss auf das Original verwiesen werden. Hoppe.

377) **Th. Kaes** (Friedrichsberg): Ueber die markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde des Menschen.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 11.)

Die Resultate, welche K. bei der Untersuchung des Gehirns von 3 Männern gefunden hat, sind so detaillirt, dass sie sich nicht für ein kurzes Referat eignen. Nur das mag hervorgehoben werden, dass nach diesen Untersuchungen die Entwicklung der markhaltigen Rindenfaserschichten mit den 40er Jahren allmählig einen Ruhepunkt erreicht. Hoppe.

II. Physiologie.

378) **Ernst Jendrassik**: Neuer Beitrag zur Frage der Innervation der Thränendrüse.

(Orvosi hetilap 1894, Nr. 18.)

Durch Beobachtungen am Krankenbette und durch Analyse der anatomischen Verhältnisse ist es dem Verf. gelungen, festzustellen, dass die die Thränendrüse innervirenden Facialisfasern — wenigstens nach den jene Krankheitsfälle begleitenden Symptomen geurtheilt — in der Höhe des Ganglion geniculi von der Facialisbahn abzweigen, um auf dem Wege des Nerv. petrosus superf. major, dann durch Vermittlung des Ganglion nasale im zweiten Aste des Trigeminus entlang dem Nervus orbitalis zur Thränendrüse zu gelangen. Nachfolgender Fall gestattete es dem Verf., die Thränensecretion vermittelnden Nervenfasern schon vor den Canalis Fallopiæ, ja sogar im innerhalb des Centralnervensystems gelegenen Facialisantheil zu erkennen, und zwar unter Umständen, welche die Beweiskräftigkeit der

Beobachtung sowohl in functionell ausfallender Beziehung als auch in Bezug auf Reizung zulassen.

40jährige Frau erlitt am 13. Tage nach dem letzten Wochenbette einen apoplectischen Insult, in Folge dessen eine rechtsseitige Hemiplegie (Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität, Parese des Hypoglossus) und eine linksseitige hochgradigere Parese des Facialis auftrat. Wesentliche Besserung sämtlicher Lähmungserscheinungen. Nur im schwach paretischen linken Facialisgebiet zu 2—5—10 Minuten auftretende Krampfanfälle, die bis eine Minute lang andauern und sich auf sämtliche linksseitigen Gesichtsmuskeln ausdehnen; während des Anfalles läuft in der linken Mundhälfte der Speichel zusammen, die Stimme verändert sich, das subjective Geschmacksgefühl stellt sich aber selbst bei dieser Gelegenheit nicht ein. Die Bewegungen der Zunge sind während des Anfalles frei. Die Empfindlichkeit der Gesichtshaut ist constant normal, die Anfälle schmerzlos.

Interessant ist das Verhalten der Thränensecretion während des Anfalles insoferne, als sich das linke Auge mit Thränen füllt und, falls sich der Krampf zu heftig einstellt, sich aus dem Auge ein formaler Thränenstrom über das Gesicht ergießt. Während des Lähmungszustandes hat die vom Verf. empfohlene Senföprobe den Mangel an Reaction nur zu deutlich erwiesen, während sie am rechten Auge eine Röthung der Bindehaut und starke Thränenabsonderung hervorrief.

Dieser Fall beweist deutlich den Zusammenhang zwischen Thränensecretion und Facialisnerv. Dieselbe bietet auch insoferne ein besonderes Interesse, dass die Localisation des Krankheitsprocesses innerhalb der Schädelhöhle zu suchen ist, nicht so wie in den bisherigen Fällen innerhalb des Fallopi'schen Canals. Der Umstand, dass hier eine rechtsseitige Hemiplegie mit einer linksseitigen Facialislähmung, die gleichzeitig entstanden waren, berechtigt die Annahme einer hemiplegia alternans. Letztere entsteht meist dadurch, dass die Lähmung der Extremitäten in der Verletzung der Pyramidenbahnen ihre Ursache hat, während der Facialis als peripherer Nerv, i. e. nach Austritt aus dem in der Medulla oblongata gelegenen Ursprungskern, darum aber noch eventuell intrapontin afficirt erscheint. Dies ist aber in unserem Fall nicht wahrscheinlich, weil nach dem mehr als halbjährigen Bestande der Facialisparalyse in den entsprechenden Muskeln und in den sie versorgenden Nerven eine Entartungsreaction nachweisbar sein müsste. Im Gegentheil hiezu ist jedoch die electricische Reaction beiderseits gleich normal.

All' diese Verhältnisse, besonders aber der Umstand, dass die Lähmung des Facialis eine hochgradige war, während die Schwäche in den Extremitäten nur in geringem Maasse vorhanden war, deuten nach dem Verfasser darauf hin, dass sich der Krankheitsherd nur auf eine kleine Stelle beschränkte und, wie es die Heilung zeigte, konnte er nur geringe Zerstörungen bedingen. Der Verf. kann sich den Sitz der Affection nur in jener Gegend der Facialisfasern vorstellen, wo sie sich zu den Kernen des Gesichtsnerven neigen und auf diese Weise von den übrigen Pyramidenbahnen abgewichen sind und sich gekreuzt haben. Das Zustandekommen und der Verlauf der Affection lassen kaum eine andere Annahme aufkommen, als dass hier die

pathologisch-anatomische Grundlage des Processes eine Embolie oder Blutung bildete.

Die ambulante Behandlung des Kranken hat schon nach kurzer Zeit zu einer wesentlichen Besserung geführt.

Dieser Fall scheint nach dem Verf. zu beweisen, dass die die Thränensecretion besorgenden Fasern auch in der Gegend des in der Medulla oblongata gelegenen Facialisstammes zum Facialisstamme gehören. Das Weinen macht diese Zusammengehörigkeit auch in Bezug auf die höheren Theile des Gehirnes wahrscheinlich, indem mit dem Thränenstrom gleichzeitig auch das Mienenspiel einhergeht. Ostermayer (Budapest).

379) G. Marinesco: Sur la régénération des centres nerveux. Soc. de biol., 12. Mai 1894.

(Bericht in Semaine médic., Nr. 29.)

Verf. hat die immer noch strittige Frage über die Regeneration des Centralnervensystems von neuem aufgenommen, indem er Thieren (Kaninchen, Schweinen, Katzen, Fröschen) aseptische Wunden am Gehirne, bezw. eine partielle oder totale Durchschneidung des Rückenmarks beibrachte und die so lädirte Stelle nach Verlauf von 2 Tagen bis 4 Monaten untersuchte.

Bei der histologischen Untersuchung (Flemming, Pal, Nissl, Golgi) konnte er dann am Gehirn zwei Zonen unterscheiden, die je nach dem Thiere einen verschiedenen Anblick darboten: eine centrale Zone der Necrose und eine periphere der Reizung und Wiederherstellung. An dieser letzteren liess sich eine grössere Anzahl von Leucocyten und Phagocyten nachweisen, von denen sich viele im Zustande der Karyokinese befanden; die gleiche Kernteilung zeigte sich manchmal auch in den perivascularären Zellen und in dem Endothelium der Gefässe. An einzelnen Nervenzellen vermochte M. auch indirecte Theilung nachzuweisen, indessen führte diese nie zu einer wirklichen Theilung des Protoplasmas. In keinem Stadium fand M. Nervenfasern oder Nervenzellen von neuer Bildung.

Auch an dem Rückenmark constatirte M., dass die Narbe, die sich zwischen den beiden durchschnittenen Enden gebildet hatte, nicht nervöse Elemente neuer Bildung enthielt, sondern sich aus Stützgewebe des Rückenmarks zusammensetzte, also aus Neuroglia und vasculärem Bindegewebe.

Diese Versuche lehren somit, dass nach traumatischer Läsion der nervösen Centralorgane eine Regeneration ihrer Elemente nicht eintritt. M. leugnet indessen im Principe eine Neigung der Nervenzellen zur Wiederherstellung nicht, da solche allen Gewebearten zukommt und die oben besprochenen Erscheinungen der indirecten Zelltheilung dies auch beweisen würde. Allein zu einer wirklichen Regeneration kommt es aus dem Grunde nicht, weil in solchen Fällen die Zelle die regulativen Functionen ihrer Vermehrung verloren hat und in dem Kampfe um's Dasein zwischen ihr und dem Stützgewebe diesem unterliegt, das den Substanzverlust dann deckt. Buschan.

380) E. A. Schäfer: The nerve cell considered as the basis of neurology. (Brain. Spring-Summer 1893, pg. 134.)

S. versteht unter Nervenzellen den Zellkörper sammt sämtlichen Fortsätzen und Verzweigungen. Er nennt die Axencylinder oder Nerven-

fortsätze „Neurons“ und die Protoplasmafortsätze „Dendrons“. Er giebt eine gute und zahlreich illustrierte Abhandlung über die jetzigen Kenntnisse des Baues und der Function der Nervenzelle und verwerthet besonders die Arbeiten von Golgi, Ramon y Cajal, Retzius etc. Zum Schluss fasst er die Ergebnisse kurz etwa in folgenden Sätzen zusammen: Jede Nervenzelle ist anatomisch von andern isolirt, aber physiologisch mit ihnen verbunden. Diese Verbindung wird gebildet per contiguitatem entweder durch verzweigte Zellfortsätze verschiedener Nervenzellen mit einander oder durch solche verzweigte Zellfortsätze mit dem Zellkörper einer anderen Nervenzelle. Durch die Aneinanderreihung solcher isolirter anatomischen Elemente entstehen einfache oder complicirte Nervenzellenketten. Gleiche Nervenreize brauchen sich nicht nothwendig von einem solchen Kettengliede auf das andere fortzupflanzen, aber wahrscheinlich werden in den folgenden Kettenelementen neue Impulse erzeugt. Diese werden durch electricische Veränderung in Bewegung gesetzt, welche mit dem Entstehen dieser Impulse einhergeht. Sowohl Zellkörper als Zellfortsätze können Nervenimpulsen als Art des Entstehens dienen oder als Medium sie zu leiten. Der Zellkörper hat hauptsächlich die Ernährung des ganzen Zellelements zu besorgen. Diese trophische Function haftet an der Gegenwart des Zellkerns. Aber es können auch Nervenimpulse im Zellkörper entstehen und durch ihn hindurchgeleitet werden. Die Protoplasmafortsätze dienen in erster Linie dazu, die trophische Function zu unterstützen, aber sie leiten auch wie der Zellleib selbst Nervenimpulse. Die gewöhnlichen centrifugalen Nervenbahnen leiten keine centripetalen Reize, während die centripetalen Bahnen centrifugale Reize leiten können.

Wichmann.

381) **Eschle**: Ueber die Wirkung electricischer Ströme auf die animalen Gewebe. — Vortrag im Verein Freiburger Aerzte 27./X. 93.

(Berliner klin. Wochenschrift 1894, Nr. 17.)

E. stellte eine grosse Anzahl von Experimenten an Kaninchen, Meer-schweinchen, Hunden und Tauben an. Constant zeigte sich eine mehr oder minder ausgedehnte Mortification um die in das Gewebe eingeführte Nadel (die Art des Pols bedingte nur eine geringe Differenz in der Intensität und Schnelligkeit der Processe), während in der nächsten Umgebung der Nekrose eine verhältnissmässig geringe und schnell ablaufende Entzündung und in einer noch weiteren Zone degenerative Processe eintraten.

Im quergestreiften Muskelgewebe ist die durch die Electrolyse veranlasste Nekrose sehr gering, ebenso bleiben die geringen Entzündungserscheinungen auf die nächste Umgebung beschränkt und sind nach einigen Tagen abgelaufen, dagegen verfällt das Muskelgewebe weit über die Grenzen der Entzündung hinaus der Degeneration, die theils als hyaline und wachsartige Degeneration (mit Verschwinden der Streifung und der Kerne), theils als trübe Schwellung, theils als fettige Degeneration sich zeigt, während manchmal dunkelrothe krystallinische Gebilde in Form rhombischer Säulen auftreten.

Im Nierengewebe sind die Veränderungen ähnlich, wie sie nach Verstopfung eines Arterienastes auftreten; auch hier ist das Gewebe weit über den Umfang der durch die electrolytischen Vorgänge gesetzten Nekrose hinaus geschädigt, wie sich besonders im Zugrundegehen des Epithels zeigt.

Einige Stunden nach der Electrolyse beginnt die regressive Metamorphose in den Epithelien, die nach ca. 18 Stunden das Stadium der Verfettung erreicht hat, während die erst ca. 8 Stunden nach dem Einstich auftretenden Entzündungserscheinungen, die ungefähr in 18 Stunden ihren Höhepunkt erreichen, ziemlich geringfügig sind.

Im Lebergewebe sind die die Nekrose begleitenden Reactionserscheinungen noch geringer; die fettige Metamorphose, die in weiterer Umgebung auftritt, bietet bei der Neigung der Leberzellen zur Fettablagerung wenig Characteristisches. Die Reparation erfolgt bei allen diesen und anderen Geweben durch schnell auftretende und umfangreiche Wucherungsprocesse.

Die Galvanisation bei unversehrter Haut ergab in den unter ihr liegenden Geweben bei der geringen Anzahl der Versuche keine übereinstimmenden und sicheren Resultate. Bei häufigen Galvanisationen mit starken Strömen (schwache wirkten nicht) liessen sich in allen Geweben degenerative Erscheinungen erzeugen.

Hoppe.

382) W. v. Bechterew: Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der gewöhnlichen und sensoriiellen Anästhesie (Functionsabnahme der Sinnesorgane) auf Grund klinischer und experimenteller Daten.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 7.)

Die bisherige Erklärung der Thatsache, dass die Hemianästhesie des Körpers gewöhnlich auch von der Functionsschwächung der Sinnesorgane derselben Seite begleitet wird, durch die Annahme einer Affection im hinteren Drittel der inneren Kapsel (wo alle Gefühlsbahnen zusammentreffen sollen — Charcot), widerspricht nach den Ausführungen B.'s direct den herrschenden anatomischen Ansichten über den Verlauf der meisten aus den Sinnesorganen stammenden Nerven (nur die Geschmacksnerven gehen wahrscheinlich durch die Gegend des hinteren Drittels der inneren Kapsel). B. geht zur Erklärung des Zusammenhangs der sensoriiellen mit der gewöhnlichen Anästhesie auf die Beobachtungen Féré's (Thèse de Paris) über die Amblyopie bei Hysterischen ein, wonach dieselbe stets proportional der Intensität der Augenanästhesie ist, stets auftritt, sobald das Gesicht von der Hemianästhesie befallen ist und zugleich mit derselben schwindet. Dass dies auch für die Amblyopie in Folge organischer Hirnläsionen gilt, wie Lannegrace gefunden hat, kann B. auf Grund eigener Beobachtungen bestätigen. Als Beweis für das enge Abhängigkeitsverhältniss zwischen der allgemeinen und sensoriiellen Anästhesie führt B. noch die analogen Erscheinungen bei Suggestionen Hypnotisirter an.

Thierexperimente mit der Zerstörung der Rinde des Occipitallappens und Scheitellappens, welche Lannegrace ausgeführt hat, und des Parietallappens, welche B. anstellte, zeigten, dass in keinem Falle, wo deutliche Anästhesie des contralateralen Auges nachzuweisen war, Amblyopie fehlte. Völlig beweisend für die Abhängigkeit der Amblyopie von der Anästhesie sind nach B. die klinischen Fälle und Versuche von Trigeminusverletzungen. Die letzteren wurden an der aufsteigenden Trigeminuswurzel ausgeführt, welche neben zahlreichen anderen Erscheinungen Amblyopie des entsprechenden Auges zur Folge hatte. Die Ursache sieht B., wie er des näheren ausführt, in vasomotorischen Störungen, welche die Anästhesie (sowohl die

hysterische als die organisch bedingte) begleitet und die Amblyopie hervor-
rufen. Aehnlich ist das Verhältniss zwischen gewöhnlicher und sensoriieller
Anästhesie bei anderen Sinnesorganen, die gemeinsame Ursache ist die
Inhämie der Organe. Hoppe.

383) **H. Munk**: Ueber den Hund ohne Grosshirn.

(Sitzungsbericht der physiolog. Gesellschaft zu Berlin. 24. April 1894.)

M. wendet sich gegen die Goltz'sche Auffassung, dass sein Hund ohne
Grosshirn alle Empfindungsqualitäten und Gefühlsregungen eines gesunden
gehabt hätte, nur in verminderter Intensität. M. vertritt dagegen auf's
Schärfste seinen Standpunkt, dass alle bewussten Empfindungen durchaus
an die Hirnrinde gebunden sind, dass die Reactionen des Goltz'schen Hundes
auf Sinnesreize nur complicirte Reflexe gewesen seien, ausgehend von sub-
corticalen Centren, und dass demnach jener Hund nur noch eine complicirte
Reflexmaschine, aber kein bewusst empfindendes Wesen mehr gewesen sei.
Goltz behauptete, sein Hund sei nicht blind, weil er auf grellen Lichteinfall
geblinzelt habe und Hindernissen stets ausgewichen sei; M. erklärt, erstere
Thatsache werde entweder einfacher trigeminus-Reflex oder opticus-Reflex
durch corp. genic. ext., pulvinar oder Vierhügel gewesen sein. Die Aeusser-
ungen auf laute unangenehme Gehörsreize hin seien nicht die typischen
Reactionen auf Gehörsempfindungen, sondern eine Art Abwehrbewegungen
gewesen, ebenfalls von subcorticalen Regionen aus. Nicht anders seien die
Reactionen auf Drücken der Haut und das Ausspucken mit Chinin ver-
bitterten Fleisches zu deuten.

In summa der Hund ohne Grosshirn hat keine Zeichen von bewusster
Empfindung, sondern nur jene „schützenden gemeinen Reflexe“, dargeboten,
wie sie bei intensiven und unangenehmen Sinnesreizen automatisch auftreten.

E. Trömner.

384) **Wundt**: Akustische Versuche an einer labyrinthlosen Taube.

(Wundt, Philosoph. Studien. Bd. IX, 4. Heft.)

An einer von Ewald operirten d. h. ihres Labyrinthes vollständig
beraubten Taube stellte W. Versuche an, wie weit das Thier noch auf
Schallreize reagire und fand, natürlich bei Beobachtung aller Cautelen (Iso-
lirung, Vergleich mit einem Normalthier, Beobachtung vom anderen Zimmer
aus etc.), „dass die labyrinthlose Taube genau ebenso auf Schallreize
reagirte wie ein im Vollbesitz seines peripheren Sinnesapparates befindliches
Thier,“ eine Thatsache, die um so überraschender ist, als sich bei der (von
Held vorgenommenen) Section schon deutliche Atrophie des Hörnerven —
neben geringer Atrophie der Kleinhirnrinde und der Occipito-temporal-Lappen
des Gehirns — fand.

Nur für Töne, höher als 440 Schwingungen, folgte keine Reaction
mehr. Aber aus der sonstigen Analogie der Reactionen zieht W. den
Schluss, dass die Taube nicht nur Töne dumpf empfunden, sondern auch
gehört habe und zwar vermittels Uebertragung der Knochenleitung auf den
Stamm des acusticus.

E. Trömner.

III. Pathologie.

a) Gehirn,

385) **Holz**: Ueber einseitige multiple Hirnlähmung. — Vortrag in der Berl. med. Gesellsch. 2. | V. 94.

(Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 24.)

Der Patient, welcher wegen einer Schwellung der Nasenmuskeln in Behandlung kam und ausserdem noch in der linken Hälfte des Nasenrachenraumes eine Ulceration und an der linken Halsseite unter dem Sternocleidomastoideus eine schmerzhaft fluctuirende Drüsengeschwulst zeigte, bekam nach mehrmonatlicher Behandlung plötzlich eine linksseitige Oculomotoriuslähmung mit Protrusio bulbi, Mydriasis und Ptosis. Obgleich nach 16 Injectionen von bernsteinsaurem Quecksilber die Lähmung vollständig zurückging, kehrte dieselbe schon nach 14 Tagen wieder, ausserdem zeigte sich aber jetzt noch eine Lähmung im Bereich des 1. und 2. Trigeminasastes. Späterhin kam noch eine vasomotorische Lähmung linkerseits (Hautödem der linken Gesichtshälfte) und zuletzt Lähmung des N. abducens und trochlearis, des Lingualis und des 3. Trigeminasastes hinzu. Schliesslich wurde Patient auch schwerhörig (Lähmung des linken Acusticus). Keine Staunungspapille.

Da die weitere antilueticische Cur erfolglos geblieben ist, so nimmt H. einen von vorn nach hinten fortschreitenden Tumor (Sarcom oder Carcinom) an.

In der Discussion betonte A. Fränkel, dass das negative Ergebniss der antilueticischen Cur noch nicht gegen eine Gummigeschwulst spreche, da er kürzlich einen Fall mit ganz ähnlichen Erscheinungen (Lähmung sämmtlicher Oculomotoriusäste links, des linken Trochlearis, Protrusion des linken Auges, doppelseitige Staunungspapille, daneben lebhafter Kopfschmerz und Schwindelerscheinungen) bei einer 30jährigen Frau beobachtet hat, wo die Schmierkur (trotz energischen Ableugnens überstandener Lues) zunächst einen eclatanten Erfolg hatte, dann aber, als nach 6 Wochen alle Lähmungserscheinungen mit intensivem Kopfschmerz zurückerkehrten, ebenso wie Jodkalium ohne den geringsten Erfolg blieb. Unter den Erscheinungen der rechtsseitigen Jackson'schen Epilepsie ging Patientin plötzlich zu Grunde. Die Section ergab eine Gummigeschwulst, welche die Fiss. orbital. sin. einnahm und von hier aus in die linke Fossa Sylvii gewachsen war.

Hoppe.

386) **L. Bruns** (Hannover): Ein neuer Fall von Alexie mit rechtsseitiger homonymer Hemianopsie (subcorticale Alexie Wernicke) mit Sectionsbefund. Zugleich Bericht über den weiteren Verlauf und die anatomische Untersuchung des unter gleichem Titel im Centralblatt 1888 veröffentlichten Falles. (Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 1 u. 2.)

Die 32jährige Frau blieb Ende 1890 nach einer „Lungenentzündung“ (mit Blutsturz) krank; sie litt namentlich andauernd an Kopfschmerzen zunächst im Nacken). Sommer 1891 trat häufig, besonders Morgens, sehr heftiges Erbrechen ein, während der Kopfschmerz anfallsweise ganz enorme Grade erreichte. Ein halbes Jahr nach Beginn der Erkrankung begannen die ersten subjectiven Sehstörungen (Sehschwäche, Doppelsehen, Flimmern).

Januar 1892 trat unter Schwindel (welcher öfters so stark war, dass die Kranke hinfiel) eine $\frac{1}{2}$ Stunde dauernde Erblindung ein.

Herbst 1891 die ersten Sprachstörungen; zuerst fehlten der Pat. Namen, später auch andere Hauptwörter. Gleichzeitig verlor sich die Lesefähigkeit.

Am 5. März erfolgte die Aufnahme in die Klinik. Sie zeigte während der folgenden Wochen, ausser heftigen Schwindelanfällen, leichtem Schwanken beim Gehen (mit Nachziehen des rechten Beines), andauernden, anfallsweise zunehmenden Kopfschmerzen, häufigen Erblindungen, meist nur von der Dauer einiger Minuten, und einer leichten Benommenheit bei der Untersuchung, Empfindlichkeit der linken Schädelhälfte beim Beklopfen (besonders an der Hinterhauptschuppe), ausgesprochene beiderseitige Stauungspapille, typische rechtsseitige Hemianopsie (welche aber das Maculagebiet frei liess), Lähmung des rechten Facialis, leichte Parese der rechten Extremitäten, eine Zeit lang Patellar- und Achillessehnenclonus rechts und besonders ausgesprochene Störungen auf dem Gebiete der Sprache. Das Sprachverständnis war vorhanden, dagegen zeigte sie literale und syllabale Paraphasie und in ihren Reden auffälligen Mangel an Hauptwörtern, die sie mit allgemeinen Redensarten, Zeitwörtern, Adjectiven und Adverbien umschrieb. Im allgemeinen vermochte sie Gegenstände (die sie alle erkannte) nicht zu benennen. (Gegenstände, die man ihr nannte, konnte sie zeigen, ebenso wie sie anzugeben wusste, ob ein Gegenstand richtig bezeichnet wurde oder nicht). Nur zuweilen kam sie spontan auf den Namen, besonders wenn sie andere Sinne (Betastung, Riechen) zu Hülfe nahm. Vorgesprochene Bezeichnungen sprach sie richtig nach, aber selbst wenn man dies bis ein Dutzend Male wiederholen liess, vermochte sie bald hinterher die Bezeichnung für den betreffenden Gegenstand nicht mehr zu finden. Ebenso wenig gelang ihr dies schreibend. Während sie die adjectivischen Bezeichnungen für die Geschmacksbezeichnungen nennen konnte, war sie nicht im Stande, die Farben, welche sie, wie Prüfungen ergaben, erkannte, zu bezeichnen.

Am erheblichsten war die Lesefähigkeit gestört. Gedruckte und geschriebene Buchstaben erkannte sie ebenso wie concrete Gegenstände (vom Auge aus), vermochte sie aber nicht zu benennen, während sie aus einzelnen Patentbuchstaben z. B. ihren Namen zusammensetzen konnte. Kurze Worte schien sie manchmal zu erkennen, doch vermochte sie z. B. Uhr und Ohr nicht zu unterscheiden. Bei längeren Worten war es ihr nicht möglich, auch nur annähernd den Sinn herauszubekommen. Es bestand also vollkommene verbale (nicht literale) Alexie. Einzelne Zahlen wurden erkannt und entweder direct benannt oder durch innerliches oder lautes Abzählen von 1 an bis zur betreffenden Zahl. Spontan- und Dictatschreiben war anfangs erhalten (Abschreiben gelang nicht), sie konnte aber bald hinterher nicht lesen, was sie geschrieben hatte. — An der Lunge linksseitiger Spitzencatarrh.

Die Diagnose wurde auf eine Hirngeschwulst (Tuberkel) im linken Occipitallappen (wahrscheinlich in der Rinde) gestellt und demgemäss zur Operation geschritten (5. April). Obgleich dieselbe die ganze Oberfläche des Occipitallappens und einen Theil der Schläfenwindung freilegte, so blieb

doch sowohl die Abtastung derselben als ein Einschnitt in dieselbe resultatlos. Die Wunde musste deshalb wieder geschlossen werden.

Nach der Operation schwanden die Allgemeinerscheinungen: die Stauungspapille ging allmählig zurück, Anfälle von Erblindung traten nicht mehr ein, die Kopfschmerzen und Facialisdifferenz wurden geringer (es floss dauernd reichlich Cerebrospinalflüssigkeit in den Verband). 11 Tage nach der Operation vorübergehende rechtsseitige Lähmung unter Temperatursteigerung. Die Lokalsymptome blieben bestehen, wenn auch ihre Intensität manchen Schwankungen unterworfen war. Seit Ende Juli plötzliche Verschlechterung, Anfälle von Kopfschmerzen mit Uebelkeit und gehäufte Krampfanfälle. Somnolenz. Seit Mitte August zeigte sich das Sprachverständnis deutlich gestört, manche Worte wurden nachgesprochen, andere nicht. Die Worttaubheit wurde deutlicher und unter meningitischen Reizerscheinungen und Coma trat am 27. August der Tod ein.

Die Section ergab multiple Angiosarcome:

1. Eine burgunderrothe, gelappte, flache weiche Geschwulst an der Basis auf dem vorderen Ende des linken Gyrus occipito-temporalis medialis (G. hippocampi und uncus), welche nach vorn hin etwa den linken Tract. opticus und nach hinten, langgestreckt wie eine Wurst, die ganze Gegend des G. hippocampi und lingualis bis zur Spitze des Hinterhauptlappens bedeckte; sie war mit der Pia verwachsen, drang aber nicht in die Rinde ein;
2. einen kastaniengrossen und central erweichten Tumor am hinteren Ende der 1. und 2. Temporalwindung links, dicht am Gyrus angularis, welcher ohne scharfe Grenzen in die Umgebung überging;
3. im Marke des linken Hinterhauptlappens (mindestens 2 cm von der Convexität) eine apfelgrosse, gleichmässig roth gefärbte, diffus in die Hirnsubstanz übergehende, central erweichte blutreiche Geschwulst, welche nur an der Basis der Rinde nahe kam, nach vorn in's Mark der Parietalwindungen reichte und an der Seite das linke Pulvinar zerstörte.

Der 3. war entschieden der älteste Tumor, der 2. sicher erst nach der Operation gewachsen, welche die Gegend der 1. und 2. Schläfenwindung frei gelegt hatte, ohne dass damals ein Tumor dort zu sehen war. Der 1. Tumor schien der jüngste zu sein.

Der in den letzten Monaten entstandene Tumor in der 1. und 2. Schläfenwindung war, wie diese der Sicherheit eines Experimentes gleichkommende Beobachtung beweist, die Ursache der Worttaubheit, welche in der letzten Zeit hervortrat. Den übrigen aphasischen Symptomencomplex rechnet B. der subcorticalen Alexie (Wernicke) zu. Indem er die einzelnen Symptome, besonders die optische Aphasie mit den seit 1888 in der Literatur niedergelegten Fällen einer eingehenden Besprechung unterzieht, kommt B. zur Unterscheidung zweier Formen der subcorticalen Alexie:

1. Totale literale und verbale Alexie (Fall Déjerine's);
2. verbale (nicht literale) Alexie (Dyslexie nach Weissenberg);
 - a) Buchstaben (und concrete Objecte) werden erkannt und benannt, Worte nicht erkannt,
 - b) Buchstaben (und concrete Objecte) werden erkannt, aber nicht benannt, Worte nicht erkannt.

In die Gruppe 2 b rechnet B. den oben beschriebenen Fall und die Fälle von Mierzejewski und Monakow, während die Fälle von Adler, Uthoff, Berkkau und der 1888 von B. und Stöltzing beschriebene Fall in der Mitte zwischen 2 a und 2 b stehen.

Indem B. auf seinen früheren Erklärungsversuch der Alexie (die er als „partielle Sehblindheit für Wortsymbole“ bezeichnet) hinweist, wonach das Erkennen eines Objectes von der Erregung mehrerer seiner sinnlichen Begriffscomponenten abhängig ist, sucht B. die Thatsache, dass trotz der Unterbrechung zwischen optischem und Sprachcentrum noch Buchstaben erkannt werden, welche doch nur 2 Begriffscomponenten, die optische und die sprachliche zu haben scheinen, durch folgende Annahme zu erklären: Der gedruckte Buchstabe hat neben der optischen und der Lautcomponente — vielleicht nicht bei allen Individuen — noch eine solche des Bewegungsgefühls (Augenmuskeln) und auch von dieser aus Verbindungsbahnen zum Sprachcentrum. Sind diese frei, so kann der Buchstabe auf diese Weise, manchmal etwas verlangsamt, auch benannt werden (Fälle von Monakow, Mierzejewski); sind die Bahnen (wie im oben mitgetheilten Falle) zum Sprachcentrum undurchgängig geworden, so wird der Buchstabe (durch die Anregung der Muskelgefühlscomponente von den optischen Componenten aus) nur erkannt. Ist der Bewegungscomponent des Buchstabens überhaupt nicht vorhanden oder mitgestört, so werden bei gleichzeitiger Unterbrechung der Seh-Sprechbahnen auch Buchstaben nicht erkannt. Dass, obgleich Buchstaben erkannt werden, Worte nicht erkannt werden, kann dadurch erklärt werden, dass für die complicirten Vorgänge des raschen Erkennens und Zusammensetzens der aufeinanderfolgenden Buchstaben, wofür auch das Gedächtniss für visuelle Erregungen intact sein muss, stets die directe Anregung des Lautes von der (hervorragend wichtigen) optischen Componente des Buchstabens auf die Sehsprachbahn nöthig ist und der Umweg über die nebensächliche Bewegungsgefühlscomponente wegen des verlangsamten Ablaufs (und der mangelnden Uebung Ref.) nicht genügt. Weist man alle diese Erklärungsversuche zurück, so sieht man sich zu der Annahme einer partiellen Läsion der Bahnen vom Seh. zum Sprachcentrum genöthigt.

Dass die Erscheinungen der verbalen Alexie nicht durch die Annahme von Knies erklärt werden können, wonach die Hemianopsie an sich und besonders auch die nach Hinterhauptslappenerkrankungen eintretenden associirten Bewegungsstörungen nach der gekreuzten Seite die Alexie bedingen, zeigt der weitere Verlauf des 1888 von B. und Stöltzing berichteten Falles; bei dem in Folge mehrfacher kleiner Erweichungen im Hinterhauptslappen zuerst rechte Hemianopsie und Alexie bestand, dann aber zu verschiedenen Malen mit Zurückgehen der Erweichung des Herdes die Alexie verschwand, während die Hemianopsie bestehen blieb.

Juli 1888, ca. 2¼ Monate nach einem Schlaganfall, wurde bei dem Pat. neben rechter Hemianopsie echte optische Aphasie constatirt: Lesen für gedruckte Buchstaben erschwert, für Worte unmöglich. Geschriebene Schrift wurde schreibend gelesen. Schreiben spontan und auf Dictat sehr gut, Abschreiben unmöglich. Zahlen werden gut gelesen Vorgehaltene Objecte wurden erkannt, aber verlangsamt oder gar nicht benannt. Betasten half öfters rascher zum Namen.

Der weitere Verlauf zeigte ganz erhebliche Schwankungen besonders in der Lesefähigkeit. Nach vielfachen Schwankungen war Mai 1891 nicht nur die Alexie ganz verschwunden, sondern es war auch das Abschreiben zum ersten Male möglich. Dann trat wieder eine bedeutende Verschlechterung bis zur vollständigen Alexie ein, während psychische Erregungszustände mit Wahnideen seine Aufnahme in eine Irrenstation nöthig machten.

Am 20. September 1893 exitus letalis.

Die Section ergab ausser enormer Atheromatose der Hirnarterien einen kirschengrossen röthlichgelben Erweichungsherd im Marke des unteren Bogens des linken G. angularis, einen ähnlichen dicht unter der Rinde des linken Cuneus und einen etwas grösseren in der Decke des rechten Seitenventrikels unterhalb der oberen Parietallappen.

Die Lesestörungen in den ersten Jahren glaubt B. jetzt nicht mehr als ein directes Herdsymptom, sondern als ein mit dem apoplectischen Shok zusammenhängendes Fernsymptom erklären zu müssen, welches nach einiger Zeit verschwand, um jedesmal durch einen neu einsetzenden apoplectischen Insult (Erweichungsherd) wieder für einige Zeit hervorgerufen zu werden. Erst im Laufe des Jahres 1891 genügten die mehrfachen kleinen Erweichungs-herde zusammen mit der durch die Arteriosclerose bedingten allgemeinen Ernährungsstörung des Gehirns, um die Alexie zu einer dauernden zu machen.

Wichtig ist noch der Hinweis B.'s auf das Resultat der bisher zur Section gekommenen Fälle subcorticaler Alexie, bei welchen stets Läsionen im linken Occipitallappen resp. im linken Gyrus angularis gefunden wurden.

Hoppe.

387) E. D. Bondurant (Alabama): Note upon a hydrocephalic cranium of unusual size.

(The journal of nervous and mental disease. May 1895.)

Ein 48jähriger Mann, der vor 15 Jahren in der Irrenanstalt starb, hatte, wenn er auch stets geistesschwach war, sich doch bis zum 40. Lebensjahre selbst ernährt; er hatte schon bei der Geburt einen grossen Kopf, der bis zum Ende des ersten Lebensjahres ungefähr die späteren mächtigen Grössenverhältnisse erreichte. Bei der Aufnahme betrug der Kopfumfang 29 Zoll. Leider fehlt der Sectionsbericht, so dass jetzt nur noch die Maasse des conservirten Schädels genommen werden konnten. Der Horizontalumfang betrug 70,6 cm, der Nasooccipital-Bogen 47,2, der Binauricularbogen 43,5 cm, der Längsdurchmesser 24,8, der Breitendurchmesser 18,5, also der Index 71,7. Die Schädelnähte waren offen; zahlreiche Worms'sche Knochen.

Strausch eid.

388) J. Hughlings Jackson: Neurological fragments. Temporo-sphenoidal (left) abscess from ear disease; right hemiplegia, with lateral deviation of the eyes and aphasia; trephining; recovery.

(The Lancet, 17. feb. 1894, pg. 390.)

Genauere Beschreibung eines Falles von Sohläfenlappenabscess nach Ohr affection. Besonders wird auf das Verhalten des Pulses vor, während und nach der Operation geachtet, da Victor Horsley sagt, dass nach Eröffnung der Dura zum Zweck der Entfernung von Tumoren des Gehirns

der Puls immer zunimmt. Im vorliegenden Fall war der Puls vor der Operation 48 pro Minute und blieb so auch bei Eröffnung der Dura; als aber der Troicart eingestochen war und sich der Eiter des Abscesses entleerte, stieg er auf 62 pro Minute, nachher auf 70, sank später wieder etwas, betrug aber am Tage nach der Operation 72 Schläge.

Wichmann.

389) **Clinical Society of London.** Sitzung vom 10. November 1893.)

C. Mausell Moullin: Traumatic arachnoid haemorrhage, with symptoms on the same side as the Lesion.

Ein 43jähriger Mann hatte 3 Stunden vor seiner Aufnahme im Spital eine heftige Verletzung auf der rechten Seite des Kopfes erlitten. Er fuhr in seiner Arbeit fort, wurde dann aber plötzlich ohnmächtig, hatte Lähmung des rechten Facialis, Starre des rechten Armes und Beines. Kein Schädelbruch. Am folgenden Tage Besserung des Allgemeinbefindens; die Lähmung bleibt. Nach 8 Tagen tiefes Coma und Delirien. Trepanation über der linken Rolando'schen Furche. Es wird nichts gefunden. Tags darauf Tod. Die Section ergibt: Blutcoagulum im arachnoid. Baum auf der verletzten rechten Seite, die Hirnoberfläche bedeckend. Die Quelle der Blutung war ein Ast der hinteren Vertheilung der Art. mening. media. Gehirn intact.

John Whitaker Hulk erwähnt eines Mannes mit einer Verletzung der rechten Schläfe, Kopfschmerz, Gehbeschwerden: nach 10 Tagen rechtsseitige Hemiplegie. Trepanation an der Seite der Verletzung fand einen Bluterguss unter der Dura.

J. H. Dauber: Fall von rechtsseitiger Hemiplegie nach Verletzung des rechten Seitenwandbeines. Der Betreffende arbeitet noch einen Monat. Abscess an der Seite der Verletzung. Entfernung von Knochensplintern aus der Wunde. Tod. Section: Meningitis, Encephalitis, Knochensplinter in's Gehirn gedrungen.

Beavor sagt, die meisten Fälle von Hemiplegie auf derselben Seite wie die Verletzung, seien traumatisch und es sei schwierig, in solchen Fällen die Läsion genau zu localisiren.

Hale White: Er kenne einen Fall, in dem der Chirurg auf derselben Seite wie die Lähmung trepanirte, aber nichts fand. Nach dem Tode fand sich die Läsion auf der anderen Gehirnseite. Die Rinde in Mcullin's Fall hätte microscopisch untersucht werden müssen, um festzustellen, dass sie unverletzt sei, ehe man die Erfahrungen der Physiologie bei Seite setze.

Wichman.

390) **R. Lawford Knaggs u. R. Conyngham Brown:** On diffuse encephalitis, with an account of a case in which the patient survived.

(Brain. 1883. Spring-Summer. Pg. 213.)

Sehr ausführliche klinische Mittheilung und Beschreibung des post mortem erhobenen macro- und microscopischen Befundes eines Falles, der seiner Ausführlichkeit wegen sich nicht zum kurzen Referat eignet. Im Anschluss an ihn führen K. und B. noch 9 Fälle aus der Literatur auf, welche zwei verschiedene Formen von Encephalitis repräsentiren, von denen die eine durch diffuse Erweichung, die andere durch diffuse Sclerose

gekennzeichnet ist. In den 5 Fällen mit Erweichung betraf die Entzündung das ganze Gehirn oder nur eine Hemisphäre oder es war eine centrale Erweichung mit starker Gefässneubildung in der übrigen Hirnsubstanz complicirt. Die Dauer der Krankheit betrug 24 Stunden bis 5 Wochen und in einem Fall 7 Monate. Trauma war in 3 Fällen die Ursache; in 2 Fällen war die Ursache unbekannt. In den 4 übrigen Fällen bestand grosse Verhärtung des Gehirns und in 3 Fällen davon waren die Hirnhäute chronisch entzündet. Die Verhärtung war die Folge einer Bindegewebsvermehrung durch das ganze Organ und längs der Gefässe. Die Krankheit dauerte 12 bis 21 Monate. Trauma war in keinem dieser Fälle die Ursache. Die Ursache war unbekannt. Alle Kranken waren unter 20 Jahre alt.

Wichmann.

391) **Charles Wicks**: Cerebral embolism occurring in a girl aged nine years and eleven months.

(The Lancet. 20. Januar 1894.)

Ein Kind von 9 Jahren und 11 Monaten leidet an Rheumatismus und Herzaffectio mit Mitral-Geräusch. Nach vorübergehender Besserung erleidet es plötzlich eine rechtsseitige Lähmung mit Aphasie und stirbt unter Temperatursteigerung am Tage darauf. Die Section ergab einen Embolus an dem Abgang der Art. cerebral. poster. aus der Art. basilaris und Thrombose beider Seiten.

Wichmann.

392) **Michael Popoff** (Charkow): Zur Histologie der disseminirten Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. — Vorl. Mittheilung.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 9.)

P. unterscheidet 2 Formen der Krankheit, eine subacute und eine chronische. Die anatomische Grundlage sieht P. (nach seinen Untersuchungen) abweichend von der Meinung der Autoren nicht in einer Wucherung des Bindegewebes (was dafür gehalten wurde, besteht nach P. nur aus Veränderungsproducten der Nervenfasern selbst), sondern in einer Krankheit der Gefässe, welche das Centrum jedes Herdes bildet. Die Hauptveränderungen bestehen in zelliger Infiltration der Gefässwände mit nachfolgender Verdickung und zuweilen concentrischer Verdickung des Lumens, während eine reichliche Auswanderung von Leucocythen in das umliegende Gewebe stattfindet, wo sie degeneriren. Bei der subacuten Form ist die zellige Infiltration der Gefässwände ungleichmässiger als bei der chronischen, die Zahl der Veränderungen im umliegenden Gewebe intensiver.

Diese (degenerativen) Veränderungen schreiten allmählig vom Centrum und der Peripherie fort und betreffen das gesammte Nervengewebe. Zunächst werden die Markscheiden ergriffen, welche zum Theil fettig degeneriren, zum Theil ein feinkörniger Aussehen bekommen, dann beginnen auch Veränderungen der Axencylinder, welche anfangs runde oder spiralförmige Ausbuchtungen zeigen und schliesslich in einen feinkörnigen Detritus verfallen. Ebenso verfallen die Zellen der Neuroglia schliesslich in einen feinkörnigen Detritus, während der faserige Theil der Neuroglia am spätesten verändert wird.

Neben der Degeneration findet auch eine Regeneration der Nervenfasern statt, worauf die von den Autoren vielfach gefundenen Axencylinder ohne Scheiden zu beziehen sind. Die Regeneration wird wahrscheinlich durch Neubildung von Blutgefässen an der Peripherie der Herde bedingt. Vollständige Regeneration bis zur Bildung von Markscheiden wird nicht beobachtet.

Hoppe.

393) G. Rossolimo: Contribution à la pathogénie de l'amyotaxie (mouvements involontaires dans différentes maladies organiques du système nerveux). (Revue neurologique, Nr. 21, 1898,)

Mit den in manchen Fällen von Tabes zu beobachtenden spastischen Bewegungen haben sich bereits eine Reihe von Autoren beschäftigt und dieselben unter verschiedenen Namen (als Athetose, athetoider oder choreiforme Bewegungen etc.) beschrieben. R. hatte Gelegenheit, diese Bewegungen in 2 Fällen zu studiren.

Der erste Fall betraf eine 50jährige, dem Arbeiterstande angehörige Fran, Tochter eines Potators, die einzige Ueberlebende von 12 Geschwistern. Die Kranke, welche 2 Jahre vor ihrer Aufnahme in das Hospital das zweite Mal Wittwe wurde, hatte nach ihrer Verheirathung nur einen Abortus und wurde dann nicht mehr schwanger. Vor ihrer Erkrankung war sie den ungünstigen Einflüssen feuchter und kalter Wohnungen und übermässiger Arbeit ausgesetzt. Vor 1½ Jahren erkältete sich die Patientin und wurde nach Verlauf mehrerer Tage von Frostschauern, Kopf- und Brustschmerzen und Doppelsehen befallen. Ein halbes Jahr später machte sich Schwäche in den Beinen bemerklich, welche derart zunahm, dass die Kranke schliesslich nicht mehr gehen konnte; hiezu gesellte sich eine gewisse Schwäche in den Händen.

Status bei der Aufnahme: Die Kranke kann nur in liegender oder sitzender Stellung verharren; Gehen ist nur möglich, wenn man sie gut unterstützt, und dann zeigt sich deutlich Ataxie der Beine, Nystagmus verticalis der Bulbi und Doppelsehen in Folge von Parese des Rectus superior und Obliquus inferior rechts. Die Bewegungen der Arme und Beine sind von geringer Kraft. In den Beinen sind fast beständig spastische Bewegungen wahrzunehmen, die sich zum Theil auf die Muskeln des Rumpfes ausbreiten und bald nur einen Muskel, bald mehrere gleichzeitig ergreifen. Ihr Character ist clonisch, doch compliciren sie sich mitunter mit einer leichten tonischen Spannung. Diese Bewegungen ermüden die Kranke sehr und vergesellschaften sich mit Schmerzen und Parästhesien in den Beinen und dem Rumpfe; sie werden durch artificielle Hautreizung gesteigert. Die Coordination der Armbewegungen ist mangelhaft. Atrophie und Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit der Muskeln der Unterextremitäten, Mangel des Kniephänomens; Plantarreflexe schwach. Rechte Pupille etwas weiter als die linke, ausgesprochene reflectorische Pupillenstarre. Die Nervi ischiadici, tibiales, crurales, occipitales, mediani, ulnares, radiales und einige Intercostalnerven sind druckempfindlich; die Muskeln der Extremitäten etwas schmerzhaft. Die cutane Sensibilität in den Beinen ein wenig herabgesetzt, Gesichtsfeld und Augenhintergrund normal, der Urin ebenfalls normal. Gegen Ende der über 7 Monate sich

erstreckenden Beobachtung der Kranken konnte an den Unterextremitäten eine gewisse Besserung constatirt werden: bessere Ernährung der Muskeln, Zunahme der Kraft derselben und der electricischen Erregbarkeit, Verringerung der Ataxie. Die erwähnten clonischen Bewegungen an den Beinen machen sich im wachen Zustande mehr bemerklich als während des Schlafes, während der Ruhe mehr als während willkürlicher Bewegungen. Ihre Beschaffenheit und Ausbreitung über die verschiedenen Regionen der Extremitäten und zum Theil des Rumpfes (Bauchmuskeln und Flexoren der Wirbelsäule) erinnerten (nach der Meinung des Beobachters) insbesondere an choreatische Bewegungen.

Fall 2 betrifft eine 52jährige Lehrerin, die seit 1885 an Schmerzen in den Knien litt. 1891 wurden diese Schmerzen constant, Taubheitsgefühle an den Beinen und Schwierigkeiten beim Gehen stellten sich ein. Nach einer Influenza-Pneumonie Verschlimmerung des Zustandes, die wieder rückgängig wurde; anfangs März 1893 in Folge eines sehr heftigen Schreckens plötzlich Verlust der Fähigkeit zu gehen und zu stehen.

Bei der Aufnahme (22. März 1893) zeigt die Kranke Unfähigkeit zu stehen und hochgradige Ataxie der Beine. An den Muskeln der oberen Extremitäten, die keine ausgesprochene Atrophie, keine Schwäche und keine Veränderung der electricischen Erregbarkeit aufweisen, werden in der Ruhe geringe spastische Contractionen wahrgenommen, die an Choreabewegungen erinnern. Diese steigern sich bei gemüthlicher Erregung und schwinden vollständig bei Ausführung willkürlicher Bewegungen. An den Unterextremitäten besteht neben motorischer Schwäche sehr bedeutende Ataxie, ferner Muskelatrophie mit Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit und Zuckungsträgheit; ausserdem werden dieselben durch spastische Bewegungen in fast beständiger Unruhe erhalten. Diese Bewegungen sind zum Theil clonische Zuckungen von kurzer Dauer, zum Theil handelt es sich um tonische Contractionen, die mitunter von langsamen Fingerbewegungen begleitet in gewissem Maasse an die bei Athetose beobachteten Symptome erinnern. Die Spasmen sind fast immer durch äussere Reize, Berührung, Reibung etc. hervorgerufen. Ganz besonders wirksam zeigt sich in dieser Beziehung die Kälte. Gemüthliche Erregungen steigern, willkürliche Bewegungen, verringern die Intensität der Zuckungen. Die Kniephänomene mangeln, die Plantar- und Bauchreflexe sind gesteigert, die Pupillen enge und lichtstarr. Druckempfindlichkeit der Nervi ischiadici, zum Theil auch der Nervi peronei, in geringerem Maasse auch der Nervi crurales. Die cutane Sensibilität ist in ihren verschiedenen Qualitäten an den Unterextremitäten beträchtlich gestört. Gesichtsfeld und Augenhintergrund normal.

Der Zustand der Kranken erfuhr während ihres Hospitalaufenthaltes Besserung. R. nimmt in beiden Fällen, ohne die Möglichkeit gewisser spinaler Veränderungen ausschliessen zu wollen, eine Polyneuritis an (Pseudotabes peripherica). Was die Rubricirung der fraglichen Bewegungsstörungen anbelangt, so hält der Autor es für unmöglich, dieselben mit Sicherheit einer der bisher klinisch unterschiedenen Formen von Hyperkinese anzureihen, wobei er jedoch sonderbarer Weise nur Chorea und Athetose im Auge hat. Als einen besonders wichtigen Umstand betrachtet er die zumeist reflectorische Auslösung der Spasmen. Dieser Umstand, sowie der Einfluss

gemüthlicher Erregungen und willkürlicher Bewegungen auf die Spasmen hätte R. (nach des Referenten Ansicht) veranlassen müssen, sich die Frage vorzulegen, ob die beobachteten motorischen Störungen nicht dem Gebiete der Myoclonie angehören. Nur die Ausserachtlassung dieser Krampfform, die allerdings noch sehr der schärferen Abgrenzung ermangelt, macht es erklärlich, dass R. glaubt, die in seinen beiden Fällen beobachteten und die bei Atactischen als choreiforme und athetoide beschriebenen Bewegungen unter der Bezeichnung Amyotaxie zusammenfassen und von anderen Krampfformen unterscheiden zu müssen. Allerdings werden bei multipler Neuritis, wie die von dem Ref. (1885), von Remak (1885), Wolfenden (1886) u. A. mitgetheilten Fälle lehren, spastische Störungen angetroffen, deren genauere Eubricirung gegenwärtig noch auf Schwierigkeiten stösst. Die von R. beschriebenen Zustände zeigen jedoch in wesentlichen Zügen so viel Uebereinstimmendes mit der Myoclonie, dass kein Grund vorliegt, sie einer anderen neu abzugrenzenden Hyperkinese einzuverleiben.

L. Löwenfeld.

394) **Beevor**: Syphilitic tumours of spinal cord, with symptoms simulating Syringomyelia.

(The Brit. med. Journ., 18. Nov. 1893, pg. 1102.)

Ein 50jähriger Mann erkrankt, nachdem er der Nässe ausgesetzt gewesen, an Schwäche des linken Beines und Taubheit in den Knien. In wenigen Stunden entwickelt sich Schwäche des linken Armes. Nach zwei Monaten Abmagerung beider Arme, besonders links, und Schwäche des linken Beines. Schmerzgefühl verloren; ebenso Hitze- und Kältegefühl im rechten Bein und der rechten Hälfte des Rumpfes bis zur 4. Rippe, während das Berührungsegefühl normal war. Patellarreflex links gesteigert; links Fussclonus. Später verbreitet sich der Verlust der Schmerzempfindung auf die Ulnarseite des rechten Armes und auf die Radialseite des linken Vorderarmes. Verlust der electricischen Erregbarkeit in den Innenhandmuskeln. Später Lähmung des rechten sechsten Nerven. Tod nach weiteren 2 Monaten. Section: Zwei syphilitische Tumoren an beiden Seiten der Brachial-Anschwellung des Marks, das sehr weich ist. Keine Syringomyelie.

Wichmann.

b) Rückenmark.

395) **G. S. Freund**: Ueber nervöse Folgeerscheinungen einer Erschütterung der Wirbelsäule.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 12.)

Der Fall, welcher zu 2 Begutachtungen Anlass gab, von denen die eine einen Bluterguss in der rechten Grosshirnhemisphäre, die andere das Bestehen einer traumatischen Neurose annahm, betraf einen 28jährigen Kaufmann, der (Juli 1893) beim Reckturnen mit grosser Gewalt (auf die Turnmatratze) auf die Scheitelhöhe fiel, so dass der Kopf gegen den Rumpf zusammengedrückt wurde. Nach momentaner Ohnmacht hatte er das Gefühl, als ob das Genick und alle Glieder verrenkt wären, und musste nach Hause getragen werden. Die Bewegungsfähigkeit besserte sich in den nächsten Tagen (rechts schneller), so dass er nach 8 Tagen für kurze Zeit das Bett verlassen konnte, und kehrte nach 14 Tagen zur Norm zurück, auch das pelzige Gefühl, welches an den Zehen vorhanden gewesen war, verlor sich.

Nach Ablauf der anfänglichen Allgemeinerscheinungen bestand lange Zeit folgender Complex von Symptomen:

1. Druckempfindlichkeit der oberen Brustwirbel, besonders in der Gegend der linken Querfortsätze mit Sensibilitätsstörungen (Parästhesien) im Bereich der Hautäste der Nervi ulnaris und medianus und Abstumpfung des Druck-, Schmerz- und Temperaturgefühls an den Fingerkuppen.
2. Deutliche, wenn auch nicht vollständige, Atrophie der unteren Abschnitte des linken Cucullaris (beim längeren Gehen ermüdete der linke Arm eher als die Beine).
3. Reizerscheinungen von Seiten des linken Angensympathicus, mässige Differenz der Pupillen (linke grösser), der Lidspalten und mässige Prominens des linken Bulbus.

Im Laufe der Behandlung trat eine erhebliche Besserung, wenn auch unter Schwankungen ein. Besonders auffällig war ein Stadium erhöhter Erregbarkeit (cutane Hyperästhesien, erhöhte mechanische Muskeleerregbarkeit, Uebererregbarkeit des linken Rhomboideus und Steigerung der Patellarreflexe); welche im October sich einstellte, sich dann wieder verlor, aber im December nach einem Schreck recidivirte (bei Reizungen der Rückenhaut Zuckungen des Rhomboideus), um sich in den nächsten Monaten wieder zu bessern. Zuletzt (Mai 1894) traten die Zuckungen der Schulterblattmuskeln nur auf directen Druck auf die Wirbelsäule (an der Grenze zwischen Hals- und Brustwirbeln) auf. Ausserdem bestand brennendes schmerzhaftes Gefühl an der Wirbelsäule, Kriebeln an der Arm-Brustgrenze und ein zusammenschnürendes Gefühl an den Fingerkuppen.

Die Druckempfindlichkeit der unteren Hals- und oberen Brustwirbel weist nach F. auf diesen Höhenabschnitt als die Stelle der Erschütterung und deren Residuen (Zerrung resp. Quetschung der Nervenwurzeln). Dort entspringen auch die Hautäste des Ulnaris und Medianus. Die oculopupillären Symptome lassen sich auf eine Mitbetheiligung des Ram. communicans I der 1. Dorsalnerven zurückführen. Die Atrophie im unteren Abschnitte des linken Cucullaris liesse sich auch durch eine Affection der Brustnervenwurzeln erklären, wenn man nach der Analogie, dass die oberen Abschnitte des Cucullaris ausser vom N. accessorius auch noch von anderen Cervicalnerven versorgt werden, annimmt, dass die unteren Abschnitte des Cucullaris aus Brustwurzeln Auxiliarnerven erhalten. Dagegen spricht aber ein von Mann vorgestellter Fall von doppelseitiger Cucullarislähmung, welche auf die Exstirpation von Drüsenpaqueten am Halse erfolgte und nur auf eine Läsion des Accessorius zu beziehen ist. F. nimmt danach für die Erklärung der Cucullarislähmung einen besonderen (traumatisch bedingten) „versprengten Degenerationsherd“ (Brunn) an.

Die Reizphänomene, die intercurrent auftraten, erklärt F. durch Regenerationsvorgänge innerhalb der Nerven. Hoppe.

396) Prof. Strümpell: Ueber einen Fall von primärer systematischer Degeneration der Pyramidenbahnen mit den Symptomen einer allgemeinen spastischen Lähmung.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, Heft 3.)

S. beobachtete auf seiner Klinik eine 63jährige Fran; deren Krankheit mit Schwächegefühl in Armen und Beinen begonnen hatte. Dieses entwickelte

sich zu einer spastischen Parese der Extremitäten, während anfänglich die Hirnnerven intact waren. Später stellte sich eine Schwerbeweglichkeit und anschliessend daran eine spastische Lähmung der Zunge und Lippen ein, welche die Aufnahme von Speisen ungemein erschwerte. Gegen Ende der Krankheit erschien noch eine totale spastische Lähmung des Facialis in allen Aesten und eine totale Lähmung der Augenmuskeln. Zu gleicher Zeit nahmen die Spasmen der oberen Extremität ab und verloren sich vollständig, so dass hier eine totale schlafe Lähmung vorhanden war. Nach 1¹/₂-jähriger Krankheit Tod.

S. fand nun eine totale Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahn und geringe Entartung central in der P. V. Den geringen Grad der letzteren erklärt S. durch die Annahme, dass die Pat. nur sehr kleine P. V. gehabt habe. Diese Degeneration der Pyramidenbahnen liess sich nach aufwärts verfolgen bis durch die innere Kapsel.

Die Ganglienzellen der Vorderhörner und der Medullakerne waren normal, nur an den Vorderhornzellen des Halsmarks und den Zellen im oberen Theil des Hypoglossuskerns waren leichte Degenerationsformen nachzuweisen. Ebenso beginnende Degenerationsformen an den Muskeln, nicht an den peripherischen Nerven. S. erklärt sich das Bild so, dass er annimmt, dass zuerst eine reine Degeneration der Pyramidenbahnen vorhanden war und dass später der Process an einzelnen Stellen auch auf das periphere Neuron übergrieff (schliesslich schlafe Lähmung der Arme).

Interessant war auch das Verhalten der Affectbewegungen, denn lange nachdem die willkürlichen Bewegungen im Facialisgebiet sehr unvollkommen waren, traten noch starke Affectbewegungen ein. Dies erklärt S. weniger durch die Steigerung der Affecte selbst, als vielmehr durch den Wegfall motorischer Hemmungen. Betreffs der Rubricirung des Krankheitsfalles glaubt S. nicht einen neuen Typus von Systemerkrankung vor sich zu haben, sondern er stellt ihn zur amyotrophischen Lateralsclerose, jedoch in diesem Falle mit der Eigenthümlichkeit, dass die Degeneration vorzugsweise auf die Pyramidenbahn beschränkt geblieben ist und das Ergriffenwerden der Kerne erst in eine spätere Krankheitsperiode fiel.

In ätiologischer Beziehung stellt S. die amyotrophische Lateralsclerose zu den congenitalen Erkrankungsformen des Rückenmarks und zwar nicht in dem Sinne, als ob die Krankheit selbst, sondern die Krankheitsanlage seit der frühesten Entwicklung besteht.

Dauber - Würzburg.

397) **Byrom Bramwell**: Concussion of the spine, more especially in the relationship with railway accidents and injuries. (Read in the Section of Medicin at the Annual Meeting of the British Medical Association at Newcastle, August 1893.)

(The Brit med. Journ, Nov. 1893, pg. 1089.)

Bramwell beantwortet zunächst die Frage, was versteht man unter Erschütterung des Rückgrates und was unter Erschütterung des Rückenmarkes. Beides muss getrennt werden; aber Publikum und Jurist verstehen meistens unter beiden Bezeichnungen dasselbe. Doch auch die Aerzte sind hierüber oft nicht einer Meinung. Sie bezeichnen einmal mit Erschütterung

die Art oder die Heftigkeit der Verletzung, während sie im anderen Sinn wieder die Wirkung oder das Resultat der Verletzung, also ihre functionelle oder structurelle Veränderung bezeichnen. Byrom Bramwell sucht dann seine Ansicht über Rückgratserschütterung und Rückenmarkerschütterung an Beispielen klar zu machen. Er will beides getrennt wissen. Die Symptome der Rückgratserschütterung kommen durch die Muskeln, Ligamente, Knochen und Gelenke der Wirbelsäule zu Stande. Es fehlen aber bei der Rückgratserschütterung Erscheinungen vom Rückenmark und ferner fehlen dabei die Symptome, welche gerade die railway-spine Fälle characterisiren. Es kann auch bei einem Eisenbahnunfall zu einer Rückgratserschütterung kommen, ohne dass in dem Fall railway-spine besteht. Den Ausdruck Erschütterung des Rückenmarks will B. auf jene Fälle beschränken, bei welchen zweifellos pathognomonische Symptome einer Störung der Rückenmarksfunktionen direct von einer Erschütterung des Rückenmarks durch äussere Gewalt herrühren und bei welchen keine für das Auge sichtbare Läsion der Knochen, Hüllen oder des Markes selbst vorhanden ist.

Bramwell theilt die Spinalläsionen und Erkrankungen durch äussere Gewalt in folgende 3 Gruppen:

1. Contusion oder Compression des Rückenmarks durch Fractur oder Dislocation der Wirbel.
2. Spinale Verletzungen mit sofort auftretenden Erscheinungen. Sie sind die Folge entweder auch von Wirbelbruch, Wirbelluxation, oder von Blutung in die Nervensubstanz oder auf die Oberfläche des Markes.
3. Spinalverletzungen mit langsam sich entwickelnden Symptomen. Fälle, in welchen nach einem Stoss oder Fall auf den Rücken, nach einer Torsion der Wirbelsäule, oder nach einem Fall von einer Höhe auf die Füsse, typische oder charakteristische Symptome, die pathognomonisch für eine unzweifelhafte Erkrankung des Rückenmarks oder dessen Hüllen sind, sich erst nach und nach entwickeln. Möglicherweise handelt es sich um kleine Blutungen ins Mark, an die sich erst allmählich eine Myelitis etc. anschliesst.

Bezüglich der chronischen Spinal-Meningitis ist Bramwell der Ansicht, dass diese äusserst selten von gewaltsamen Verletzungen herrührt, vorausgesetzt, dass man Pachymeningitis externa in Folge einer Knocheherkrankung, Leptomeningitis und Pachymeningitis, veranlasst durch Syphilis, die localisirte Leptomeningitis mit bestimmten und deutlichen Läsionen des Rückenmarks und die chronische Leptomeningitis als Resultat eines echten Anfalls einer schweren, acuten Leptomeningitis spinalis ausschliesst. Ferner hat Bramwell niemals einen unzweifelhaften Fall von transversaler oder disseminirter Myelitis, locomotorischer Ataxie, spastischer Paraplegie, disseminirter Sclerose und chronischer Spinalmeningitis sich auf einen Eisenbahnunfall oder Verletzung entwickeln sehen. Die aufgezählten Krankheiten scheinen sehr selten, in Folge von Verletzungen des Rückens oder von Erschütterung des Rückenmarks zu entstehen. Sie sind nach Eisenbahnunfällen so äusserst selten, dass jene nervösen Symptome, welche nach Eisenbahnunfällen beim railway-spine entstehen, sicherlich nicht auf einem der vorstehend aufgeführten Leiden beruhen können.

Bramwell hat Nachforschungen darüber angestellt, ob und wie oft bei Kohlengruben-Arbeitern durch Herabfallen von Kohlenstücken auf den Rücken eine Rückenmarkerschütterung oder ein schweres organisches Rückenmarksleiden vorkommt und hat gefunden, dass bei Grubenarbeitern das Auffallen von Kohle oder Steinen auf den Rücken häufig eine Erschütterung des Rückenmarks hervorruft, die sich documentirt durch Lähmung der Blase für einige Tage und durch zeitweisen Verlust der motorischen Kraft in den Beinen. „Gewöhnlich übertreibt der Durchschnittsgrubenarbeiter in solchen Fällen seinen Zustand“. In den gewöhnlichen Fällen tritt die vollkommene Genesung in wenigen Wochen ein. Es ergab sich, dass Grubenarbeiter, deren Rückenmark erschüttert wurde, in der Folge nur ausnahmsweise an einer organischen Erkrankung des Rückenmarks oder seiner Hüllen leiden, sowie, dass sie nur sehr selten die Reihenfolge der nervösen Symptome aufweisen, die gewöhnlich nach Eisenbahnunfällen oder Verletzungen auftreten.

Darauf geht Bramwell auf die Fälle von railway-spine oder von „durch Eisenbahnunfälle hervorgerufener traumatischer Neurose“ ein. Er hält den letzten Namen für einen sehr guten und ist der Ansicht, dass traumatische Neurosen nach Eisenbahnunfällen und Verletzungen viel häufiger sind als nach gewöhnlichen Verletzungen. Dann folgt eine Aufzählung der gewöhnlich in solchen Fällen beobachteten Symptome. Interessant ist also, dass B. an dem Krankheitsbilde der traumatischen Neurose noch festhält, aber er giebt zu, dass die pathognomonischen Symptome der Neurasthenie und Hysterie natürlich oft vorhanden sind“. Diese Symptome rühren nach B. in der Mehrzahl der Fälle von einer Functionsstörung und nicht von einer organischen Erkrankung her. „In den Fällen des sogen. Railway-spine sind die Gehirnsymptome vorherrschend und bilden thatsächlich den grössten Theil des klinischen Bildes“. Diese Gehirnsymptome betrachtet B. als funktionelle, als Neurose.

In der sich an diesen Vortrag anschliessenden Discussion stimmten die Redner im Ganzen mit B. überein. Ein paar Einzelheiten will ich daraus noch hervorheben. So erzählte Brookhouse von einem Fall, in welchem einem Manne durch ein ärztliches Attest schwere subjective Symptome und objective Erscheinungen eines Rückenmarksleidens bestätigt wurden, während man erst später entdeckte, dass der Mann niemals einen Eisenbahnunfall mitgemacht habe. Robertson hebt den Werth der gesteigerten tiefen Reflexe hervor, die diagnostisch wichtig, prognostisch unwichtig seien. Er erwähnt einen Kranken mit Myelitis, der an Fussclonus litt und trotzdem täglich 10—15 englische Meilen weit in seine Arbeit als Schieferbrecher ging. Clifford Allbuth hält die Prognose der sogen. traumatischen Neurose für sehr zweifelhaft; diese Fälle widerständen den meisten Heilmitteln hartnäckig.

Wichmann.

398) Prof. F. Schultze: Zur Differential-Diagnostik der Verletzungen der *Cauda equina* und der Lendenanschwellung.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.)

Ein 21jähriger Mann fiel vor 3 Jahren aus der Höhe von etwa 8 Metern auf die Hüften. Daran anschliessend in die Beine ausstrahlende

Schmerzen in Rücken und Kreuz, Unmöglichkeit zu gehen, Gefühl von Taubsein bis zu den Knien, Incontinenz der Blase und des Mastdarms. Zur Zeit besteht eine atrophische Lähmung im Ischiadicusgebiete, des N. gluteus sup. und inf. bei Freibleiben der Cruralis- und Obturatoriusmuskulatur. Auch in der sensiblen Sphäre Erkrankung im Gebiete des N. ischiadicus, Freibleiben der Cruralis- und Obturatoriusausbreitungen. Mitbetheiligung des Spermaticus externus und besonders der Art. fem. ext. Daneben leichte Incontinenz des Blasensphincter, Schwäche des Detrusor vesicæ, mässige Schwäche des Sphincter ani. Ausserdem besteht eine hyperästhetische Zone in der Höhe der Lig. Ponpartii bds. und oberhalb der anästhetischen Zone in den beiden Reg. glutææ.

Im Anschlusse an diesen und den Fall von Erb führt Sch. aus, dass die Diagnose auf Cauda equina oder auf Lendenanschwellungsverletzung keineswegs von der Bestimmung der Wirbelhöhe allein abhängt, sondern auch von der geringeren oder stärkeren Querausbreitung der ursprünglichen Störung, deren Umfang sich weder klinisch direct noch an den Folgen erkennen lässt, da auch der untere Theil der Lendenanschwellung und zwar mindestens die Hälfte derselben, sowohl in motorischer als in sensibler Beziehung dem Ischiadicus zugehört.

Dies führt Sch. im Anschlusse an eine Zeichnung aus, welche darlegt, dass eine Verletzung in der Höhe des 1. Lendenwirbels, die mehr die Mitte des Rückenmarkskanals betrifft, den seitwärts verlaufenden N. cruralis aber schont, genau denselben Effect haben müsse, als eine solche in der Höhe des 4. Lendenwirbels, welche die ganze Breite des Rückenmarkskanals durchsetzt.

Im vorliegenden Falle wurde die Diagnose auf eine Verletzung der Cauda equina und zwar mehr der mittleren Partien mit Aussperrung der N. N. cruales gestellt.
Dauber-Würzburg.

399) H. Senator: Ueber hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit). — Zweiter Artikel. (Nach einem in der Gesellschaft der Chirur. Aerzte gehaltenen Vortrage.)

(Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 18.)

Im Anschluss an seine Mittheilungen in Nr. 21 des Jahrg. 1893 der Berl. klin. Wochenschrift (ofr. dieses Centralbl. Nr. 400, pg. 544) berichtet S. seine damaligen Angaben über den veröffentlichten Fall dahin, dass die ersten Gehstörungen nicht im Kindesalter, sondern erst im 14. Lebensjahre bemerkt wurden. S. hatte die Diagnose aus dem Schwanken beim Gehen und Stehen, der Schwerfälligkeit der Sprache und Nystagmus bei Mangel von Störungen der Sensibilität, der Blase und des Mastdarms einerseits und andererseits daraus gestellt, dass die Schwester an derselben Krankheit leidet. Da Fr. Schultze diese Diagnose neuerdings angezweifelt hat, weist S. die Kritik als unberechtigt zurück, indem er die Kennzeichen der Friedreich'schen Krankheit nach Fr. Schultze zusammenstellt mit den in dem betreffenden Fall beobachteten Symptomen. Daraus ergibt sich, dass alle die von Schultze geforderten Symptome (8 vollständig und 2 unvollständig) vorhanden waren bis auf zwei (Scoliose und Unmöglichkeit zu gehen), deren

vorläufige Abwesenheit sich aus der relativ kurzen Dauer der Krankheit erklärt.

Dass sich in dem Falle bei starker statischer Ataxie so gut wie keine locomotorische Ataxie zeigte, ist etwas gewöhnliches in den frühzeitig zur Beobachtung gekommenen Fällen. Den Mangel der Patellarreflexe hält S. für die Krankheit nicht in der Weise pathognomonisch, wie Schultze behauptet.

Die Richtigkeit der Diagnose ist nun auch durch die weitere Beobachtung bestätigt worden. Die Symptome, welche der 20jährige Kranke jetzt zeigt, sind folgende: Starkes Schwanken beim Gehen (besonders auf dem linken Bein), Gang ist wesentlich schlechter geworden, an den Händen bereits deutliche, wenn auch geringfügige Ataxie, Patellarreflexe rechts ganz erloschen, links schwach und schwer zu erzielen, Cremasterreflexe fehlen, Bauchreflexe lebhaft. Sprache wie früher schwer und zögernd. Hinzugekommen sind noch geringe Sensibilitätsstörungen an den Händen.

Unterdess ist es S. auch gelungen, die Schwester des Kranken zu untersuchen. Dieselbe, jetzt 38 Jahre alt, soll im 18. Lebensjahre die ersten Zeichen der Krankheit gezeigt haben in derselben Weise wie der Bruder, indem sie „wacklig“ wurde. Im 21. Lebensjahre traten erst die Menses ein. Jetzt kauert sie fast beständig im Bett. Sie kann nur gehen, wenn sie unter beiden Armen geführt wird oder sich mit beiden Händen an der Wand stützt. Dabei, wie beim Stehen, starkes Schwanken und Schütteln des ganzen Körpers. Geringe Contracturen im Kniegelenk. Patellarreflexe fehlen. In den Händen deutliche, wenn auch nicht hochgradige Ataxie. Sensibilitätsstörungen in den Händen nur geringfügig, stärkere an den Füßen. An den Beinen ausserdem Parästhesien. Leichter Strabismus convergens rechts und deutlicher Nystagmus bei Seitwärtsbewegung. Sprache, Blasen und Mastdarmfunction ungestört.

S. wendet sich zum Schluss gegen die Behauptungen Schultze's, dass der Friedreich'schen Krankheit als anatomisches Substrat eine combinirte Strangdegeneration des Rückenmarks zu Grunde liegt. Dieselbe ist weder constant noch ist sie im Stande, die wesentlichen Symptome der Krankheit zu erklären. Der einzig constante Befund bei der Krankheit ist die Degeneration der Hinterstränge (zumal der Goll'schen), während die Seitenstränge sich zum Theil ganz normal, zum Theil in wechselnder Ausdehnung, sogar nur einseitig und ganz beschränkt ergriffen zeigten. Die Erkrankung der Hinterstränge ist aber auch nicht geeignet, das Symptomenbild zu erklären, dieselbe tritt entweder secundär zu der Grunderkrankung als Folge derselben auf oder ist derselben coordinirt. Als diese Grunderkrankung, welche die Hauptsymptome erklären würde, nimmt S., wie bereits in dem früheren Aufsatz erwähnt, eine Kleinhirnaffectation an. In den bisherigen Berichten über Sectionen von hereditärer Ataxie (S. hat 15 gesammelt) ist 8mal das Kleinhirn überhaupt nicht erwähnt, in 3 von den übrigen 7 Fällen zeigte sich eine schon macroscopisch erkennbare Atrophie. (In der Discussion berichtete Heubner über einen Fall, in welchem sich ebenfalls Kleinhirnatrophie fand). Häufiger allerdings als das Kleinhirn ist das Rückenmark atrophisch befunden worden.

S. stellt nunmehr als Aufgabe hin, das Verhältniss der Rückenmarksatrophie zur Atrophie des Kleinhirns festzustellen.

Hoppe.

400) **Fr. Schnltze**: Erwiderung auf den zweiten Artikel von Senator über hereditäre Ataxie (Friedreich'sche Krankheit).

H. Senator: Bemerkung zu Prof. Schultze's Erwiderung.

(Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 33.)

Sch. hält in ausführlichen Darlegungen an seiner Behauptung, dass es sich bei dem Senator'schen Fall nicht um einen typischen Fall der Friedreich'schen Krankheit, geschweige denn um die reinste Form derselben handelt, fest, giebt jedoch zu, dass S. durch die Vervollständigung seiner ersten Beobachtung den Fall dem typischen Bilde dieser Erkrankung näher gebracht hat, wogegen S. nur kurz erwidert, dass Sch. alles, was seinen Ansichten widerspricht, als atypisch bezeichnet und Autoren nur berücksichtigt, soweit sie seiner Ansicht günstig sind.

Hoppe.

401) **Ewald**: Vorstellung eines Falles von Friedreich'scher Krankheit. (Gesellsch. d. Charité-Aerzte 28./VI, 1894.)

(Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 32.)

Die Krankheit soll bei dem 16jährigen Mädchen, deren Tante mütterlicherseits an Epilepsie gelitten haben soll, im 7. Lebensjahre mit Schwäche in den Füßen angefangen haben.

Patientin, die in ihrer Entwicklung sehr zurückgeblieben ist und eine leichte rechtsseitige Scoliose zeigt, befindet sich bei ruhigem Stehen in fortwährendem Schwanken, welches bei gleichzeitigem Schliessen der Füße und der Augen zunimmt und sich an einzelnen Tagen bis zum Romberg'schen Phänomen steigert, während die grobe Kraft überall erhalten ist. Gang schwankend resp. torkelnd, dabei Neigung, nach links hinüberzuschlüssen; besonders starkes Schwanken bei Kehrtwendungen. Sprache etwas langsam und zögernd, Intellect nicht gestört. Daneben choreasähnliche Zuckungen an den Mundwinkeln und an den Armen und Fingern. Bei intendirten Bewegungen der Hände besonders deutliche Coordinationsstörungen. Auch die Zehen der Füße sind häufig in zuckender Bewegung. Bei schnellen Bewegungen des Auges nach aussen und innen eine Andeutung von horizontalem Nystagmus. Sensibilität erhalten. Patellar- und Achillessehnenreflexe erloschen. Bauchreflex erhalten, ebenso Biceps- und Tricepsreflex. Füße in Hyperextensionsstellung.

E. stellt mit Ausschluss aller übrigen Möglichkeiten die Diagnose auf Friedreich'sche Krankheit. Es sind alle Symptome dieser Krankheit vorhanden, mit Ausnahme der Heredität, welche E. nicht in der Weise für ein Characteristicum der Affection hält, dass die Bezeichnung der „hereditären Ataxie“ gerechtfertigt wäre. Ausserdem fehlen oder sind nur andeutend der Nystagmus und die Sprachstörung, Erscheinungen, die gewöhnlich erst in den späteren Stadien der Krankheit aufzutreten pflegen.

Hoppe.

402) **Prof. Fr. Schultze**: Ueber die Friedreich'sche Krankheit und ähnliche Krankheitsformen, nebst Bemerkungen über nystagmusartige Zuckungen bei Gesunden.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, Heft 1 u. 2.)

In dem ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit, das Sch. „Historisches und Kritisches“ überschreibt, giebt er eine kritische Darlegung einzelner

Beobachtungen und Ansichten über diese seltene Erkrankung. Er gipfelt in einer kleinen Polemik gegen Senator, der im Anschlusse an einen von ihm behandelten „chemisch reinen“ Fall von Friedreich'scher Erkrankung nach Sch.'s Meinung zu viel durch die von ihm gefundene Kleinhirnatrophie erklären will. Auch Sch. fand in früher von ihm bearbeiteten Fällen Kleinhirnatrophie, die seiner Ansicht nach eine Complication einer combinirten Strang- resp. Systemerkrankung bildete, jedoch nicht das Wesentliche darstellen könnte.

In dem zweiten Kapitel, das er „Neue Krankheitsbeobachtungen und Bemerkungen über den Nystagmus“ überschreibt, weist Sch. auf eine Arbeit eines Schülers von ihm, Affergeld, hin, der fand, dass nur 25% nerven- und angengesunder Menschen keine nystagmusartigen Zuckungen zeigten, wenn man den zu fixirenden Finger mit mässiger Geschwindigkeit vor den Augen des Exploranden vorbeiführte. Er zieht aus dieser Arbeit den Schluss, dass die Bedeutung der bei Friedreich'scher Lähmung beobachteten nystagmusartigen Zuckungen als pathologisches Symptom überschätzt worden sei.

Er theilt die Geschichte dreier von ihm beobachteten Geschwister mit, die 14, 17 und 27 Jahre alt sind, und deren Krankheit er als eine Varietät der eigentlichen Friedreich'schen Krankheit im strengen Sinne auffasst, da zwar die locomotorische Ataxie lange nicht so stark ausgeprägt ist, als bei dieser, aber die übrigen Symptome übereinstimmen.

In dem dritten und letzten Kapitel, das die pathologische Anatomie der Friedreich'schen Krankheit behandelt, bringt Sch. keine neuen Sectionsfälle, sondern handelt im Anschlusse an seine und Friedreich's Fälle einzelne Gesichtspunkte in der Entwicklung unserer Kenntnisse und dem jetzigen Stande derselben ab. So die Frage nach der Priorität des Hinweises auf die Degeneration in den Hinter- und Seitensträngen, nach der Ursache der Kleinheit des ganzen Organs, nach der Art des Bindegewebes in den degenerirten Zonen, nach der Art der Degeneration und endlich nach der Combination der Degeneration in den verschiedenen Systemen des Rückenmarks.

Dauber-Würzburg.

403) H. Oppenheim: Zur pathologischen Anatomie der Tabes dorsalis.

(Berl. klin. Wochenschrift 1894, Br. 30.)

Der Aufsatz, welcher im wesentlichen die Ausführungen des Verf. in der Discussion zu dem Vortrage E. Leyden's („Die neuesten Untersuchungen über die pathol. Anatomie und Physiologie der Tabes“) in der Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. wiedergiebt, betont besonders die pathologischen Veränderungen der Spinalganglien bei Tabes, welche Verf. und Siemerling in 3 Fällen gefunden und Wallenberg durch neuere Untersuchungen bestätigt hat. Hierhin gehört auch eine vom Verf. 1889 kurz mitgetheilte Notiz, wonach in einem Falle von Tabes mit erheblicher Gefühlsstörung im Gebiete des Trigemini sich ausser der Degeneration der sogen. aufsteigenden (in Wahrheit aber absteigenden) Trigeminiwurzel eine Atrophie des Ganglion Gasseri (sowohl der Fasern als der Ganglienzellen) fand, welches als Spinalganglion des Trigemini zu betrachten ist. Wenn auch die Veränderungen der Spinalganglien geringfügig sind gegenüber den Alterationen

in den hinteren Wurzeln und im Rückenmark, so gaben dieselben doch die Veranlassung zu der von vielen Autoren aufgestellten Ansicht, dass eine Erkrankung der Spinalganglien den Ausgangspunkt der Tabes bilde. Diese Ansicht lässt sich jedoch nur durch die Erb'sche Theorie aufrecht erhalten, dass Ganglienzellen schwer geschädigt sein können, ohne dass sie histologisch wesentlich verändert erscheinen, und dass schon diese functionelle Schädigung genügt, um eine merkliche Degeneration in den aus den Zellen entspringenden Fasern hervorzurufen. Danach würde die tabische Affection folgendermassen zu erklären sein: Das die Tabes erzeugende Agens wirkt auf die Spinalganglien und ihre Homologa, schädigt sie, ohne sie zunächst structurell zu verändern; diese Läsion genügt, um die aus ihnen entspringenden Fasern im Rückenmark, in der Medulla oblongata und in der Peripherie zunächst an ihren Endpunkten zur Atrophie zu bringen; diese Atrophie steigt allmählig auf, d. h. sie schreitet nach den Spinalganglien fort und ergreift schliesslich auch diese, wenigstens die intraganglionäre Faserung“.

Hoppe.

c) Neurosen.

404) W. C. Weber (Cleveland O.): „Astasia-Abasia.“
(The Medical Record, 23. Dec. 1893.)

Ein 25jähriger, dem Alcohol einigemassen ergebener Arbeiter musste wegen mehrfacher Brandwunden kurze Zeit das Bett hüten. Als er dann dasselbe verlassen wollte, zeigte sich, dass er selbst mit Unterstützung weder stehen noch gehen konnte, während er in liegender Stellung alle Bewegungen gut und kräftig auszuführen vermochte. Zugleich wurden bei solchen Steh- und Gehversuchen Coordinationsstörungen beobachtet: es stellten sich Contraktionen in verschiedenen Muskelgruppen ein, während andere erschlafft blieben. Auch diese Erscheinung trat nicht ein in liegender Stellung. Im Uebrigen zeichnete sich der Fall von den meisten bisher unter dem Namen Astasia-Abasia beschriebenen dadurch aus, dass die Patellarreflexe vollständig fehlten, dass in den Beinen bis zu dem Schienbein vollkommene Analgesie bestand, und dass der Kranke weder hysterisch noch sonst nervös war. Strychnin, absolute Ruhe, Vermeiden des Alcohol u. s. w. heilten den Kranken innerhalb 3 Monaten.

Verf. bespricht kurz einige differential-diagnostische Punkte hinsichtlich der multiplen Neuritis, der multiplen Sclerose, der Tabes u. s. w. und setzt dann auseinander, dass es sich im vorliegenden Fall, da der Kranke vor der Verbrennung weder an einer Nerven- noch an einer anderen Erkrankung gelitten, wohl aber reichlich Fuselöl zu sich genommen habe, nicht um eine functionelle, sondern um eine organische Erkrankung gehandelt haben müsse. Als Sitz derselben sieht er, hauptsächlich auf Grund der Ausbreitung der Analgesie, die graue Rückenmarkssubstanz in der Höhe des Ursprungs der 1. Lendennerven an.

Voigt (Oeynhausens).

405) Lagrange (Poitiers): Astasia-abasia chez un dégénéré héréditaire accusé de faux. Vortrag auf Congrès des médecins aliénistes de France, tenu à La Rochelle du 1.—4. août 1893.

(Le Bulletin médic. 1893, Nr. 67.)

Hereditär entarteter Journalist, dessen wechselvolle Lebensgeschichte (öfterer Conflict mit dem Strafgesetzbuch) ausführlich mitgeteilt wird. Bei

seiner letzten Internirung wegen Urkundenfälschung verweigerte er 9 Tage lang constant jegliche Nahrung. Am 5. Tage bot er das Bild der Astasie-Abasie: Unmöglichkeit zu gehen und zu stehen; dagegen vollständig erhaltene Muskelkraft der Unterextremitäten beim Sitzen und Liegen. — Auch Kriechen auf allen Vieren möglich. — Ferner fand sich eine ziemlich vollständige linksseitige Anästhesie, eine Gesichtsfeldeinschränkung und Abnahme der Sehschärfe, besonders links, Herabsetzung des Pharynxreflexes, deutlich gesteigerte Patellarreflexe, fast constantes Zittern der Oberextremitäten, das manchmal sich auch den Unterextremitäten mittheilt und selbst die Rumpf- und Gesichtsmuskulatur in Mitleidenschaft zieht. Von Zeit zu Zeit leichte Sprachstörung (Möglichkeit einer organischen cerebro-spinalen Erkrankung?). Asymmetrie des Schädels und besonders des Gesichtes. — Ausserdem äussert der Kranke Satisfactions-, Verfolgungs- und Vergiftungsideen.

Da hereditäre Belastung und Hysterie vorliegen, so trägt L. keine Bedenken, demselben nur eine beschränkte Verantwortlichkeit für seine Thaten zuzugestehen.

B u s c h a n.

406) Brunet: Dégénérescence mentale du goître exophthalmique.

(Thèse, Paris 1893.)

B. vertritt den Standpunkt, dass psychische Störungen beim Morbus Basedowii kein dieser Krankheit essentielles Symptom, sondern nur associirte Erscheinungen darstellen, die sich im Verlaufe derselben ganz unabhängig auf der Basis geistiger Entartung herausbilden, Unter gewissen Umständen kann die Basedow'sche Krankheit aber auch die Entstehung psychischer Symptome begünstigen. In solchen Fällen resultiren diese aus einer Intoxication der corticalen Centren durch die anormal functionirende Schil'drüse, die nach B. auch zur Erklärung des Basedow-Complexes ohne psychische Erscheinungen (Intoxication der bulbären Centren) heranzuziehen ist.

B u s c h a n.

407) H. W. Cunningham: Myxoedema associated with goitre.

(The Brit. med. Journ., 10. XII., 1892, pg. 1286.)

Der Fall betrifft eine 46jährige Frau, welche alle deutlichen Zeichen des Myxödems bietet und bei welcher, das ist das besondere, Vergrößerung der Thyroidea besteht, derart, dass zeitweise Schluok- und Athembeschwerden bestehen.

W i c h m a n n.

408) A. C. Miller: Case of myxoedema cured by thyroid feeding.

(Edinburgh chir. Journal. September 1893.)

Eine Frau von 46 Jahren leidet seit 4 Jahren an Myxödem. Sie war schon einige Male im Hospital des Verfassers behandelt worden. Bei der letzten Aufnahme am 11. Mai 1893 bot sich folgender Status: Das Gesicht ist geschwollen, wachsfarben, der Kopf kahl, starker Speichelfluss; Hände und Füße angeschwollen, der Gang schwerfällig. Die Haut trocken und rau. Der Gesichtsausdruck apathisch und müde, das Gedächtniss herabgesetzt, Sprache undeutlich. Sensibilität, Gesicht, Gehör, Geschmack herabgesetzt. Pat. fühlt sich unlustig zu jeder Arbeit. Die Behandlung mit der Gland. thyreoid. begann am 14. Mai. Es wurde eine

halbe gekochte Drüse verabreicht; da keine Reaction eintrat, wurde die Drüse weiterhin roh gegeben. Als bald machte sich ein Zurückgehen der krankhaften Symptome bemerkbar. Schon Ende Mai war eine deutliche Besserung eingetreten. Patientin gab selbst an, dass sie sich bedeutend wohler fühle. Die Oedeme hatten sich verloren, die Gesichtsfarbe war gesund. Die Haut fing an weich zu werden, auf dem Schädel zeigten sich Spuren frischen Haarwuchses. Die Behandlung wurde im Hospital bis zum 3. Juli fortgesetzt. Als dann konnte Patientin als vollkommen geheilt entlassen werden. Um ein Recidiv zu verhüten, wurde ihr verordnet, wöchentlich eine halbe Schilddrüse zu sich zu nehmen. Photographie der Patientin vor und nach der Behandlung sind dem Aufsatz beigegeben und veranschaulichen den frappanten Erfolg der Therapie.

Bielschowsky (Breslan).

409) R. B. Kimbell (New-York): „A case of myxœdema with unusual fractures and rapid recovery“. (Ein Fall von Myxœdem, der sich durch ungewöhnliche Symptome und schnelle Heilung auszeichnet.)

(The med. Record, 13. Dec. 1898.)

Bei einer 55jährigen Frau, die schon etwa 5 Jahre lang an Myxœdem litt und dabei unter anderem sämtliche Haare verloren hatte, stellten sich plötzlich auf den angeschwollenen Gliedern, namentlich auf ihrer Extensorenseite, unter den Erscheinungen von Brennen und Prickeln blasserthe Flecke ein, die allmählig dunkelroth und blau wurden, dann verschwanden und bald durch neue ersetzt wurden. Nachdem dieselben innerhalb 2 Wochen bedeutend an Ausdehnung und Intensität zugenommen hatten, wurde die Behandlung mit Schilddrüsen-Substanz begonnen. Gleich nach der ersten Gabe verschwanden jene vasomotorischen Erscheinungen, um niemals wiederzukehren. (Beobachtungszeit $\frac{1}{2}$ Jahr.) Die Behandlung wurde in gleicher Weise fortgesetzt und nach einigen Wochen war auch das Myxœdem anscheinend vollkommen geheilt.

Voigt (Oeynhausen).

410) Canter: Myxœdème et goître exophthalmique.

(Annales de la Soc. médico-chirurg. de Liège 1894, Nr. 1.)

Verf. giebt ein Resumé der bisherigen Versuche, das Myxœdem mittelst Schilddrüsenstoffes (Implantation, Injection, Ingestion) zu behandeln und schliesst hieran eine persönliche Beobachtung: einen durch Zuführung von Schilddrüsenpräparat per os geheilten Fall von Myxœdem. — Weiter beschäftigt er sich mit dem Morbus Basedowii und seinem Verhalten zum Myxœdem. Er kommt hierbei zu folgenden Schlussätzen: Die Basedow'sche Krankheit beruht höchst wahrscheinlich auf einer Magen- und Darmstörung. Das dabei sich bildende Gift wirkt direct oder indirect auf die Secretion der Schilddrüse und ruft zuerst eine beträchtliche Zunahme derselben hervor. Wie aber jedes andere Organ mit pathologisch gesteigerter Thätigkeit, so atrophirt auch die Schilddrüse schliesslich in ihren essentiellen Elementen, in der Weise, dass sie weniger sezernirt oder ein in seiner Zusammenstellung verändertes Secret liefert (nach Gazette hebdomad., Nr. 10).

Busch au.

411) Karl Grube (Neuenahr): Zur Aetiologie der Basedow'schen Krankheit. (Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 5.)

Es handelt sich um einen Fall mit ausserordentlich rapidem Verlauf, welcher dem Verfasser gegenüber den bisherigen unbefriedigenden Erklärungsversuchen den Gedanken einer Infection nahe legt.

Die 50jährige Frau leidet seit $\frac{1}{2}$ Jahr an asthmatischen Anfällen, die von Zeit zu Zeit, besonders nachts, auftreten. Seit 2 Wochen Zucker im Urin.

Stat. praes.: Augen weit offen, stehen etwas vor; Blick starr; Stellwag'sches und Gräfe'sches Symptom, leichte Insufficienz des Rect. int. Mässig grosses weiches Struma. Am Halse beiderseits, sowie hinten im Nacken eine Anzahl bis haselnussgrosser geschwollener Lymphdrüsen. Herztönen verbreitert, Herzaction beschleunigt (120—130), unregelmässig. Starke Dyspnoe besonders nachts. An den oberen Extremitäten leichter Tremor. An beiden Unterschenkeln mässiges Oedem (seit 14 Tagen), Urin enthält Spuren von Eiweiss und $0,63\%$ Zucker. — Abends leichte Fiebersteigerung ($38,5^{\circ}$)

Nach 4 Wochen exitus letalis.

Den Beginn des Leidens datirt Verf. wie die Kranke vom Auftreten des Zuckers im Urin, da früher (die asthmatischen Anfälle stehen nach G. mit der Basedow'schen Krankheit in keinem Zusammenhang) keine Erscheinungen von Basedow'scher Krankheit eruiert werden konnten.

Das Auftreten von Zucker im Urin (welches auch sonst häufig beobachtet worden ist. Ref.) deutet auf eine Affection der Medulla oblongata (Poliomyelitis), welche auch die meisten anderen Symptome erklärt. Dass die Ursache dieser Affection ein toxisches Agens ist, dafür sprechen nach G. ausser dem rapiden Verlauf, welcher in einer Anzahl von Fällen beobachtet worden sind, folgende Gründe:

1. Das endemische und hereditäre Vorkommen des Kropfes in Verbindung mit der Thatsache, dass man dabei die Symptome der Basedow'schen Krankheit erst viele Jahre später hat auftreten sehen.
2. Das Vorkommen von Lymphdrüsenanschwellungen, welches Müller bei dem Leiden constant beobachtet hat, auch in dem vorliegenden Falle vorhanden war (übrigens auch von Gowers in 3 Fällen beobachtet worden ist. Ref.)
3. Die beobachtete Heredität der Basedow'schen Krankheit.

Wesentlicher scheint dem Ref. in dieser Beziehung das in vielen Fällen beobachtete Fieber zu sein. Hoppe.

412) George R. Murray: Thyroid secretion as a factor in exophthalmic goitre.

(The Lancet, 11. Nov. 1893, pg. 1177.)

Beim Morbus Gravesii ist die Thyroidea fast stets vergrössert und ihre Grösse ändert sich häufig von Tag zu Tag. Das wird verursacht durch wechselnde Drüsenenthätigkeit, durch vermehrte oder verminderte Absonderung. — Grössere Gaben von Schilddrüsenextract bewirken bei Myxödemkranken Symptome, wie sie beim Morbus Gravesii vorkommen. Als solche beobachtete Murray: Pulbeschleunigung, Zittern, Kopfschmerz, leichtes Schwitzen, flie-

gende Hitze, Temperatursteigerung über die Norm, grosse Mattigkeit. M. hat nach Schilddrüsenextract Pulssteigerung von 80 auf 120—130 Schläge beobachtet. Temperatursteigerung wird auch bei Thieren, Kaninchen und Affen, gesehen und zwar bisweilen 2—3 Grad, nachdem Schilddrüsenextract gegeben ist. Die Symptome des Morbus Gravesii dürften durch Hypersecretion der Schilddrüse zu Stande zu kommen. Günstige Erfolge durch Operation (Exstirpation der Drüse beim M. Gravesii) sprächen für diese Ansicht. Es liegt eine ganze Reihe solcher Fälle vor. M. führt einige an. Auch Arzneien, welche die Thätigkeit der Schilddrüse herabsetzen, bessern den M. Gravesii. M. erwähnt als solche: Einreibung von Hydrargyr. bijodat. rubr. auf die Struma, Belladonna innerlich. Alles spricht dafür, dass die abnorme Thätigkeit der Schilddrüse die Ursache des Symptomencomplexes des M. Gravesii ist. Murray weist zuletzt auf den Antagonismus zwischen Myxödem und Morbus Gravesii hin. Wichmann.

413) Alex. James: On a case of Addison's disease.

(Edinburgh med. Journ., April 1893.)

Ein 52jähriger Tapezierer, hereditär tuberculös nicht belastet, Potator, war bis vor drei Jahren gesund; seit dieser Zeit begann er ein Nachlassen seiner Kräfte zu beobachten. Vor 5 Monaten machte sich eine braune Verfärbung der Nackengegend bemerkbar. Allmählich breitete sich dieselbe über den grössten Theil des Rumpfes und der Oberschenkel aus. An allen diesen Stellen ist die Braunfärbung gleichmässig diffus. An den Bauchdecken dagegen sieht man ringförmige Flecken mit tiefdunklem Rand und einem helleren Centrum. Diese Flecken haben einen Durchmesser von 3—4 mm. Die Genitalgegend ist stark pigmentirt, die Brustwarzen und die Achselhöhlen nur wenig. An einigen der nicht verfärbten Bezirke erscheint die Haut weisser als normal. Handteller und Fusssohlen normal. Die Nägel nicht pigmentirt, aber verdickt. Von den Schleimhäuten sind die Lippen, der harte Gaumen und die inneren Wangen braun gefleckt. Bart- und Haupthaar sind weiss. Diejenigen Körperhaare, die auf dunklen Hautpartien stehen, haben mehr Pigment als die auf helleren und normaler Haut. Beide Lungenspitzen sind verdächtig, jedoch wurden in dem spärlichen Auswurf Bacillen nicht gefunden. Der Kranke klagt über allgemeine Körperschwäche, Rückenschmerzen, schlechten Appetit und Verdauungsbeschwerden. Unter einer tonisirenden Behandlung besserte sich der Zustand.

Bielschowsky (Breslau).

414) F. Rjelman (Stockholm): Epileptiforme Anfälle, durch Veränderungen in den Nasenhöhlen hervorgerufen.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 18.)

R. fügt zu den 15 von ihm in der Literatur gefundenen Fällen, wo die epileptiformen Anfälle nach Behandlung krankhafter Veränderungen in der Nasenhöhle aufhörten, zwei neue.

Der erste Fall betrifft einen 12jährigen nicht belasteten Knaben, welcher in den letzten beiden Jahren einige leichte Krampfanfälle (Unfähigkeit, die Kiefer zu schliessen, zuweilen mit momentaner Bewusstlosigkeit) stets früh morgens erlitten hatte, bis im Januar 1888 (auch morgens) der

erste schwerere Anfall von ca. 20 Minuten Dauer auftrat: völlige Bewusstlosigkeit, tonische Starre des ganzen Körpers, Gesicht verzerrt. Im Herbst 1888 wurden die Anfälle häufiger und verbanden sich mit unfreiwilligem Harnabgang. October 1888 kam zum ersten Mal ein Anfall am Tage. Bei den folgenden Anfällen trat der tonische Krampf bald in der linken Gesichtshälfte, bald in den Halsmuskeln auf und war gewöhnlich mit einem Gefühl von Erstickung verbunden. — Nachdem alle Behandlungsweisen erfolglos geblieben waren, wurde der Knabe December 1888 zu R. gebracht, welcher mässige Hypertrophie der Schleimbaut der unteren Muschel constatirte und dieselbe cauterisirte. Die Anfälle blieben nun 8 Monate aus. Ein acuter Schnupfen brachte dann neuen Rückfall. Nach Cauterisation der stark angeschwollenen Muschel, die nach 1 Jahre wiederholt wurde, sind die Anfälle seitdem ausgeblieben.

Im 2. Falle, welcher einen 6jährigen Knaben betraf, traten die Krämpfe in den letzten 2½ Jahren zuweilen mit asthmatischen Anfällen zugleich auf und betrafen gewöhnlich den linken Arm ohne Bewusstseinsverlust, während bei den schwereren Anfällen Bewusstseinsverlust eintrat und der ganze Körper von Krämpfen befallen wurde. — Die Untersuchung der Nase ergab eine mässige weiche diffuse Anschwellung der rechten unteren Muschel. Dieselbe wurde cauterisirt und, da das Kind seit einigen Jahren die Gewohnheit hatte, die linke Nase im Schläfe mit den Fingern zuzuhalten, wurde befohlen, darauf zu achten, dass dies nicht geschehe. In Folge ungenügender Ueberwachung kamen noch in den nächsten 4 Monaten 4 Anfälle vor. Es wurden nunmehr dem Knaben nachts Strümpfe über die Hände gezogen, worauf die Anfälle sistirten.

Während der erste Fall nach R. auf eine Reflexreizung vom N. trigeminus her zurückzuführen ist, ist der zweite Fall allem Anscheine nach in Folge beeinträchtigter Nasenathmung entstanden, wofür auch bei den leichteren Anfällen das Einhergehen mit asthmatischen Beschwerden spricht, welche dieselben einleiteten.

H o p p e.

415) Ch. Féré: Note sur un cas de sialorrhée épileptique.

(Compt. rend. des séances de la Soc. de biol., 1894, mars.)

27jähriger Mann, Sohn eines Alkoholisten, Bruder einer schwachsinnigen Person, leidet seit Kindheit an Convulsionen, seit 10 Jahren an wirklichen Epilepsieanfällen mit Schwindel. Die Zuckungen pflegten im Gesicht zu beginnen, aber sich schnell auf die ganze Körpermuskulatur auszubreiten; Bewusstlosigkeit, Zungenbiss, unwillkürlicher Urinabgang. Der post-paroxysmale Stupor ging, ohne dass das Bewusstsein sich wieder einstellte, in einen 2-3 stündigen Schlaf über. Speichelfluss war immer in recht reichlichem Maasse vorhanden. — Unter Bromgebrauch liessen die Anfälle nach und modificirten sich 1887 nur noch im Durchschnitt 6 Anfälle und 8 Schwindelanwandlungen pro Monat. Im verflossenen Jahre; seitdem der Kranke 17 g Brom pro die nimmt, hat er keinen Schwindel mehr gehabt und nur 6 unvollständige Anfälle. Diese characterisiren sich durch eine plötzliche Blässe, starke Convergenz der Augen, ein Zurückwerfen des Kopfes, Steifheit des Körpers und Bewusstseinsverlust; indessen fällt der Kranke nicht hin. Der Mund öffnet sich weit, die Unterlippe belebt sich von einem schnellschlägigen Tremor und aus dem Munde beginnt

sich ein Strom von Speichel zu ergiessen, der noch anhält, wenn die Steifigkeit nachgelassen hat und die Besinnung wiedergekehrt ist (einmal 82 g, ein anderes Mal 124 g). Ausser zur Zeit dieser Anfälle stellt sich von Zeit zu Zeit noch ein plötzlicher Speichelfluss ein, aber ohne Bewusstseinsverlust, Schwindel etc. (im Durchschnitt 60 g, oberflächlich gemessen).

Diese Beobachtung, sowie eine frühere Féré's (Paralytiker, bei dem die in der Gesichtsmuskulatur beginnenden Anfälle durch reichliche Salivation eingeleitet wurden) stützen das physiologische Experiment von Lépine und Rochefontaine, Albertoni, François-Franck, Bechterew u. A., dass nämlich gewisse Reize, welche die Grosshirnhemisphären, im Besonderen die vordere Rindenpartie in der Nähe der Facialiscentren treffen, Secretion der Speicheldrüsen hervorrufen können.

Busch an.

416) Wildermuth (Stuttgart): Ueber Epilepsie. — Vortrag auf der 11. Jahresvers. des Würt. ärztl. Vereins 29./VI. 1893.)

(Zeitschr. f. Beh. Schwachs. u. Epilept. 1894, Nr. 2 u. 3.)

Wenn ein so gründlicher Kenner der Epilepsie wie Wildermuth das Wort ergreift, um seine Ansichten über diese in vielen Beziehungen so räthselhafte Krankheit auseinanderzusetzen, so darf er unfraglich die grösste Beachtung beanspruchen, zumal da er es versteht, sein Thema in klarer und lichtvoller Weise zu behandeln.

Er bespricht, um das Wesen der Epilepsie zu erörtern, zunächst die verschiedenen Formen, welche heutzutage noch unter dem Namen Epilepsie zusammengefasst werden und vor Allem die genuine (typische) Epilepsie, welche in der Jugend vom petit mal ausgehend allmählig zu den charakteristischen epileptischen Krämpfen (in 40⁰/₀ Eiweiss im Urin nach dem Anfälle) und schliesslich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zur epileptischen Degeneration und einem vorzeitigen Verfall der Körperkräfte (Cachexie épileptique nach Bourneville) führt, ferner (unter Anführung von Beispielen) die corticale Epilepsie (in Folge von Traumen, angeborenen porencephalitischen Defecten, sclerotischen und Erweichungsherden, Gummata und anderen Tumoren) und die Reflex- oder Narbenepilepsie.

Indem er die zum Theil auf Experimenten begründeten Erklärungen der Autoren einer Betrachtung unterzieht, kommt W. unter Würdigung des klinischen Symptomenbildes (wonach bei der genuine Epilepsie das Wesentliche, Charakteristische und Primäre die Störung des Bewusstseins ist und secundär erst die Muskeln, die sich an den Convulsionen betheiligen, wie mit einem Schlage in Action versetzt werden, während bei den von einer Erkrankung der motorischen Hirnrindenbezirke herrührenden Anfällen im Gegentheil die tonischen und klonischen Convulsionen das Primäre sind und auch nicht mit einem Schlage, sondern in einzelnen Muskelgruppen, stets von derselben Stelle aus beginnen und stets in derselben Reihenfolge sich abspielen) zu dem Resultat, dass die genuine Epilepsie eine Krankheit sui generis ist, die mit dem Symptomencomplex der Herderkrankung der motorischen Rindengebiete nichts zu thun hat.

Wenn auch zum Zustandekommen der Krämpfe die Muskelcentren der Hirnrinde nöthig sind, und die Bewusstseinsstörungen ebenfalls nur durch Aenderungen in der Hirnrinde erklärt werden können, so ist doch die

Affection der Hirnrinde bei der genuinen Epilepsie nicht das Primäre, sondern die primäre Affection ist, da das plötzliche Erlöschen sämtlicher cerebraler Functionen nur durch eine plötzliche allgemeine Ernährungsstörung erklärt werden kann, in dem Hirntheil zu suchen, in welchem die vasomotorischen Fäden zusammenlaufen, in der Medulla oblongata. Nach W. würde der Mechanismus der epileptischen Anfälle folgendermassen zu denken sein: „Im verlängerten Mark findet sich eine krankhafte Veränderung, deren Natur zunächst völlig unbekannt ist. Diese krankhafte Veränderung führt zu periodischer Reizung der vasomotorischen Centren für die Hirnrinde. Ist die Reizung eine rasch vorübergehende, so kommt es zu den Erscheinungen des epileptischen Schwindels, des petit mal, ist sie eine länger anhaltende intensivere, so kommt es zu tieferer Bewusstseinsstörung und zu den tonischen und klonischen Krämpfen.“

Die anatomische Untersuchung hat allerdings bisher keine wesentlichen Veränderungen in der Medulla oblongata gefunden; die häufig beobachteten Gefässektasien, kleinen perivascularären Blutungen etc. sind wahrscheinlich ebenso wie am übrigen Hirn die chronischen meningitischen Erscheinungen, die Atrophie des Ammonshorns etc. secundärer Natur.

Aetiologisch hebt W. neben schlechter Ernährung, Rhachitis etc. die Heredität (60%) hervor, während er die Bedeutung der Traumen und der psychischen Ursachen nicht anerkennt. Besonders interessant ist die Vermuthung, zu welcher W. durch die Aehnlichkeit der Epilepsie mit der Malaria gekommen ist, dass es sich bei der Epilepsie um einen durch spezifische Infection bedingten chronischen krankhaften Zustand handelt. Man könnte dann annehmen, dass sich in Folge von Infection ein krankhafter Herd in der Medulla etablirt hat, in welchem sich unter Einfluss des Stoffwechsels von Zeit zu Zeit Substanzen entwickeln, welche reizend auf die vasomotorischen Centren einwirken und den Anfall in seinen verschiedenen Formen hervorrufen. Es würde sich hierbei also um eine Art periodisch sich wiederholender Autointoxication handeln. Diese Annahme, welche dem Ref. sehr plausibel erscheint, ist auch im Stande, viele eigenthümliche Erscheinung zu erklären, z. B. die, dass bei manchen Kranken nach dem Anfall das vorher unleidliche Verhalten sich auffallend bessert (es hat gleichsam eine Entladung der giftigen Substanzen stattgefunden) und andere, welche sich mit einer persistirenden anatomischen Veränderung nicht leicht in Einklang bringen lassen.

Hoppe.

417) Leonard A. Bidwell u. C. S. Sherrington: Focal epilepsy; trephining and removal of small hæmorrhagic focus; no improvement; removal of part of legcentre after electrical stimulation; improvement.

(The Brit. med. Journal, 4. Nov. 1893, p. 988.)

Der Fall gleicht dem von Rushton Parker im Brit. med. Journal, 27. Mai 1893 veröffentlichten. Ein 15jähriger Knabe begann 1888 an Muskelzuckungen im rechten Bein zu leiden, die nach mehreren Monaten aufhören. Nach 2 Jahren, 1890, stellen sich die Krämpfe wieder ein.

1891 war er abermals von ihnen frei von Herbst bis Weihnachten; seitdem aber wieder täglich 4—15 Anfälle. Er soll 2 Jahre vor der Erkrankung auf den Kopf gefallen sein. Der Krampf beginnt mit Kriebeln in der rechten Fusssohle, dann Contraction der grossen Zehe, Extension des Fusses und Kniebeugung; gelegentlich auch leichte Beugung der Finger der rechten Hand. Kopf in der Gegend der linken motorischen Centren nicht empfindlich; niemals Kopfschmerzen; keine Sehnervenatrophie. Trepanation über der Rolando'schen Furche (3 Trepanlöcher). Die Hirnsubstanz in dem unteren Theile der freigelegten Partie sah missfarbig aus; dieses Stück wird exstirpirt. Die Dura mit Seide genäht. 3 Tage nach der Operation Rückkehr der Krämpfe. Die Wunde heilt in einer Woche; kein Kraftverlust in Fuss und Bein. Die Zahl der Krampfanfälle hat zugenommen. Zweite Operation am 16. Mai. Es werden 2 weitere Trepanlöcher angelegt, eines über, eines hinter den früheren und die zwischenstehende Knochensubstanz mit der Knochenscheere entfernt. Electriche Reizung der Rinde direct oberhalb der exstirpirten missfarbigen Stelle in der Grösse eines Sixpence bewirkt Bewegungen des Fusses und Knies. Diese Stelle wird exstirpirt. Heilung nach einer Woche; kein Kraftverlust im rechten Bein und Fuss. Keine Sensibilitäts- und Temperaturstörung.

Wichmann.

418) **T. Coke Squance:** Notes on a post-mortem examination of a case of acromegaly.

(The Brit. med. Journ., 4. Nov. 1893, p. 993.)

Der Befund war folgender: Verdickung der Frontal-, Parietal- und Occipital-Schädelknochen; die Hypertrophie betrifft besonders die Diple. Gehirn und Gehirnhäute sind normal. Beträchtliche Hypertrophie der Zirbeldrüse; Abplattung der N. optici, besonders vor der Commissur. Vergrösserung der Schilddrüse. Vorhandensein der Thymusdrüse und Hypertrophie ihres linken Lappens.

Wichmann.

419) **S. Bannas:** Ein objectives Augensymptom der Neurasthenie.

(Inaug. Diss. Breslau 1893.)

Als objective, okuläre Symptome der Neurasthenie erwähnt B. Hyperämie der Conjunctiva mit Schwellung der Lider, Accomodationsparese, zeitweise Anisokorie, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, hie und da Störungen des Farbensinns und der centralen Sehschärfe, ausnahmsweise Pulsiren der Netzhautarterien. Mit das wichtigste Symptom sei das sogen. Rosenbach'sche Orbicularissymptom, nämlich die Unmöglichkeit die Lider zuzukneifen, beruhend auf Innervationsschwäche und Perceptionshyperästhesie, ferner Lidschluss mit Aufwärtsdrehung der Hornhaut. Verf. berichtet über 27 Fälle (11 Frauen, 10 Mädchen, 6 Männer), welche alle dieses Symptom zeigten. — Bei anderen Nervenleiden, sp. auch bei den traumatischen Neurosen sei es nicht vorhanden.

Bach.

420) **Siegrist. Aug.:** Beiträge zur Kenntniss vom Wesen und Sitz der Hemerania ophthalmica.

(Mittheilungen aus Kliniken und medic. Institut. der Schweiz. I. Reihe, H. 10, 1894.)

Als Hemerania ophth. wird eine Affection aufgefasst, die durch folgende 3 Hauptsymptome characterisirt ist:

1. Acut auftretender und nach einiger Zeit wieder verschwindender mehr oder weniger homonym hemianopischer Defect des Gesichtsfeldes. Es ist ein Defect ohne bestimmte Farbe, ein reiner Anfall jeglicher optischen Empfindung.
2. Flimmern, das meist in der Nähe des Fixirpunktes beginnt und sich allmählich nach der Peripherie ausbreitet.
3. Kopfschmerz von hemeranischem Character, der sich stets auf der dem Gesichtsfelddefecte entgegengesetzten Seite geltend macht.

Unwesentlich, aber oft mit Migraine ophth. auftretende Symptome sind:

1. Das Auftreten von Farben oder Lichterscheinungen meist in Zickzackform.
2. Erbrechen.
3. Begleitende oder nachfolgende (selten vorausgehende) schwere Hirnsymptome:
 - a) Taubheitsgefühle, Parästhesien in Hand, Arm oder Bein, in Nase und Mund, und zwar stets auf der gleichen Seite wie der Gesichtsfelddefect.
 - b) Hemiparesen und Hemiplegien auf der Seite des Gesichtsfelddefectes mit oder ohne Paresen des Facialis.
 - c) Schwindel und Störungen des Gehörs.
 - d) Aphasie: nur wenn das Gesichtsfeld rechts defect ist.

Diese schweren Formen der Migraine ophth. bilden die sogen. Migraine ophth. accompagnée der Charcot'schen Schule.

Nach dieser Einleitung theilt S. im ersten Theil einige Fälle mit.

In einem Falle von S. handelte es sich um einen jungen Mann von schwächlicher Constitution, der seine Augen viel anstrengen musste und ein leicht erregbares Vasomotorensystem besass. Derselbe war, abgesehen von chron. Obstipation, völlig gesund und seine Augen wiesen mit Ausnahme eines leichten perversen Astig. an einem Auge und schief paralleler Axenstellung der vertikalen Hornhautaxen vollkommen normalen Typus auf. Die Mutter starb an Phthise, ein Vetter leidet an Epilepsie, eine Tante an Migräne.

Zweimalige Untersuchung dieses Falles während des Anfalls ergab:

1. Auffallende Verengerung der Arterien jenes Auges allein, auf dessen Seite die Hemeranie sich einstellte.
2. Die hemianopische Pupillenreaction war erhalten.
3. Blasses Gesicht des Patienten während des Anfalles, doch nicht angesprochen einseitig.
3. Pupillen gleich und mittelweit.

Darreichung von einigen Tropfen Amylnitrit ruft einmal den Anfall zum Theil wieder hervor.

Die Krankengeschichte aus Briefen des Patienten und einige mit demselben angestellte Versuche zeigen:

1. Dass Magen- resp. Verdauungsstörungen augenscheinlich eine grosse Rolle bei der Auslösung eines Anfalles spielen;
2. durch künstliche Verdauungsstörungen war kein Anfall auszulösen;
3. Suggestion hatte keinen Einfluss auf die Entstehung der Anfälle;
4. Compression der Carotis bringt ein Gefühl hervor wie zu Beginn eines Anfalles, Eisauflegung auf die Carotis oder Darreichung von Amylnitrit zur anfallsfreien Zeit sind wirkungslos;
5. Die Anfälle treten ebenso oft rechts wie links auf.

Im 2. Theil wird das Wesen, Sitz und Ursachen der Migr. ophth. behandelt.

1. Wesen: Von den meisten Seiten wird angenommen, dass es sich um vasomotorische Vorgänge handelt.
2. Als Möglichkeiten des Sitzes kommen in Betracht: Retina und Nervus opticus, Chiasma, Tractus, Hirnganglien und Rinde.

S. verlegt in seinem Falle und in manchen anderen die Circulationsstörungen einerseits in die Rinde des Occipitallappens, andererseits in die Dura der entsprechenden gleichen Seite.

3. Was die Art der Circulationsstörung anlangt, so entscheidet sich S. für Gefässkrampf.
4. Aetiologie: Hauptsächliches Auftreten bei Leuten, die ihre Augen viel anstrengen (Gelehrte, Astronomen, Microscopiker, Studenten in der Examenszeit etc.). Häufig Refraktionsanomalieen bei demselben vorkommen sp. Astigmatismus und Hypermetropie. — Fernerhin ist in Betracht zu ziehen eine spezifische, meist angeborene oder vererbte Disposition des Vasomotoren-Systems. Als weitere Momente bezw. Gelegenheitsmomente zur Anlösung des Anfalles sind zu nennen:

1. Zustände der Inanition, des Hungers; 2. Störungen von Seiten des Magens und des Darms, z. B. Obstipation; 3. geistige und körperliche Arbeit; 4. Zustände von acuter Herzschwäche; 5. psychische Erregung; 6. Reiz von Nasenpolypen; 7. acute Blendungen der Augen; 8. Nahen der Menses.

Die Literatur ist in der sorgfältigen Abhandlung eingehendst berücksichtigt.

Bach.

421) **Lancereaux**: Des trophonévroses des extrémités ou acrotrophonévroses. — Trophonévrose nécrosique ou gangrène névropathique. Clinique médicale.

(Semaine médic. 1894, Nr. 33, Juni 6.)

Die partielle „trockene Gangrän“ kann zweierlei Entstehungsursachen haben: entweder beruht dieselbe auf einer Obliteration der Arterien oder auf einer nervösen Störung. Mit der letzteren Form beschäftigt sich L. in dem vorliegenden Vortrage. Er führt eine Reihe höchst instructiver Krankengeschichten an, die den nervösen Ursprung des Leidens ausser Zweifel stellen, und giebt im Anschlusse hieran eine concinne Darstellung der Symptome, Aetiologie, Prognose und therapeutischen Indicationen desselben. Nach dieser Schilderung characterisirt sich die neuropathische Gangrän der Extremitäten wie folgt:

Im Prodromalstadium ist das erste und constanteste Anzeichen der Schmerz, der durch seine Heftigkeit und Persistenz den Kranken ihre Existenz fast unerträglich macht. Wenn auch auf die Enden der Extremitäten beschränkt, so breitet er sich zeitweilig doch auch auf die ganze Länge

derselben aus. Es sind dies kriebelnde, reissende, schiessende Sensationen, hauptsächlich aber ein Gefühl von Brennen, die sich anfallsweise, des Nachts heftiger als des Tages, einstellen. Die Heftigkeit dieser Missempfindungen lässt den Kranken nur wenig Ruhe, die dann stöhnen und beständig ihre Glieder reiben oder in eine neue Lage bringen, die ihnen für einige Zeit Ruhe schafft. Aus diesem Grunde meidet der Kranke auch jedwede Erschütterung oder Berührung. — Die objective Sensibilität pflegt dann zumeist zu verschwinden; zuerst das Temperaturgefühl, dann die Schmerzempfindung und endlich das Gefühl für Berührung. — Die geschilderten Erscheinungen, die mehrere Jahre bestehen können, ehe der Process weiter schreitet, bilden das Prodromalstadium der nunmehr folgenden Gangrän und müssen stets zu einer ernsteren Auffassung der Sache Anlass geben.

Dem Schmerze folgen nach einer gewissen Zeit vasomotorisch-trophische Störungen, bei denen bald die Vasodilatoren (Anschwellung, Hitze, glänzende Röthe), bald — und dies häufiger — die Constrictoren (Blässe, Kälte des Integumentes, bläuliche Haut- und Nagelfarbe, marmorirte Haut) theilhaftig sind. Weiter zeigen sich zunächst kleine Phlyctänen, hauptsächlich am Ende der Finger, die mit einer trübten, sanguinolenten Flüssigkeit angefüllt sind, aufbrechen, aber nicht sich ausbreiten, sondern vernarben. Es bleibt dann schliesslich eine Induration zurück, die die Fingerspitze leicht verunstaltet, ein Beweis, dass die Läsion sich nicht auf die Epidermis beschränkt hat. Die Heilung ist indessen von nur kurzer Dauer. Denn bald darauf spielen sich dieselben Erscheinungen, sei es an dem gleichen oder an einem anderen Finger, von neuem ab. So kann man zu derselben Zeit finden: ein Abfallen der Nägel, eine Verdickung, Verhärtung oder Schloffheit der meisten Finger, eine Verfärbung der Haut, (Raynaud'sche Krankheit). — Diese Disposition ist indessen nur eine der verschiedenen Formen der Krankheit. So sieht man die Haut, die anfänglich glatt und glänzend ist, eine gelbe Farbe annehmen, trocken werden, sich runzeln und die Finger dünner werden in Folge eines Substanzverlustes (ähnlich der Sclerodermie). Eine weitere Form, die viel ernster zu nehmen ist, characterisirt sich folgendermassen: Eine ganze Phalange, für gewöhnlich die letzte, nimmt eine mehr und mehr dunkle Verfärbung an und wird zuletzt ganz schwarz, den Nagel mit einbegriffen. Dieser Schorf, der bald oberflächlicher, bald tiefer ist, endigt mit dem Abfall eines Drittels oder auch der Hälfte der Ungunalphalanx oder selbst der beiden distalen Phalangen. Bei grösserer Ausbreitung des Schorfes stossen sich allmählich auch grössere Theile der Finger oder des Fusses ab. Diese Elimination bringt zumeist eine relativ schwache Eiterung mit sich; indessen kommen auch Fälle vor, in denen die Vernarbung sich ohne Eiterung vollzieht. Trotz dieser schweren Lokalerscheinungen leidet der Allgemeinzustand der Kranken sehr wenig, Appetit, Verdauung, Respiration, Circulation, Gehirnthatigkeit etc. vollziehen sich in normaler Weise. Die allgemeine Temperatur erfährt keine Veränderung, die lokale dagegen ist um den Schorf herum zumeist erhöht. Der Puls kann zur Zeit der Schmerzanfälle, selbst bei gesundem Herzen, in der Frequenz und in dem Rhythmus verändert sein. Wenn die Gangrän aber nur ein mehr oder minder directes Symptom einer Grundkrankheit, z. B. des Alcoholismus, chronischen Rheumatismus, von Exostosen, Varicen etc. ist, dann pflegen andere Begleiterscheinungen nicht auszubleiben.

Der Verlauf der neuropathischen Gangrän ist im Allgemeinen ein continuirlicher mit abwechselnden Remissions- und paroxysmalen Stadien. Die schwersten Fälle pflegen diejenigen zu sein, die die grösste Regelmässigkeit in ihrem Verlaufe (3 Stadien, wie oben geschildert: période d'invasion, d'état et d'élimination) aufweisen. Der oft nach Jahren erst sich einstellende glückliche Ausgang besteht in einer Vernarbung an der eliminierten Stelle; in einzelnen Fällen verläuft die Krankheit tödtlich, in Folge von gangränöser Infection oder einer hinzutretenden Complication.

Was die pathologische Anatomie des Leidens betrifft, so ist hierbei von Wichtigkeit, dass einmal Arterien, Venen und Herz intact zu sein pflegen und dass zum andern Mal in einigen Fällen organische Veränderungen im Nervensystem, wie Erweichung des Rückenmarkes (Conyba), Periencephalitis mit Hydrops ventriculi (Pitres und Vaillard), oder peripherische Neuritis (dieselben) nachgewiesen worden sind. — Die klinischen Erscheinungen und die pathologische Anatomie zeigen also deutlich, dass gewisse Störungen des Nervensystems trockene Gangrän zur Folge haben können; das Thierexperiment (Brown-Séquad: Durchschneidung des Ischiadicus u. a. m.), sowie der Versuch am Menschen (Lancereaux: nach Läsion des Ischiadicus durch Schusswaffe) treten bestätigend hier hinzu.

Die Gangrän der Extremitäten auf nervöser Basis entspringt zumeist aus den gleichen Ursachen, die das Nervensystem in Mitleidenschaft ziehen. So geben traumatische Läsionen (der Nerven und des Rückenmarks), Intoxicationen (mit Mutterkorn, Arsenik, Alcohol, Absinth etc.), febrile Zustände (Typhus), Infectionskrankheiten (Lepra) oder constitutionelle chronische Leiden (Rheumatismus, Gicht, Diabetes) die gewöhnlichsten ätiologischen Bedingungen für dieselbe ab. Gewisse psychische oder physiologische Einflüsse, wie Kälte, Pubertät, Menstruation (in Folge ihres nachhaltigen Einflusses auf das Nervensystem) spielen nur die Rolle eines prädisponirenden, nicht direct ursächlichen (wie Raynaud will) Momentes.

Die Diagnose der nervösen Gangrän beruht auf dem klinischen Bilde und der eigenartigen Entwicklung des Leidens. Die arterielle Gangrän unterscheidet sich von ihm durch das absolute Fehlen des schmerzhaften Prodromalstadiums, das bruske Einsetzen, die massive Form der Mortification (für gewöhnlich ein ganzer Fuss), sowie die Art und Weise der Elimination des Schorfes (reichliche Eiterung oder feuchte Gangrän).

Die Prognose ist wegen der Hartnäckigkeit und der Remissionen eine verzweifelte.

Die Therapie hat zwei Aufgaben zu erfüllen: 1. die nervöse Störung zu bekämpfen, 2. dem Fortschreiten der Mortification Einhalt zu thun. Die erstere Indication hat die Grundursache zu berücksichtigen und eine darauf bezügliche Therapie einzuschlagen. Symptomatisch gegen den Schmerz schlägt L. Opium, Morphinum, Chloral und besonders Jodkali in Verbindung mit Bromammonium (1—2 g in 24 Stunden) vor; ausserdem empfiehlt er Hydrotherapie (kalte Waschungen oder Douchen) und Electricität zu versuchen. Die gangränösen Herde müssen antiseptisch behandelt werden; auch chirurgische Eingriffe sind geboten, entweder Resection des mortificierten Körpertheiles oder auch Drehung, Zerrung bezw. Resection des betreffenden Nervenstranges.

Buschan.

III. Bibliographie.

XLIV) Dr **E. Dreher**: Grundzüge der Aesthetik der musikalischen Harmonie auf psycho-physiolog. Grundlage.

(Sammlung pädag. Vorträge. Verlag von Helmich-Bielefeld, Bd. VII, 1. Heft.)

Der durch einige philosophisch-polemische, aber harmlose Arbeiten bekannte Autor unternimmt hier einen Anlauf, das Wohlgefallen an Consonanz und Harmonie zu erklären und zwar auf Grund der alten arithmetischen Musiktheorie von Leibnitz und Euler, während er die Helmholtz'sche Schwebungstheorie zu widerlegen versucht. Aber es bleibt bei Anlauf und Versuch. Die Argumente gegen Helmholtz sind zum Theil falsch und die eigene positive Erklärung versandet schliesslich im „Bewussten“ und „Unbewussten“. Hier ein Beispiel, welches Unheil Hartmann's unbewusste Philosophie auch in D.'s Kopfe angerichtet hat:

„. . . Bewusst verlaufende Thätigkeiten nenne ich — alle Thätigkeiten des Ich, gleichviel, ob sie im Empfinden oder Denken bestehen.

Unbewusst nenne ich aber die Thätigkeiten der Seele, die von dem Ich, unserem Selbst nicht herrühren. Dass diese unbewussten Thätigkeiten an sich bewusst verlaufen, unterliegt keinem Zweifel“ etc.

E. Trömmner.

XLV) **P. Kronthal** (Berlin): Schnitte durch das erkrankte Rückenmark des Menschen.

(Berlin 1894. Speyer & Peters.)

Das elegant ausgestattete Werk bringt auf 15 Tafeln eine grössere Anzahl von Photogravüren, welche Schnitte durch das Rückenmark darstellen, und zwar finden wir Beispiele der verschiedensten Erkrankungen.

Die Abbildungen stehen auf der Höhe der heutigen Technik und es dürfte der Zweck, welchen Verfasser mit der Herausgabe dieses Werkes verfolgte, dem Lehrenden wie dem Lernenden eine Hilfe beim Unterricht zu sein, wohl als erreicht zu betrachten sein.

Koenig.

XLVI) **St. Bernheimer**: Das Wurzelgebiet des Oculomotorius beim Menschen.

(Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1894.)

Als Untersuchungsmaterial verwendete B. fast ausschliesslich menschliche Embryonen der verschiedensten Entwicklungsarten, nur einmal das Gehirn eines Erwachsenen. Im Ganzen wurden 12 Gehirne in Serienschnitte zumeist Frontalschnitte, einige Sagittalschnitte zerlegt. Härtung in Müller'scher Flüssigkeit. B. räth ab, die embryonalen Gehirne durch Brutofenwärme schneller zu erhärten. 10 mal wandte B. die Weigert'sche Färbung an, wobei er empfiehlt, die Gehirnstücke vorher nicht zu wässern, sondern die überschüssige Müller'sche Flüssigkeit durch allmählich stärkeren Alcohol im Dunkeln zu entfernen. Zwei Gehirne wurden nach der Methode von Golgi behandelt. Nach einigen weiteren Bemerkungen zur Technik geht B. zur genauen Beschreibung der eigenen anatomischen Befunde und gleichzeitigen Kritik der vorliegenden Mittheilungen ein.

B.'s eigene anatomische Befunde mögen in kurzer Zusammensetzung hier folgen:

Das Oculomotoriuscentrum besteht zunächst aus einem paarigen, beim Erwachsenen höchstens 6 mm langen Kern, welcher rechts und links von der Medianlinie, im Bereiche des vorderen Vierhtigelpaares in der starken, ventralen Ausbuchtung des hinteren Längsbündels liegt.

Dieser laterale Hauptkern ist eine fast directe, aber doch wohl abgegrenzte Fortsetzung des distalwärts gelegenen Trochleariskernes. Er nimmt von da nach vorne bis etwa zur Mitte seiner sagittalen Achse in vertikaler und horizontaler Ausdehnung zu, indem er stets eine dreieckige Form mit der Spitze nach unten beibehält.

Der Zwischenraum, welcher von beiden Seitenkernen begrenzt wird, hat auch die Form eines Dreieckes, weil die Kernmassen in ihrer ganzen Länge mit ihrem ventralen Ende näher aneinander herantreten, als mit dem dorsalen Kopfende. Der dreieckige Zwischenraum ist im Bereiche des distalen Anfanges der Kerne am grössten, nimmt bis zur Mitte der Kerne etwas ab, um dann wieder bis zu ihrem proximalen Ende etwas zuzunehmen. Die Masse der lateralen Hauptkerne ist demnach in einem nach aussen schwach concaven Bogen, mit convergirendem Fuss- und divergirendem Kopfende längs der Medianlinie angordnet.

An Frontal- und Sagittalschnitten erweist sich diese laterale Hauptkernmasse als eine vollkommen compacte. Es ergiebt sich da keine anatomisch begründete Sonderung in wohlbegrenzte Nebenerne.

Die Untersuchung lückenloser Frontalschnitte ergiebt, dass es sich nirgends um eine durchgreifende Gliederung der Kernmasse handelt. Die auf einzelnen Schnitten erkennbare Abtrennung eines dorsalen Kernhaufens, ja manchmal sogar dreier derartiger Abtheilungen ist bestimmt nichts anderes, als eine auf ein oder zwei Schnitte beschränkte vermeintliche Abgrenzung, welche durch quer durch den Kernhaufen ziehende zarte Nervenbündelchen hervorgerufen ist. Handelte es sich wirklich um Nebenerne, so müsste sich eine auf grössere Strecken verfolgbare derartige Abtrennung vorfinden. Dies ist bestimmt nicht der Fall. Die paarigen lateralen Hauptkerne sind ungetheilte compacte Einzelkerne.

Nur in Hinsicht auf die verschiedene Gattung von Fasern, welche aus diesen Kernen aus gut zu trennenden Bezirken stammen, würde sich eine empirische Theilung in einen distalen (gekreuzte Fasern) und einen etwas grösseren proximalen (ungekreuzte Fasern) Abschnitt empfehlen.

An Präparaten, welche nach Golgi gefärbt wurden, erwiesen sich die Zellen als multipolare, mittelgrosse, etwa 40 μ messende Ganglienzellen, welche von dichten, äusserst feinen schwer entwirrbaren Nervenverästelungen nach Art eines zierlichen Geflechtes umgeben sind. In diesem Geflechte sind jedenfalls Endigungen von Pyramidenfasern (v. Kölliker) und zuleitende, sensible Elemente enthalten. Besonders im distalen, viel weniger im proximalen Theile des Hauptkernes finden sich zwischen den Querschnitten des Längsbündels, welche die Kerne auf ihrer ganzen Länge begrenzen und auch jenseits der Querschnitte ventralwärts davon, eine bemerkenswerthe Anzahl von einzelnen und zu Gruppen vereinigten Ganglienzellen, welche in jeder Beziehung mit

den Zellen der Hauptgruppe identisch sind. Sie gehören sicher den Hauptkernen an, sie stehen durch Faserzüge mit jenen in Verbindung. B. nennt sie „Lateralzellen“.

Gleichwie sich an der lateralen Seite der beiden Hauptkerne Zellgruppen, die „Lateralzellen“, als Ausläufer der Hauptkerngruppe vorfinden, so sieht man auch im Raume zwischen diesen, besonders nach dem ersten distalen Viertel, sowohl einzelne, als auch zu kleinen Gruppen vereinte Zellen liegen, welche stellenweise gleichsam eine verbindende, freilich sehr schütterere Zellbrücke zwischen den beiden Hauptkernen bilden. Diese Zellen sind als unregelmässig nicht ganz constante Ausläufer der Hauptkerne anzusehen und könnten als „Medianzellen“ derselben geführt werden.

Zu Anfang der vorderen Hälfte der beiden seitlichen Hauptkerne beginnt der Raum zwischen ihnen grösser zu werden. Es treten rechts und links von der Medianlinie, von den Kopfenden der Hauptkerne begrenzt, je ein kleiner lateralwärts concav begrenzter Kern, mit dickerem dorsalen und ganz spitzem ventralen Ende auf. Dieser Kern von geringer Ausdehnung ist vollkommen geschieden von den Hauptkernen. Er enthält ganz kleine 8—10 Mikra messende, auffallend blass gefärbte, multipolare Ganglienzellen, welche nach Golgi gefärbt gleichfalls in dickem, äusserst feinem Nervengeflecht eingebettet liegen. Dieser Kern ist identisch mit dem von Edinger und Westphal beschriebenen paarigen „kleinzelligen Mediankern“. Er ist als wohlbegrenzter zum Oculomotorius gehöriger Nebenkern aufzufassen.

Der sogen. „kleinzellige Lateralkern ist bestimmt nicht als gesonderter, beständiger Nebenkern des Oculomotoriuscentrums aufzufassen. — Er ist kein beständiger Befund.

Unter den vorhin genannten kleinzelligen Mediankernen tritt nunmehr ein neuer unpaariger Kern auf, welcher eine ausgesprochene Spindelform besitzt und sich von dem Seitenhauptkern beiderseits sehr wohl abgrenzen lässt, indem er allenthalben von einem zarten Nervengeflecht umgeben ist. Seine Zellen sind gleich gross und gleich gefärbt wie jene der Hauptkerne. Er endet proximalwärts vor den Seitenhauptkernen, nimmt also höchstens den vierten bis fünften Theil des Kerngebietes des Oculomotorius ein.

Dieser unpaarige, grosszellige Mediankern ist gleichfalls ein wohl characterisirter beständiger Nebenkern des Oculomotorius und ist identisch mit dem „Centralkern“ Perlia's.

Dorsolateralwärts von den Hauptkernen tritt ein neuer Kern auf, ziemlich in gleicher Höhe mit dem Aquäduktus sylvii, der sogen. „obere laterale Oculomotoriuskern von Darkschewitsch. Sicherlich steht dieser Kern in gar keiner anatomischen Verbindung mit dem Oculomotorius — er ist somit nicht als ein Kern desselben aufzufassen.

Somit besteht das Oculomotoriuscentrum aus je einem paarigen lateralen Hauptkern mit einem kleineren distalen und einem grösseren proximalen Abschnitte, mit den besonders in ersterem vorhandenen Lateralzellen und den spärlichen verbindenden Medianzellen;

dann aus einem vorderen, paarigen kleinzelligen Mediankern und endlich aus einem vorderen, unpaarigen grosszelligen Mediankern.

Den Faserlauf betreffend lässt sich Folgendes kurz zusammenfassen:

Der distale Theil der Hauptkerne führt fast nur gekreuzte Fasern. Und zwar finden sich im ersten hintersten Achtel (10 Schnitte) ausschliesslich gekreuzte Fasern, gegen Ende des zweiten Achtels sieht man nahe dem Medianspalt die ersten spärlichen, ungekreuzten Fasern, im dritten Achtel sind sie schon zahlreicher und gegen die Hälfte der Kernmasse zu sind die ungekreuzten Fasern weitaus zahlreicher, in der vorderen Hälfte der lateralen Hauptkerne verlaufen bestimmt nur ungekreuzte Fasern. Danach dürfte mindestens der 4. Theil aller aus diesen Kernen stammenden Fasern gekreuzt verlaufen. — Es lassen sich gekreuzte Fasern mit längerer und kürzerer Wurzel unterscheiden. —

Niemals verlassen gekreuzte Fasern die Hauptkerne in der Nähe der Medianlinie. Die gekreuzten Fasern treten vielmehr nur durch die mehr dorsalwärts gelegenen Zwischenräume der Längsbündelquerschnitte hindurch. Die ungekreuzten Fasern aus den Hauptkernen stammen unvermischt nur aus der proximalen Hälfte derselben. Sie verlassen die Kernmasse ausschliesslich zwischen den Längsbündelfasern, welche ganz nahe der Medianlinie liegen, also zwischen den ventralsten.

Sowie der Ursprung der beiden Faserarten aus den lateralen Hauptkernen ein getrennter ist, so verlaufen die gekreuzten und ungekreuzten Fasern auf ihrem ganzen, langen extranucleären Wege getrennt.

Dieser constante anatomische Befund könnte bei microscopischer Untersuchung pathologischer Fälle vielleicht mit Vortheil verwendet werden.

Es liess sich bestimmt feststellen, dass dem paarigen kleinzelligen Mediankern Fasern entstammen, welche viel zarter und dünner sind, als alle bisher besprochenen. Sie ziehen in dorsoventraler Richtung und schliessen sich den medialsten ungekreuzten Faserbündeln aus den Hauptkernen an.

Auch der unpaarige grosszellige Mediankern liefert bestimmt dem Oculomotorius angehörige Fasern von zarter Beschaffenheit.

Zum Schlusse der vorliegenden Abhandlung folgt eine Besprechung der anatomischen Befunde anderer Forscher.

Erwähnen will ich, dass die Monographie sehr schön ausgestattet ist und 4 Tafeln mit farbigen Abbildungen enthält. Bach.

IV. Original-Vereinsberichte.

Erste (constituirende) Versammlung des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Zoppot (W.-Pr.) am 30. Juli 1894.

Von Dr. Hoppe-Allenberg.

Anwesend 8 Irrenärzte (davon 6 aus den Irrenanstalten Neustadt, W.-Pr., und Lauenburg-Pommern) und 1 Neurologe.

Vorsitzender Herr Med.-Rath Siemens-Lauenburg eröffnete um 4 Uhr die Versammlung. Indem er auf das Circular hinwies, in welchem er und Director Krömer-Neustadt die Fachcollegen aus den Provinzen Pommern, Posen, Ost- und Westpreussen zu dieser Versammlung eingeladen hatten, begründete S. dieses Vorgehen mit der isolirten Lage und Abgeschlossenheit des nordöstlichen Zipfels Deutschlands, die es als ein entschiedenes Bedürfniss erscheinen lasse, dass sich die betreffenden Fachcollegen zusammenschliessen. Dieses Bedürfniss sei auch allgemein anerkannt worden. Obgleich dem Rufe nur verhältnissmässig wenige gefolgt seien, so hätten doch fast alle übrigen Collegen, an welche der Ruf ergangen, ohne hier erscheinen zu können, brieflich ihr volles Einverständniss mit der beabsichtigten Gründung eines Vereins nordostdeutscher Irrenärzte erklärt und ihre Mitgliederschaft zugesagt. Nur einige Herren aus dem westlichen Pommern, welche nach Berlin und aus Posen, welche nach Breslau gravitiren, hätten sich ablehnend verhalten.

Ueber den Namen, welcher dem neu zu gründenden Verein beigelegt werden soll, erhebt sich eine Discussion, vorausweise zwischen Siemens-Lauenburg und Warschauer-Inowrazlaw (Besitzer einer Wasserheilanstalt). Letzterer wünscht den Namen: Verein nordostdeutscher Neurologen und Psychiater, während Siemens betont, dass der Verein vorzugsweise einen Sammelpunkt für die irrenärztlichen Interessen bilden solle, wenn auch den Neurologen der Beitritt selbstverständlich offen stehe. Schliesslich wird der von Siemens vorgeschlagene Name: „Nordostdeutscher psychiatrischer Verein“ fast einstimmig angenommen.

Bezüglich der Form des Vereins wird beschlossen, derselbe solle ein zwangloser sein, der Vorstand je nach dem Ort der Versammlung, die jährlich einmal Ende Juli stattfinden soll, wechseln, ebenso wie die Vorbereitungen zu derselben von den Aerzten der nächstliegenden Anstalt besorgt werden sollen. Der Beschluss, dass die nächste Versammlung zu Marienburg stattfinden soll, wird später wieder umgestossen und aus Zweckmässigkeit-rücksichten für das nächste Jahr wiederum das bequem gelegene und mit Saisonkarten billig zu erreichende Zoppot gewählt, ebenso als Vorstand wiederum San.-Rath Siemens und Dir. Krömer.

Von Vorträgen waren nur zwei angemeldet worden:

1. Hoppe-Allenberg: Zur Wärterfrage (wird in diesem Centralblatt in extenso veröffentlicht).

Der Vortragende bekämpft die Behauptung Sommer's, dass die andauernde ärztliche Ueberwachung des Wartpersonals die einzige Lösung der Wärterfrage sei. Das von Sommer vorgeschlagene Mittel sei nicht im Stande, aus einem schlechten Material gute Wärter zu erziehen, noch weniger den Wärterwechsel zu vermindern, sondern nur grobe Verstösse unmöglich zu machen; andererseits sei die Forderung Sommer's wohl an den wenigen Irrenkliniken, aber nicht in den Irrenanstalten durchzuführen. Eine strenge Ueberwachung des Wartpersonals sei zwar durchaus nöthig, aber nicht so sehr Sache der Aerzte als des Oberwartpersonals. Nach dem Vorgange Hasse's in Königsutter sollte auf jeder Krankenabtheilung eine Art Oberwärter die Aufsicht führen. Die Hauptsache aber sei die Beschaffung eines besseren Materials. Vorr. bleibt bei seiner in der

dann aus einem vorderen, paarigen kleinzelligen Mediankern und endlich aus einem vorderen, unpaarigen grosszelligen Mediankern.

Den Faserlauf betreffend lässt sich Folgendes kurz zusammenfassen: Der distale Theil der Hauptkerne führt fast nur gekreuzte Fasern und zwar finden sich im ersten hintersten Achtel (10 Schnitte) ausschliesslich gekreuzte Fasern, gegen Ende des zweiten Achtels sieht man nahe dem Medianspalt die ersten spärlichen, ungekreuzten Fasern, im dritten Achtel sind sie schon zahlreicher und gegen die Hälfte der Kernmasse zu sind die ungekreuzten Fasern weitaus zahlreicher, in der vorderen Hälfte der lateralen Hauptkerne verlaufen bestimmt nur ungekreuzte Fasern. Danach dürfte mindestens der 4. Theil aller aus diesen Kernen stammenden Fasern gekreuzt verlaufen. — Es lassen sich gekreuzte Fasern mit längerer und kürzerer Wurzel unterscheiden. —

Niemals verlassen gekreuzte Fasern die Hauptkerne in der Nähe der Medianlinie. Die gekreuzten Fasern treten vielmehr nur durch die mehr dorsalwärts gelegenen Zwischenräume der Längsbündelquerschnitte hindurch. Die ungekreuzten Fasern aus den Hauptkernen stammen unvermischt nur aus der proximalen Hälfte derselben. Sie verlassen die Kernmasse ausschliesslich zwischen den Längsbündelfasern, welche ganz nahe der Medianlinie liegen, also zwischen den ventralsten.

Sowie der Ursprung der beiden Faserarten aus den lateralen Hauptkernen ein getrennter ist, so verlaufen die gekreuzten und ungekreuzten Fasern auf ihrem ganzen, langen nucleären Wege getrennt.

Dieser constante anatomische Befund könnte bei microscopischer Untersuchung pathologischer Fälle vielleicht mit Vortheil verwendet werden.

Es liess sich bestimmt feststellen, dass dem paarigen und dünner sind, als alle bisher besprochenen, dorsoventraler Richtung und schliessen sich den gekreuzten Faserbündeln aus den Hauptkernen an.

Auch der unpaarige grosszellige Mediankern dem Oculomotorius angehörige Fasern von zarter Beschaffenheit.

Zum Schlusse der vorliegenden Abhandlung der anatomischen Befunde anderer Forscher.

Erwähnen will ich, dass die Monographie von W.-Pr., und Lauenburg-Pommern 4. Tafeln mit farbigen Abbildungen enthält.

IV. Original-Verhandlungen

Erste (constituierende) Versammlung
Psychiatrischen Vereins zu Zerbst
am 1. October 1881
Von Dr. H. H. Meyer

Anwesend 8 Irrenärzte
W.-Pr., und Lauenburg-Pommern

Vorstand der ... 4 Uhr die Versammlung ... und 3 4
er und Director ... geben,
meru, Posen, Ost ... Die
hatten, begründete ... betreffende
geschlossenheit ... staltsdienst
schiedene ... übergehen.
collegen zusammen ... einer Reihe
worden. ... werde sich ein
so hätte ... dieser Ein-
ohne für ... Krankendienst
beschäftigte ... gemeinen misse
und ihre ... mit und für den
Pommern, ...

Unter im ... in süddeutschen
werden ... zulassen; er habe
Lauburg und ... Anstalt vor und
Letztere ... galte bezüglich des
Psychiater ... individuelle Factors
Sammlung ... halten ausserordentlich
Nennungen ... der Gehaltsaufbesserung
von ... über den individuellen Fac-
fact constant ... ter, constanter Factor vor-

zwanglos ... Wartpersonals. Jedenfalls
jährlich ... zu entnehmen, dass auch K.
berätungen ... für notwendig und erstrebens-
sorgt werden ... ptom des Krankheitsbewusstseins
Mariusberg ...

1. Hoppe ... Matischer Erhebungen über das Vor-
Erkenntniss und die Abgrenzung eines
dieselben viel zu wenig geübt werden.
Von ... letzten Jahren so strittig und schwankend
sich bemüht, auf diese Weise über das
einzelner Symptome sich Aufklärung zu

Das ... dass das Krankheitsbewusstsein bei der echten
Wartung ... als man im allgemeinen annehme. Es handle
Stand ... richteten Grenzfälle, die mit Zwangsvorstellungen
weniger ... hergehen, auf welche bisher das Vorkommen von
unmöglich ... beschränkt wurde, sondern um klassische Fälle von
weniger ... und Beeinträchtigungsideen. Votr. theilt eine
Eise ... mit, u. a. den Fall eines den gebildeten Ständen an-
aber ... welcher zu dem Votr. kam und darüber klagte, dass er
beobachtet, verspottet und verfolgt glaube; und wenn er
müsse, dass er sich täusche und seine Vorstellungen einer
behren, könne er trotzdem diese Beeinträchtigungs- und

Wärterfrage (dieses Centralblatt, Decemberheft 1893) dargelegten Meinung, dass nur die wesentliche Besserung der materiellen Stellung und eine planmässige Erziehung in Wärterschulen den Irrenanstalten ein besseres Material zuführen könne. Er stützt sich dabei auf die Erfahrungen, welche man in München, Frankfurt a. M., Königsutter mit der wesentlichen Erhöhung der Wärtergelder gemacht hat. Nach der Auskunft, die Votr. neuerdings von den betreffenden Irrenanstaltsdirectoren bekommen hat, hat sich die Qualität des Wärterpersonals seitdem andauernd gehoben und der Wärterwechsel wesentlich verringert. Votr. erwähnt noch einen Plan, den man in Allenberg hat, nämlich ältere Wärter auf einem kleinen ca. 20 Morgen umfassenden Stück Land anzusiedeln und ihnen einige Kranke in Pflege zu geben. Schliesslich bespricht Votr. die Wärterverhältnisse im Königreich Sachsen, wo die materielle und sociale Stellung der Wärter seit einigen Jahren erheblich gebessert worden ist, und die von ihm geforderten Wärterschulen bestehen. Allerdings seien die Erfahrungen daselbst noch nicht abgeblossen.

In der Discussion bemerkte Siemens, dass sich die süddeutschen Verhältnisse gar nicht mit den norddeutschen vergleichen lassen und dass für letztere die Wärterlöhne (an den ihm bekanntin Anstalten) gar nicht so gering seien. Ausserdem habe er bei einer im letzten Jahre ausgeführten Reise die Zustände an einer der vom Votr. so gerühmten Anstalten durchaus nicht so glänzend gefunden. Er könne im Ganzen über seine Wärter nicht klagen.

Krömer-Neustadt stimmt dem Vorredner im Allgemeinen bei. Der Wärterwechsel sei noch von anderen Factoren abhängig als von der Qualität des Wartpersonals. Es spiele dabei die Individualität des Directors der Anstalt eine wesentliche Rolle. Der eine sei streng und bestrafe Vergehen mit Kündigung oder Entlassung, welche einem anderen nachsichtigeren Director durchaus nicht so strafwürdig erscheinen. Er selbst pflege von Zeit zu Zeit einmal Musterung zu halten und unbarmherzig alles zu entlassen, was sich an ungeeigneten Elementen angesammelt habe. Das wirke reinigend wie ein Gewitter. Daher komme auch der verhältnissmässig grosse Wärterwechsel in Neustadt. Derselbe beweise aber durchaus nicht, dass in Neustadt etwa die Wärterverhältnisse wesentlich schlechter seien als in anderen Anstalten mit geringerem Wärterwechsel. Auch spielen Zufälligkeiten mit, so dass unter demselben Regime zuweilen ein Jahr einen weit höheren Wärterwechsel aufweise als ein anderes. Was die Löhne anbetrifft, so habe er stets bei den massgebenden Behörden auf Besserung derselben gedungen und in dieser Beziehung auch etwas erreicht, im allgemeinen aber bei den meist aus Grossgrundbesitzern bestehenden Körperschaften wenig Entgegenkommen gefunden; es sei ihm vorgehalten worden, dass die Irrenanstalten so wie so schon die besten Arbeitskräfte absorbiren und die Löhne in die Höhe treiben. — Mit den Wärterschulen in Sachsen, die unter kirchlicher Leitung stünden, habe man durchaus keine günstigen Erfahrungen gemacht.

Sommer-Allenberg erörtert den vom Votr. berührten Plan näher, ältere Wärter auf einem kleinen Anwesen anzusiedeln. Es sei zu diesem Zwecke bereits Land ungefähr eine halbe Stunde von Allenberg angekauft

und im nächsten Jahre solle mit dem Bau der Wärterhäuser begonnen werden. Man beabsichtige, jedem Wärter 30 Morgen Land und 3 4 Kranke zur Hülfe bei der Bewirthschaftung derselben in Pflege zu geben, für jeden Kranken werde der Wärter ca. 8 Mark Pflegegeld bekommen. Die Besetzung solle Eigenthum der Anstalt bleiben, und wenn der betreffende Wärter sich ungeeignet erweise und in den eigentlichen Anstaltsdienst zurücktrete oder wenn er sterbe, auf einen anderen Wärter übergehen. Abgesehen davon, dass man hoffe, durch die Aussicht, nach einer Reihe von Dienstjahren ein solches kleines Ackergut zu bekommen, werde sich ein besseres Material anziehen und festhalten lassen, werde man in dieser Einrichtung gleichsam einen Vortheil haben, um die ältesten im Krankendienst abgearbeiteten Wärter zweckmässig unterzubringen. Im allgemeinen müsse man annehmen, dass ein Wärter nach 10 Jahren abgearbeitet und für den eigentlichen Krankendienst unbrauchbar geworden sei.

Hoppe-Allenberg giebt zu, dass die Verhältnisse in süddeutschen Anstalten nicht den directen Vergleich mit norddeutschen zulassen; er habe aber auch nur den Vergleich der Verhältnisse an derselben Anstalt vor und nach der Gehaltsaufbesserung gezogen. Dasselbe gelte bezüglich des Wärterwechsels, auf welchen unzweifelhaft viele individuelle Factoren wirken. Trotzdem sei derselbe an den meisten Anstalten ausserordentlich gross, während er an den genannten Anstalten nach der Gehaltsaufbesserung (bei gleichbleibendem Regime) sofort eine wesentliche Verminderung erfahren habe. Es müsse deshalb an allen Anstalten neben den individuellen Factoren ein allgemein in gleicher Weise wirkender, constanter Factor vorhanden sein, das sei die materielle Stellung des Wartpersonals. Jedenfalls freut sich Votr., aus den Worten Krömer's zu entnehmen, dass auch K. die Gehaltsaufbesserung beim Wartpersonal für nothwendig und erstrebenswerth halte.

2. Mercklin-Lauenburg: Das Symptom des Krankheitsbewusstseins bei der Paranoia.

Votr. betont die Wichtigkeit statistischer Erhebungen über das Vorkommen einzelner Symptome für die Erkenntniss und die Abgrenzung eines Krankheitsbildes und bedauert, dass dieselben viel zu wenig geübt werden. Er habe auf dem gerade in den letzten Jahren so strittig und schwankend gewordenen Gebiete der Paranoia sich bemüht, auf diese Weise über das Vorkommen und die Häufigkeit einzelner Symptome sich Aufklärung zu verschaffen.

So habe er gefunden, dass das Krankheitsbewusstsein bei der echten Paranoia viel häufiger sei, als man im allgemeinen annehme. Es handle sich dabei nicht um die leichten Grenzfälle, die mit Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen einhergehen, auf welche bisher das Vorkommen von Krankheitsbewusstsein beschränkt wurde, sondern um klassische Fälle von Verrücktheit mit Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Votr. theilt eine Reihe solcher Fälle mit, n. a. den Fall eines den gebildeten Ständen angehörigen Mannes, welcher zu dem Votr. kam und darüber klagte, dass er sich allenthalben beobachtet, verspottet und verfolgt glaube; und wenn er sich auch sagen müsse, dass er sich täusche und seine Vorstellungen einer realen Grundlage entbehren, könne er trotzdem diese Beeinträchtigungs- und

Verfolgungsvorstellungen nicht abschütteln. Von Zwangsvorstellungen könne in diesem Falle keine Rede sein. Häufig beziehe sich das Krankheitsbewusstsein nur auf einzelne Symptome oder auf das besonders heftige Anfangsstadium, welches nach der eingetretenen Beruhigung als krankhaft erkannt werde, während das Wahnsystem, welches in dem Kranken nunehr ausgebildet sei, als solches nicht erkannt werde. Zuweilen kommen auch Fälle von Paranoia mit intercurrenten hallucinatorischen Exacerbationen vor, welche von den Kranken jedesmal hinterher als Krankheit erkannt und bezeichnet werden. Vortr. führt als Beispiel den Fall eines nach einem Eisenbahnunfall erkrankten Mannes an, welcher sich in dieser Weise verhielt.

Krömer-Neustadt fragt, ob es sich nicht in letzterem Falle um eine traumatische Neurose handle, was M. verneint.

Hoppe-Allenberg meint, dass das Krankheitsbewusstsein bei der Paranoia, namentlich in den Anfangsstadien, sehr häufig zu sein scheine. Da dieselben in den Anstalten selten zur Beobachtung kommen, so erklären sich die gegenseitigen Behauptungen. Allerdings handle es sich um kein vollständiges Krankheitsbewusstsein, sondern nur um den Kampf des noch gesunden Theils des Geistes mit den krankhaften Wahrnehmungen und Vorstellungen, welche sich demselben aufdrängen. Die Erfahrung, dass viele Paranoiker ihren Erregungsstadien gegenüber ein gewisses Krankheitsbewusstsein besitzen, hat H. auch gemacht.

8. Internationaler Ophthalmologencongress zu Edinburg vom 7.—11. August 1894.

Im Nachstehenden seien aus der grossen Anzahl der gehaltenen Vorträge einige herausgegriffen, für die auch ein näheres Interesse von Seiten der Neurologen bestehen mag.

J. Michel (Würzburg): Ueber die feinere Anatomie des ganglion ciliare.

Die Ansichten über die Natur des ganglion ciliare waren bis jetzt widersprechend, indem dasselbe bald als ein cerebrospirales, bald als ein sympathisches, selbst als ein gemischtes bezeichnet wurde. Mit Hilfe der Golgi'schen Methode gelang es nun M. festzustellen, dass die Nervenzellen des ganglion ciliare sympathische sind, was sowohl an dem ganglion der Katze als an demjenigen des Kalbes nachgewiesen wurde. Mit der Golgi'schen Methode wurde zugleich gefunden, dass die einzelnen Nervenzellen von einem Geflecht feinsten Fasern überzogen sind, welche die Form von Körben zeigen (pericelluläre Faserkörbe). Dieses Geflecht feinsten Fasern ist als die letzte Endigung der in das ganglion eintretenden motorischen Fasern des nervus oculomotorius zu betrachten. Damit erscheint nun auch die auffallende Thatsache erklärt, dass die glatten Muskelfasern des musc. sphincter iridis und des musc. ciliaris vom nervus oculomotorius innervirt werden, während doch an keiner Stelle des menschlichen Körpers glatte Muskeln von motorischen Nerven versorgt werden. Man muss sich demnach vorstellen, dass durch eine Einwirkung genannter Körbe auf die sympathischen Zellen von letzteren aus die Innervation des m. sphincter pupillæ et ciliaris sich vollzieht.

Sauvignat (de Paris): Paralysie associée de l'élevation et de l'abaissement.

Es existirt ein klinisches Bild von Augenmuskellähmungen folgender Art: einmal findet sich eine Lähmung der das Auge hebenden und senkenden

Muskeln auf beiden Augen, dann eine Lähmung der Convergenzeinstellung. Die seitliche Bewegung der Bulbi ist dagegen vollständig normal.

Diese Form der Lähmung kann durch icterus entstehen und scheint dann in unverändertem Zustande unbestimmte Zeit lang zu bestehen. Der anatomische Sitz der Läsion hiebei ist wahrscheinlich in die supranucleären Coordinationscentren zu verlegen.

Diese supranucleären Lähmungen zeigen ein sehr mannichfaches Bild und sind stets doppelseitig. Die Beschwerden der Patienten bestehen in dem Auftreten von Doppelbildern; letztere haben nichts Characteristisches und sind nur von untergeordneter Bedeutung.

G. Mann (Edinburg): Veränderungen der Zellen des Sehcentrums durch Belichtung der Augen.

M. demonstrirt mittels Projection microscopische Präparate und zeigt, dass in allen Fällen, wo das Auge 15 Minuten bis 5 Stunden lang belichtet wurde, die Kerne der sympathischen Ganglienzellen an Volumen zunehmen, während gleichzeitig die Zellen und Kerne ihre Chromatinsubstanz verlieren. Die Zellen selbst sollen in gleichem Verhältniss an Ausdehnung zunehmen, wie die Lymphspalten an solcher abnehmen. Dieselben Veränderungen lassen sich auch an den motorischen Ganglienzellen des Gehirns und Rückenmarks hervorbringen. Waren die Augen gegen Licht geschützt, so zeigten die Ganglienzellen ein anderes Aussehen, was beweist, dass in obigen Präparaten keine pathologischen Verhältnisse vorlagen. (Da eine ausführliche Publikation bevorsteht, verspare ich eine Kritik der Befunde Mann's auf später.)

Chevallereau (de Paris): Operative Heilung länger bestehender Ophthalmoplegie in Folge von Tabes.

Ch. erzielte Heilung in zwei Fällen von seit Monaten bestehender Lähmung des Oculomotorius in Folge von Tabes dadurch, dass er den m. rectus externus rücklagerte.

L. Bach (Würzburg): Ueber die feinere Structur der Ganglienzellen der Netzhaut.

Während man bisher der Ansicht war, dass die Ganglienzellen der Netzhaut eine faserartige Structur besitzen, haben meine Untersuchungen der Netzhaut verschiedener Thiere gezeigt, dass eine körnige Structur vorhanden ist (Färbung mit Thionin oder Magentaroth oder nach Nissl). Die Körner sind bei den verschiedenen Thieren nicht ganz gleich. Wie aus Präparaten von abgelösten Netzhäuten ersichtlich ist, sind diese Körner sehr empfindlicher Natur und gehen bald bestimmte Veränderungen bei pathologischen Processen ein. Zuerst wird die Körnelung etwas feiner, dann werden die Körnchen mehr an den Rand gedrängt und schwinden schliesslich mehr und mehr. Die Zelle zeigt allmählich ein glasiges, colloides Aussehen.

Bach.

Ueber einige Formen der Alcoholintoleranz und ihre Prognose.

Von Dr. Smith, Schloss Marbach am Bodensee.

(66. Naturforscher- und Aerzteversammlung, Wien.)

(Vorläufige Mittheilung.)

Verf. stellt zunächst fest, dass eine Trunksucht in dem bis jetzt gebrauchten Sinne als chronischer Zustand nicht existire. Dieselbe ist nur ein durch geringen Alcoholgenuss hervorzurufendes Symptom einer auf exo-

gener oder endogener Basis gesteigerten, physiologisch im Menschen bereits vorhandene Alcoholintoleranz.

Von exogenen Momenten kommen die narkotischen Gifte und unter diesen der Alcohol selbst in erster Linie bei der Steigerung dieser Alcoholintoleranz in Betracht. Nach halbjähriger Anstaltsbehandlung und Versetzung in ganz neue Verhältnisse ist für diese die Prognose günstig. Häufig führt die mangelnde Einsicht in das Wesen der Krankheit erst zu mässigem Trinken und dann bald zum alten Zustande, der nach einer zweiten Kur definitiv beendet wird.

Von den endogenen Ursachen scheidet Verf. aus practischen Gründen die epileptischen Zustände von der allgemeinen neuro-psychopathischen Belastung ab.

Bei der neuropathischen Alcoholintoleranz ist die Prognose bei der leichten Suggestibilität der Patienten günstig, wenn der Arzt genügend orientirt über den Zustand ist, ungünstig, wenn dies nicht der Fall ist.

Die psychopathische Intoleranz bei moralischem Schwachsinn in mehr oder weniger ausgeprägter Form giebt fast ausnahmslos eine schlechte Prognose und führt Verf. auf diese die Beeinflussung der Statistik der Temperenz-Anstalten quoad Rückfälle zurück.

Ganz anders ist die Sache bei der epileptischen Intoleranz. Hier haben wir zunächst zu unterscheiden, ob epileptische Zustände nach dem Alcoholgenuss erst auftraten oder ob sie schon vorher vorhanden waren. Verf. rechnet zu der ersten Abart, der eigentlichen Alcoholerkrankung, gestützt auf eine Reihe von beobachteten Uebergängen, alle diejenigen Fälle, wo durch geringe Quantitäten Alcohol pathologische Rauschzustände, Dämmerzustände mit Wandertrieb und schliesslich ausgeprägte epileptische Anfälle entstehen. Im Gegensatz zu der fürchtbaren Schwere dieser Erkrankung (die eine Form der bis jetzt sog. Dipsomanie vorstellt) ist die Prognose ausserordentlich günstig, da sie den Kranken am sichersten zur Ueberzeugung und Einsicht kommt. Rückfälle werden häufig durch Zufälle (Abendmahlgenuss, Weinsauce) erzeugt, da hier Tropfen genügen, um die Intoleranz zu demonstriren.

Bei der vorher bestehenden Epilepsie hat einmal der Alcohol als Betäubungsmittel zur Beschwichtigung der Angst gute Dienste gethan und greift der Kranke jetzt beim kommenden Anfall wieder dazu. Die Anfälle werden aber dadurch gesteigert und vermehrt. Nach der Alcoholentziehung treten sie oft erst nach Jahr und Tag wieder auf und sollte der Kranke dann zu seiner Sicherung jedesmal auf 8–14 Tage eine Anstalt aufsuchen.

Verf. glaubt mit seinen Ausführungen den wissenschaftlichen Beweis für die Nothwendigkeit der Alcoholabstinenz in therapeutischer und prophylactischer Beziehung geliefert zu haben und wünscht nur, dass in einer Reihe von Provinzialanstalten unter sachverständiger ärztlicher Aufsicht diese so wichtigen Thatsachen weiter beobachtet und untersucht werden möchten, statt dass fast das ganze Material zur Zeit in Laienanstalten der wissenschaftlichen Erforschung verloren ginge.

Redactionelles. Dieses Heft wurde in Vertretung des Docenten Dr. Sommer, der zur Berichterstattung dem psychiatrischen Congress in Dresden und der Naturforscherversammlung in Wien beiwohnte, von Dr. Unkelhäuser - Würzburg redigirt.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 November.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

I.

Ueber einige Formen der Alcoholintoleranz und ihre Prognose.

Von Dr. A. Smith, Schloss Marbach am Bodensee.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Wien 1894.
Section für Neurologie und Psychiatrie.

Meine Herren!

Wir pflegen zur Zeit die Ausdrücke: Gewohnheitstrinker, Trunkfälliger, Trunksüchtiger, Trunkenbold, Alkoholiker, chronischer Alcoholist — für einen Theil, Quartalssäufer, periodisch Trunksüchtiger, Dipsomane — für einen anderen Theil der uns hier beschäftigenden Kranken zu gebrauchen und involviren damit einerseits einen gar nicht zu rechtfertigenden moralischen Vorwurf für die letzteren, andererseits identificiren wir Krankheiten mit Symptomen derselben. Bezeichnen wollen wir damit Jemand, der besonders häufig, sei es bei jeder Gelegenheit, sei es in periodischer Wiederkehr zu gewissen Zeiten dermassen die Selbstbeherrschung verliert, dass er ohne Rücksicht auf seine Stellung, Umgebung oder Verhältnisse sich bis zur Besinnungslosigkeit oder Directionsunfähigkeit betrinkt.

Sprechen wir von einem chronischen Alcoholismus, einer chronischen Alcoholvergiftung, so müssen wir dabei an eine solche Reihe von Veränderungen und Organerkrankungen denken, dass wir meist im Stande sind, ohne Anamnese, selbst wenn der Kranke vielleicht schon seit 3-4 Wochen keinen Tropfen Alcohol mehr getrunken hat, noch eine exacte klinische Demonstration des Falles möglich zu machen. Hier würde also gerade das bis jetzt am meisten, ja fast allein betonte Moment völlig entbehrt werden können.

Die Diagnose „Trunksucht“, die zur Zeit am meisten gebräuchlich ist, und deren ich mich bei früheren Publicationen auch bedient habe, ist zur Bezeichnung eines chronischen Zustandes auch nicht zu verwenden.

Eine Trunksucht in dem Sinne, wie wir sie bis jetzt glaubten annehmen zu müssen, existirt überhaupt nicht.

Es handelt sich bei den Zuständen, die wir bis jetzt so bezeichneten, ausschliesslich um eine Alcoholintoleranz, die, physiologisch in jedem Menschen schon mehr oder minder vorhanden, theils durch eine exogene Ursache, wie Alcohol-, Morphiumpoison, oder durch das endogene Moment einer neuro-psychopathischen Belastung zu einem schwer krankhaften Zustand gesteigert wird.

Das hervorstechendste Symptom dieser, wie wir später sehen werden, qualitativ und quantitativ verschiedenen gearteten Alcoholintoleranz ist dann erst die Trunksucht, die aber immer mit einer einzigen, auch einzuschränkenden Ausnahme so lange latent bleibt, bis eine geringe Alcoholzufuhr sie wachgerufen hat.

Am besten wird mir wohl gelingen, das, was ich will, Ihnen klar zu legen, wenn Sie mir gestatten, zum Vergleiche die Morphinumsucht heranzuziehen.

Ist Jemand aus irgend welchen Gründen einmal an den Genuss von Morphiumpoison gewöhnt worden, so empfindet derselbe, wenn einige Zeit nach dem Einnahmen der letzten Dosis verflossen ist, ein eigenthümliches Gefühl von geistiger und körperlicher Unruhe. Dieses nimmt von Minute zu Minute mehr zu; der Kranke vermag nur noch ganz krampfhaft, bald überhaupt nicht mehr sich zu unterhalten. Ihn abzulenken ist ganz unmöglich; jede Arbeit, jeder Gedankengang ist gehindert; die Unruhe steigert sich zum Unerträglichen und mit elementarer Gewalt drängt alles zur neuen Einspritzung; und so unwiderstehlich ist zu dieser Zeit der Trieb, dass es keine Ueberlegung, keinen Gedanken an Ehre und Gewissen giebt, der den Kranken in diesem Zustande abhalten könnte, zum gemeinen Verbrecher zu werden, um sein Gift zu bekommen.

Sie werden mir nun sagen, genau ebenso ist es ja aber bei der Alcoholsucht auch.

Sehen wir uns, um dies zu untersuchen, nun den Alcoholtrinker nach dem letzten Excess an.

Nach einer schweren Betäubung wacht er körperlich und geistig schwer darniederliegend auf. Alles ist ihm zum Ekel, an den Genuss geistiger Getränke denkt er nur mit einem gewissen Grauen. Nach stundenlangem Hindämmern, unfähig, sich zu irgend einer körperlichen oder geistigen Arbeit aufzuraffen, fängt aber allmähig der Zustand an, erträglicher zu werden. Frische Luft und kaltes Wasser thun das ihrige, und je länger der Excess hinter einem liegt, um so mehr kehren Lust und Kraft zur Beschäftigung zurück, Körper und Geist kommen mehr und mehr wieder in Ordnung, während ein gewisser Widerwillen gegen den Alcohol noch fortbesteht.

Haben wir den Morphinisten so lange warten lassen, so haben wir jetzt schon die schwersten Zustände zu erwarten. Eine völlige Tobsucht tritt ein; Collapse, die eine directe Lebensgefahr involviren, sind nicht selten: kurz, jede Fiber des gequälten Organismus schreit nach Morphiumpoison.

Geben wir jetzt eine Einspritzung, die bei noch nicht zu vorgeschrittener Gewöhnung lächerlich klein sein kann, so vollzieht sich rasch

eine auffallende Veränderung in dem Befinden des Kranken. Nach einem erleichterten Aufathmen bleibt er noch eine kurze Zeit ruhig, aber theilnahmslos liegen; dann kommt langsam Ausdruck in die schlaffen Züge, und derselbe Mensch, der vorher wie ein wildes Thier umhertobte, tritt uns als feingebildeter, gesellschaftlich versirter, auf der Höhe der Wissenschaft stehender Mann entgegen. An Morphium denkt er jetzt gar nicht und er nimmt seine Beschäftigung auf, als wenn gar nichts dazwischen gekommen wäre. Wie anders beim Trinker. Nachdem sich die quälenden Symptome, welche durch die acute Intoxication veranlasst waren, immer mehr beruhigt hatten, so dass eine körperliche und geistige Arbeit wieder geleistet werden könnte, geht er Abends aus mit dem festen Vorsatze, sich sobald nicht wieder zu betrinken. An gewohntem Stamplatz bestellt er sich sein Glas Bier. Das erste will noch nicht recht gehen; das zweite auch nicht. Es gehört ein gewisser Entschluss, ein Ueberwinden körperlichen Unbehagens dazu, es herunterzubringen; dann aber „fängt es wieder an zu schmecken“. Ein paar Mal wird noch der Entschluss gefasst, dass jedes gerade bestellte Glas für heute das letzte sein solle: dann aber sind alle guten Vorsätze vergessen; alles Denken, jede Energie geht im ungestümen Drängen nach weiterem Trinken unter. Nur die plumpsten Witze, die rohesten Spässe finden noch Verständniss; jede noch so tief unter seiner Stellung stehende Gesellschaft, sofern sie nur mittrinkt, giebt zum Fraternisiren Anlass — und am andern Morgen ist derselbe Zustand wie am Tage vorher wieder da.

Der Unterschied ist also kurz der:

Dem Morphinisten ist das Morphium ein unentbehrliches Bedürfniss geworden, dessen plötzliche Entziehung mit wesentlichen Gefahren verbunden wäre. Demgemäss ist in der Abstinenzperiode eine ausgesprochene Sucht wach, die zu jeder Concentration unfähig macht. Nach Einverleibung einer geringen Dosis ist diese sofort wieder erloschen. Die in einem erhöhten Selbstgefühl wurzelnde Euphorie ist hier also der Ausfluss einer thatsächlich vorhandenen gesteigerten geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit.

Beim Alcoholintoleranten dagegen bewirkt die Einverleibung geringer Quantitäten sofort eine Verminderung der intellectuellen Fähigkeiten, die bei fortgesetztem Genuss immer tiefer herabgesetzt werden. Gleichzeitig entsteht eine Sucht nach immer grösseren Quantitäten des Giftes, der erst die besinnungslose Beraustheit des Trinkenden oder die physische Unmöglichkeit, mehr zu bekommen, ein Ende macht. Die Fähigkeit, Arbeit, gleichviel welcher Art, zu leisten, verringert sich hierbei bis zur völligen Unmöglichkeit. Die Euphorie des Trinkers beruht in der Lähmung seiner Kritik, die ihn im plattesten Unsinn, den er spricht, etwas Geistreiches empfinden lässt: es ist einfach das erhöhte Selbstgefühl des Schwachsinnigen. Nach dem abgelaufenen Excess dagegen besteht mehr oder weniger ausgeprägter Widerwille gegen den Alcohol, und je länger der letzte Alcoholgenuss hinter dem Trinkenden liegt, um so mehr steigert sich sein Wohlbefinden und seine geistige Leistungsfähigkeit. Durch ernennten Alcoholgenuss löst sich der frühere Symptomencomplex wieder aus.

Wenn wir im Morphium für den Morphinisten also thatsächlich ein Reizmittel haben, welches das Gehirn zu stärkerer Arbeitsleistung bringt und zugleich damit das Moment der körperlichen Unruhe zum Stillstand

kommen lässt, so haben wir im Alcohol umgekehrt ein Betäubungsmittel für die höheren Functionen, wie dies ja auch die Experimente Kraepelin's schlagend dargethan haben, welches die geistige Thätigkeit herabsetzt und gleichzeitig, wenigstens eine Weile, die motorische erhöht, beides Thatsachen, welche in Verbindung mit dem Ihnen vor einigen Tagen vorgeführten Versuch Sommer's eine gewisse Bedeutung für die Hirnmechanik erhalten können.

Was nun immer als Alcoholabstinenzerscheinung gedeutet wird, ist nichts als der durch die acute Vergiftung gesetzte Magencatarrh und durch anatomisch nachweisbare Veränderungen der Hirnzellen herbeigeführten Hirnsymptome, die langsamer verschwinden, als der Alcohol wieder aus dem Körper ausscheidet. Ebenso könnten wir aber auch die Schmerzen nach einer Verbrennung oder Verletzung, die noch lange vorhanden sind, auch wenn die ätzende Flüssigkeit oder das Messer nicht einwirken, eine Abstinenzerscheinung, ein Verlangen nach diesen nennen.

Ich glaubte dieser Auseinandersetzung etwas mehr Raum geben zu müssen wegen der enormen Wichtigkeit, welche dieser Umstand für die Therapie hat. Wer solchen nicht zu widerlegenden Thatsachen gegenüber bei der Trinkerbehandlung sagen kann: „ich bin zufrieden, wenn ich meine Patienten so weit habe, dass sie bei der Entlassung mässig bleiben können“,*) schliesst damit einfach jede Möglichkeit, wissenschaftlich ernst genommen zu werden, aus.

Wir haben also gesehen, dass wir es im Ganzen nur mit einer Alcoholintoleranz zu thun haben, eine Sucht aber nicht vorliegt. Vorgetäuscht wird uns dieselbe nur dadurch, dass sich Jemand nicht „mässig“ halten kann; abstinent bleiben kann er leicht. Nun sind wir augenblicklich bei uns so weit, dass Jemand, der keinen Alcohol trinkt oder keinen vertragen kann, für ein pathologisches, ja sogar psychiatrisch verdächtiges Individuum gehalten wird. Würde nun Jemand sich beim Arzt beklagen, dass er nach Erdbeeren Ausschlag bekomme, so wäre es doch sicher das Erste, dass ihm dieselben verboten würden: thut einer dasselbe beim Alcohol, so wird er sicher 99mal unter 100 Fällen ermahnt, nur einen kräftigen Anlauf zu nehmen, vielleicht statt Wein Bier und statt Bier Wein zu trinken, bis der Betreffende in einen schweren Zustand geräth, der ihm dann als selbstverständlich zur Last geschrieben wird. Ebenso wird von unseren Temperenzanstalten erwartet, nicht dass der Kranke dieselbe gesund verlässt, sondern in einem Zustande, dass ihm nun das Trinken „nichts mehr schade“, was eben den physiologischen Thatsachen entsprechend nicht möglich ist.

Von den exogenen Ursachen, die zu dieser Alcoholintoleranz führen, spielt der Alcoholmissbrauch selbst die grösste Rolle. Gesellschaftliche Unsitten jeder Art, der brutale Zwang studentischen Trinkkomments, Sensations- und Verschwendungssucht, Langeweile, leere Renommirsucht bringen stätig, langsam, aber sicher die anfangs noch gegen den Alcohol sich wehrende Natur zum Schweigen. Man lernt langsam „mehr vertragen“, d. h. die Sicherheitsventile, welche im Individuum die Rolle des Warners

*) Schmitz: „Mässigkeit oder Enthaltbarkeit“.

spielen, werden ausser Function gesetzt. Die bekannten Characterveränderungen zum Schlechteren geben Anlass zu häuslichem Unfrieden, Zerrüttung der Vermögensverhältnisse etc. und diese werden dann wieder zum Vorwand zum Trinken genommen.

Es sind alle Stände gleichmässig, die Gebildeten relativ sogar etwas überwiegend, die diesem exogenen Moment zum Opfer fallen; wenige Menschen bei uns sind überhaupt frei davon. Unsere ganze Nation steht dadurch auf einem gewissen Unterniveau, das sie eine Beute jeder alcoholfreieren und dadurch intelligenteren Race werden lässt. Jedem, der in Italien gewesen ist, wird die Intelligenz der niederen Schichten dort aufgefallen sein. Und die Superiorität der jüdischen Race, die in ihren höheren Schichten durch die Annahme christlicher Kultur und christlichen Champagners auch schon in merkbarem Abnehmen begriffen ist, beruht nur auf ihrer geringeren Genusssucht.

Allen diesen Kranken ist gemeinsam die Entwicklung des Missbrauchs aus dem Gebrauch; gemeinsam der Ruf, ein gemüthlicher, famoser Kerl zu sein, von welchem äusseren Renommée die gereizte Brutalität im eigenen Hause seltsam absticht; gemeinsam die Entwicklung eines mehr und mehr zunehmenden Schwachsinnns gleichzeitig mit dem Auftreten einer ganzen Reihe von charakteristischen somatischen und nervösen Störungen; und gemeinsam die Entrüstung, wenn man ihnen bei einer Consultation klar macht, dass alle die interessanten „nervösen“ Zufälle, die so manche Stunde am Biertisch den Stoff zu angenehmer Unterhaltung bildeten, nur eine Consequenz dieser schönen Stunden seien.

Gelingt es aber, was besonders bei den fortgeschrittenen Fällen kein kleines Stück Arbeit ist, eine Einsicht in den thatsächlichen Verhalt des Zustandes zu erzielen, so ist bei denen, deren Verhältnisse es gestatten, sie aus dem gewohnten Kreise und den gewohnten Verhältnissen heraus in ganz neue zu versetzen, die Prognose günstig. Aber mehr wie irgendwo anders muss hier an das Schiller'sche: „Denn aus Gemeinem ist der Mensch gemacht und die Gewohnheit nennt er seine Amme“, gedacht werden. Dadurch, dass durch den Alcoholgenuss immer mehr geistige Fähigkeiten lahmgelegt werden, spielt sich der Kreis der Lebensinteressen in immer engeren Grenzen ab: das, was einem freier denkenden unbedeutend vorkommt, nimmt den Character von etwas Unentbehrlichem, Hochwichtigen an. Dazu kommt noch der an den leichten epileptischen Status erinnernde Hang zu Kleinlichkeiten, der durch den Alcohol erzeugt wird: es muss alles an eine bestimmte Zeit und an einen bestimmten Ort gebunden sein. Die Stammgäste in den Wirthschaften sind der Typus hierfür, die mit dem Glockenschlag kommen, tief unglücklich sind, wenn an ihrem Tisch oder gar auf ihrem Stuhl ein Fremder sitzt, und mit dem Glockenschlag aufstehen, um anderswo weiter einzufallen. Diese, fast möchte ich sagen, Zwangsvorstellung giebt die Veranlassung, mit einer Alcoholsucht wechselt zu werden. Es ist nur ein gewisses Sensationsbedürfniss und eine geistige Schwerfälligkeit, die immer wider den Schritt in dieselbe Gesellschaft, in dasselbe Wirthshaus lenken; ferner die Sucht, trotz des geistigen Defectes geachtet und geschätzt zu werden, was nur in einem Kreise von

Leuten möglich ist, die nur den dulden, der über ihr eigenes Niveau nicht hinausragt, und das angenehme Gefühl, den in Hochachtung ersterbenden Wirth und den gefügigen Kellner commandiren zu können, ohne Widerspruch befürchten zu müssen.

Um solche Kranke zu heilen, müssen sie einmal ein halbes Jahr unter Verhältnissen leben, in denen sie einsehen, dass es nicht nur ohne Alcohol eine gesellschaftlich anregenderes Leben giebt, sondern dass auch Körper und Geist frischer und leistungsfähiger dabei bleiben. Kommen sie mit dieser Einsicht in ihre alten Verhältnisse zurück, so wandeln sie bald die gewohnten Gänge; eine Zeit lang lassen sie das Trinken noch, dann kommt der Bann der gewohnten Erinnerungen immer stärker über die neuen Eindrücke und sie versuchen wieder zu trinken. Zu ihrer grossen Ueberraschung und Freude können sie jetzt, wann sie wollen, aufhören: sie fühlen sich Herr über die Sucht. Ist ihnen nun vorher von sachverständiger Seite gesagt worden, Zustände, wie sie sie haben, seien nur durch fortwährend fortgesetzte Abstinenz zu heilen, so glauben sie jetzt den Beweis in Händen zu haben, dass das nicht richtig ist, da sie doch thatsächlich widerstandsfähig gegen die Versuchung geworden sind.

Aber hat es früher Jahre gedauert, bis es zu einer Intoleranz gekommen ist, so dauert es jetzt Wochen, im besten Fall Monate, um den status quo ante wiederherzustellen. Und wer dann mit voller Einsicht und mit der Ueberzeugung von der absoluten Nothwendigkeit der dauernden Abstinenz noch einmal eine Temperanzaanstalt für einige Monate aufsucht, von dort in ganz neue Verhältnisse geht, der ist ausnahmslos gerettet. Der scheinbare Rückfall (in Wirklichkeit ist es eine durch dieselbe Schädlichkeit wie früher hervorgerufene neue Erkrankung) hat ihm die Augen geöffnet und ihm gezeigt, dass es thatsächlich der Alcohol ist, der an seiner körperlichen und geistigen Zerstörung gearbeitet hat.

Ausser durch den Alcohol finden wir diese Intoleranz auch durch den Genuss anderer narcotischer Mittel erzeugt. Besonders wichtig und häufig ist dies beim Morphinismus. Da umgekehrt der Alcoholgenuss bei einem geheilten Morphinisten die Gefahr des Rückfalls steigert, hier also ein circulus vitiosus vorhanden ist, ergiebt sich für die Praxis die Nothwendigkeit, bei der Morphiumentziehung auch den Alcohol bei Seite zu lassen, wohl von selbst, was ja auch vor einigen Tagen hier von Herrn Prof. Forel betont worden ist. Ich selbst bin in Rom auf diesen Punkt näher eingegangen.

Wir kommen zur zweiten Gruppe, der endogenen neuro-psychopathischen Alcoholintoleranz. Der grossen Wichtigkeit wegen, welche die hierher gehörige epileptische Form hat, nehme ich dieselbe hier aus, um sie für sich zu besprechen.

Hier liegt die Intoleranz gegen den Alcohol latent vor und es braucht nur einiger Excesse, nicht, wie bei der vorigen Gruppe, jahrelang fortgesetzten Missbrauchs, um bald nach jedem Genuss eine unstillbare Sucht nach mehr zu erzeugen. Bei der neuropathischen Form kommt es allerdings deswegen häufig nicht so weit, weil die Unannehmlichkeiten, wie Congestion, Schwindel, Zittern der Kniee und Unsicherheitsgefühl, Angst und Zwangsvorstellungen bei der geringsten Alcoholeinnahme so gross sind, dass der

Kranke bald von selbst darauf verzichtet und nun nur noch, „wenn er muss“, bei festlichen Anlässen etc. sich all' diesen Unannehmlichkeiten aussetzt. Geräth er allerdings mit seinen Klagen hierüber an den richtigen Arzt, der ihm zu muthigem Ausharren räth, ihm, wenn er vorher Bier trank, empfiehlt, tüchtig Wein zu trinken, so wird der Kranke bald über diese prämonitorischen Warnungszeichen Herr, um dann rapide einer schweren Alcoholvergiftung anheimzufallen.

Für diese Kranken ist die Prognose insofern zweifelhaft, als sie äusserst impressionabel sind, und wenn der Reiz des neuen, das für sie in einer Abstinenzkur liegt, vortüber ist, reisen sie von Anstalt zu Anstalt, von Arzt zu Arzt. Wäre nun die Einsicht von der Alcoholwirkung als einer specifisch giftigen für das Nervensystem, wie es für die peripheren Nerven schon länger feststeht, für die Centralorgane von Nissl und Dehio in noch nicht veröffentlichten Untersuchungen nachgewiesen ist, allen Aerzten gelänfig, und spielten in den Anstalten die Einnahmen aus dem Alcohol nicht eine so grosse Rolle, so würden die Kranken die ihnen von allen Seiten ärztlich gerathene Abstinenz leicht beibehalten. Da diese Kenntniss aber der Consequenzen wegen dem Arzte unbequem werden würde, ist es klar, dass der Patient schliesslich der Majorität, die ihm räth, hier und da ein gutes Glas Wein zu trinken, das nie schade, das grössere Vertrauen schenkt und an diesem Vertrauen zu Grunde geht.

Die schlechteste Prognose bei unserer Erkrankung geben die psychopathisch Belasteten. Diesen fehlt völlig die Einsicht in das Abnorme ihres Zustandes. Die fortgesetzten Excesse aller Art bilden für sie das eigentliche Lebenselement. Wenn sie wirklich zu einer Kur zu bewegen sind, so ist es nur die Drohung der Verwandten mit Entmündigung oder Irrenanstalt, was sie veranlassen kann, eine Temperenzanstalt aufzusuchen. Gerade dieser Fälle wegen ist es nöthig, den freiwilligen Eintritt in eine solche zu betonen: alle anderen würden, auch wenn sie zwangsweise der Anstalt zugeführt worden wären, sich nach einigen Tagen freuen, dort zu sein. Denn nur durch die fortwährende Berufung auf den eigenen Willen gesund zu werden, und dadurch, dass der Kranke weiss, wenn er trinken will, kann er dies, — nur muss er dann sofort die Anstalt verlassen und wird seinen Verwandten zurückgegeben, — ist es möglich, ihn abstinent zu halten. Etwas Prahlisches, Grossthueriesches im Wesen, die Freude an läppischen und geistlosen Witzen und die Neigung, brutal zu werden, wenn sie sich nicht anders aus meist selbst provocirten Wortgefechten herausziehen können, characterisirt diese Kranken auch noch nach länger fortgesetzter Abstinenz. Viele solcher Patienten in der Anstalt zu haben, ist ein wahres Kreuz; sie haben kein Interesse für irgend etwas, was Arbeit heisst: ein Spiel, das nur den allergeringsten Aufwand von Gedanken erfordert, ist ihnen langweilig und „geisttödtend“.

Sind solche Kranke auch noch in günstigen Vermögensverhältnissen, so ist so gut wie nichts zu hoffen. Hier könnte nur ein Handfertigkeitsberuf Wandel schaffen, und ein solcher wird von Seiten der Verwandten bekanntlich für den Familienruf viel mehr schädigend gehalten, als ein dauerndes Verschwinden des Kranken in Anstalten. Das einzige, was man versuchen kann, ist, durch jahrelange Suggestion Fanatiker der Abstinenz-

sache aus ihnen zu machen, sie mit der Agitation, Vereinen und Anstalten, die derselben dienen, in Verbindung zu bringen, was manchmal durch ein schweres körperliches Leiden, Präcordialangst oder etwas ähnliches erleichtert wird. Im Allgemeinen sind es diese Patienten, welche uns unsere Statistiken in den Temperenzanstalten verderben.

Den interessantesten Theil aller mit dem Alcohol in Verbindung stehenden pathologischen Zustände bilden unstreitig die bis jetzt häufig mit allen möglichen unzutreffenden Namen belegten epileptischen und epileptoiden Anfälle. Hierher gehört alles, was wir bisher unter Alcoholepilepsie, Dipsomanie, periodischer Trunksucht, Quartalstrunksucht u. a. m. einbegriffen haben.

Hier haben wir zwei Unterabtheilungen zu machen, bei deren einer der Zustand eine Folge des Alcoholgenusses (ich betone ausdrücklich, nicht des Alcoholmissbrauchs!) ist, während bei der anderen der Zustand als Ursache des Missbrauchs angesehen werden muss.

Die erste dieser Unterabtheilungen ist practisch die wichtigste, weil ihre Festsetzung erst nach Einführung der Abstinenzbehandlung gewissermassen möglich war, obgleich jetzt keine Schwierigkeit mehr besteht, sie ohne weiteres nach Feststellung der Anamnese und des status praesens zu diagnosticiren.

Es handelt sich hier um ein gegen den Alcohol besonders differentes Gehirn, in welchem der psychopatische Zustand die Schwelle des Normalen nur leise streift oder in Wellen von verschiedener Höhe und verschiedenem Ablauf sich ihr von Zeit zu Zeit nähert. Sehr häufig gelingt es uns, bei genauerem Nachforschen Antecedentien zu eruiiren, welche den Verdacht auf Epilepsie auch sonst nahelegen; manchmal ist dies nicht möglich, nur der Character des Kranken zeigt eine Reihe von Eigenschaften, welche dem Epileptiker zukommen, und die Analogie der alcohologenen Anfälle mit denen, deren epileptischer Zustand zweifellos ist, lassen kaum einen Zweifel zu, dass wir es nur mit graduellen Unterschieden zu thun haben. Durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Prof. Kräpelin, dem ich hierfür auch an dieser Stelle meinen besten Dank ausspreche, war es mir gestattet, meine eigenen Beobachtungen hierüber an dem reichen Material der Heidelberger Klinik zu ergänzen und fehlen mir nur noch wenige Uebergänge, die es mir gestatten würden, nicht allein von meiner Ansicht hierüber, sondern von einer unumstösslichen Thatsache zu sprechen.

Nachdem eine kurze Zeit lang das Gehirn auf Alcoholgenuss nur mit allgemeinen unangenehmen Empfindungen reagirt hat, antwortet es auf einmal ziemlich unvermittelt mit schweren psychischen Erscheinungen. Nach einer kürzeren oder längeren Aura mit Angstanfall, Schmerzen in der Herzgegend, Aufsteigen des Blutes nach dem Kopf kann jetzt ein ausgebildeter typischer Anfall mit Bewusstseinsstörung, Zuckungen, Schaum vor dem Munde und Zungenbiss folgen. Aber es kann auch dieser ausbleiben; dann steigert sich die Angst, eine immer tiefere Depression tritt ein, der Puls beschleunigt sich, das Herz macht eigenthümlich zitternde Bewegungen, eine starke motorische Unruhe macht sich bemerkbar, und der Kranke stürzt nun in unwiderstehlichem Alcoholdrang in unaufhörlicher Folge, manchmal ohne Schlafpausen unglaubliche Quantitäten Schnaps, Bier, Wein und was

immer er von scharfen Getränken erhalten kann, hinunter, ohne eigentlich betrunken oder betäubt zu werden. Anfangs kommt es dann noch zu Remissionen; einige Wochen solideren Lebens wechseln mit solchen Perioden ab. Bald aber beherrscht der Anfall Alles, einer geht fast ohne Pause in den anderen über und der Kranke, der vielleicht von Hans aus nur den besten Ton, den grössten Comfort gewöhnt ist, verroht und verlumpt in kürzester Zeit in oft unglaublichster Weise. Während des Anfalls setzt er den raffiniertesten Schwindel ins Werk, selbst Diebstahl scheut er nicht, um die Mittel zur Befriedigung der Sucht zu erlangen. Angst und Depression sind jetzt völlig in den Hintergrund getreten. Irre Gier leuchtet aus den schon dem geraden Blick ausweichenden Augen, wie ein wildes Thier stürzt er sich in der Retention auf eine leere Eau de Cologne-Flasche oder sonst etwas, worin er Alcohol vermuthet. Officiere und Corpsstudenten, deren ganzes früheres Leben gewissermassen in einem Höhepunkt des Ehrgefühls gipfelte, scheuen sich jetzt nicht, in Berufung auf diese Thatsachen ihr Ehrenwort zur Hintergehung zu verpfänden.

Werden die Kranken nun in diesem Zustande, wie häufig, von der Polizei zur Retention gebracht oder einer Anstalt zugewiesen, so beruhigen sie sich nach einigen Tagen, die sie meist in grosser Angst leben, völlig, und von dem Geschehenen haben sie nur noch ganz traumhafte Erinnerungen mit völligen Lücken dazwischen.

Viele dieser Kranken sind in diesen Zuständen direct gemeingefährlich; nach dem Genusse ganz geringer Quantitäten Alcohol bekommen sie es „wie Blut vor den Augen“ und mit impulsiver Gewalt treibt es sie, eine Bluthat zu begehen, deren sie sich nachher auch nur verworren erinnern und mit dem Gefühl, als ob ihnen plötzlich zugerufen sei, jetzt müssten sie dies oder das thun. Werden diese Zustände nicht rechtzeitig richtig erkannt, so entstehen leicht irreparable Störungen, besonders hochgradiger Schwachsinn. Leider ist nun dieser Zustand, wenn er nicht typische epileptische Krämpfe erzeugt und nur in mehr weniger deutlichen Dämmerzuständen und pathologischen Rauschzuständen auftritt, ebenso häufig, wie er verkannt wird. Ich habe Patienten gesehen, die 7—8 Jahre fortwährend unter ärztlicher Aufsicht, zum Theil sogar in Anstaltsbehandlung waren und als unheilbar und unverbesserlich in der Welt herumgejagt wurden. Sie wurden zur Mässigkeit ermahnt, auch zwangsweise jahrelang mässig gehalten, um dann beim ersten freien Ausgang wieder der Sucht zum Opfer zu fallen.

Und gerade dieser Typus des alten, unverleserlichen Säufers giebt von allen Formen der Alcoholintoleranz im Gegensatz zu der furchtbaren Schwere seiner Erscheinungen die allgünstigste Prognose. Behandeln wir einen solchen Kranken mit absoluter Abstinenz, so dauern noch einige Wochen die in schlechter Gesellschaft erworbenen Brutalitäten fort, um dann in auffallender Weise wieder der altgewohnten besseren Lebensweise zu weichen. Kam es ihm im Anfang nicht darauf an, in schmutziger Wäsche, abgetretenen Hosen, schiefen Absätzen und schmutzigen Fingernägeln zu erscheinen, so fängt er dann an, in manchmal übertriebener Weise wieder Werth auf seine äussere Erscheinung zu legen.

Zwischen der dritten und fünften Woche stellt sich meist noch eine leichte Depression ein, die sich aber häufig genug nur in schreckhaften

Träumen und einer etwas gereizten Unzufriedenheit äussert. Drang zum Trinken existirt zu dieser Zeit nicht. Will es aber das Unglück' dass der Kranke jetzt ein auch noch so geringes Quantum Alcohol einnimmt' so ist mit einem Schlage der ganze alte Zustand wieder da. Ich selbst verfüge über einen Fall, wo ein an diesem Typus leidender Herr, der völlig geheilt die Anstalt verlassen hatte und sich zu Hause lange Zeit des besten Wohlseins bei Abstinenz erfreut hatte, gelegentlich der Confirmation seiner Tochter mit zum Abendmahl ging und gleich nach dem Genuss des Abendmahlweins zur Kirche hinaus in's nächste Wirthshaus stürzte und 4 Tage und Nächte hinter einander durchtrank, ehe es gelang, ihn wieder dingfest zu machen.

Ganz analoge Fälle sind mir von Forel, Kräpelin und Fürer mitgetheilt worden; nach Forel sollen in der amerikanischen Literatur mehrere solcher Fälle erwähnt sein.

Wenn diese Kranken einen Temperenzanstaltsaufenthalt von etwa 9 Monaten hinter sich haben, können sie als dauernd gerettet bezeichnet werden. Der Unterschied zwischen Mässigkeit und Enthaltbarkeit ist ihnen zu klar geworden, als dass sie mit Willen wieder ans Trinken kommen würden. Erfolgt trotzdem durch ein Unglück (eine Weinsauce oder Rumtorte genügt häufig!) ein momentaner Rückfall, so soll eine Nachkur von einigen Monaten gemacht werden; hat man nicht zu lange damit gewartet, so ist die Erkrankung damit definitiv beendet und wartet vergebens des Weckers, der sie zuerst ans Licht gezerrt hatte.

Für diese Anfälle möchte ich den Namen *alcohologene epileptische und epileptoïde Zustände* vorschlagen, wenn man nicht den Namen *Alcohol-epilepsie* mit dieser Erweiterung des Begriffs verbinden will.

Ich komme zu der letzten Form, der einzigen, wo eine *Alcoholsucht* auch ohne vorhergegangenes mässiges Trinken auftritt. Es ist dies der Fall bei mit epileptischen Anfällen Behafteten, die ohne Bewusstseinsstörungen zu haben, das sich steigende Angstgefühl einmal durch Alcohol betäubt haben und nun noch in der Abstinenz, sobald der Anfall kommt, in besinnungsloser Hast das Mittel suchen, was ihnen schon einmal über den fürchterlichen Zustand weggeholfen hat. Es ist also auch hier, ganz genau genommen, keine *Alcoholsucht*, sondern eine *Betäubungssucht* vorhanden, und gelingt es uns, die Kranken in diesem Zustande rechtzeitig in Behandlung zu bekommen, so können wir mit Brom, Trional und ähnlichen Mitteln dieselben von dem Verlangen nach Alcohol völlig ablenken. Bekommen sie aber während der Anfälle Alcohol, so steigert sich sowohl die Intensität als auch die Häufigkeit der Anfälle; es bleiben aber immer freie Zwischenräume, in denen absoluter Ekel vor alcoholhaltigen Getränken besteht. Entziehen wir diese nun gänzlich, so wird nach 7—12 Monaten der complicirende Alcoholismus verschwunden sein. Die Anfälle treten schwächer und seltener auf; ganz verschwinden dieselben jedoch nicht. Da hier trotz der erkannten Schädlichkeit der Alcoholwirkung der Anfall häufig im Stande ist, alle Schranken der Vernunft niederzureissen, empfiehlt es sich, dass der Kranke, sobald er die unverkennbaren Prodromalerscheinungen merkt, die jetzt vielleicht Jahr und Tag, Patienten und Arzt in trügerischer Sicherheit wiegend, auf sich warten liessen, sich ungesäumt einer Anstalt

übergibt. Es braucht dies in der Regel immer nur für 8—14 Tage zu geschehen. Dass dies natürlich keine Anstalt sein darf, deren Leiter es für verdienstvoller hält, mässig statt abstinent zu sein, bedarf wohl nach allem Vorhergehenden keiner näheren Begründung mehr.

Meine Herren! Ich glaube Ihnen im Vorstehenden einen wesentlichen Beitrag zur wissenschaftlichen Begründung gegeben zu haben für die practisch schon seit mehreren Jahren von allen massgebenden Stellen anerkannte Nothwendigkeit, mit Abstinenz den Alcoholkranken zu behandeln, da die Krankheit ja eben in einer Intoleranz selbst gegen minimale Quantitäten Alcohol besteht. Dagegen bin ich weit davon entfernt, zu glauben, ein annähernd vollständiges klinisches Bild Ihnen vorgeführt zu haben: es sind dies die ersten groben Conturen und die Bearbeitung eines grossen Materials wird es erst möglich machen, diese zu verfeinern und in allen Details klar hinzustellen. Zu bedauern ist, dass trotz der Nothwendigkeit exacter ärztlicher Beobachtung schon in wissenschaftlichem Interesse soviel Material in Laienanstalten der Bearbeitung verloren geht. Es wäre dringend zu wünschen, dass in jeder Provinz eine grössere Anstalt für Alcoholkranke schon zur Entlastung der Irrenanstalten gegründet und unter gewissenhafte und sachverständige ärztliche Leitung gestellt würde. Denn dann erst werden wir mit voller Aussicht auf Erfolg gegen die allgemeine Volksverseuchung durch den Alcohol kämpfen können, wenn uns nicht mehr wie eine ewige Krankheit vererbte Vorurtheile bei der Behandlung und Beurtheilung derselben leiten werden, sondern die auf unbefangener Beobachtung beruhende, kritisch geläuterte Einsicht und Erfahrung.

II.

L'enfant criminel-né.

Par le docteur G. Diettrich de la clinique psychiatrique de Turin

(Prof. Lombroso).

Étude sur la criminalité et les principales marques qui distinguent l'enfant criminel de l'enfant normal.

Étudié sur un enfant de 10 ans en particulier. (Criminel-né, fou moral).

La psychiatrie et la médecine légale sont pour ainsi dire les enfants de notre temps. Mais d'autant plus fort a été l'essor qu'ont pris ces deux disciplines et nous pouvons porter avec orgueil nos regards en arrière pour voir ce que nos psychiatres et criminalistes ont trouvé et découvert. En effet on a travaillé et amassé des masses d'expériences, mais c'est, malheureusement, une chose qui nous manque encore, c'est de les classer, c'est à dire de les classer d'une manière qui trouve l'assentiment de tous; car il y en a déjà (rappelons seulement Morel) qui en ont fait l'essai et c'est ainsi que des partis se sont formés qui se combattent l'une l'autre avec acharnement.

Je ne veux faire mention ici que de Lombroso qui malgré ses trouvailles étonnantes (résultat d'un travail presque surhumains pendant 30 ans) a trouvé des ennemis assidus qui déclarent ses théories absurdes. Ceux qui le font, ne pensent pourtant pas que c'était lui, Lombroso qui a, le premier, eu le courage, de traiter systématiquement cette grave besogne

de tracer le chemin à travers le désert et de mettre les fondements du bâtiment.

Si dans une telle entreprise il arrive des erreurs, — est-ce un miracle? On enlève, le travail fini ce qu'on a trouvé n'étant pas juste. Le reste est d'autant plus important étant comme une invention nouvelle qui ne doit sa création qu'au génie de son inventeur. De l'autre côté de tous ces gens qui font une opposition perpétuelle il y en a assez qui ne se gênent pas d'emprunter aux œuvres du célèbre criminaliste Turinois des pages entières pour en „fabriquer“ des livres qui doivent faire connaître au monde étonné l'éminent savoir de son auteur. Je ne veux pas faire mention ici de l'illustre professeur belge qui ne se gêne pas de copier mot par mot des centaines de pages de Lombroso; j'admire aussi le célèbre Dr. Laurent de Paris qui dans son „anthropologie criminelle“ nie simplement les théories de Lombroso et dont les livres ne contiennent pas une page où l'on ne trouve pas „Lombroso dit“: A tous ceux je me permets de faire cette observation seulement: Pour la cause commune il vaut mieux, au lieu de disputes et de critiques continuelles, chercher soi même, faire de nouvelles découvertes, les classer pour arriver enfin au but tant désiré: D'avoir enfin une classification définitive de la psychiatrie et de la médecine légale! —

Dans son livre ¹⁾ le docteur Laurent dit: „La doctrine de Lombroso tend à ramener tous les criminels au type unique et confus du criminel-né.“

Et deux pages plus loin il prétend „que le criminel-né n'est qu'un genre de la classe des criminels dégénérés, des héréditaires dégénérés qui font instinctivement le mal, héréditaires de toute sorte: épileptiques, hystériques, alcoolistes etc.

Comment comprendre cela?

Toutefois, je ne veux pas, dans ce travail m'occuper encore de la critique, mais je veux montrer outre des exemples antérieurs, par un cas étudié récemment par moi-même que l'existence du criminel-né, si souvent niée est néanmoins un fait constaté et que chez l'enfant né-criminel il se trouve toujours une ou plusieurs de ces marques ou mieux dit stigmates que Lombroso a eu le mérite de découvrir et de mettre en évidence.

Et si M. Guyot considère le type du criminel-né „comme une illusion des yeux“, je peux lui démontrer par bien des exemples et sans être halluciné le juste contraire que „cette similitude factice“ ne provient pas de causes extérieures et passagères“.

Avant de nous occuper de l'histoire de l'enfant, je veux donner quelques dates sur lui:

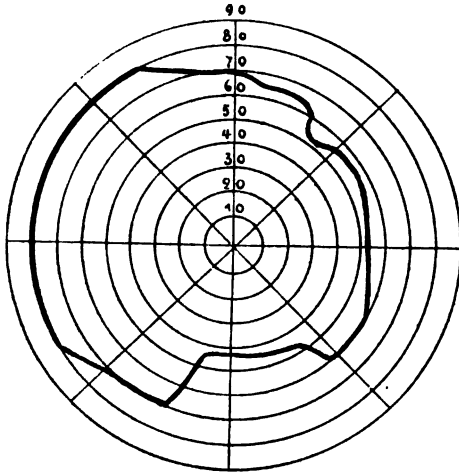
Carlo N.: Age: 10 ans; taille: 1,10 m; poids: 18 k; Diam. long. 17,0 cm; diam. transv. 14,0 cm; conv. long. 34,0; conv. transv. 29,0; circonfér. du crâne 50,5; capacité (probable) 1430.

A l'aspect de l'enfant, dont la taille est, en comparaison à son âge très petite, ce qui nous frappe d'abord et sont les yeux grands, étincelants. semblant sortir de l'orbite.

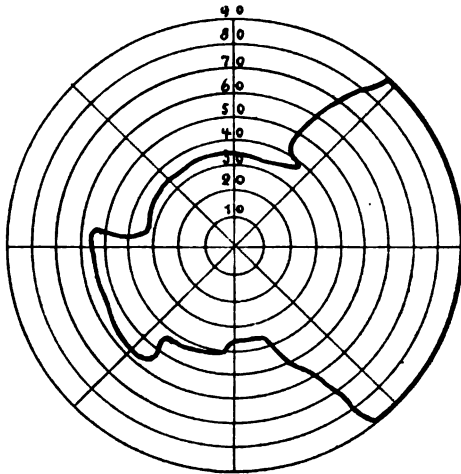
On trouve une macrocéphalie évidente, plagiocéphalie occipitale, on remarque des blessures à la tête à la région pariétale droite. Un petit

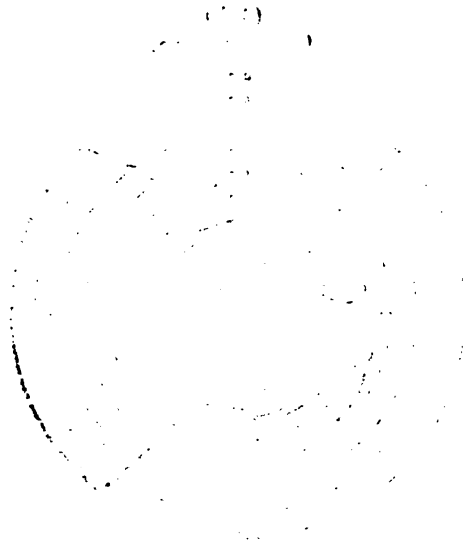
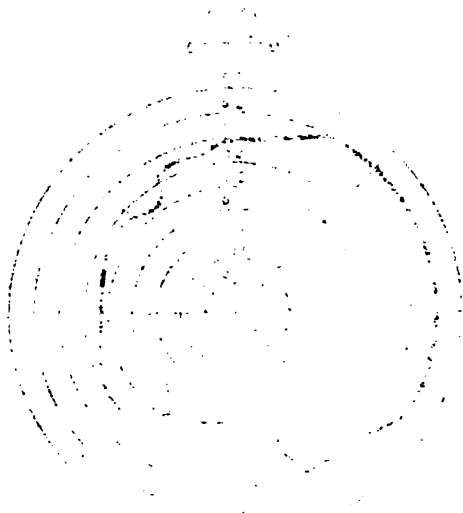
¹⁾ Dr. Emile Laurent: Anthropologie criminelle. Paris 1891.

O.D.
Oeil droit.



O.D
Oeil gauche.





duret couvre le front. Le nez est retroussé, les sutures de la tête sont proéminentes et facile à sentir. Microdentie évidente et dents différemment arrangés zygomés saillants. Le pénis très développé le prépuce est prolongé. Le champ visuel est anormal (voir le dessin avec scotomes périphériques), sensibilité chromatique normale, l'esthésiomètre marque 2,2 à droite, 2 à gauche et 2 à la langue,

Sensibilité électrique à droite 40,0
à gauche 15,0

„ de la douleur à droite 15,0
à gauche 25,0.

Le père est mort à 41 ans d'une pneumonie (tuberculose?), il était grand buveur, la mère est morte à 31 ans, d'une maladie de l'utérus, elle ne se portait jamais bien et souffrit toujours de l'utérus. Elle avait 7 enfants, dont 3 encore vivants. Passons à présent aux faits relatés par la tante de l'enfant.

Déjà depuis sa naissance le petit était difficile à traiter et fit beaucoup souffrir la nourrice. A l'âge de 18 mois (!) il commença à se masturber et on ne réussit par aucun moyen de l'en empêcher. Devenu plus grand il montrait un caractère irritable, mordait et grattait les autres enfants et commença à boire du vin. Toujours menteur il volait déjà à l'âge de 2 ans, même à la maison. A l'école malgré une intelligence peu commune ses professeurs étaient mécontents de lui. Il dort bien, mais depuis la naissance il est sujet à des sursauts en dormant et à des vertiges. Toutefois il ne s'est pas déclaré jusqu'à présent des accès-épileptiformes. Il est salaud et la nuit, il salit le lit. A l'école le besoin de voler augmentait toujours; il volait ses condisciples en se glissant sous les genoux; sous le prétexte de lui mettre le mouchoir dans la poche il mit la main dans la poche de sa sœur, lui volait l'argent et en acheta des confitures. Il lisait avidement des livres obscènes qu'une voisine lui procurait (!) Il a une facilité stupéfiante de reconnaître le sexe des enfants, il les embrasse et les baise. A présent il fait même plus que les baiser, ayant reçu les instructions nécessaires, probablement par la voisine.

Il aime beaucoup sa tante où on l'a mis après la mort de la mère, mais il poursuit d'une haine mortelle ceux qui lui font le moindre mal et cherche chaque occasion pour se venger d'eux. Il mord toujours. Il déteste d'aller à l'église et il n'y a pas longtemps la tante lui tirait de la poche une lame pointue. Il aime le tabac, le fume ou le mâche. Lorsqu'il peut se procurer des boîtes d'allumettes à tableaux obscènes, il est très content et les montre à la tante en lui demandant s'il faut les brûler. Il achète des livres obscènes et „espère pouvoir, dans quelques années, entrer dans la chambre des femmes pour s'amuser avec elles!“ Quoiqu'on lui dise, il ne rougit jamais. Invité à déclamer et à chanter il le fit aussitôt sans gêne et montre une habileté et des gestes d'un vieux comédien.

Tel est l'aspect que nous livre cet enfant et il est bien clair que voilà des anomalies éclatantes. Avant de tirer les conséquences je ferai mention de quelques cas analogues au précédent.

II. Dans son livre „Le criminel-type“ Mac Donald¹⁾ nous raconte l'histoire d'un certain L. garçon de 15 ans qui avait les mêmes habitudes du premier, il volait, se masturbait de ses premières années, courait les filles et malgré tous les efforts, toutes les punitions il ne cessait faire du mal de sorte qu'un de ses professeurs dit de lui: „Je crois que son système nerveux est construit de telle façon qu'il n'a sur lui-même qu'un contrôle faible ou nul.“ Selon les dates données par l'auteur je ne mentionne que 2 faits outre les autres irrégularités moins saillantes:

L'inégalité de la longueur des pieds	}	droite 269.
		gauche 266.
L'inégalité de la circonférence des cuisses	}	droite 406.
		gauche 419.

Lombroso²⁾ dans „l'homme criminel“ fait mention d'un grand nombre de cas pareils dont je ne citerai que les plus éclatants.

III. Un enfant qui dès l'âge de 3 ans était adonné à l'onanisme et se montrait à l'âge de 6 ans très habile à mal faire prit un jour son frère cadet tombé par terre ayant des nausées et pressa sa tête sur la terre en cherchant à le tuer. (Nr. 14.)

IV. Une jeune fille de 10 ans avait dès sa 5e année une tendance au vol et aux petits garçons. Tous les moyens, remèdes et même le fouet n'avaient pas le moindre effet sur elle. (Nr. 18.)

V. Une jeune fille douée d'une intelligence claire et précoce avait dès son enfance des habitudes obscènes auxquelles se joignit le besoin de tuer sa propre mère. Rien ne réussit à l'en dissuader, toutes les instances ne firent aucun effet. —

Dans la „Centuria“ nous trouvons également quelques cas³⁾ intéressants.

VI. Un jeune homme de 15 ans, fils d'un père ivrogne et d'une prostituée avait dès sa première jeunesse des tendances méchantes, il cassait tout, maltraitait des petits oiseaux, mit ses habits en lambeaux, cassait des verres. Insensible à toute douleur il fut plus féroce encore après la puberté, il se servit des femmes pour faire des atrocités. (Pg. 38.)

VII. Un garçon de 12 ans, enfant naturel était très méchant dès sa naissance et avait blessé déjà plusieurs personnes par des coups de couteau. Il était plagiocéphale.

Circonférence du crâne 51,8.

Oreilles: } droite: Longueur 58, largeur 30.
 } gauche: „ 60; „ 32.

Taille 1,39. Poids 37,4.

Zygome gauche plus volumineux que le droit, côté gauche de la face plus développé que le droit, dents inégales, mains: forme simiesque (p. 45).

VIII. Enfant de 12 ans, voleur, malfaiteurs, prognathisme, médianes énormes, oreilles à anse. Les dents incisives manquent (p. 59).

Ce n'est qu'une petite partie des cas énumérés dans ce livre et je peux moi-même, après les expériences que j'ai faites dans les prisons de

¹⁾ Mac Donald; Le criminel-type. Paris, Massin 1893, pg. 115.

²⁾ Lombroso l. c. Chap. III. II. (casuistique).

³⁾ Studi sopra una centuria di Criminali da Virgilio Rossi. (Torino 1888.)

Turin sur un grand nombre de jeunes malfaiteurs affirmer que: Le type du criminel-né n'est pas illusoire, il existe bien en effet et même quoiqu'on prétende que le caractère de l'homme, tout son être tel qu'il doit rester pendant toute la vie ne se développe qu'après la puberté (nous verrons plus tard une explication nouvelle de ces faits), nous voyons p. ex. chez le petit (Nr. I) tous ces penchants mauvais déjà, tellement développés qu'on peut dire à juste titre que le sens criminel est né avec l'enfant. Cette impulsion de se masturber à 18 mois déjà, ce penchant pour le vol, l'obscénité en font suffisamment preuve. Et si nous regardons de plus près tous ces petits criminels nous ne trouvons pas un seul qui n'ait pas un de ces stigmates que Lombroso a désignés à juste titre comme caractéristiques.

Bien entendu que nous ne trouverons pas chez un seul individu tous ces stigmates ensemble, un tel personnage serait digne d'être conservé soigneusement! mais il y a toujours quelques uns qui sont éclatants.

Je me permets dont quoiqu'elles soient connues de répéter brièvement les stigmates les plus caractéristiques: Ce sont:

La plagiocéphalie, la mégalocéphalie, la microcéphalie, le prognatisme, l'inégalité des dents, les oreilles à anse,

l'hypertrophie } des membres génitaux.
l'atrophie }

L'asymétrie, de la face et l'inégalité de 2 membres correspondants:

Yeux, oreilles, mains, pieds, cuisses (pupilles).

Enfin nous avons dans beaucoup de cas l'insensibilité aux blessures brûlures et la forme simiesque des mains.

N'oublions pas ce fait que la masturbation pratiquée depuis les premières années de la vie est un fait constaté dans le 90⁰/₀ de tous les cas.

Et si alors la question nous est posée: Est-ce qu'un tel enfant lorsqu'il est devenu plus âgé, lorsqu'il est adulte et qu'il commet un crime, en est-il responsable?, nous devons répondre certainement que non!

Dans les deux premiers cas que j'ai cités les parents se sont donnés toute la peine du monde de corriger les enfants, l'effet en a été nul; c'est une force irrésistible qui les conduit vers le mal et la meilleure chose qu'on puisse faire, c'est d'enfermer ces malheureux en lieu sûr pour les empêcher de mettre la vie de leurs prochains en danger! Je ne voudrais pas finir cet aperçu sans avoir fait mention d'un travail de mon excellent collègue Roncoroni¹⁾ qui peut-être pourrait donner de nouveaux points d'appui sur cette question. Dans sa „Genesi Fisiologica d'ell' Epilessia“ il nous présente tous les actions du corps provenant de deux catégories de centres nerveux: les centres supérieurs et les centres inférieurs. Ces derniers, moins développés à l'âge mûr et moins sensibles que les centres supérieurs exerceraient leur influence sur la respiration, l'action du cœur etc., qui déjà dès l'enfance remplissent leur fonctions pendant que les centres supérieurs plus altérables du reste se développeraient plus tard et seraient ceux pour les sensations, les idées, l'esprit et domineraient, pour ainsi dire, les centres inférieurs. Alors on pourrait supposer ce qui suit: Au développement

¹⁾ Archivio di psichiatria. Torino 1893, Vol XIV, Fasc. 1—2, pg. 88.

anormal du fœtus qui quelques années après la naissance nous montre ces stigmates caractéristiques se lierait un développement exagéré du centre inférieur pas retenu encore à la naissance par des centres supérieurs et se développant avec une telle rapidité qu'à la suite les centres supérieurs se développant peu à peu n'auraient plus la force de retenir les centres inférieurs dans les limites qui leur seraient prescrites pour fonctionner comme chez l'homme ordinaire. Ce serait bien là une explication plausible de tous ces penchants obscènes, au vol, à la masturbation qui tous sont sujets et proviennent des centres inférieurs.

II. Bibliographie.

XLVII) *Traité des maladies mentales* par le Dr. H. Dagonet avec la collaboration de J. Dagonet, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne et G. Duhamel, médecin-directeur d'une maison de santé.

(Paris 1894. J. B. Baillière et fils.)

Das uns in dritter, unter Beihilfe von J. Dagonet und Duhamel völlig umgearbeiteter Auflage vorliegende Werk des bekannten französischen Psychiaters dürfte auch seitens des deutschen ärztlichen Publikums Beachtung verdienen, wengleich unsere Literatur keinen Mangel an guten Büchern über Irrenheilkunde aufweist. Das Werk zerfällt in 3 Bücher. In den ersten werden nach einer historischen Einleitung die allgemeine Symptomatologie und Aetiologie, der Verlauf, die pathologische Anatomie und die Behandlung der Geisteskrankheiten dargestellt. Das 2. Buch, welches die specielle Pathologie und Therapie der geistigen Störungen enthält, beginnt mit einer eingehenden Erörterung der Schwierigkeiten, welchen die Classification dieser Krankheiten begegnet, und einer Uebersicht über die verschiedenen Eintheilungen, die von älteren und neueren Autoren vorgeschlagen wurden. D. selbst schliess sich der von Morel proponirten Classification zum Theil an. Er unterscheidet: I. Irrsinn im eigentlichen Sinne (primitive Formen); 1. Manie, 2. Melancholie, 3. Stupidität, 4. chronische systematisirte Delirien (Paranoia der deutschen Autoren). II. Geistige Degeneration (degenerative Geistesstörungen). III. Moralische Geistesstörung, impulsive Geistesstörung. IV. Secundäre Formen (Irrsein auf neurotischer, epileptischer, hysterischer Grundlage, Irrsein infectiösen und toxischen Ursprungs.) V. Die allgemeine Paralyse. VI. Demenz. VII. Angeborene Zustände (Imbecillität, Idiotie, Cretinismus). Während nun die 2 ersten Bücher, wenn auch in denselben überall das Bemühen der Autoren ersichtlich ist, in ihrer Darstellung den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse in knapper, übersichtlicher Form zu zeichnen, doch keineswegs irgend welche wesentlichen Vorzüge den vergleichbaren deutschen Werken, z. B. dem v. Krafft-Ebing'schen Lehrbuche gegenüber aufweisen, behandelt das 3. Buch in der Hauptsache Gegenstände, welche in den deutschen Lehr-Handbüchern der Psychiatrie wenig oder keine Berücksichtigung bisher gefunden haben, die jedoch für die Practiker, speciell den Gerichtsarzt, von grossem Interesse sind. Das 1. Kapitel ist der gerichtsarztlichen Beurtheilung der Geistes-

kranken gewidmet, stellt also eine Art Grundriss der forensischen Psychopathologie dar. Es werden hier zunächst die moralische und strafrechtliche Verantwortlichkeit der Geisteskranken, die ärztliche Exploration der Personen, bei welchen Verdacht auf geistige Störung besteht, die Besonderheiten, welche das Irresein in gerichtlich-medizinischer Hinsicht darbietet, und die Abfassung der gerichtsärztlichen Gutachten besprochen. Im 2. Abschnitte werden die verschiedenen Verbrechen und Vergehen, welche unter dem Einflusse geistiger Störung begangen werden, in dem 3. Abschnitte die civilrechtlichen Bestimmungen erörtert, welche Geisteskranken betreffen (Entmündigungsverfahren, Schenkungen, Testamente Geisteskranker etc.). In dem 2. Kapitel finden wir die verschiedenen Anstaltssysteme und Verpflegetformen für Geisteskranken, welche derzeit in Gebrauch sind, einer treffenden Würdigung unterzogen und die Aufgaben dargelegt, welche den Gesellschaften zur Fürsorge für aus den Anstalten entlassene unbemittelte Geisteskranken (sociétés de patronage pour les aliénés) zerfallen. Solche Gesellschaften sind, wie wir ersehen, im Laufe der Jahre in Deutschland, Frankreich, England und ganz besonders in der Schweiz in grösserer Anzahl gegründet worden. In dem 3. Kapitel (administration des asyles d'aliénés), welches eine Neubearbeitung durch A. Giraud erfahren hat, werden die Grundsätze, welche für den Bau, die Einrichtung und den ganzen ärztlichen und wirtschaftlichen Betrieb der Irrenanstalten massgebend sein sollten, nebst den einschlägigen in Frankreich geltenden Gesetzesbestimmungen besprochen. Tragen die Ausführungen der Verfasser in dem 2. Buche auch ganz vorwiegend den Verhältnissen und der Gesetzgebung ihres Vaterlandes Rechnung, so beanspruchen dieselben doch auch das Interesse des deutschen ärztlichen Lesers ganz unzweifelhaft und erhöhen auch für diesen den Werth des ganzen Werkes sehr wesentlich. Dasselbe ist überdies mit einer grossen Anzahl ganz vorzüglicher Photogravüren ausgestattet und enthält am Schlusse eine Karte, aus welcher die territoriale Vertheilung der französischen Irrenanstalten ersichtlich ist.

L. Löwenfeld.

XLVIII) S. Landmann: Die Mehrheit geistiger Persönlichkeiten in einem Individuum. Eine psychologische Studie.

(Stuttgart, Verlag von F. Enke, 1894, 186 S.)

Der Inhalt der L.'schen Schrift ist vorwiegend kritischer Natur. Die Ausführungen des Autors beschäftigen sich mit einer Reihe von Beobachtungen, welche von französischen Forschern, insbesondere A. Binet und Pierre Janet an Hysterischen und Hypnotisirten gemacht und durch die Annahme einer Mehrheit geistiger Persönlichkeiten in demselben Individuum erklärt wurden. L. geht bei seinen Deductionen von der Meynert'schen Theorie von der functionellen Verschiedenheit der Grosshirnrinde und der subcorticalen Ganglien aus. Nach L. sind die subcorticalen Centren des Gehirnstammes die Organe für die Bildung von Vorstellungen, Gefühlen und Impulsen instinctiver oder reflectorischer Bewegungen, die Grosshirnrinde dagegen das Organ, welches die Vorstellungen, Gefühle und Bewegungsimpulse in Bewusstseinsbilder umwandelt und zur weiteren Verarbeitung verwendet. Diese zum mindesten nicht ganz einwandfreie Auffassung bildet die Grundlage, auf welcher sich L.'s Erörterungen über Katalepie, Somnam-

büßismus, suggerirte Acte und Hallucinationen, Amnesie und Zerstretheit, verschiedene gleichzeitige Thätigkeiten und unterbewusste psychologische Existenzen bewegen.

Von französischer Seite, speciell von Binet wird die Ansicht vertreten, dass bei demselben Individuum gleichzeitig eine Mehrheit geistiger Persönlichkeiten bestehen kann, von welchen jede auf ihre Sphäre beschränkt ist. L. kommt dagegen zu dem Schlusse, „dass in einem und demselben Individuum eine wirkliche Vielfältigkeit der geistigen Persönlichkeit nur in abwechselnder Weise auftreten kann und dass eine gleichzeitige Vielfältigkeit entweder nur durch den raschen Wechsel der die Persönlichkeit bildenden Geistesthätigkeiten vorgespiegelt, oder bei richtiger Auffassung der psychischen Vorgänge als ein Zustand erkannt wird, in welchem sich gleichzeitig mit selbstbewussten Thätigkeiten auch unselbstbewusste oder auch unbewusste zu erkennen geben.“

Den Antheil der corticalen und subcorticalen Centren an den von ihm erörterten, bei Hypnotisirten und Hysterischen zu beobachtenden Erscheinungen glaubt L. in folgendes Schema zusammenfassen zu können:

1. Vorübergehende Functionsunfähigkeit sämtlicher Gehirnorgane: Lethargie, vollständige Hypnose.
2. Isolirte Thätigkeit des subcorticalen Bewegungscentrums: Cataleptische Stellung.
3. Isolirte Thätigkeit des subcorticalen Sehcentrums: Unbewusste Nachahmung der Bewegung bei Cataleptischen und anästhetischen Hysterischen.
4. Isolirte Thätigkeit des subcorticalen Gehörcentrums: Unbewusstes Nachsprechen der Cataleptischen.
5. Isolirte Thätigkeit des subcorticalen Gefühlscentrums: Unbewusste Mimik der Cataleptischen und Hysterischen, bethätigtes Innervationsgefühl bei anästhetischen Hysterikern.
6. Thätigkeit einer isolirten kleineren oder grösseren Grosshirnrindenzellengruppe, d. h. isolirtes Bewusstsein einer kleineren oder grösseren Reihe zusammenhängender Vorstellungen: Acte kataleptischer, Suggestionen Hypnotisirter und Hysterischer; Suggestion allgemeiner Hallucinationen zur Verwandlung der Persönlichkeit.
7. Thätigkeit einer ein isolirtes Vorstellungsgefühl empfindenden Hirnrindenzelle, d. h. ein isolirtes Selbstbewusstsein: Systematische Aesthesie, Rapport in der Hypnose.
8. Ausschaltung isolirter Hirnrindenzellen: Hysterische Anästhesie, suggerirte Anästhesie, Lähmung, Amnesie etc.
9. Thätigkeit isolirter Hirnrindenzellen neben gleichzeitiger normaler Thätigkeit anderer Gehirnorgane: Posthypnotische Suggestionen, scheinbare Mehrheit psychischer Existenzen.
10. Unthätigkeit isolirter, die Vorstellungsthätigkeit empfindender Hirnrindenzellen neben gleichzeitiger normaler Thätigkeit (partielle Selbstbewusstlosigkeit): Systematische Anästhesie, negative Hallucinationen, natürliche Anästhesie der Hysterischen.
11. Isolirte Thätigkeit subcorticaler Ganglien neben normaler Thätigkeit anderer Hirnrindenzellen: Automatische Handlungen selbstbewusster Menschen.

12. Abwechselnde Thätigkeit verschiedener kleinerer oder grösserer Gehirnpartien neben vollständiger Unthätigkeit des übrigen Theils. Somnambulismen.

Die Bemerkungen, mit welchen sich der Autor gegen die von den Psychologen A. Binet, P. Janet u. A. unternommenen Deutungen der vorstehend angeführten Phänomene wendet, entbehren nicht der kritischen Schärfe und müssen vielfach als ganz zutreffend anerkannt werden. Allein die Interpretationen, zu welchen L. selbst mit Hilfe seiner oben erwähnten Theorie gelangt, sind unzweifelhaft zum grössten Theil höchst problematisch, zum Theil ganz und gar unannehmbar.

So kann z. B. Jemand, der nur einigermaßen mit den Lehren der Gehirnphysiologie vertraut ist, unmöglich die Lethargie und die vollständige Hypnose von einer vorübergehenden Functionsunfähigkeit sämtlicher Gehirnrorgane ableiten. Geht in der Lethargie und der Hypnose nicht die Herzthätigkeit und die Respiration ungestört weiter? Eine auch nur vorübergehende Functionsunfähigkeit sämtlicher Gehirnrorgane hätte nicht bloss so harmlose Zustände wie Lethargie und Hypnose, sondern sicher den exitus letalis in Folge Cessirens der Herzthätigkeit und der Respiration zur Folge. Auch lässt sich nicht verhehlen, dass die Polemik des Verfassers zum Theil lediglich auf einen Wortstreit hinausläuft. L. wendet sich z. B. gegen die Dessoir'sche Annahme eines Ober- und Unterbewusstseins, welche dem Referenten wie vielen Anderen eine äusserst glückliche und durch unzählige Thatsachen des alltäglichen Lebens wie pathologische Erfahrungen mehr als ausreichend gestützt erscheint. L. bezeichnet die nach Dessoir vom Unterbewusstsein ausgehenden Handlungen als unbewusste und unselbstbewusste, die vom Oberbewusstsein ausgehenden als selbstbewusste. Was jedoch durch diese Umtaufungen für unser Verständnis gewonnen sein soll, bleibt unersichtlich. Referent glaubt, dass der Autor sich manche seiner polemischen Ausführungen geschenkt hätte, wenn demselben die trefflichen Bemerkungen Forel's über das Bewusstsein (der Hypnotismus, 2. Aufl., S. 7 u. f.) bekannt gewesen wären.

L. Löwenfeld.

XLIX) O. Effertz: Studien über Hysterie, Hypnotismus, Suggestion.
(Bonn 1894. Verlag von Otto Paul.)

Der Verfasser hat an einer älteren, seit 16 Jahren mit einer Contractur von 8 Fingern behafteten Hysterica, die schon durch die Hände angesehener Aerzte in Russland, Oesterreich und Deutschland gegangen war, eine Reihe von hypnotischen Experimenten angestellt, deren Ergebniss nach seiner Ansicht gegen die Grundlehre der Nancyer Schule, dass in der Hypnose alles auf Suggestion beruht und zu Gunsten der Charcot'schen Dreiphasentheorie spricht. „Es giebt bestimmte Gruppen von hypnotischen Phänomenen, die nicht isolirt erzeugt werden können. Letzte Gruppe von Phänomen bilden*) eine hypnotische Phase. Der Inhalt dieser Phasen kann nach der Verschiedenheit der Subjecte und der verschiedenen Leitung der Hypnose ein verschiedener sein.“ Nach der Meinung E.'s lässt sich

*) So wörtlich im Texte. Es soll wohl heissen: Jede dieser Gruppen bildet.

die Quintessenz der Charcot'schen Phasenlehre dahin zusammenfassen, „dass 1. eine bestimmte Anzahl von Phänomenen körperlicher und psychischer Art zusammengehört, dass man immer nur Gruppen von Phänomenen produciren kann, 2. dass diese Gruppen von Phänomenen nicht bloss durch Suggestion producirt werden können.“ E. hat an seiner Patientin zwar nicht sämtliche 3 von Charcot unterschiedenen Phasen des grande hypnotisme, wohl aber 2 derselben beobachtet. Drückte er der Patientin auf die Bulbi, so producirte er: 1. Aufhören des Bewusstseins, 2. Strabismus convergens, 3. active Plasticität der Muskulatur, 4. fehlende Suggestibilität. Zufälligerweise beobachtet Referent seit Langem eine Patientin, bei welcher sich durch Druck auf die Bulbi jederzeit die gleichen Erscheinungen, mit Ausnahme des Strabismus convergens hervorrufen lassen. Doch ist dem Referenten nie eingefallen, in dem fraglichen Zustande eine Hypnose zu erblicken; es handelt sich hier offenbar um einen hysterischen Anfall (hysterischen Schlaf). So verhält es sich natürlich auch in dem Falle des Verfassers. Dieser hat bei seinen Hypnotisierungsversuchen unzweifelhaft bei seiner Patientin eine Reihe körperlicher und psychischer Symptome (Plasticität und Contracturen der Muskeln, Strabismus convergens, Delirzustände etc.) beobachtet, welche nicht auf Suggestion beruhen, als Theilerscheinungen der Hypnose aufgefasst, ohne sich die sehr nahe liegende Frage vorzulegen, ob die fraglichen Erscheinungen nicht vielleicht Elemente eines hysterischen Anfalles sein könnten, die sich in die Hypnose hineinmengen oder dieselbe ersetzen. Die Thatsache, dass Hypnotisierungsversuche bei Hysterischen öfters statt einer Hypnose hysterische Anfälle auslösen,*) die allen auf dem Gebiete der Hysterie und Hypnose Erfahrenen zur Genüge bekannt ist, ist auch dem Verfasser nicht ganz entgangen, hat ihn jedoch zu einer eingehenden Kritik seiner Beobachtungen nicht veranlasst. „Patientin bekommt in der Hypnose sehr leicht einen epileptoiden Anfall“, bemerkt er; „wenn die Hypnose nicht sehr geschickt geleitet wird, bekommt sie ihn sogar mit absoluter Sicherheit“ (S. 74). Er fand auch, dass im Anfalle alle körperlichen, nicht auf Suggestion beruhenden Phänomene, Plasticität der Muskeln, latente Contracturen etc, dieselben sind wie in der Hypnose und dass die psychischen nicht auf Suggestion beruhenden Phänomene ebenfalls dieselben sind. Hieraus folgert er jedoch nur, dass die Hypnose ein artificieller epileptoider Anfall und der epileptoide Anfall eine spontane Hypnose ist. Ref. hält den Satz, dass in der Hypnose alles auf Suggestion beruht, für keineswegs erwiesen. Den Versuchen des Autors kann er jedoch keinerlei Beweiskraft betreffs der nicht suggestiven Entstehung hypnotischer Phänomene zugestehen. Es handelt sich bei seinen „Hypnosen“ offenbar um artificiell herbeigeführte hysterische Zustände oder eine Verquickung hysterischer und hypnotischer Zustände, wie sie Referent selbst schon gelegentlich beobachtet und beschrieben hat.**)

Aus derartigen Mischproducten lassen sich keine Schlüsse bezüglich der Grundfragen der hypnotischen Phänomenologie ziehen. Die Arbeit enthält übrigens manche

*) Ref. hat auf diesen Umstand schon in einem früheren Referate (dieses Centralblatt 1893, S. 465) hingewiesen.

**) Ueber hysterische Schlafzustände etc. Arch. f. Psych., Bd. XXII u. XXIII

beachtenwerthe Beobachtungen und Ausführungen, so über physikalische Muskelzustände, posthypnotische Zwangshandlungen etc., welche die Lectüre der Schrift für weitere ärztliche Kreise empfehlenswerth machen.

Die Patientin, welche Gegenstand der Versuche war, konnte durch hypnotische Suggestion nur vorübergehend von ihrer Fingercontractur befreit werden.

L. Löwenfeld.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Physiologie und allgemeine Pathologie.

422) Charcot et Pitres: De la méthode anatomo-clinique dans ses applications à l'étude des localisations.

(Arch. de Neurol., XXVII, 86.)

Der Aufsatz ist ein Auszug aus einer demnächst erscheinenden grösseren Arbeit beider Autoren über die Lehre von der Hirnlokalisation. Zum Studium dieser Localisation giebt es 2 Methoden: die experimentell-physiologische und die klinisch-anatomische; der Werth beider Methoden wird gegeneinander abgewogen und dabei der letzteren der Vorzug gegeben. Sie vermeidet die Fehler des Thierexperimentes, insbesondere die bei einem solchen nicht zu vermeidenden mannigfachen Nebenverletzungen und braucht nicht die immerhin etwas waghalsigen Schlüsse von Ergebnissen aus, die an relativ niedrig stehenden Thieren gewonnen sind, auf den complicirten Hirnmechanismus des Menschen zu machen. Doch auch bei der anatomisch-klinischen Methode, die auf den Vergleich der *intra vitam* beim Menschen beobachteten klinischen Symptome mit den *post mortem* gefundenen anatomischen Veränderungen beruht, müssen, wenn sie ihren Zweck erfüllen soll, mancherlei Vorsichtsmassregeln angewandt werden. Zunächst sind principiell alle Beobachtungen anzuscheiden, über die nicht regelmässig während der ganzen, klinischen Beobachtung fortgeführte Krankheitsnotizen zur Verfügung stehen und bei denen die Section nicht mit der allergrössten Genauigkeit gemacht ist; auch bei der Verwerthung von Beobachtungen älteren Datums ist diese Regel strenge inne zu halten. Die Technik der Hirnsection muss sich nach dem einzelnen Fall richten; empfohlen wird, zunächst die Hemisphären durch Durchschneidung der *pedunculi* vom Hirnstamm zu trennen und alsdann den Balken longitudinal zu durchschneiden. Je nachdem sich dann an den grossen Ganglien Veränderungen finden oder nicht, soll jede Hemisphäre nach der Flechsig'schen Methode, oder durch Schnitte parallel dem *sulcus Rolandi* zerlegt werden; alle etwa gefundenen Herde müssen sorgfältig in ein Schema gezeichnet und selbstverständlich die verdächtigen Partien *microscopisch* untersucht werden. Ferner sind ungeeignet zum Studium der vorliegenden Fragen alle Fälle, in denen es sich um multiple oder um nicht scharf umschriebene Läsionen, insbesondere auch um Tumoren, handelt, letztere besonders deshalb, weil durch ihr Wachstum eine Reizung oder eine Compression auf andere Gehirnpartien ausübt

wird. Hat man alle solche Fälle ausgeschlossen, so muss man auch bei den übrig bleibenden brauchbaren Beobachtungen strengste Kritik anwenden und darf einen Schluss auf die cerebrale Localisation irgend einer Function erst dann machen, wenn man über eine möglichst zahlreiche Reihe von Beobachtungen verfügt, aus denen hervorgehen muss, dass

- a) bei einem bestimmten klinischen Symptom regelmässig die Läsion eines ebenso bestimmten Hirnabschnittes sich findet, während
- b) dieses gleiche klinische Symptom bei den verschiedensten anderen Hirnläsionen stets fehlt.

Hat man aber einmal durch eine grosse Menge übereinstimmender Thatsachen die Localisation irgend einer Function gefunden, so darf man durch etwaige vereinzelte widersprechende Beobachtungen sich nicht irre machen lassen, sondern muss nach Gründen suchen, welche die Genese dieser Ausnahmen erklären lassen; insbesondere muss man daran denken, dass recht oft Hysterie intra vitam organische Leiden vortäuscht bezw. dass häufig sich hysterische Symptome einem organischen Leiden hinzugesellen; auch allerhand individuelle Verschiedenheiten sind hierbei zu berücksichtigen (rechts gelegenes Sprachcentrum bei Linkshändern, Möglichkeit bei völliger Wortblindheit dennoch zu lesen durch Vermittelung der durch auxiliäre Schreibbewegungen, die event. einem nicht geübten Beobachter ganz entgehen können, hervorgerufenen Bewegungsempfindungen u. a.). Auf mathematische Genauigkeit kann und will daher auch die anatomisch-klinische Methode keinen Anspruch machen; ihre Resultate können aber mindestens die gleiche Beachtung verlangen, wie die oft recht widerspruchsvollen Ergebnisse des Thierexperiments. Mit einer warm empfundenen Mahnung an die Kliniker, die Selbstständigkeit ihres Arbeitsgebietes zu wahren, ohne dabei hochmüthig auf die Hilfswissenschaften herabzusehen, unter denen die Physiologie eine der ersten Stellen einnimmt, schliesst die gedankensiche Arbeit, die wir mit zu den letzten des grossen Forschers zählen müssen.

Falkenberg-Lichtenberg.

423) T. Grainger Stewart: A case of perverted localisation of sensation or Allachæsthesie.

(The Brit. med. Journ., 6. Jan. 1894, pg. 1.)

Ein 49jähriger Mann, dessen Vater an Apoplexie gestorben, ist oft krank gewesen und hat zahlreiche nervöse Beschwerden gehabt. Er wird mit Morb. Bright und urämischen Krämpfen im Spital aufgenommen. Die Krankheit schwand bald, doch traten viele nervöse Beschwerden auf. Er hatte sich früher viel dem Wetter ausgesetzt und nie Alcohol zu sich genommen. Er litt an beständigen Bewegungen im rechten Fusse und Bein, welche im Schlaf aufhörten. Der linke Fuss und die linke Hand zuckten auch etwas, aber weniger. Die Sensibilität seiner rechten Körperhälfte ist normal. Auf der linken Körperhälfte werden alle Arten von Hautberührung richtig wahrgenommen, aber unrichtig localisirt. In der Sagittallinie, welche die Mitte des Armes schneidet und von der Höhe der Achselhöhle an der Volarseite des Armes herabverläuft durch die Mitte des linken Ringfingers, wird normal gefühlt; ebenso in der entsprechenden Linie auf dem Rücken des Vorderarms vom Ellbogen bis zur Spitze des Mittelfingers. Aehnliche

Linien befinden sich am linken Bein vorn und hinten, von oben nach unten verlaufend, eine ähnliche Linie am Thorax dicht ausserhalb der Mamillarlinie und dieser parallel. Das Eigenthümliche des Falles besteht nun darin, dass Berührung etc. rechts von diesen Linien gefühlt wird, als wäre sie links geschehen und umgekehrt. — Es besteht bei dem Kranken Gräfe's Symptom; die Pupillen sind gleich und reagiren auf Licht; das Gesichtsfeld für blau ist weit mehr verkleinert als das für roth; Geschmack, Geruch, Muskelsinn normal. Rhythmische constante Bewegung im rechten Fuss (spontaner Fussclonus). Im linken Fuss und der rechten Hand sind die Bewegungen nicht rhythmisch, sondern mehr choreatisch. Der Patellarreflex ist beiderseits gesteigert und Fussclonus am linken Fusse leicht zu erzielen, weniger leicht am rechten Fuss. Die Grösse der Schilddrüse wechselt, mitunter ist sie so klein, dass sie kaum gefühlt werden kann und dann wieder gross wie ein Tumor. Dieser Wechsel vollzieht sich in wenig Stunden. Die Hantvasomotoren sind leicht erregbar (Urticaria factitia). Simulation war ausgeschlossen. Verf. weist auf die Aehnlichkeit mit Allocheirie hin, wo Berührung der einen Hand nicht in der berührten, sondern in der andern gefühlt wird. Er nennt die Erscheinung in seinem Fall Allachästhesie von *ἀλλαγή* oder *ἀλλαχού*. Ein ähnlicher Fall war in der Literatur nicht zu finden.

Wichmann.

424) **R. Wlassak.** Die statischen Functionen des Ohrlabirynths und ihre Beziehungen zu den Raumempfindungen.

(Vierteljahrschrift für wissenschaftl. Philos., Bd. XVI u. XVII.)

In der 1. Hälfte seiner Arbeit giebt W. eine sehr klare und übersichtliche Darstellung der experimentell festgestellten Thatsachen über die Functionen des Labirynths auf die Innervation der Körpermuskulatur und die Augenbewegungen. Es zeigt sich, dass in jeder Hälfte des Centralnervensystems sich zusammengeordnet centrifugale Bahnen für Antagonistenpaare (Bengen der linken und Strecken der rechten Seite u. s. w.) finden. Durch diese Zusammenordnung ist der Mechanismus gegeben, der die symmetrischen Bewegungen ermöglicht. In diesen Mechanismus greifen die vom Labirynth ausgehenden Erregungen an einem im Mittelhirn oder vielleicht in der Medulla oblongata gelegenen Ort ein und können ihn in Bewegung setzen.

Aus den Versuchen von Mach lässt sich ableiten, dass die durch Lageveränderungen ausgelösten Empfindungen eine reactive Bewegung auslösen, die den Zweck hat, den ursprünglichen Zustand des Nichtempfindens der Verticalen wieder herzustellen. Die Raumempfindungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie an die Auslöschung von Aenderungen der Empfindungen, die von unserer Körperoberfläche ausgehen, geknüpft sind, soweit dies durch entsprechende Muskelbewegungen möglich ist. Diese Auslöschung ist nichts anderes, als die Erhaltung einer bestimmten Stellung gegen die Umgebung, als deren mächtigstes Mittel die von dem Labirynth aus beeinflussten symmetrischen Innervationen dienen.

G. A s c h a f f e n b u r g (Heidelberg).

425) **E. Jendrassik:** *Sur le rôle du nerf faciale dans la sécrétion des larmes.*
(Revue neurologique, Nr. 7, 1894.)

Schon Goldzieher kam auf Grund der Wahrnehmung, die er in 2 Fällen von Facialislähmung machte, dass das Auge der afficirten Seite beim Weinen trocken blieb, zu dem Schlusse, dass die Thränenendrüse nicht, wie man bisher allgemein ansah, vom Trigemimus, sondern vom N. facialis innervirt wird. 4 Fälle von Facialislähmung, in welchen es sich mit der Thränenabsonderung auf der Lähmungseite in gleicher Weise verhielt, veranlassen J., sich entschieden zu Gunsten der Goldzieher'schen Annahme auszusprechen. Der Weg, auf welchem die glandula lacrimalis vom Facialis ihre Fasern erhält, ist nach J. mit grosser Wahrscheinlichkeit folgender: Die betreffenden Fasern trennen sich in der Höhe des Ganglion geniculi vom Stamme und ziehen in dem Nervus petrosus superficialis major zum Ganglion sphenopalatinum; von hier begiebt sich eine Gruppe derselben (die Gaumnerven) in das Gaumensegel, die andere Gruppe durchsetzt den 2. Ast des Trigemimus und tritt in den Nervus orbitalis ein, welcher in der Höhe dieser Eintrittsstelle vom Trigemimus abzweigt. Der N. orbitalis vereinigt sich mit dem N. lacrimalis und die vereinigten Nerven geben die Fasern für die Thränenendrüse ab.

L. Löwenfeld.

426) **A. Peters:** Ueber das Vorkommen und die Bedeutung des sogen. Verschiebungstypus des Gesichtsfeldes.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 5. Band, 4. u. 5. Heft. 1894.)

Nach kurzer Besprechung der hauptsächlichsten Literatur und der Methoden zur Untersuchung berichtet P. über die zahlreichen von ihm untersuchten Fälle. Da in dem Referate über die Arbeit von W. König „Ueber Gesichtsfelderermüdung und deren Beziehung zur concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung bei Erkrankungen des Centralnervensystems“ (Leipzig, 1893) ausführlicher über den Verschiebungstypus als solchen, überhaupt über die Gesichtsfelderermüdung in diesem Centralblatt schon gesprochen ist, sehe ich bei der Besprechung dieser Arbeit davon ab und berichte nur kurz über die Ergebnisse der Untersuchungen von Peters.

1. Der sogen. Förster'sche Verschiebungstypus kommt bei Gesunden und Nervenkranken vor und kann daher nicht als ein objectives Symptom der traumatischen Neurosen gelten.
2. Ebenso wenig ist die Erscheinung als Ausdruck der Ermüdung des Sehorganes anzusehen.
3. Der Verschiebungstypus ist wahrscheinlich bedingt durch eine Störung oder mangelhafte Entwicklung einer Innervation, welche Erregungen von jedem Netzhautpunkt zu beiden Tractus optici leitet, während bei aufgehobener oder gestörter Innervation die Netzhaut in 3 Zonen zerfällt, von denen die mittelste Eindrücke zu beiden und die äusseren Eindrücke nur zu einem Tractus fortpflanzen. Der sogen. Verschiebungstypus bedeutet eine relative Insufficienz der optischen Nerventhätigkeit, bedingt durch den plötzlichen Uebergang des Objectes von einer besser versorgten Zone zu einer weniger gut versorgten.
4. Die concentrische Einengung wurde verhältnissmässig selten gefunden bei einem Materiale, welches sich aus mehr oder weniger schwer Ver-

letzten zusammensetzte. Die Differenzen zwischen den bisherigen Anschauungen beruhen auf verschiedenen Untersuchungsmethoden und nicht genügender Beachtung des Verschiebungstypus

(Eine grössere eigene Erfahrung besitze ich zwar nicht in Bezug auf die in Frage stehenden Verhältnisse, ich möchte jedoch bemerken, dass es mir ungefähr 10 mal gelungen ist, bei Gesunden Gesichtsfeldermitdng nachzuweisen, ganz in der gleichen Weise wie das von W. König in obiger Arbeit beschrieben ist, auch betonte ich am Schlusse des Referates über W. König's Broschüre, dass es mir unerlässlich scheint, eine grössere Anzahl von gesunden Individuen auf die genannten Erscheinungen von Seiten des Gesichtsfeldes zu prüfen, bevor dieselben wirklich den Anspruch erheben können, als ein objectives Symptom der traumatischen Neurosen zu gelten. Ref.)

Bach.

427) E. Jentsch: Ueber Zitterbewegungen und deren Simulation.

(Diss. Bonn 1893.)

Nach voraufgeschickter Uebersicht über die verschiedenen Formen des Tremors, die dem Leser leider oft im Unklaren lässt, wessen Eigenthum eine geküserte Ansicht ist, da die Literatur nur am Schluss summarisch genannt wird, giebt J. 2 Fälle von simulirtem Tremor, die nach der Methode von Fuchs entlarvt wurden. Diese beruht darauf, dass bei vorgeschriebenen Bewegungen einer, ev. der nicht zitternden, Hand die andere in Mithbewegungen geräth, welche einen simulirten Tremor verändern oder unterdrücken, dagegen bei reellem Tremor ausbleiben.

E. Trömer.

428) W v. Bechterew und P. v. Ostankow: Ueber den Einfluss der Grosshirnrinde auf den Schluckakt und die Athmung. (Nach einem Vortrage in der Kasaner Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater, 3. Sept. 1893.)

W. v. Bechterew: Zur Frage über den Einfluss der Hirnrinde und der Sehhügel auf die Schluckbewegungen.

(Neurol. Centralbl. 1894. Nr. 16.)

Die Versuche wurden an Hunden nach einer im Original näher beschriebenen Methode angestellt und ergaben schliesslich, dass die Reizung einer Hirnrindenpartie in der Nähe des vorderen Randes der 2. Furche eine vollkommen ausgeprägte Curve des Schluckaktes hervorrief, während gleichzeitig die Schluckbewegung deutlich zu sehen und zu hören war.

Das Schluckcentrum befindet sich im vorderen Abschnitt der zweiten (Ur-) Windung nach aussen von der Sigmoidalwindung, am äussersten vorderen Rand der zweiten Furche, also in der nächsten Nachbarschaft der von Ferrier entdeckten Centra für die Bewegungen der Mundwinkel, der Kiefer und der Zunge („Mundcentrum“). Unmittelbar oberhalb des Athmungscentrums am äussersten vorderen Rande der zweiten Windung fanden die Verff. das „Expirationscentrum“, dessen Reizung angesprochene Athembeschleunigung mit verlängerter Expirationsphase zur Folge hat.

Auch liessen sich durch Reizung der Sehhügel Schluckbewegungen auslösen. Dieselben konnten auch reflectorisch durch Reizung der centralen Vagusstümpfe hervorgerufen werden.

Wie v. B. im 2. Aufsatze ausführte, hat Rethi bei Kaninchen in der selben Gegend ein Centrum gefunden, dessen Reizung Kaubewegungen mit nachfolgendem Schluckakt auslöst. Bei Hunden scheint diese Combination, welche auch B. bei Kaninchen constatiren konnte, nicht zu bestehen.

Die Angaben Rethi's über die Existenz eines Coordinationsoentrums für das Fressen in den Sehhügeln hält B. für sehr beachtenswerth. B. hat in den Sehhügeln Centra für die Magen- und Darmbewegung gefunden und glaubt, dass durch die Reizung der Sehhügel der zur Ernährung des Organismus nothwendige Complex von Bewegungen, der in den Kau- und Schluckbewegungen beginnt und mit der Darmbewegung endigt, ausgelöst wird.

Hoppe.

429) R. Sommer: Exacte graphische Darstellung unwillkürlicher, cerebral bedingter Bewegungen.

(Wiener medicin. Presse, Nr. 40. 1894.)

Der Aufsatz ist die Wiedergabe des Vortrages, den Verf. auf der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien am 25. Sept. d. J. gehalten hat. Die Grundidee basirt auf folgenden beiden Fragen:

1. Gibt es, abgesehen von den bewussten willkürlichen Innervationen, noch andere vom Gehirn ausgehende Bewegungsimpulse?
2. In welchem Verhältnisse stehen diese cerebralen Bewegungsimpulse zum bewussten Denken?

An der Hand von 16 der typischsten Curven, die er einem reichhaltigen Material entnommen und die mit dem auf dem medicinischen Congress in Rom demonstrirten Reflexmultiplicator gezeichnet sind, macht er auf die eigenthümlichen Formveränderungen der Curven aufmerksam, die bei dauerndem, beziehungsweise unterbrochenem Jendrassik'schen Handgriff eintreten.

Die erste Frage wird durch die Curven von einem hysterischen Individuum bejaht und bewiesen. Während nämlich bei normalem Kniephänomen das Ende der Curve mit dem Anfang derselben in dasselbe Niveau fällt, trat bei ihm sofort nach Auslösung des Phänomens ein Höherrücken der letzten Schwingungen der Curve ein, was durch einen Spannungszustand des Quadriceps bedingt ist, ohne dass der Patient sich einer Innervation bewusst ist. Auch bei dem weiteren Sichselbstüberlassen des Unterschenkels blieb derselbe innerhalb 10 Minuten in dieser nicht mechanisch äquilibrirten Stellung trotz des starken Ermüdungsgefühls, das sich durch heftiges Zittern des Beines bemerkbar machte.

In Bezug auf die zweite Frage fand S., dass bei dauerndem Jendrassik'schen Handgriff die Curvenhebungen und -Senkungen zwar höher bzw. tiefer werden, dass aber sonst der Formencharacter der Curven gewahrt bleibt.

Beim unterbrochenen J.'schen Handgriff jedoch trat bei 4 untersuchten Individuen die gleiche Spannung und Höherrücken des Curvenniveaus wie bei dem obengenannten Hysterischen, ohne dass sie das Bewusstsein einer willkürlichen Hemmung hatten.

S. erklärt diese Erscheinung so, dass mit dem Momente der Unterbrechung der Arbeitsleistung der Arme und Hände (beim unterbrochenen Handgriff) sich die cerebrale Bewegung nach dem Gesetze von der Er-

haltung der Energie auf einen reflexhemmenden Apparat fortsetzt, ohne ins Bewusstsein überzugehen.

Weitere systematische Untersuchungen mit dem Apparate werden wohl noch Anschlüsse über abnormale Muskelzustände, über den Einfluss von Affecten auf die Hemmungsapparate u. s. w. ergeben.

Unkelhäuser.

430) **W. v. Bechterew**: Ueber die Schalleitung und Percussion der Schädelknochen und der Wirbelsäule als Untersuchungsmethode bei Nervenkrankheiten.

(Neurol. Centralbl. 1894. Nr. 14.)

B. bespricht die Arbeiten zweier russischer Autoren (Dr. Oknuew und Dr. G. Gabritschewski) über die Schalleitung der Schädelknochen. O. empfiehlt dieselbe besonders zur Feststellung eitriger Affectionen des Warzenfortsatzes, aber auch anderer tieferer Knochenleiden. G. bedient sich bei der Untersuchung der Schalleitung der Schädelknochen des im Original beschriebenen „Pneumatoscops“ oder eines gewöhnlichen Stethoscops.

v. B. hebt nun die Wichtigkeit der Percussion und Auscultation für die Neuropathologie hervor. Bei Hirnaffectionen mit Theilnahme der Hirnhäute erschien der Percussionshall an den afficirten Stellen merklich dumpfer und weniger laut als an gesunden. In einem Falle von Manière'scher Krankheit zeigte sich eine Dämpfung am Warzenfortsatz der afficirten Seite.

Zur Untersuchung der Schalleitung hält B. auch eine Stimmgabel für sehr geeignet, welche er zur Anfertigung eines Apparats benutzte. Derselbe ist im Original abgebildet und näher beschrieben. Bei der Percussion des Schädels unterscheidet v. B. eine schwache oder oberflächliche und eine schwache oder tiefe Percussion. Letztere verbietet sich bei schmerzhaften Affectionen des Schädels und der Wirbelsäule von selbst, sonst hält sie v. B. aber zur Erkennung des Sitzes gewisser Affectionen oder zur topischen Diagnostik für unentbehrlich. Hoppe.

431) **Placzek**: Eine neue Electrode-Demonstration in der Berliner medicinischen Gesellschaft.

(Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 33.)

P. hat zur Prüfung der Schmerzempfindlichkeit eine Electrode (von Hirschmann-Berlin) construiren lassen, welche besonders bei Simulanten sich nutzbringend erweisen soll. Dieselbe soll:

1. dem Patienten die Möglichkeit rauben, die Untersuchungsvarianten zu controliren,
2. gestatten, nach Belieben den Strom bald nach der empfindenden, bald nach der analgetischen Zone zu lenken, ohne dass eine Lageveränderung der Electroden nöthig ist,
3. Stromstärke und Stromdicke, soweit wie möglich, unverändert lassen.

Zu diesem Zweck trägt die Electrode 2 beliebig zu entfernende und zu nähernde Drahtpinself. Der Doppelunterbrecher auf der Rückseite ermöglicht es dem aufruhenden Finger, den Strom bald auf der einen, bald auf der anderen Seite und bald vollständig zu unterbrechen (ohne dass der Patient etwas merkt).

Werden die Pinsel auf der Grenze zwischen der empfindenden und angeblich unempfindlichen Zone aufgesetzt, so muss bei einem mittelstarken faradischen Strom, der durch beide Pinsel geht, der Patient nur auf der einen Seite Schmerz empfinden. Wird nun auf dieser Seite die Stromleitung plötzlich unterbrochen, so muss der Patient sofort Schmerzlosigkeit angeben, widrigenfalls er als Simulant entpuppt ist. Hoppe.

II. Pathologie.

a) Gehirn.

432) D. E. Jacobson: Et Tilfælde af diffus Periencefalitis og dissemineret Hjernesclerose hos en 10 Aars Dreng med kongenit Syphilis. Død som Følge af akut gul Leveratrofi.

(Hospitalstidende 94, S. 397.)

Ein 10jähriger Knabe wurde an angeborener Syphilis behandelt. Es hat sich nicht constatiren lassen, ob die Eltern Syphilis gehabt haben. Eine ältere Schwester ist an gewissen Augenleiden behandelt worden, welche unzweifelhaft auf hereditärer Lues beruhen. In seinem 4. Jahre wurde der kleine Patient von einer Gehirnkrankheit befallen, welche akut mit Kopfschmerzen und Fieber auftrat und von linksseitiger Hemiparesis begleitet wurde. Diese Krankheit ging während der Behandlung mit Jodkalium wieder zurück. Es war darnach gesund und entwickelte sich normal bis zu seinem 9. Jahre, in welchem er von einer bösartigen, diffusen, parenchymatösen Keratitis beider Augen befallen wurde. Diese Krankheit war noch bei seiner Aufnahme ins Krankenhaus am 23. X. 1893 vorhanden. Es wurde desshalb mittelst Inunctionskuren (im Ganzen 49 von 3 Gramm) behandelt. Am 7. XII. trat Ikterus mit etwas vergrößerter Leberdämpfung auf und etwas später wurde er sehr unruhig und hallucinirte. Dieser Zustand mit completer Verwirrtheit, sehr starker Unruhe, stark ikterischer Hautfarbe, Temperatur zwischen 36 und 36,8⁰, dauerte bis zu seinem Tode am folgenden Tage.

Bei der Section zeigte sich die Pia mater stark injicirt und überall an die Gehirnoberfläche vollkommen adhären, dagegen an dem Pons und der Med. obl. leicht ablösbar. Zerstreut in der grauen und weissen Gehirnschicht fanden sich zahlreiche grauliche, indurirte Partien von Hirsekorn- bis Haselnussgrösse, die grösste im 3. rechten Frontalgyrus. An der Oberfläche findet sich hier eine trichterförmige Einziehung des Gewebes. Der Pons, Med. obl. und Med. spin. sind normal. — Bei der microscopischen Untersuchung der sclerotischen Partien in der Corticalsubstanz des Gehirns zeigten sich „theils recht bedeutende Bindegewebsvermehrung an den Gefässen mit Anhäufung von Leucocyten, theils im Gewebe zerstreut Stellen, wo die Neuroglia gewuchert war, im besonderen in der 3. Schicht von der Oberfläche gerechnet; keine grösseren Veränderungen der Substantia medullaris. In der Pia fand sich Wucherung des Bindegewebes. In mehreren Schnitten des Cervical- und Dorsalmarkes fand sich nichts abnormes.“

Die Leber war von normaler Grösse, der Rand etwas verschärft, das Bindegewebe zwischen den einzelnen Acini vermehrt, die Consistenz vermehrt, das Gewebe undurchsichtig, die Leberzellen fettig degenerirt.

Der Verf. nimmt an, dass es sich um einen Fall von acuter gelber Leberatrophie handelt, und hält es für wahrscheinlich, dass diese auf einer Quecksilbervergiftung in Folge der mercuriellen Behandlung beruht. Schliesslich hebt der Verf. hervor, dass wir hier eine ausgebreitete Periencephalitis und Sclerose des Gehirngewebes vorgefunden haben, ohne dass diese bei Lebzeiten irgend ein Symptom bedingt haben. Die Merkwürdigkeit dieses Falles wird noch dadurch vermehrt, dass es ein so junges Individuum betrifft.
Koch (Kopenhagen).

433) **Magnus Möller**: Et fall af hjerneysfilis med akut leptomeningit. (Hygiea 1894, S. 86.)

Ein 22jähriger Weinküfer, bisher immer gesund, hatte sich ein halbes Jahr vorher Syphilis zugezogen. Im December 1891 wurde er ohne irgend welche Veranlassung plötzlich krank, erhielt starke linksseitige Kopfschmerzen, wozu nach drei Tagen Würgen, Brechen, sowie motorische Aphasie und rechtsseitige Hemiparesis kamen. Während antisiphilitischer Behandlung gingen die genannten Symptome etwas zurück. Gewisse Störungen des Sensoriums, der Intelligenz und des Allgemeinbefindens bestanden jedoch fort und mehrten sich nach und nach. Die Kopfschmerzen nahmen wieder zu. Nach 2 $\frac{1}{2}$ Monaten trat Lähmung der rechten Gesichtshälfte auf. Am folgenden Tage zeigten sich Convulsionen hauptsächlich in der linken, jedoch auch in der rechten gelähmten Körperseite, ferner Sopor, Coma, Störungen der Respiration und Circulation und nach noch einem Tage starb er.

Bei der Untersuchung des Gehirns fand der Verf. endarteriitische Veränderungen der Basilararterien mit Veränderung des Lumens, in der linken Art. fossa Sylvii einen 7 mm langen, frischen Thrombus, in gewissen Theilen der linken Centralganglien (Nucl. caudatus und lentiformis) secundäre, solerotisirende und degenerative Veränderungen und endlich diffuse Zelleninfiltration der weichen Gehirnhäute. Diese Infiltration bestand in Rundzellen, welche in den Bindegewebsamaschen eingelagert waren ohne erkennbare Neigung zu Organisation, Gummabildung oder Verschmelzen der Substanz.

Eine ähnliche acute Meningitis syphilitischer Natur ist nach des Verfassers Wissen noch nie post mortem constatirt worden.

Die Abhandlung ist von einer lithographischen Tafel der macro resp. microscopischen Veränderungen des Gehirns begleitet.

Koch (Kopenhagen).

434) **Ludwig Bruns**: Zur differentiellen Diagnose zwischen den Tumoren der Vierhügel und des Kleinhirns.

(Archiv f Psych., XXVI. Bd. 1894, 2. Heft.)

So selten auch Hirntumoren der Therapie zugänglich sind, so unschätzbar sind doch exact registrierte für die Hirnphysiologie. Exakte Registrirung aber bedeutet hier Scheidung der progressiven von den an Intensität schwankenden Symptomen: Nur erstere werden directe Folge der pro-gredienten Ursache des Tumors, letztere indirecte Drucksymptome sein. Da eine solche Sonderung bei Bruns's Fällen zum Theil nicht möglich war

— sie betrafen Knaben von 2 und 11 Jahren — zum Theil nicht unternommen wurde, so ist ihr rein theoretisches Interesse relativ gering. Von klinisch-diagnostischem Interesse sind sie ob der Reihenfolge ihrer Symptome. Der erste Fall, ein 2jähriger scrophulöser Knabe, zeigt nämlich Ophthalmoplegia externa progrediens, mit Ausnahme des abducens, scandirende Sprache, atactischen Tremor der Arme und schwankenden Gang. Die Diagnose Tumor der Vierhügelgegend schien durch Nothnagel's These, dass atactischer Gang, besonders als Frühsymptom, verbunden mit Ophthalmoplegie, dafür sprechen, gestützt und wurde durch den Sectionsbefund — Solitaertuberkel der Vierhügel und der Haube, besonders der Gegend des rothen Kerns — bestätigt. Aehnliche Symptome zeigte der 2. Fall, wenn auch in anderer Reihenfolge — nämlich taumelnden Gang, Bewegungsataxie, Ophthalmoplegia externa mit Betheiligung des abducens und Nystagmus — und in anderen Intensitätsverhältnissen. — Hier faud sich ein Tumor des Unterwurms. Daraus schliesst Verf., dass Verbindung von Ophthalmoplegie und Ataxie wahrscheinlich nicht pathognomonisch für Vierhügeltumoren ist, dass aber im Vierhügelfall das Leiden mit Augenmuskellähmung, im Kleinhirnfalle mit Gang-Ataxie beginnen wird. Ueber diese rein allgemein symptomatologische Betrachtung geht die Arbeit nicht hinaus. Die Hauptfrage wäre die, welche von den auffälligen Symptomen directe Anfalls- und welche nur indirecte (Druck-) Erscheinungen sind. Eine microscopische Untersuchung der Präparate hat nicht stattgefunden.

Trö m n e r-Heidelberg.

435) **Georg Jilberg:** Ein Gumma in der Vierhügelgegend.

(Arch. f. Psych. 1894, Bd. XXVI, 2.)

Mit ausserordentlicher Ansführlichkeit und Sorgfalt berichtet I. über einen Fall, dessen Section ergab: Leptomeningitis spinalis et cerebralis, Blutaustritte in der grauen, Degenerationen der weissen Substanz, neuritische Veränderungen verschiedener spinaler und fast sämtlicher Hirnnerven, allgemeine Atheromatose der Gefässe neben sonstigenluetischen Veränderungen anderer Organe, Hydrocephalus internus und Gumma der Vierhügelgegend.

Da nun dieser Fülle anatomischer Veränderungen auch eine Fülle von klinischen Symptomen — unter denen anfangs Gangataxie, schwere Dysarthrie und spastische Symptome auffielen — entsprechen, so ist die Unmöglichkeit begreiflich, einen derartigen Fall causaliter zu entziffern. Das Gumma in der hinteren Vierhügelgegend ist nur der auffälligste der Befunde; kein einziges Symptom aber ist mit Sicherheit ihm ausschliesslich zuzuschreiben. Selbst die Initialbeschwerden, Kopfweh, Schwindel, Schlaflosigkeit sind allgemeine oder Drucksymptome.

Aus dem Grunde, weil wesentlich ein Werk genauester pathologisch-anatomischer Beschreibung vorliegt, eignet sich die Arbeit nicht für ein kurzes Referat, sondern es muss für Interessenten auf das Original verwiesen werden.

E. Trö m n e r.

436) **E. Weinland:** Ueber einen Tumor der Vierhügelgegend und über die Beziehungen der hinteren Vierhügel zu Sehstörungen.

(Archiv für Psych. 1894, Bd. XXVI, 2. Heft.)

Sehr werthvoll ist dieser von W. mitgetheilte und in Flechsig's Laboratorium bearbeitete Fall von Vierhügeltumor: 1. weil er topographisch einfach lag, 2. weil er eine zielbewusste anatomische Bearbeitung fand, 3. weil eine Epikrise den Causalzusammenhang zwischen Symptom und Läsion festzustellen und so ingleicher Weise Diagnostik und Hirnphysiologie zu fördern sucht.

Die Symptome waren: Pupillen weit und ungleich (links epper), Defect der Convergenzreaction rechts bei symmetrisch erhaltener Lichtreaction; motorische Schwäche und geringer Intentionstremor der linken Hand, geringe Steigerung der Kniereflexe, starke Steigerung der idiomusculären Erregbarkeit, leichte Hypalgesie, Bomberg'sches Phänomen, atactischer Gang, langsame, schwerfällige Sprache. Die Läsion — Zerstörung durch ein wallnussgrosses Gliom — betraf die linke Vierhügelplatte und den oberen Theil des Wurmes sammt der vorderen Kleinhirncommissur. Auf Schnitten fanden sich noch zerstört oder secundär degenerirt: der hintere Abschnitt des linken Bindearmes, der Vierhügeltheil der linken lateralen Schleife, die hintere Vierhügelcommissur, die Radiärfasern vom linken Vierhügel zum centralen Grau, zum Theil die linke Fontaine und die mittleren Theile des hinteren Längsbündels, sowie endlich die linken Vierhügelarme.

Die Analyse lässt, im Zusammenhang mit analogen Fällen (Ferrier) und anatomischen Untersuchungen (Flechsig, Monakow, Bechterew und Andere) folgende Schlüsse zu: dass 1. der atactische Gang auf die Zerstörung des oberen Wurmes und der Kleinhirncommissur, 2. der rechtsseitige Defect der Convergenzreaction auf diejenige des vorderen Vierhügels, 3. die Hörschwäche auf Zerstörung des gekrenzten hinteren Vierhügels zu beziehen ist und dass die Bahn vom nervus cochlearis zur Hirnrinde durch den hinteren Vierhügel geht, ohne sich in der hinteren Vierhügelcommissur noch einmal zu kreuzen. Die Function des hinteren Vierhügels ist wahrscheinlich, Gehörseindrücke mit Augen- (und Kopf-? Ref.) bewegungen, die der vorderen Convergenz und Pupillarbewegungen zu associiren. Schliesslich möchte Ref. noch auf 2 in der Epikrise nicht beachtete, aber interessante Symptome hinweisen, nämlich auf die Verlangsamung und Erschwerung der Sprache bei Intactheit sowohl des centralen Höhlengraues als auch der motorischen Sprachbahn und die hochgesteigerte idiomusculäre Erregbarkeit ohne entsprechende Steigerung der Sehnenreflexe. Letztere beruht vielleicht auf der Läsion des Kleinhirns; erstere wird verständlich, wenn man bedenkt, dass der linke Vierhügel zerstört, das linke Temporalhirn der Ort unserer inneren Sprache ist und dass zur Sprache eine Controle jedes gesprochenen Wortes durch's eigene Ohr gehört; dieses musste also hier vielleicht einen Umweg durch die andere Hemisphäre nehmen.

E. Trömner,

487) **Max Arndt**: Zur Pathologie des Kleinhirns.
(Arch. f. Psych., Bd. XXVI, 1894, 2.)

Die Arbeit berichtet über einen Fall von sclerotischer Atrophie des Kleinhirns, der sich allerdings unter dem Microscop als in verschiedener Hinsicht merkwürdig enthüllte: 1. insofern als Atrophie der nervösen, neben Vermehrung, nicht der gliomatösen — wie bei inselförmiger Sclerose — sondern der bindegewebigen Bestandtheile, also mesodormaler Elemente, bestand, ein Zustand, den Verfasser (in Analogie zur Leber, Nieren etc. Cirrhose) als „Cirrhose des Kleinhirns“ bezeichnet; 2. insofern als der Process vor dem nucleus dentatus Halt machte, so dass dieser und die Bindearme fast normal befunden wurden; 3. in Bezug auf die secundären Degenerationen; 4. durch seine Pathogenese. Da es sich um einen 70-jährigen handelt und jedwede andere Ursache fehlt, nimmt A. an, dass die Cirrhose sich „auf dem Boden der Atheromatose“ entwickelt habe. Ob hingegen die von A. genannten Symptome (Schwindel, atactische Gehstörung, atactischer Tremor der Hände, Blasenschwäche, dysarthrische Sprache und motorische Schwäche der Glieder) ztattweg auf Rechnung der Kleinhirnrindenatrophie — dies ist der Kern des Processes — zu setzen sind, ist zu bezweifeln, da sie zum Theil rein senile Erscheinungen sein können.

E. Trömmner.

488) **Chabbert**: Sur un cas de paralysie générale à forme de tabes au début chez un syphilitique.

(Arch. de Neurol., XXVII, 88.)

Der von Ch. mitgetheilte Fall soll einen Beitrag liefern zu der Frage nach der ätiologischen Bedeutung der Syphilis für die progressive Paralyse und nach dem Zusammenhang von Tabes und Paralyse. Es handelt sich um eine 43jährige erblich schwer belastete Frau, die im 24. Jahre höchst wahrscheinlich syphilitisch infectirt wurde, später keine Zeichen von Lues mehr darbot und vor 4 Jahren mit Sehstörungen, blitzartigen Schmerzen, gastrischen Krisen etc. erkrankte. Die psychischen Veränderungen, die jetzt zusammen mit den typischen, somatischen Symptomen das deutliche Bild der progressiven Paralyse bieten, traten erst vor ca. $\frac{3}{4}$ Jahren bei der jetzt fast völlig erblindeten Patientin auf. Durch eingehende detaillierte Analyse der klinischen Erscheinungen sucht nun Ch. zu beweisen, dass es sich in diesem Falle nicht, wie man anzunehmen geneigt sein könnte, um eine Tabes handelt, die sich zu einer Paralyse entwickelt hat, sondern dass es sich von Anfang an um Paralyse gehandelt hat, deren erste Erscheinungen eine Tabes vorgetäuscht habe. Als ätiologisches Moment glaubt er weniger die Syphilis als die hereditäre Belastung anzusprechen zu sollen. Die beobachteten krankhaften Erscheinungen müssen zurückgeführt werden auf einen Gehirn und Rückenmark gleichmässig affoirenden Process, es wäre aber verkehrt, aus solchen oder ähnlichen Fällen den Schluss ziehen zu wollen, dass es sich um zwei gänzlich verschiedene Krankheiten gehandelt hätte, denen der Kranke erlegen wäre, oder etwa, dass Tabes und Paralyse nur der verschiedene Ausdruck ein und desselben Allgemeinleidens, der Syphilis, wären.

Falkenberg-Lichtenberg.

439) Prof. Reinhold: Beiträge zur Pathologie der ~~ersten~~ Erweichungen des Pons und der Oblongata. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der bulbären Ataxie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 5.)

R. bespricht im Anschlusse an zwei klinisch und anatomisch beobachtete Fälle die obigen Fragen. Beim ersten Falle handelte es sich um eine durch locale Gefässerkrankung bedingte Thrombose der Art. basilaris mit hämorrhagischer Erweichung im oberen Theile des Pons; beim zweiten um eine aus denselben Ursachen entstandene Thrombose der r. Art. vertebralis in der Ausdehnung von ca. 8 mm mit einer hämorrhagischen Erweichung in der rechten Hälfte der oblongata. Diese erstreckte sich ungefähr längs der unteren 2 Drittel der rechten Olive und hatte auf verschiedenen Schnittebenen eine sehr verschiedene Ausdehnung, blieb aber überall auf die rechte Seite der Oblongata beschränkt, so dass anatomisch eine reine Halbseitenläsion der Medulla oblongata vorlag. Der daran zu Grunde gegangene Patient, ein 39 Jahre alter Mann, zeigte gleichseitige Lähmung der Medullarkerne neben gekreuzter Extremitätenlähmung und Ataxie im gleichseitigen Arme.

Nach Analyse der übrigen Symptome kommt R. zu seinem Hauptthema, der Erklärung dieser bulbären Ataxie.

Betreffs der topischen Diagnose nimmt er zwei Möglichkeiten an. Es könnte in Frage kommen als beschädigt:

1. Die Kleinhirnseitenstrangbahn,
2. die im unteren Theil der Oblongata aus den Hinterstrangkernen zur Schleifenkreuzung hinüberziehenden Fibræ arcuatæ internæ.

Da nun nach seinen Ausführungen die einfache Bewegungsataxie bei Herden in der Oblongata entsteht durch Läsion einer Bahn, die erst im unteren Theil der Oblongata selbst sich kreuzt und zwar oberhalb der Pyramidenkreuzung, die ferner in höheren Ebenen die medialen Partien des Querschnittes einnimmt, so deutet alles auf die Hinterstrang-Schleifenbahn hin. Im vorliegenden Falle fand R. nun in der Läsion der Fibræ arcuatæ internæ im unteren Theil des Herdes die gesuchte Unterbrechung.

Weil aber die Läsion der Kleinhirnbahnen selbstverständlich auch Ataxie hervorrufen kann, so unterscheidet R. zwei Arten von Ataxie:

1. Die einfache Bewegungsataxie, bedingt durch Erkrankung der Hinterstrang-Schleifenbahn;
2. die cerebellare Form, bedingt durch Erkrankung der Kleinhirnbahnen und des Corpus restiforme, vielleicht auch der Kleinhirnmolivenfasern.

Diese Unterarten will er allerdings nur als Unterarten und nicht als principiell verschiedene Formen der Coordinationsstörung aufgefasst wissen.

Im Anschlusse an einen dritten Fall, der allerdings nur klinisch beobachtet ist, kommt R. zu denselben Schlüssen.

Dauber-Würzburg.

440) **Kilppel et Azoulay**: Des lésions histologiques de la paralysie générale étudiées d'après la méthode de Golgi.

(Arch. de Neurol., XXVIII, 90.)

Verf. untersuchten mittelst der Golgi'schen Methode die Gehirne von 2 Paralytikern, deren Section wenige Stunden nach dem Tode gemacht werden konnte und kamen dabei zu folgenden Hauptresultaten: Zunächst schwinden die stachelichten Rauigkeiten der Protoplasmafortsätze; die kleinen gestielten Knöpfchen rücken zusammen, scheinen in einander zu fließen und bilden unregelmässige Anschwellungen der Protoplasmafortsätze; die peripheren Verästelungen dieser Fortsätze atrophieren und schliesslich fällt auch der Zellenleib selbst der Atrophie anheim. Besonders deutlich waren diese Veränderungen an den grossen Pyramidenzellen der Rinde des Grosshirns, doch liessen sich auch an den Zellen des Kleinhirns ähnliche Alterationen nachweisen. — Uebrigens lieferte die Untersuchung des Gehirns eines Melancholischen den Verf. ähnliche Ergebnisse, wann auch in geringerem Umfange, so dass also zwischen den anatomischen Befunden an den Gehirnzellen bei klinisch so vollkommen verschiedenen Leiden nur ein gradueller Unterschied bestehen würde. (!)

Falkenberg-Lichtenberg.

b) Periphere Nerven.

441) **Grabower**: Ein Fall von linksseitiger Recurrenslähmung. (Vortrag in der Berl. laryngol. Gesellsch. 1. XII. 1893.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 34.)

G. stellt einen Fall von linksseitiger Recurrenslähmung bei vorgeschrittener Tabes vor, wo die Sensibilität und Reflexerregbarkeit des linken gelähmten Stimmbandes erloschen ist, während die vom äusseren Ast des N. accessorius versorgten Muskeln völlig intact sind, und bekämpft im Anschluss daran die Einwände gegen die von ihm experimentell gefundene Thatsache, dass die motorische Innervation des Kehlkopfs nicht vom Accessorius, sondern nur vom Vagus besorgt werde. Wenn auch Vagus und Accessorius eine gemeinsame nicht trennbare Kernanlage am 4. Ventrikel besitzen, so bestehe doch ein morphologischer Unterschied zwischen den Zellen des Vagus und des Accessoriuskernes; auch habe, wie Dees gezeigt habe, die Durchschneidung des Halsvagus nur Degeneration der Vaguskerne und -Wurzeln bewirkt, während Accessoriuskerne und -Wurzeln intact bleiben.

(Gegenüber den Fällen, wo sowohl Kehlkopfmuskel als die vom äusseren Accessorius versorgten Muskeln gelähmt waren, verweist G. auf die Fälle von isolirten Lähmungen dieser beiden Muskelgruppen, u. a. auf einen von ihm beobachteten Fall, wo bei vorgeschrittener Tabes doppelseitige Cucullarislähmung, aber keine Kehlkopflähmung vorhanden war. Hoppe.

442) **F. H. Edgeworth**: Case of bilateral facial paralysis, due to injury by forceps at birth.

(The brit. med. Journ., 6. Jan. 1894, pg. 11.)

Ein 7jähriges Mädchen ist als Erstgeborenes mit der Zange geboren worden. Die Mutter hörte vor jedem Obre des Säuglings Geräusche, welche im Laufe eines Monats schwanden. Das Kind sangte schlecht. Es konnte

das Gesicht nicht wie andere Kinder bewegen, konnte die Augenbrauen nicht runzeln, die Augen nur halb schliessen. Die unteren Augenlider waren sehr dünn. Die Muskeln der Ohren, Nase und Backen bewegten sich nicht. Die Lippen sind dick, die Unterlippe steht vor. Die Lippen können ein wenig bewegt werden, so dass sie ein Licht ausblasen kann. Labiallaute können nur sehr undeutlich ausgesprochen werden; die labio-dentales mit grosser Schwierigkeit. Die Gesichtsknochen sind gut entwickelt. Keine Taubheit, keine otitis media; keine Geschmacksstörung. Der Gaumen bewegt sich gut. Constanten und faradischer Strom erzielt keine Reaction. Doppelseitige Zangenlähmung ist selten. Die gewöhnliche einseitige Zangenlähmung bessert sich meist.

Wichmann.

443) **Fred W. Mott**: A case of peripheral facial diplegia.

(Brit. med. Journ., 2. Dec. 1893, pg. 1206.)

Ein 17jähriger Mann hatte vor 2 Jahren Diphtherie, war nie ohrenleidend, nie rheumatisch. Vor einem Monat blieb er wegen Unwohlsein 3 Tage von seinem Beruf fort. 14 Tage später Erkältung mit Husten und Seitenstechen. Schnelle Besserung unter ärztlicher Behandlung. Nach 5 Tagen bemerkt er Anschwellung der linken Backe und Lähmung der linken Gesichtshälfte. Nach 2 Tagen ist auch die rechte Gesichtshälfte gelähmt. Unvermögen, die Augen zu schliessen. Bei der Aufnahme im Spital wird der Fall als periphere Facialisneuritis aufgefasst und die Prognose günstig gestellt. Die Lähmung bildete sich zurück.

Wichmann.

444) **T. K. Mouro**: Peripheral Neuritis after measles.

(The Lancet, 14. April 1894, pg. 929.)

Eine 31jährige Frau litt October 1893 an peripherer Neuritis. Sie hatte im Frühling 1893 zum ersten Mal Masern gehabt, hielt sich deshalb einige Tage zu Bett, ging dann an ihre häusliche Arbeit, wusch und bekam Schmerzen in den Händen. Im August 1893 war sie wieder gesund; September hatte sie Influenza und trat der Schmerz in den Händen wieder auf. Es bildete sich eine echte Neuritis der Arme ohne Muskelabmagerung heraus, die wieder abheilte.

Wichmann.

445) **Johannes Müller**: Beitrag zur Kenntniss des Faserverlaufes im Plexus brachialis. (Aus der med. Klinik zu Würzburg.)

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 2.)

M. machte bei einem 40jährigen Manne die interessante Beobachtung, dass ein Osteom an der 1. Rippe rechts auf den unteren Theil des Plexus brachialis drückte und folgende Veränderungen an den Armnerven zur Folge hatte: Vollständig gelähmt und atrophisch waren an der Benseite des Vorderarms:

Der M. flexus digit. comm. prof.,
" " " " " sublim.,
" " pollicis longus,

an der Streckseite:

der M. abductor poll. long.,
" " extensor " brev

Die übrigen Fingerstrecker waren nicht ganz, jedoch in hohem Grade atrophisch und gelähmt.

Die anderen Vorderarmmuskeln waren nicht atrophisch, aber ziemlich kraftlos, ebenso die Oberarm- und Schultermuskeln, deren Kraft mässig herabgesetzt war. Die gelähmten Muskeln zeigten totale E. R. Die Sensibilität war von den Fingerspitzen bis zur Mitte des Vorderarmes aufgehoben, die Haut blauroth, von da bis zur Ellenbeuge herabgesetzt, weiter oben normal.

Mit dem anästhetischen Bezirk scharf abschneidend constatirte M. eine starke Verschmächtigung des Armes. Ausserdem war eine Lähmung der oculopupillären Fasern des rechten Halssymphathikus vorhanden.

Nach einer genauen Analyse der Function der unteren Cervical- und oberen Dorsalschlingen kommt M. zu dem Schlusse dass im vorliegenden Falle nur der 8. Cervical- und der 1. Dorsalnerv nahe an seiner Austrittsstelle gedrückt sind, und resumirt seine Beobachtungen in folgendem Satze:

„Durch eine Läsion der beiden untersten Wurzeln des Plexus brachialis wird neben Sympathicusstörung eine Lähmung der motorischen und sensorischen Nerven für den Unterarm und die Hand verursacht, wogegen die Nerven für Oberarm und Schulter verschont bleiben. Dieses Verhalten lässt sich nur durch die Annahme erklären, dass die beiden untersten Wurzeln lediglich Fasern für den peripherischen Armtheil führen.“

Dauber-Würzburg.

446) **Gilhet de Grandmont**: Sympathetic optic neuritis of infectious origin. Recovery. Paralysis of arm. Jacksonian Epilepsie. Trephining. Recovery.

(The american journal of ophthalmology, Vol. XI, Nr. 4. April 1894.)

Ein 4 Jahre altes Kind erlitt eine Verletzung durch eine Revolverkugel; dieselbe durchschlug das rechte Auge und drang in die tieferen Theile ein. Kurze Zeit darauf stellten sich Symptome von Meningitis ein. Ungefähr 6 Wochen später trat eine allmähliche Herabsetzung der Sehschärfe auf dem linken Auge ein — für kurze Zeit war überhaupt keine Lichtperception mehr vorhanden. Der ophthalmologische Befund entsprach dem einer Neuritis optica. Blutungen waren nirgends im Fundus handen. Diagnose: Neuritis optica in Folge von Infection. — Behandlung: Subconjunctivale Sublimatinjectionen (!).

Nach einigen Tagen der Erblindung konnte das Kind Personen wieder erkennen. Ungefähr 1 Monat später S = Finger in 1 m. — Es stellten sich jetzt wieder Kopfschmerzen ein, sowie linksseitige Facialisparese, linksseitige Monoplegie des Armes, leichte Parese des linken Beines; ausserdem wenige Tage später Jackson'sche Epilepsie. — Das Sehvermögen hält sich auf gleicher Höhe.

Auf Grund der erwähnten Störungen wurde die Diagnose eines Herdes (vermuthlich Eiter) in den mittleren Partieen der Stirn- und aufsteigenden Parietalwindungen gestellt und eine Trepanation vorgenommen, welche denn auch die vermutheten Veränderungen ergab. — Am Morgen nach der Trepanation war das Kind wieder lebhaft, hatte keine Kopfschmerzen mehr und konnte leichte Bewegungen mit seinem linken Arm machen. 3 Wochen

später vollständige Heilung. — Nach weiteren 2 Monaten war der Allgemeinzustand des Kindes ein ausgezeichneter, auch das Sehvermögen war unterdessen gestiegen — S = Finger in 5 m. — Das verletzte rechte Auge war geschrumpft.

(Der Fall ist gewiss in mancher Hinsicht interessant, dass jedoch die von Seiten des Sehorganes auftretenden Veränderungen und Störungen gerade besonderes Interesse beanspruchen dürften, scheint mir nicht richtig. Es handelt sich dabei um den gewiss nicht selten beobachteten Fall, dass sich an eine infectiöse Meningitis des Gehirnes auch eine solche der Sehnervenscheiden und des Sehnerven selbst anschloss. Aus dieser Tatsache erklären sich alle objectiv wahrnehmbaren und functionellen Störungen, es hat die vorübergehende Erblindung und nachfolgende Besserung nichts Auffallendes; letztere wäre sicherlich auch ohne die subconjunctivale Sublimatinjection erfolgt. Fernerhin dürfte es nicht angängig sein, hier von einer „sympathetic optic neuritis of infectious origin“ zu sprechen. Ref.)
Bach.

447) **Alex. James:** On a case of combined paralysis of the nerves of the arm due to injury.

(Edinburgh med. Journ., Febr. 1893.)

Ein 24jähriger Maurer war 12 Fuss hoch auf die Schulter und die linke Seite des Kopfes herabgestürzt. Er verlor dabei das Bewusstsein. Wieder zu sich gekommen, bemerkte er, dass der linke Arm gelähmt und gefühllos war. Ca. 10 Wochen nach dem Unfall konnte bei dem im übrigen gesunden Mann folgender Befund erhoben werden: Die Rhomb., der Supra- und Infraspinatus, Teres minor, Serrat antic. maj., Deltoid, Biceps und Supinat long. waren paralytisch. Die meisten dieser Muskeln waren mehr oder minder atrophisch. Es bestand E. A. R. Ausserdem konnte Anästhesie in dem Verbreitungsbezirk des N. circumflexus über dem Musc. deltoideum und in dem Bezirk des Hautastes des N. musculo-cutaneus am Vorderarm constatirt werden. Verf. nimmt an, dass die die betreffenden gelähmten Muskeln versorgenden Nerven ihren gemeinsamen Ursprung im 4. und 5. Cervicalnerven haben. Auch beim Trauma sind die entsprechenden Nervenwurzeln verletzt und dadurch die eigenartig combinirten Muskel lähmungen hervorgerufen worden.

Bielschowsky (Breslau).

448) **Max Rithman:** Ueber die transitorische Erblindung bei Urämie.
(Aus der inn. Abth. des St. Krankenhauses am Urban.)

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 24.)

Im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall transitorischer Erblindung (einseitig, zuerst auf dem rechten, dann wiederholt auf dem linken mit entsprechender Pupillenverengung), bei dessen Section nur eine leichte Verdickung der Opticusscheide und der kleinen Gefässe im Innern des Nervenstammes gefunden wurde, bespricht R. unter Berücksichtigung der Literatur dieses seltene Hirnsymptom der Urämie und kommt zu folgenden Schlussätzen:

1. Die mit schweren Nephritiden mit oder ohne andere urämische Symptome auftretenden Erblindungen sind peripherer Natur, bedingt durch ein Oedem der Opticusscheiden. Dasselbe gilt für die nach Blutungen eintretenden Amaurosen.
2. Die Pupillenreaction kann erhalten, vermindert oder erloschen sein, ohne dass durch das Vorhandensein derselben die Annahme der Opticuscompression widerlegt würde.
3. Die erhaltene Pupillenreaction ist ein prognostisch günstiges Symptom, indem die Wiederkehr der Sehkraft erwartet werden kann. Doch ist auch bei Pupillenstarre die Prognose nicht absolut infaust.
4. Ist der Druck des Exsudats ein zu starker, so kann dauernde Erblindung eintreten, bedingt durch Degeneration der Sehnervenfasern.
5. Bei der transitorischen Erblindung ist der Sehnerv nach Wiederkehr des Sehvermögens vollkommen intact oder doch nur in den Randpartieen degenerirt.

Hoppe.

c) Neurosen.

449) **Carl Carlson Froste**: Maladie des tics convulsifs.

(Hygiea, Bd. 56, S. 201, 1894.)

Verf. theilt einen Fall der genannten Krankheit bei einem 28jährigen Erdarbeiter mit. Keine erbliche Disposition. Die Krankheit zeigte sich schon von frühester Kindheit an und äusserte sich hauptsächlich durch Zuckungen und krampfartige Bewegungen in den Gesichts- und Extremitätenmuskeln, sowie durch Echolalie und Koprolalie. Der Kranke konnte theilweise, jedenfalls für einige Zeit, die Bewegungen hemmen, z. B. die der Hände dadurch, dass er dieselben durch Bänder fesselte. Wenn eine bestimmte Bewegung in dieser Weise einige Male gehindert war, hörte sie von selbst auf, um dann von einer anderen abgelöst zu werden.

Koch (Kopenhagen).

450) **Thibierge**: Pseudo-éléphantiasis névropathique du membre supérieur chez une femme hystérique.

(Soc. médic. des hôpit. Bericht in Bullet. médic., 1894, Nr. 34.)

Die jetzt 37 Jahre alte Kranke litt seit dem ersten Eintreten der Menses bis zum Januar 1893 an Krampfanfällen mit Bewusstseinsverlust; von dann an begann ohne nachweisbare Ursache sich schmerzlos eine Anschwellung der beiden Handrücken zu entwickeln, die progressiv und schnell über die ganze linke Oberextremität fortschritt. Vor einem Monate stellte sich nach wiederholt vorausgegangenen Kopfschmerzen plötzlich eine Facialisparalyse und eine 4 Stunden anhaltende Sprachlosigkeit bei vollem Bewusstsein ein; sonst keine Muskellähmung. — Augenblicklich zeigt der ganze linke Vorderarm und die unteren 2 Drittel des Oberarms eine deutliche Anschwellung von gleichmässiger teigiger Consistenz, ohne sonstige Hautstörungen oder Störungen des Lymph- bzw. Blutgefässsystems. Sensibilität überall intact, nur Pharynxanästhesie. Sonst aber keine Anzeichen für Hysterie.

Th. schliesst ein Oedem in Folge von Circulationsstörungen aus; am meisten bietet das Krankheitsbild Aehnlichkeit mit der Elephantiasis. Da

aber Hautläsionen, nervöse Störungen und die sogen. „accès éléphantiasiques“ (febrile Anfälle) fehlen, so schliesst Th. auch diese Diagnose aus und bezeichnet den Process als Pseudo-Elephantiasis, ein bisher noch nicht klares Krankheitsbild, das schon Desnos-Potain 1891 als œdème rhumatisimal, Mathieu 1893 als pseudo-éléphantiasis névropathique beschrieben haben. Man könnte auch noch an eine dem blauen bzw. weissen Oedem bei Hysterie analoge Erscheinung denken, allein da sonstige Anzeichen für hysterisches Oedem fehlen und sein Auftreten nicht mit den Erscheinungen der Hysterie zusammenfällt, weist Th. auch diese Hypothese von der Hand.

Buschan.

451) **Charles L. Dana** (New-York): On acromegaly and gigantism with unilateral facial hypertrophy; cases with autopsy.

(The journal of nervous and mental disease, Nov. 1893.)

Bei einem 6 Fuss 7 Zoll grossen, 500 Pfund schweren Riesen beobachtete D. die deutlichsten Zeichen der Acromegalie. Besonders auffallend war der enorme Unterkiefer, der vom Winkel bis zum Kinn beiderseits 14,5 cm mass, sowie der riesige Brustumfang, der 50 Zoll betrug. Im übrigen war das ganze Gesicht wie auch Hände und Füsse grösser und dicker, als es bei der Körperhöhe zu erwarten war. Der Riese war nie sonderlich stark gewesen; eines Tages wurde er ohne bekannte Ursache plötzlich schwer krank, wurde sofort ins Krankenhaus gebracht, wo er collabirte und nach 5 Stunden starb. Bei der Autopsie, die einen Herzfehler ergab, fand sich ausserdem die Schädelhaut ausserordentlich stark verdickt, sowie die Hypophysis beträchtlich vergrössert. Es sind schon eine ganze Reihe von Beobachtungen veröffentlicht worden, in welchen sich Acromegalie bei Riesen fand. Die immer wieder bei Autopsieen gefundene starke Vergrösserung der Hypophysis cerebri deutet entschieden auf einen nahen Zusammenhang der Acromegalie mit dieser Veränderung hin, nicht, wie einige wollen, auf einen blossen Zufall.

Bei einem zweiten Riesen, der mit 20 Jahren 8 $\frac{1}{2}$ Fuss hoch war, fand sich ausser relativ zu grossen Händen und Füssen eine linksseitige starke Hypertrophie des Gesichtsschädels, genau in der Ausdehnung sich an die Verzweigung der drei Trigeminasäste haltend; die Hypertrophie entwickelte sich mit der Pubertät; keine Hauteraptionen oder Pigmentanomalien. Die Krankheit, welche man zunächst leicht mit einer Atrophie der entgegengesetzten Seite verwechseln könnte, ist bekanntlich ausserordentlich selten; bis jetzt sind 11 Fälle beschrieben, von denen 7 das Leiden seit Geburt hatten.

Strausscheid.

452) **Linsmayer**: Ein Fall von Acromegalie.

(Wien. medic. Wochenschr. 1894, 294.)

Bei einem 60jährigen bis dahin gesunden Mann entwickelten sich im Laufe von 2 Jahren Symptome von Acromegalie. Die Dicke der befallenen Glieder beruhte hauptsächlich auf Verdickung der Knochen. Die Motilität, Sinnesorgan, Intelligenz erwiesen sich intact. Die Sprache war schwerfällig. Der Patient ging an progressiver Herzparalyse zu Grunde. Die Section ergab neben der Vergrösserung der Körperenden auch solche der

inneren Organe, besonders ein monströs vergrössertes Herz, ausserdem atrophische Geschlechtsorgane und einen tumor epiphyseos (adenom).

Lehmann (Werneck)

453) **H. Schmidt-Rimpler**: Zur Simulation concentrischer Gesichtsfeld-einengungen mit Berücksichtigung der traumatischen Neurosen.

(Deutsche med. Wochenschr. 1894, Nr. 24.)

Um sich vor Simulation zu schützen, empfiehlt R., das Gesichtsfeld in verschiedenen Entfernungen aufzunehmen. Die Simulanten geben fast regelmässig dieselbe lineare Ausdehnung des Gesichtsfeldes an trotz der wechselnden Entfernung des Gesichtsfeldmessers. Um Gesichtsfeldermdung auszuschliessen, fange man bei der Untersuchung mit einer etwas grösseren Entfernung an. Während in diesem Falle bei Simulanten das Gesichtsfeld noch kleiner ausgegeben wird, ist dies umgekehrt bei der Ermüdung. In besonders schwer liegenden Fällen empfiehlt R. den Gebrauch eines starken Prismas vor einem Auge. Näheres darüber ist im Original nachzulesen.

Bach.

454) **v. Noorden**: Ueber hysterische Vagusneurosen.

(Charité Annalen 1898, S. 249—264.)

N. hat auf der Frauenstation der 2. med. Klinik zu Berlin bei 11 hysterischen Frauen und Mädchen einen Complex von Funktionsstörungen beobachtet, welche sich in 3 verschiedenen vom N. vagus versorgten Körpergebieten abspielten. Während die Störungen am Pharynx und Larynx (Hyperästhesie oder Anästhesie im Rachen, am Kehlkopfeingang, manchmal bis weit in den Kehlkopf, ja bis in die Trachea hinab) und am Magen (Hyperästhesie, theils als Magenbeschwerden spontan oder nach dem Genuß kleiner Nahrungsmengen, theils Erbrechen beim Eintritt kleinster Nahrungsmengen sich kundgebend) vielfach beschrieben sind, sind die das Herz betreffenden Funktionsstörungen wenig bekannt.

Von einzelnen Autoren wird nur erwähnt, dass Tachycardie und bei weitem seltener Bradycardie bei Hysterischen vorkommt. N. hat gleichfalls die Tachycardie bei Hysterischen viel häufiger beobachtet als die Bradycardie. Von den beschriebenen 11 Fällen zeigten aber 7 das Symptom der Bradycardie. Dieselbe war entweder continuirlich Tage und Monate lang vorhanden oder sie erschien nur vorübergehend (paroxysmell) für einige Stunden oder Viertelstunden des Tages, um einer normalen oder etwas beschleunigten Frequenz des Pulses zu weichen. Manchmal trat die Bradycardie auch nur im Laufe der Untersuchung der Kranken ein, was für die hysterische Natur recht bezeichnend ist.

Neben der Bradycardie hat N. aber auch in einigen Fällen das bisher noch nicht beschriebene Symptom der Arythmie (ohne hysterische Krampfanfälle, bei welchen einige Male Arythmie beschrieben worden ist) beobachtet. Die Arythmie war auch wieder in einigen Fällen continuirlich, in anderen vorübergehend an einzelnen Tagen zu constatiren. Meist trat die Arythmie erst während der Untersuchung gleichzeitig mit der Bradycardie ein (Suggestion war auszuschliessen). N. konnte 4 verschiedene Typen von Arythmie beobachten, welche bei den einzelnen Fällen durch Pulscurven erlättert wurden.

N. hält die Trias von Störungen an den Rachen- und Kehlkopfgebilden, der Magenfunctionen und der Herzschlagfolge, die sich in allen Fällen fand, für einen eigenartigen in sich abgeschlossenen hysterischen Symptomencomplex.

Da bei fast allen Patientinnen die Magenbeschwerden so sehr im Vordergrund standen, dass dieselben zur Aufnahme Veranlassung gaben (bei verhältnissmässig vielen bestand ein Magengeschwür); so möchte N. seine Erfahrungen in folgender Weise zusammenfassen:

Bei hysterisch beanlagten Personen, welche aus irgend einem Grunde (organische Erkrankung oder nervöse Dyspepsie) an Magenbeschwerden leiden, entwickeln sich häufig auch in anderen vom N. vagus versetzten Gebieten functionelle Störungen.

Heppa

455) O. Hullmann: Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit. (Festschrift zum 50jährigen Jubiläum des Vereins der Aerzte des Reg.-Bez. Düsseldorf.) (Wiesbaden 1894.)

Auf H.'s Fall von Myotonia congenita, den 62. bis dato beschriebenen, sei nur insoweit aufmerksam gemacht, als er sich von dem von Erb aufgestellten Typus unterscheidet. 1. nämlich bestand keine auffällige Muskelhypertrophie, 2. war die (an sich vermehrte) Zuckung bei mechanischer Reizung des Muskels nicht besonders träge, 3. konnten keine „Erb'schen Wellen“ beobachtet werden, 4. endlich trat die lange tonische Nachwirkung willkürlicher Impulse ausschliesslich unter Einwirkung von Kälte ein, und diese Eigenthümlichkeit theilt H.'s Fall nur noch mit 2, von v. Kraft-Ebing und Martins-Hansemann publicirten Fällen.

E. Trömmner.

456) Christian Simpson: Remarks on Raynaud's disease with cases.

(Edinburgh med. Journal, Mai 1893.)

Eine jetzt 60jährige Frau leidet seit 12 Jahren an asymmetrisch auftretendem Absterben der Finger und Zehen. Die Krankheit tritt anfallsweise auf; die Finger sind zeitweise cyanotisch, zeitweise blass. Die Nägel sind brüchig, die Haut an den Fingerbeeren ist rissig und verdickt. Die erkrankten Glieder sind sehr schmerzhaft, so dass Pat. oft verhindert ist, ihre häuslichen Arbeiten zu verrichten; besonders leicht werden die Anfälle ausgelöst, wenn die Hände längere Zeit im Wasser sind. Häufig Nasenbluten.

Bei einer 64jährigen Frau wurde vor ca. 20 Jahren der rechte Mittelfinger kahl und blass, aber nicht schmerzhaft. Seit 5 Jahren war auch die linke Hand erkrankt. Die Haut des Nagelgliedes ist atrophisch, der Nagel verdickt. Das Gefühl in den Fingern herabgesetzt, die Fingerspitzen sind ganz anästhetisch, häufig Nasenbluten. Die älteste Tochter leidet zeitweise an Absterben der Hände. S. nimmt verschiedene ätiologische Momente für die Entstehung der Raynaud'schen Krankheit in Anspruch: 1. Arterielle Spasmen, 2. angeborene Abnormität in der Grösse und Vertheilung gewisser Arterien mit oder ohne Herzkrankheit, 3. venöse Stauung, 4. neuropathische Ursachen, 5. eine Combination eines oder des anderen dieser Momente.

Bielschowsky (Breslau).

B. Psychiatrie.

457) **R. Wollenberg**: Statistisches und klinisches zur Kenntniss der paralytischen Geistesstörung beim weiblichen Geschlecht.

(Arch. f. Psych., Bd. XXVI., 1894, 2. Heft, pg. 472.)

Die Arbeit bildet das weibliche Pendant zur Statistik Gudden's, sofern sie die weiblichen Paralyse-Aufnahmen der Charité in den letzten Jahren (1881—1892) behandelt. Die vorausgeschickte Zusammenstellung früherer Ermittlungen ist diesmal nicht bloss die übliche „historische Einleitung“, sondern bietet einige interessante Vergleichspunkte. Wenn z. B. Sander 1868 das Verhältniss der männlichen Paralyse-Aufnahmen in die Charité zu den weiblichen wie 1 : 10, Sioli 1877 wie 1 : 7 fand, W. es aber wie 1 : 3,5 findet, so fragt man sich, woher die Verdoppelung der weiblichen Paralysefälle Berlins in 15 Jahren kommt, zumal unter ihnen die verheiratheten „bei weitem überwiegen“ und die Prostituirten „verhältnissmässig sehr wenig“ daran theilhaft sind. Auch im Erkrankungsalter scheinen die Frauen Berlins denen anderer Gegenden vorauszuweichen: Ziehen z. B. fand als Alter der Jenenser Aufnahmen das 45., W. für Berlin das 36.—40. Lebensjahr.

Der Verlauf der weiblichen Paralyse ist im wesentlichen dem der männlichen analog und von ihr nicht typisch verschieden, nur ist er öfter der einer progressiven Demenz. Die Durchschnittsdauer betrug ca. 2 Jahre. Auch Aetiologie und Symptomatologie ist ziemlich ausführlich registrirt. Betreffs ersterer wird der Heredität nur eine allgemeine, der Syphilis hingegen eine grosse, „speciell zur Paralyse disponirende“ Bedeutung bei gemessen; doch lehrt Tabelle 18 und 20, dass, je schwerer die erbliche Belastung, um so früher die Paralyse ausbrach. Lues konnte bei ca. 51% sicher nachgewiesen werden. Auch die Wechselwirkung der ätiologischen Hauptmomente ist sorgfältig tabellarisch verrechnet.

Die Vergleichung dieser wie der symptomatologischen Ziffern mit denen Gudden's ist zum Theil ganz lehrreich: Reflexorische Pupillenstarre z. B. fand sich bei den Männern in 34%, bei den Weibern in ca. 50%. Danach wäre gen. Symptom in letzterem Falle ein weit sichereres Diagnosticum als im ersten (oder Wahrscheinlichkeit für Paralyse wie 3 : 2.) Genug, wer keine gennine Antipathie gegen Tabellen und Statistik hegt und sich die Mühe nimmt, W.'s Arbeit sorgsam zu lesen und zu betrachten, wird sicher eine Reihe neuer Gesichtspunkte und Relationen finden, wenn die absoluten Zahlen auch nur für Berlin gelten.

E. Trö m n e r.

458) **E. Mendel**. Das Delirium hallucinatorium. — Vortrag, gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft 10. V. 1894.)

(Berlin. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 29.)

Ref. begrüsst mit Genugthuung diesen Vortrag, in welchem M. zeigt, dass er seine Reserve gegenüber der Amentia Meynert's, gegen deren Anerkennung er sich bisher beharrlich sträubte (seine Mania hallucinatonia entsprach ungefähr diesem Krankheitsbilde) aufgegeben hat.

„Ich verstehe unter dem Delirium hallucinatorium jene Form von functioneller Psychose, deren Krankheitsbild in seinem Beginn und Verlauf wesentlich durch Sinnestäuschungen bestimmt wird, welche mit incoheren-

Irrereden, Irrehandeln und einer erheblichen Beeinträchtigung des Selbstbewusstseins verbunden sind“.

Diese Definition und die weitere Skizzierung des Krankheitsbildes zeigt, dass M. als Delirium hallucinatorium bezeichnet, vollständig der Amentia oder der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit Meynert's entspricht. Warum M. aber wieder einen neuen Namen in die ohnehin schon so überladene Terminologie einführt, ist nicht recht verständlich. Diese Sucht der Autoren, für alte Dinge neue Namen zu ersinnen, ist nur geeignet, Verwirrung hervorzurufen.

In der Beschreibung des Krankheitsbildes schliesst M. sich ziemlich genau der vom Ref. in seinen „Wochenbetspsychosen“ gezeichneten Skizze des wechselvollen Verlaufs dieser Krankheit an.

M. unterzieht dann die einzelnen Symptome (Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Verwirrtheit, Stimmung und Sprache, Amnesie, körperliche Symptome) einer genaueren Besprechung und behandelt dann systematisch die Aetiologie, Differentialdiagnose, Prognose, Anatomie und Therapie der Psychose. Wenn nach M.'s Erfahrungen Männer häufiger an dieser Psychose erkranken als Frauen, so beanspruchen diese Erfahrungen wohl keine allgemeine Gültigkeit. Ref. will es nach seinen an der Irrenanstalt gemachten Erfahrungen scheinen, als ob gerade umgekehrt mehr Frauen als Männer von dieser Psychose befallen werden. Doch dürfte eine Statistik zur Entscheidung dieser Frage vorläufig noch mit unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden sein.

Als häufigste Veranlassung der Psychose nennt M. mit Recht die Infektionskrankheiten und das Puerperium, sodann Operationen (nach M. besonders der Unterleibsorgane und Staaroperationen), Traumen anderer Art, Kopfverletzungen, psychischer Shok bei Disponirten (Eisenbahnzusammenstösse, Schiffbrüche). Endlich hebt M. mit Recht das häufige Vorkommen in Gefangenanstalten (Isolierzellen) hervor, wo psychische und somatische Ursachen zusammenwirken.

Vom Del. hallucinatorium will M. die Intoxications- und Abstinenzdelirien völlig getrennt wissen; ob mit Recht, ist Ref. sehr fraglich. Wohin will dann M. diese Delirien bringen? Will er daraus neue Krankheitsbilder formiren? Was heute noch als einfaches Fieberdelir erscheint, kann nach einigen Tagen, wenn das Fieber geschwunden ist, bereits als schwere hallucinatorische Verwirrtheit imponiren. Auch die Alcoholdelirien gehörten nach Ansicht des Ref. ebenso wie die eben genannten Delirien, zur grossen Gruppe der acuten hallucinatorischen Zustände des Irreseins. Es kommt doch bei der Subsumirung von Krankheiten hauptsächlich auf das Krankheitsbild an, das specielle ätiologische Moment kann höchstens zur Bildung von Untergruppen Anlass geben. Bei allen diesen Delirien, ob sie nun durch eine Toxin (durch Fieber), durch organisches oder unorganisches Gift, durch Alcohol oder Morphinum hervorgerufen werden, findet man stets die Verbindung von Illusionen oder Hallucinationen mit Verwirrtheit und Bewusstseinstörung. Allerdings hat ja das sogen. Delir. tremens gewöhnlich eine ganz bestimmte Färbung der Sinnestäuschungen, ebenso wie die Paranoia der Alcoholiker sich durch keine bestimmte Färbung der Wahnvorstellungen auszeichnet. Damit bleibt aber doch die alcoholische Paranoia

dem Krankheitsbilde der allgemeinen Paranoia zugehörig. Was zur Aufstellung des besonderen Krankheitsbildes des Del. tremens geführt hat, war neben den durch die schwere Alcoholvergiftung bedingten körperlichen Erscheinungen des Tremors etc. nur die eigenthümliche Art der Sinnes-täuschungen und die gewöhnlich auf eine kurze Reihe von Tagen begrenzte Dauer dieses Delir. Aber welchem Psychiater sind nicht die Fälle bekannt, wo ein anscheinend gutartiges Del. trem. sich als eine länger dauernde acute alcoholistische Geistesstörung entpuppt, die in ihrem ganzen Verlauf sich in nichts von einer gewöhnlichen acuten hallucinatorischen Verwirrtheit unterscheidet. Ref. hat augenblicklich einen Alcoholiker in Behandlung, der vor 2 Jahren einen hallucinatorischen Erregungszustand von mehrwöchentlicher Dauer durchgemacht, während er jetzt bereits seit vielen Monaten in einem Zustand hochgradiger Verwirrtheit und heiterer Erregung darniederliegt. Soll man die kurz dauernden Zustände alcoholischer Delirien eben nur ihrer kürzeren Dauer wegen als besondere Krankheitsbilder von den länger dauernden absondern? Ref. meint, dass dies zur Vereinfachung der Terminologie wenigstens nicht beiträgt. Eine möglichste Vereinfachung der Terminologie und Verminderung der Krankheitsbilder muss aber eine Hauptaufgabe der modernen klinischen Psychiatrie sein, wenn anders die Einsicht in das Wesen der Psychosen wachsen soll.

M. trennt von dem Del. hallucinatorium mit mehr Recht die im Anschluss an epileptische und hysterische Anfälle auftretenden hallucinatorischen Zustände, obgleich dieselben ihrem Wesen nach weiter nichts sind als hallucinatorische Verwirrheitszustände bei Epileptikern. Sie kommen hier ebenso als Theilerscheinungen zur Beobachtung, wie sie intercurrent bei den allerverschiedensten Geisteskrankheiten auftreten, ganz entsprechend dem Vorkommen maniakalischer und melancholischer Zustände (neben einer selbstständigen Manie und Melancholie) bei den verschiedensten Psychosen.

Wenn M. die Dauer der Krankheit auf 14 Tage bis 6 Monate an-giebt, so ist dies nach der Erfahrung des Verf. (welcher die durchschnittliche Dauer der Krankheit auf 4,5 Monate berechnet hat) zu niedrig ge-griffen. Die Fälle, wo die Krankheit 10 Monate, 1 Jahr, ja 1 1/2 Jahre dauert, sind gar nicht so überaus selten, wie M. es darstellt.

Als Ausnahme von der überaus günstigen Prognose dieser Krankheit bezeichnet M. das Del. hallucinatorium der Greise, welches in der Regel tödtlich verläuft (dabei aber nur das Schicksal der Alterspsychosen theilt. Ref.)

Hoppe.

458) A. Koch (Zwiefalten): Beitrag zur Lehre von den krankhaften Vorstellungen.

(Irrenfreund 1893, Nr. 1 u. 2.)

Im ersten Abschnitt: „Gemeinwahn und Sonderwahn“ unterscheidet der um die klinische Terminologie verdiente Verf. den auf Einzelnes, Besonderes gehenden Wahnvorstellungen (Sonderwahn) gegenüber den Gemeinwahn, wo das krankhafte Wähnen eine mehr allgemeine Richtung hat, z. B. der auf krankhafter Euphorie beruhende Wahn des Maniacus (Paralytikers? Ref.), besonders gesund, leistungsfähig, begabt, glücklich zu

sein oder der Verstandigungswahn des Melancholikers. Mit diesem Gemeinwahn können allerdings noch bestimmte Sonderwahnvorstellungen vergesellschaftet sein, und sind es auch häufig, aber nicht immer. Ein beginnender Paranoicus kann längere Zeit bloss an allgemeinen von krankhaftem Misstrauen dictirten Beeinträchtigungsideen leiden, also Gemeinwahn haben, bis er auf Grund gewisser Wahrnehmungen oder Erfahrungen dazu kommt, die Verfolgung auf bestimmte Personen zu beziehen und so von Sonderwahnvorstellungen erfüllt wird. Der Sonderwahn kann sehr verschiedene nähere Ursachen haben, aber wenigstens etwas Primordiales muss bei seiner Entstehung immer mitwirken.

K. macht darauf aufmerksam, dass man mit dem Gemeinwahn nicht gewisse secundäre Erscheinungen verwechseln darf, welche ihrerseits ihren Ursprung erst in schon vorhandenen Wahnvorstellungen haben.

Bei der Verbindung von Gemein- und Sonderwahnvorstellungen entsprechen letztere meistens dem Character des Gemeinwahns, aber dies ist keineswegs ausnahmslos der Fall. Dass Gemein- und Sonderwahn sich geradezu widersprechen, kommt vor z. B. bei constitutionellen Melancholien, bei Paralytikern, bei depressivem Wahnsinn mit dazwischenlaufenden einzelnen Grössenvorstellungen.

Während gewisse Gestalten von Gemeinwahn auch bei psychopathischen Minderwerthigkeiten vorkommen, weist der Sonderwahn stets auf eine ausgebildete Psychose hin (abgesehen selbstverständlich von intercurrenten Zwangsvorstellungen).

Im zweiten Abschnitt will K. von dem Trug einer Wahnvorstellung als eine besondere Art fehlerhafter zu falschen Resultaten führenden Vorstellungen das „Falschmeinen“ abgetrennt wissen, welches häufig mit Wahn verwechselt wird. Dasselbe wurzelt stets auf pathologischem Boden, hat aber mit eigentlichem Wahn nichts zu thun, wenn es auch in Wahn übergehen kann. Bei vorhandener Disposition (Angst, Aufregung, Demenz) kommt es häufig zu einer falschen Deutung unverständlicher Dinge und Vorgänge und kann allerdings zu Vorstellungen führen, welche mit Wahnvorstellungen die grösste Aehnlichkeit haben, aber sofort schwinden, wenn die Dinge und Vorgänge, welche zu ihrer Entstehung den Anlass gegeben hatten, nicht mehr einwirken. Auch die zur Erklärung gewisser Empfindungen und Sensationen von Paranoikern beigebrachten Deutungen beruhen auf solchem „Falschmeinen“, dieselben können sich allerdings zu fixen Ideen verdichten, lassen sich aber im Beginn, wenn man dem Kranken andere Erklärungen beibringt, ausreden. Eine ziemlich bedeutende Rolle spielt das Falschmeinen nach K. bei manchen Fällen von seniler Demenz.

Als Trümmervorstellungen bezeichnet K. im dritten Abschnitt eine Art von Vorstellungen, die gewöhnlich mit Unrecht zu den Wahnvorstellungen gerechnet werden. Sie bestehen thatsächlich häufig zu einem Theil aus Wahnvorstellungen, aber nie aus solchen allein, auch sind die betreffenden Wahnvorstellungen „kein lebendiger zusammenhängender Wahn mehr, sondern nur Trümmer eines solchen und dabei mehr oder weniger vielleicht völlig unverständlich von den Kranken“. Ebenso sind die Vorstellungen, welche nicht aus einem Wahne ihren Ursprung haben, Ueberbleibsel und Bruchstücke von Vorstellungen, welche aus dem früheren Leben

gedächtnismässig herübergenommen sind oder aus unmittelbaren sinnlichen aber nur mangelhaft von den Kranken aufgenommenen Wahrnehmungen her-rühren oder aus dem, was der Kranke von anderen hört und als un-verstandene Laute mehr oder weniger richtig nachplappert. Diese Trüm-mer können, wenn auch von dem Kranken nicht verstanden, dem Zuhören-den manchmal in einzelnen Partien noch einen einigermaßen verständlichen Sinn geben, aber gewöhnlich sind sie so lückenhaft und untereinandergemengt, dass sie völlig unverständlich sind. Diese Trümmervorstellungen finden sich am häufigsten bei gewissen Endstadien von Wahnsinnsarten, von Manien und Melancholien (und Paralyse Ref.). Durch einzelne Beispiele sucht K. die neu von ihm eingeführten Begriffe zu erläutern und abzugrenzen.

Hoppe.

453) **Raffaello Zampa**: Delle anomalie nelle antropologia criminale. (Archivio per l'antropol. e la etnologia dal P. Montegazza. Vol. XXII, S. 367, 1892.)

Verf. hatte gelegentlich der Untersuchung von 4 Verbrecherschädeln an denselben nur einige wenige Abweichungen von der Norm feststellen können, während Lombroso behauptete, nicht weniger als 33 Anomalien an diesen 4 herausgefunden zu haben meint. — Z. wendet sich in der vor-liegenden Abhandlung gegen das den meisten Criminalanthropologen eigen-thümliche Bestreben, Sonderheiten am Verbrecherschädel, die sich aber am normalen Schädel schon vorfinden, zu Abnormitäten zu stempeln. So hat Lombroso an den hier in Betracht kommenden Schädeln als Anomalien notirt: Einfachheit der Stirn- oder Kreuznaht, etwas Asymmetrie der Schädelhälften- oder der Keilbeinflügel, das Vorkommen einiger Schalt-knochen, eine fliehende Stirn, stark entwickelte Stirnhöhlen, ausgesprochene Insertion gewisser Muskeln, mehr blattförmige Nasenöffnung und eine Apo-physis lemurina am Unterkiefer.

Alle diese angeblichen Abnormitäten stellen nach Z. jedoch nur in-dividuelle Abweichungen vom regulären Typus vor; man könnte sie allen-falls nur dann in dem Lombroso'schen Sinne deuten, wenn sie in auffällig hohem Grade oder in ausserordentlich hohem Maasse an einem Schädel sich vorfinden würden, was aber für die fraglichen 4 Schädel keineswegs zutrifft.

Mit Recht fragt zum Schluss Z., wohin dies in gesellschaftlicher, gerichtlicher etc. Beziehung führen würde, wenn man irgend eine der angeführten Sonderheiten am Schädel zum Massstab der Superiorität oder Inferiorität einer Person nehmen würde.

Buschan.

IV. Zur Tagesgeschichte.

Dämonologisches.

Die Gegner der psychiatrischen Wissenschaft und Organisation sind wieder eifrig am Werk, um die Begriffe der Mitmenschen über Geistes-krankheit und ihre Behandlung zu verwirren.

Herr Pastor Hafner hat dem Verein der deutschen Irrenärzte einen Vortrag gewidmet über die „Dämonischen des neuen Testaments“. Herr Hafner bereitet seinen Lesern immer neue Ueberraschungen. Jetzt stellt er folgende geradezu verblüffende Behauptung auf: pg. 9 „Der Dämonismus zur Zeit des Herrn kann nichts anderes gewesen sein als die Geisteskrankheit in unseren Tagen“ und nochmals pg. 10: „Die Identität vom Dämonismus und Geisteskrankheit ist mit aller Entschiedenheit festzuhalten“. Hier hat sich der mystisch-constructive Herr Hafner plötzlich scheinbar in einen faden Rationalisten verwandelt, welcher nach bekannten Mustern die Naturwissenschaft der Gegenwart zur Interpretation des neuen Testaments benutzt.

Das geht weit hinaus über das, was der irrenärztliche Congress gewollt hat. Dieser wollte nur das Recht der wissenschaftlichen Psychiatrie für die Gegenwart behaupten und war weit entfernt, Jemanden in seinem Glauben an die dämonische Besessenheit nach Ueberlieferung des neuen Testaments zu beeinträchtigen. Es ist keinem Psychiater eingefallen, sich gegen die christlichen Erzählungen in rationalistisch aufklärender Weise zu wenden.

Herr Hafner aber geht weiter: Er identificirt die Dämonischen des neuen Testaments mit unseren Geisteskranken.

Aber der Satz ist doppelsinnig: Er kann ebenso gut heissen, dass unserer Geisteskranken Dämonische sind. Die Auslegung des Satzes macht Herr Hafner ganz nach Bedarf, in Praxi würde wohl die erste Deutung des Satzes der äusseren Welt speciell den Angehörigen, die zweite den Kranken gegenüber zur Anwendung kommen.

Nun kommt die zweite schlangenkluhe Wendung und Begriffsverdrehung. Herr Hafner behauptet, dass die „Dämonen“ gar keine persönlichen Wesen seien, sondern eine Art allegorischer Ausdruck für moralische Zustände. Herr Hafner führt hier ein förmliches Versteckspiel auf. Es ist zu bedauern, dass er gerade das neue Testament zum Object seiner Begriffsspielerei macht. Für mich als Nicht-Theologen war dasselbe stets ein *noli me tangere*, an dem nicht jeder Rationalist nach Belieben herumklügeln soll. Für strenggläubige Christen sind die Dämonen eben wirkliche Wesen und wenn Herr Hafner unsere Geisteskranken für dämonisch besessen erklärt, so wird die Consequenz zur Austreibung dieser körperlich gedachten Dämonen führen.

Uebrigens fragen wir nun: Was sagt die Conferenz der deutschen Irrenseelsorger zu Herrn Hafner's spitzfindiger und moderner Bibel-Auslegung?

Was den practischen Theil betrifft, so heisst es bei H., dass die „Gabe, Dämonische zu heilen, eben eine Gabe ist und keine Pflicht“. In die Handlungen der Menschen mischt sich aber oft die Eitelkeit. Wenn sich nun einer, z. B. Herr Hafner, einbildete, er habe diese Gabe, was dann? Nun dann werden die Dämonen wohl ausgetrieben werden, vermuthlich in den eigenen Anstalten der Herren Hafner und Genossen. Auf diese läuft ja die ganze Agitation mit ihren Winkelzügen, scheinbar modern-wissenschaftlichen Ideen, mit dieser Verquickung von Dämonologie und Rationalismus und ihrem Pharisäerthum hinaus.

Einem Mann, der zuerst aus theologischen, philosophischen und naturwissenschaftlichen Elementen sich eine eigene Dämonologie zurechtbaut, der später die Dämonen in einer ganz modern naturwissenschaftlich schillernden Weise als psychische Organismen (Bacterien) darstellt, der schliesslich Geisteskrankheit und dämonische Besessenheit identificirt, dabei jedoch die Dämonen in psychologische Allegorien verwässert, der dabei immer wieder das Mäntelchen der psychiatrischen Bildung umhängt und mit gewaltigem Aufreissen des Mundes z. B. von „Erotomanien“ redet, können wir unmöglich weiter ernst nehmen.

Jubiläum.

Am 26. October 1844 wurde die älteste Privat-Heil- und Pflege-Anstalt für Gemüths- und Nervenranke in der Rheinprovinz zu **Endenich bei Bonn** durch die Aufnahme des ersten Kranken eröffnet. Von Dr. Richarz, einem Schüler Jacobi's, unter schwierigen Verhältnissen gegründet, ist sie fortschreitend gewachsen und zur Blüthe gelangt und hat durch ihr jetzt 50jähriges Bestehen bewiesen, dass Privatanstalten dieser Art bis heute bei uns ein Bedürfniss, namentlich für die gebildeten Stände sind. Eine Reihe von Aerzten ist im Laufe der Jahre an ihr beschäftigt gewesen und manche von ihnen haben sich durch practische und wissenschaftliche Leistungen hervorgethan. Seit langem sind 3 Aerzte an der Anstalt thätig, jetzt: Dr. Oebeke seit August 1859, Dr. Heyden seit October 1872 und Dr. von der Helm seit October 1888.



V. 2. Quartals-Uebersicht

der

Neurologischen Literatur des Auslandes.*)

Von Georg Buschan, Dr. med. et phil.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie.

- 1) Anderson, Will.: On the course and relations of the deep branch of the ulnar nerve. *Journ. of anat. and phys.* Nr. 3, April.
- 2) Berkley, Henry: The cerebellar cortex of the dog. *John Hopkins Hospit. Rep.*, Vol. III.
- 3) Bidon: Anomalies de l'entrecroisement des pyramides antérieures. *Marseille médic.* Nr. 3.
- 4) Cajal: Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux chez l'homme et chez les vertébrés. Paris, Reinwald.
- 5) Campbell, Alfred: On vacuolation of the nerve cell of the human cerebral cortex. *Journ. of pathol.* Nr. 3, S. 380.
- 6) Cannieu, A.: Recherches sur le nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions. *Gaz. hebdom. d. sc. méd. de Bordeaux*, Nr. 8.
- 7) Ceni, C.: Di una modificazione al metodo della colorazione degli elementi nervosi col bicloruro di mercurio. *Riforma med.*, Mai 30.
- 8) Colella, R.: Sur l'histogénèse de la névralgie dans la moelle épinière. *Arch. ital. de biol.* Nr. 2—3, S. 212.
- 9) Dana, Charles: Anatomical report on the brain of a Bolivian Indian, with a study of cortical thickness. *Journ. of nerv. dis.* Nr. 3, S. 141.
- 10) Falcone, C.: La corteccia del cerveletto: studi d'istologia e morfologia comparate. Napoli, Giannini.
- 11) Falcone, C.: L'écorce du cervelet. *Arch. ital. de biol.* Nr. 2—3, S. 215.
- 12) Findlay, J. W.: Histological structure of olfactory organ. *Journ. of anat. and phys.* July.
- 13) Fusari, R.: Terminaisons nerveuses dans divers épithéliums. *Arch. ital. de biol.* Nr. 2—3, S. 279.
- 14) Goodall, Edw.: The microscopical examination of the human brain. London, Baillière.
- 15) Goodall, Edw.: The spider cell in the brain. *Journ. of pathol. and bact.* Nr. 3, S. 394.
- 16) Hirst, Barton: Specimens of acephalus and of micromelus. *Med. News* Nr. 7, S. 184.
- 17) Jacques, P.: Terminaisons nerveuses dans l'organe de la gustation. Paris.
- 18) Lugaro, E.: Contributo alla fina anatomia del grande piede d'Hippocampo. *Arch. per le scienze med.* Nr. 2.
- 19) Lui, Amelio: Alcune osservazione sullo sviluppo istologico della corteccia del cerveletto in rapporto alla facoltà di reggersi e camminare. *Rif. med.* Nr. 20.
- 20) Mercier, A.: Les coupes du système nerveux central. Paris, Rueff.
- 21) Morpurgo, B. u. Baldassari, L.: Sulla cosiddetta sutura tubulare dei nervi. *Atti dell'Accad. d. sc. med. in Ferrara* Nr. 2.
- 22) Neurey, Jacq. de: Terminaisons nerveuses dans l'organe de la gustation. Paris, L. Bataille.

*) Anm.: Die nachfolgende Zusammenstellung musste wegen enormer Häufung des Materials auf die ausserdeutsche Literatur beschränkt werden.

- 23) Norris, W. F.: A contribution to the anatomy of the human retina etc. *Univers. med. Magaz.* Nr. 6, S. 353.
- 24) Richet, Ch.: Poids du cerveau, du foie et de la rate des mammifères. *Arch. de physiol.* Nr. 2.
- 25) Retzius: De tidigare skedena af utvecklingen af de nervösa celler i hörselnervens ganglion. *Hygiea Tillæggsob.* S. 246.
- 26) Richet, Ch.: Poids du cerveau, du foie et de la rate des mammifères. *Arch. de physiol.*, avril.
- 27) Valenti, G.: Sur le développement des prolongements de la pie-mère dans les scissures cérébrales. *Arch. ital. de biologie* Nr. 2—3, S. 188.
- 28) Valenti, G.: Contribution à l'histogénèse de la cellule nerveuse et de la névralgie dans le cerveau de quelques poissons chondrostéens. *Arch. ital. de biol.* Nr. 2—3, S. 188.
- 29) Willey, A.: On the evolution of the praecoral lobe. *Anat. Anzeig.* Nr. 11.

2. Physiologie.

- 30) Adriszen, Loyd: The morphologic origine and evolution of the functions of the pituitary body and its relation to the central nervous system. *Brit. med. Journ.* Nr. 1724, jan. 13.
- 31) Bonnier, P.: Orientation auditive. *Bull. et mém. de la Soc. de laryng. de Paris*, avril.
- 32) Boyliss, W. M. u. Bradford, J.: On the innervation of the vessels of the limbs. *Journ. of physiol.* Nr. 1—4, march-avril.
- 33) Bohr, Chr.: The influence of rection of the vagus nerve on the disengagement of gases in the air-bladder of fishes. *Journ. of physiol.* Nr. 6, S. 494.
- 34) Bordier, H.: Variations de l'acuité visuelle suivant l'âge. *Gaz. hebd.*

des science médic. de Bordeaux, Nr. 8.

- 35) Camus, L. u. Glay, E.: Recherches expérimentales sur les nerfs des vaisseaux lymphatiques. *Arch. de physiol.* Nr. 2, S. 454.
- 36) Cavazzoni: A proposito dei nervi glicol secretori. *Gazz. degli ospit.* Nr. 27.
- 37) Charpentier, A.: Étude sur quelques conditions de l'excitation faradique unipolaire des nerfs moteurs. *Arch. de phys.*, avril, S. 294.
- 38) Charrin: Les propriétés physiologiques des toxines etc. *Semaine médic.* Nr. 26.
- 39) Colman, S.: On so-called „colour hearing“. *Forts. Lancet*, april 4, Nr. 3684.
- 40) Consiglio, M.: Sulle fibre motrici dello stomaco del tronco del vago. *Speriment.* Nr. 2.
- 41) Courmont u. Doyon, H.: Influence comparée du poison tétanique sur l'excitabilité des systèmes nerveux moteur et sensitif. *Arch. de phys.*, avril.
- 42) Courmont u. Doyon, H.: Sur une nouvelle conception pathogénique du tetanos, dite théorie du ferment soluble. *Revue de méd.* Nr. 1, S. 76.
- 43) Delaunay, H.: Les centres cérébraux de la vision et l'appareil visuel intra-cérébral d'après les travaux récents. *Poitou médic.* Nr. 2.
- 44) Delaunay, H.: L'innervation du foie et la pathogénie du diabète. *Poitou méd.* Nr. 4.
- 45) Dolley, S. u. Cattell, Keen: Reaction-times and the velocity of the nervous impulse. *Psychol. Review*, march.
- 46) Dubois, Raph.: Anesthésie physiologique et ses applications. *Paris, Carré.*

- 47) Franklin, Christ. Ladd.: Color-sensation theory. *Psycholog. Review*, march.
- 48) Gley, E.: A propos de l'action physiologique du liquide thyroïdien. *Archiv de physiologie*, Nr. 2.
- 49) Gley, E.: Remarques sur la question des variations des urines pendant le travail intellectuel. *Arch. de phys.* Nr. 2.
- 50) Grigorescu, E.: Action des substances toxiques sur l'excitabilité des nerfs et des muscles périphériques; un antidote de la strychnine. *Arch. de phys.*, janv.
- 51) Hédon, E.: Influence de la piqure du plancher du quatrième ventricule chez les animaux rendus diabétiques par l'exstirpation du pancréas. *Arch. de phys.*, avril.
- 52) Hegg: Sur la périmétrie au moyen de pigments colorés, *Ann. d'oculist*, 2, S. 122.
- 53) Howell, W. H.: On the effect of stimulation and of changes in temperature upon the irritability and conductivity of nerve fibres. *Journ. of phys.*, Nr. 1—4, march-april.
- 54) Jendrassik: Sur le rôle du nerf facial dans la sécrétion des larmes. *Revue neurolog.* Nr. 7, S. 186.
- 55) Lagrange: Application à l'œil de la loi qui régit la situation des points nodaux dans les systèmes optiques centrés. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, Nr. 6.
- 55) Lannegrace: Série d'expériences propres à démontrer la fonction des nerfs afférents du plexus hypogastrique. *Nouveau Montpellier médic.*, 1. janv.
- 57) Leven, M. und Ollivier, A.: Recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet. *Ann. de psych.*, Nr. 4 u. 5.
- 58) Livon: Sur l'innervation du voile du palais. *Marseille médic.*
- 59) Marshall, Rutgers: Pain, pleasure and aesthetics, an essay concerning the psychology of pain and pleasure with special reference to aesthetics. London, Macmillan.
- 60) Marshall, H. Rutgers: Are there special nerves for pain? *Journ. of nerv. dis.* Nr. 2, S. 71.
- 61) Meyer, E.: Sur l'innervation respiratoire et excitation des nerfs et des muscles chez le nouveau-né. *Arch. de phys.*, Nr. 2, S. 472.
- 62) Mott, F. W.: The sensory motor functions of the central convolution of the cerebral cortex. *Journ. of phys.* Nr. 6, S. 464.
- 63) Oddi, R.: Sul centro spinale dello sfintere del coledoco. *Speriment* Nr. 2.
- 64) Oehli: Della influenza del calore sulla velocità di trasmissione della eccitazione nei nervi sensitivi dell'uomo. *Gazz. lomb.* Nr. 13.
- 65) Sacchi, Ercole: Contributo allo studio della funzione dei lobi frontali. *Rif. med.* Nr. 44.
- 66) Starling, E. H.: Influence of the nervous system on lymph formation. *Lancet* Nr. 3686, april 21.
- 67) Tissot: Sur la persistance de l'excitabilité et des phénomènes électriques dans les nerfs et dans les muscles après la mort. *Arch. de phys.* Nr. 1.
- 68) Vanlair, C.: Recherches chronométriques sur la régénération des nerfs. *Arch. de phys.*, avril.
- 69) Vassale, G. u. Sacchi, E.: Ulteriori esperienze sulla ghiandola pituitaria. *Riv. sperim. di freniatria* Nr. 1
- 70) Vialet: Les centres cérébraux de la vision et l'appareil nerveux visual intra-cérébral. Paris, Alcan. Ferner Nr. 494, 501, 504.

3. Pathologische Anatomie.

- 71) Boyce, R.: Note on the degeneration of the roots of the fifth nerve. Journ. of phys. Nr. 1—2, S. 156.
- 72) Cavazzoni, A.: Delle alterazioni istologiche del simpatico nelle malattie infettive e nelle intossicazioni. Riforma med., aprile 17.
- 73) Enriquez, E. und L. Hallion: Myélite expérimentale par toxine diphthérique. Revue neurol. Nr. 10, S. 283.
- 74) Gombault, A. u. Philippe: Contribution à l'étude des lésions systématisées dans les cordons blancs de la moelle épinière. Arch. de méd. expér., mai, S. 365.
- 75) Gombault, A. u. Philippe: Note relative à la signification de la sclérose descendante dans le cordon postérieur et aux relations, qu'elle affecte avec le centre oval de Flechsig. Progrès méd. Nr. 15.
- 76) Griffiths, J.: The degenerative changes observed in the structures of the hand, fifteen years after division of the median nerve above the elbow. Journ. of pathol. and bacter., febr.
- 77) Holm, Harald: Patologisk-anatomiske forandringer af ganglioceller i Centralnervesystemet. Norsk. Magaz. f. Lægevid. S. 161.
- 78) Lanois, M. u. Lemoine, G. H.: Sur un cas de sclérose des cordons latéraux. Arch. de méd. exp. Nr. 3, S. 443.
- 79) Macewen, William: Atlas of head sections. Glasgow, Maclehose.
- 80) M' Vail u Workman: Preparations from a case illustrating tubercular disease of the spinal cord. Glasgow med. Journ. Nr. 3, S. 220.
- 81) Reichert, Edw.: The effects of lesions of certain parts of the brain upon the heat process. Univers. med. Magaz. Nr. 5, S. 303.

- 82) Sottas, J.: Contribution à l'étude des dégénérescences de la moelle consécutives aux lésions des racines postérieures. Revue de méd., S. 290, avril.
- 83) Thoinot, L. und Masselin, E.: Contribution à l'étude des localisations médullaires dans les maladies infectieuses; deux maladies expérimentales à type spinal. Revue de méd., juin.
- 84) Valenza: Una notevole eterotopia della sostanza grigia dei funicoli gracili e cuneati. Ann. di Nevrol. Nr. 1 u. 2.
- 85) Williamson, R.: Changes in the posterior columns of the spinal cord in diabetes mellitus. Brit. med. Journ., febr. 24.
- 86) Woolcombe, W.: A case of Virchow's psammoma of the pituitary body. Brit. med. Journ., june 23.
Ferner Nr. 132, 138, 142, 192, 200, 224.

Schädelanomalien.

- 87) Bassi: L'assimetria del cranio nell'epilessia. Arch. di psichiatri. Nr. 1 u. 2.
- 88) Pellacani: Fossetta in cranii di grassatori. Arch. di psych. Nr. 3.

4. Allgemeine Pathologie.

- a) Allgemeines, Lehrbücher.
- 89) Afrikan, P.: Contribution à l'étude de la pathologie du cerveau. Thèse de Genève.
- 90) Charcot, J. M. u. Pitres, A.: De la méthode anatomoclinique dans ses applications à l'étude des localisations cérébrales. Arch. de neurol. Nr. 85.
- 91) Lefert, P.: La pratique des maladies du système nerveux dans les hôpitaux de Paris. Paris, Baillière.

- 92) Raymond, F.: *Maladie du système nerveux, scléroses systémat. de la moelle.* Paris, Doin.
- 93) Sciamana, Ezio: *La neuropatologia e il posto che occupa fra le scienze mediche.* Rif. med. Nr. 17—18.
- 94) Sherrington, C S.: *Jottings from recent neurological progress.* Science progress, may.
- 95) Thomassen: *Study of diseases of the nervous system in the animals.* Veterinary Journ., jan. u. febr., Nr, 223 u. 224,
- b) *Varia.*
- 96) Astros d': *Pathologie du pédoncule cérébral.* Revue de médec. Nr. 1 u. 2.
- 97) Cagney, James: *On the laryngeal motor anomalies; abductor tonus and abductor proclivity.* Lancet Nr. 3694, june 16.
- 98) Chevillot: *Les précordialgies.* Revue gén. de clin. Nr. 22.
- 99) Féré: *Expériences sur la puissance tératogène ou dégénérative des alcools dits supérieurs.* Compt. rend. de la soc. de biol., févr. 23.
- 100) Ferrier: *Recent work on the cerebellum and its relations: with remarks on the central connexions and trophic influence of the fifth nerve.* Brain, Spring-number.
- 101) Guyon, J. F.: *De l'hyperthermie centrale consécutive aux lésions de l'axe cérébro-spinal en particulier du cerveau.* Paris, Steinheil.
- 102) Langlois, P.: *Radiation calorique après traumatisme de la moelle épinière.* Arch. de phys., avril.
- 103) Mills, Ch.: *Mirror-writing.* Journ of nerv. and ment. dis. Nr. 2, S. 85.
- 104) Polimanti, O.: *Sulla distribuzione funzionale delle radice motrici nei muscoli degli arti.* Sperim. Nr. 3.
- 105) Potain: *Des cardiopathies réflexes.* Gaz. hebdom. Nr. 11.
- 106) Thoinot, L. u. Masselin, J. E.: *Deux maladies expérimentales à type spinal.* Revue de méd. Nr. 6. S. 450.
- 107) Todorsky, A.: *Studien über die Gehirncirculation während der epileptischen Anfälle.* (Russisch). Med. obozr. Nr. 10.
- 108) Vincent, H.: *Sur les altérations du plexus cardiaque dans la paralysie du cœur consécutive à la diphthérie.* Arch. de méd. exp. Nr. 4.
- c) *Reflexe, Sensibilität.*
- 109) Cazal, du: *Mécanisme du réflexe rotulien.* Soc. méd. des hôp. (B.) Semaine médic. Nr. 24.
- 110) Corning, J. L.: *Pain in its neuro-pathologica, diagnostic, medico-legal and neuro-therapeutic relations.* Philadelphia.
- 111) Poore, G. V.: *A case of insensibility suddenly supervening on extreme muscular exertion.* Lancet Nr. 3687, april 24.
- 112) Schaffer: *De la morphologie des contractures réflexes intra-hypnotiques.* Nouv. icon. de la Salpêtr. Nr. 1, S. 22.
- 113) Spencer, W. G.: *Neuromimesis; two cases in which the hipjoint had been held fixed for nine months.* Lancet Nr. 3687, april 24.
- 114) Verhoogen, R.: *Dissociation de la sensibilité dans un cas de lésion des nerfs du plexus brachial.* Journ. de Bruxelles Nr. 5, S. 65.
- Ferner Nr. 204, 218.
5. *Specielle Pathologie.*
- a) *Gehirn.*
1. *Allgemeines.*
- 115) Farkas, Eugen: *Der Werth der Kopf- und Augenbewegungen be*

- der Localisation der Gehirnkrankheiten. (Ungar.). Gyógyászat Nr. 15.
- 116) M'Bride, P.: The diagnosis and prophylaxis of intra-cranial complications from ear disease. Edinb. med. Journ. Nr. 10, S 910.
- 117) Saintin und Torsen: Un cas d'encéphalée. Union méd. du Nord-Est Nr. 3.

2. Traumen.

- 118) Allen, F. J.: Abstract of the theory of the mechanism of cerebral injury by contre-coup. Birmingham med. Review, jan.
- 119) Angell, E. H.: Double injury of the brain; cysts of the brain and tumor of the cerevet. Buffalo med. and surg. journ. Nr. 391.
- 120) Eccles, Mc. Adam: On some important facts concerning head injuries. Practitioner, june.
- 121) Morer, S.: Plaie par écrasement limité de la voûte du crâne, nettoyage tardif du foyer de la fracture à la gouge et au maillet; ouverture d'un petit abcès sous-méningé; guérison. Montpellier médic. Nr. 16.
- 122) Tefft, J. E.: Rare case of wound of the brain by fire-arm. Med. Record Nr. 1224.
Ferner Nr. 533, 541, 545, 555.

2. Apoplexie, Hämorrhagie, Embolie, Abscess.

- 123) Dana, Ch.: Apoplexy in its relation to the temperature of the body, with a consideration of the question of heat-centres. Amer. Journ. of med. sc., june.
- 124) Harris, Elwin: A case of traumatic hæmorrhage into the brain; trephining, recovery. Lancet Nr. 3693, june 9.
- 125) Lamy, H.: Sur un cas d'encéphalite corticale et de poliomyélite associées. Revue neurol. Nr. 11, S. 313.

126) Lombroso, G.: Rottura dell'arteria meningea media. Biforma med., 1894.

117) Mackie, Wm.: A case of encephalocele; removal; hydrocephalus, death. Brit. med. Journ., march 10.

128) O'Carroll: Hydrocephalia. Dubl. Journ. Nr. 167, febr.

129) Sutherland, G. A.: Haematome of the dura mater and scavry in children. Brain, Spring number. Ferner Nr. 427, 451, 544, 546.

4. Gehirnsclerose.

130) Jacobson, E.: Et tilfælde af diffus periencefalitis og dissemineret hjernesclerose hos en 10 aars dreng med kongenit syphilis; dod som følge af akut, gut leveratrofi (Fall von diff. Periencephal. und dissem. Sclerose bei einem 10jähr. Knaben mit angeborener Syphilis, Tod in Folge von akuter gelber Leberatrophi Hospitalstid. S. 397. Ferner Nr. 162, 173, 366.

5. Tumoren.

131) Atkins, J. F.: Cerebellar tumor; failure of respiration. Brit. med. Journ., march 31, S. 681.

142) Brisseaud, E.: Diagnostic d'une tumeur du corps testiforme; autopsie. Progrès médic. Nr. 3.

133) Duyse, D. v.: Un cas de gliosarcome de la rétine avec récivide et métastases colossales. Arch. d'opt., févr.

134) Eskridge, J. T.: Tumor of the brain simulating a vascular lesion. Med. News. Nr. 10, S. 261.

135) Jackson, Hugh. und Russel, Risien: Case of cyste of cerebellum. British med. Journal, febr. 24.

136) Keen, W.: Four cases of brain tumor, in three of which operation

was done etc. Amer. Journ. of med. sc. Jan.—febr.

137) Lemièrè, G. u. Didier, A.: Un cas de tuberculose du cervelet. Journ. des sc. mèd. de Lille Nr. 14.

138) Meige, H. und Vivier, H.: Diagnostic d'une tumeur du corps restiforme; autopsie. Progr. mèd. Nr. 3.

139) M'Vail u. Workman: Tumor, involving the spinal cord and brain, from a case of progressive motor and sensory paralysis. Glasgow med. Journ. Nr. 3, S. 220.

140) Mya, G. u. Codivilla, A.: Contributo alla diagnosi e alla cura delle cisti da echinococco cerebrali. Poli. clinico Nr. 3; S. 81, marzo 1.

141) Nammack, Ch.: A case of brain tumor medically treated. Medic. Record, may 12. Nr. 1227.

142) Newton, Rob., Safford: The pons-medulla flocculus triangle as a tumor site, with pathological findings. Journ. of nerv. dis. Nr. 1, S. 68.

143) Paretti, G.: Contributo alla patologia dei tumori cerebrali. Policlin. Nr. 2, S. 64.

144) Peterson, Fr.: Glio-sarcoma of the basal ganglia. Journ. of nerv. dis. Nr. 1, S. 61.

145) Pic, A.: Note sur un cas de tumeur du lobe occipital avec hémianopsie; contribution à l'étude de l'hémianopsie dans les tumeurs cérébrales. Province mèdic., mars 24.

146) Wegge, W. F.: A case of cyst of the cerebellum. Journ. of amer. med. assoc., XXII, Nr. 13. Ferner Nr. 421.

5. Hemiplegie.

147) Beevor, C. E.: A case of left hemiplegia, hemianæsthesia and hemianopsia from softening with remarks on diagnosis and treatment. Lancet Nr. 3688, may 5.

148) Blocq, P.: Hémiplegie organique chez un enfant hérédo-syphilitique à la suite d'une chute. Rev. de neurol. Nr. 2, S. 39.

149) Claudel: Considérations sur les hémiplegies alternes. Thèse, Paris, juin 21.

150) Thomas, J. Lyna: Right brachial monoplegia and perverted sensations due to traumatic ablation of the arm-area in the left cortex cerebri; recovery. Brit. med. Journ., febr. 24.

151) Twynam, G. E.: Fracture of the skull; paralysis on the same side as the lesion. Lancet Nr. 8691, may 26. Ferner Nr. 204, 254, 418, 450.

7. Aphasie, Amnesie, Taubheit, Stummheit.

152) Baillet: Amnesia postepileptica. Journ. de mèd. de Paris, mai 13.

153) Ballet, G.: Le diagnostic des aphasies complexes. Revue génér. de clin. Nr. 23.

154) Coxwell, C. F.: Dysphemia or stuttering. Intercolonial quaterly. Journ. of med. and surg. Nr. 1.

155) Edgren, J. G.: Amusi (musikalsk afasi). Hygiea S. 456 u. 521.

156) Souques, A.: A propos d'un cas d'agraphie sensorielle. Revue neurol. Nr. 3, S. 65.

157) Tomkins: Sensory aphasia. Brit. med. Journ. Nr. 173.

158) Wyllie, John: The disorders of speech. Edinbgh. med. Journ. Nr. 8—10, S. 684, 781, 865.

8. Sehstörungen.

159) Catania, Angelo: Sull' essenza dell' emeralopia. Arch. di ottalmol., I, Nr. 8—9.

160) Chauvel: Études ophthalmologique; héméralopie. Recueil d'ophth. Nr. 1, S. 11.

- 161) Cheatam, M.: Chronic retro-bulbar neuritis. Med. and surg. report Nr. 1925; amer. Pract. and News Nr. 1, S. 8.
- 162) Dausset: Etude sur la névrite optique. Thèse Nr. 847, Lyon.
- 163) Garnier: Ueber die Excavation des Sehnerven. (Russ.) Wjestnik oftalm. 2, S. 117.
- 164) Johnson W.: Amblyopia from suppression of the visual image. Amer. Journ. of ophth., jan.
- 165) Le Dantec: Rétrécissement du champ auditif dans l'hystérie, ses relations avec l'audition colorée. Arch. de méd. navale, avril.
- 166) Makay, G.: On blinding of the retina by direct sunlight. etc. Ophthalm. Review Nr. 148, S. 41.
- 167) Marlow, F. W.: A case of retinitis pigmentosa with extreme contraction of the visual fields and without night blindness New-York med. Journ. Nr. 7, S. 193.
- 168) Oliver, A.: The relation of ophthalmoscopic findings to diseases of the cerebral cortex as illustrated by a series of observations upon nearly two hundred cases of epilepsy and general paralysis of the insane. Univ. med. Magaz. Nr. 6, mars.
- 169) Pontoppidan, Knud: Oftalmo-neurologiske aforismer om hemianopsie. Hospitalstid. S. 349.
- 170) Romano: Sull' essenza dell' emeralopia. Arch. di Ottalm. I, 8—9, S. 257.
- 171) Sohnee: Un cas d'amaurose temporaire. Médic. mod. Nr. 1.
- 172) Terson, A.: Les troubles visuels graves après les hématoméses et les métrorrhagies. Semaine méd. Nr. 31.
Ferner Nr. 145, 354, 442.

9. Meningitis.

- 178) Bozzolo: Phénomènes nerveux au cours de certaines méningites

- infectieuses. Congr. intern. de Rome. (B.) Mercredi méd. Nr. 17.
- 174) Bottomley, Carr.: Meningitis of obscure causation. Practitioner june.
- 175) Jarron u. Scherb: Deux cas de pneumococcie méningée. Bullet. méd. de l'Algérie Nr. 4.
- 176) Stewart, W. R.: A case of circumscribed suppurative meningitis following middle-ear suppuration; trephining; cure. Lancet Nr. 3693, Juni 9.
Ferner Nr. 424, 427, 455, 554, 556.

b) Rückenmark.

1. Allgemeines, Varia.

- 177) Broca: Arthrites non tuberculeuses de la colonne cervicale. Bullet. méd. Nr. 42.
- 178) Clarke, Michell: On syphilitic affections of the spinal cord, Lancet Nr. 3691, may 26.
- 179) Taylor, Will.: Report of a case of spinal arthropathy in which many of the symptoms of serious lesion of the cord are absent. Journ. of nerv. dis. Nr. 3, S. 153.
- 180) Turner, Will.: Syphilitic spinal paralysis. Lancet Nr. 3688, may 5.
Ferner Nr. 413, 417.

2. Tumoren, Trauma, Hämatomyelie.

- 181) Dentu u. Brodier: Des fractures de la colonne vertébrale. Bullet. médic. Nr. 48.
- 182) Gordinier: Injury of the cauda equina. Philad. med. News, april 14.
- 183) Handford, Henry: A case of spinal hæmorrhage. Lancet Nr. 3685, april 14.
- 184) Luys: Hématorachistramatique; congestion de la moelle; hémorragie concomitante de l'ovaire. Ana. de psych. Nr. 4.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVII. Jahrgang.

1894 December.

Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Beitrag zur Pathogenese der Acromegalie.

Von Prof. Aug. Tamburini.

Die Acromegalie ist eine pathogenetisch noch so dunkle Krankheit, dass jeder gut beobachtete und sowohl macro- als microscopisch untersuchte Fall von Bedeutung sein kann.

Als klinisch-anatomischen Beitrag zur Lösung dieser Frage gebe ich kurz den folgenden Fall wieder:

Es handelt sich um eine Frau, welche einen typischen Fall von Acromegalie mit Seelenstörung darbot. Anzeichen von Acromegalie reichen bis zum 20. Jahr zurück; sie war damals eine schöne Frau. Dann setzten die menses aus und ganz allmählich begannen die unteren Glieder sich zu verdicken, später der Kopf, später die Arme; am erheblichsten war die Verdickung der Hände und Füße. Einige Jahre später entwickelte sich ein Verfolgungswahnsinn mit Zuständen von heftiger Erregung und geistiger Schwäche.

Die Photographie zeigt, wie die Verdickung hauptsächlich Kopf (besonders den Unterkiefer), Hände und Füße betrifft (cfr. die Tafel).

Immerhin lasse ich hier die hauptsächlichsten Maasszahlen folgen:

Anthropometrie.

Körperlänge 1,62 m, Spannweite der Arme 1,65 m. Gewicht bei der Aufnahme (am 10. II. 1892) 79 kg.

Schädel.

Sagittaldurchmesser 184, biparietaler Durchmesser 145, bifrontaler Durchmesser 105, Schädel-Index 78,80, Sagittal-Umfang 275, bicaricolarer Umfang 812, ganzer Umfang 556, vorderer Theil des Umfangs 265, hinterer Theil des Umfangs 291, Höhe der Stirn 58, Breite der Stirn 195 mm.

Antlitz.

Höhe des Antlitzes 136 mm, bizygomatischer Durchmesser 127 mm, Entfernung des Kinns vom äusseren Gehörgang rechts 164, links 173 mm, Gesichtswinkel 62°, Entfernung zwischen den Condylen des Unterkiefers 143 mm, Entfernung zwischen den angulis mandib. 109 mm, Höhe des Unterkiefers vom unteren Rand des Kinns bis zum Rand des Zahnfleisches 42 mm.

Obere Extremität.

Länge des Oberarms rechts 315 mm, links 298, Umfang um die Mitte des Oberarms r. 292, l. 265, Länge des Unterarms r. 256, l. 240, Umfang des Ellbogens r. 280, l. 271, Umfang am Radialpuls r. 192, l. 183, Länge der Hand r. 209, l. 200, Umfang der Hand um das Metacarpo-phalangeal-Gelenk r. 236, l. 230, Länge des Mittelfingers r. 113, l. 112, Umfang des Mittelfingers r. 80, l. 80 mm.

Untere Extremität.

Länge des Oberschenkels (von der plica inguinalis bis zur Mitte der patella) rechts 408, links 408, Länge der tibia r. 395, l. 385, Schenkelumfang (in der Mitte) r. 552, l. 525, Umfang des Knies r. 445, l. 408, grösster Umfang des Unterschenkels r. 392, l. 358, Länge des Fusses r. 248, l. 242, Umfang des Fusses um's Metacarpo-phalangeal-Gelenk r. 292, l. 280.

Der Tod trat durch Marasmus in Folge eines chronischen Intestinalcatarrhs ein.

Bei der Autopsie war das auffälligste ein hühnereigrosser Tumor der Hypophyse, der grösste, der bis jetzt beschrieben ist, 53 mm lang (von vorn nach hinten), 39 mm breit, 20 mm dick: zum Theil sass er in der bedeutend erweiterten sella turcica, zum Theil erstreckte er sich nach vorn, das chiasma comprimierend. Seine äussere Oberfläche war leicht höckerig und weisslich-grau, die innere grau-weiss und von gleichmässiger Consistenz. Die thyreoidea war normal gross; von einer Thymus keine Spur. Microscopische Untersuchung, im histologischen Laboratorium der psychiatrischen Klinik zu Reggio unter Anleitung von Prof. Vassale ausgeführt:

Hypophysis: Der histologische Bau (mit Hämatoxylin, Orange und Hämatoxylin gefärbt) erinnert an den Bau der normalen Hypophyse, unterscheidet sich aber von dieser durch spärlichere und dünnere Septen, wodurch er ein wenig an die alveoläre Structur erinnert; sehr zahlreich sind dagegen die cellulären Elemente und zwar allein die chromophilen, von denen viele Schnitte ganze Haufen zeigen; andererseits fehlen die Hauptzellen. Von regressiven Processen in den cellulären Elementen keine Spur, einige Zellen zeigen doppelte Kerne. Die Gefässe sind normal. Der Tumor gehört ganz dem epithelialen Theil der Drüse an.

Thyreoidea: Gestalt und Bau normal, innerhalb der Follikel die gewöhnlichen Ansammlungen celloider Substanz, hie und da Haufen lymphoider Zellen, denen entsprechend die Follikel geschrumpft und leer von celloider Substanz erscheinen.

Knochen: Zeichen von ossificirender Ostitis: die Markleisten in compactes Knochengewebe umgewandelt.

Gehirn: Nichts besonderes.

Rückenmark: Leichte Degeneration der Wurzelzone der Burdach'schen Stränge im Hals- und Brustmark.

Welchen Beitrag liefert nun dieser Fall, welcher zu den wenigen histologisch-durchstudirten gehört, zur Pathogene jener dunkeln Krankheit?

Fälle von Acromegalie mit pathologisch-anatomischem Befund sind mir bis jetzt 22 bekannt. Die constanteste Veränderung, der man dabei begegnet, ist die Veränderung der Hypophyse: 19 mal unter 22 Fällen; in 3 Fällen fehlt sie. Hier war entweder die Diagnose nicht sicher oder die Krankheit noch zu jung.

Seltener ist Erkrankung der thyreoidea, die bald hyper-, bald atrophisch, bald normal befunden wurde, oder der Thymus, die bald erhalten war, bald nicht.

So richtete sich die Aufmerksamkeit der Pathologen, was die Pathogenese dieser Krankheit angeht, auf ein bisher noch wenig gewürdigtes Organ, die Hypophyse. Bis jetzt existiren über die Pathogenese der Acromegalie die folgenden Theorien.

1. Diejenige von Klebs, nach der die Acromegalie von der Persistenz der thymus herrührt, welche ein Centrum der Bildung von Gefässsprossen und Angioblasten sein soll (vasculäre Theorie).
2. Die von Hulschewnikoff und Recklinghausen, dass die Acromegalie auf Erkrankung des Nervensystems, besonders des peripheren beruhe Degeneration der peripheren Nerven). (Nervöse Theorie.)
3. Die von Marie, dass die Acromegalie an eine Veränderung der Hypophyse gebunden sei.

Gegen die 1. Theorie spricht der Umstand, dass die Persistenz der Thymus (die ja auch in unserem Falle fehlte) nicht constant ist, und dass in vielen Fällen von Persistenz und selbst Hypertrophie der Thymus keine Zeichen von Acromegalie bestanden.

Was die 2. Theorie betrifft, so haben pathologisch-anatomische Specialuntersuchungen allerdings gelehrt, dass das centrale und periphere Nervensystem seinen Antheil an der Genese hat, aber diese Theorie erklärt nicht das Wesen des Processes, und andererseits kann Degeneration peripherer Nerven keine specielle pathogenetische Bedeutung haben, da sie noch vielen anderen Krankheiten zukommt.

Dagegen spricht für die Pathogenese aus der Hypophyse die fast absolute Constanz dieser betreffenden Veränderungen.

Welcher Art ist nun diese Beziehung, d. h. in welcher Weise kann Läsion der Hypophysis Acromegalie hervorbringen? Vor allem müssen wir zusehen, 1. ob die Hypophyse Functionen hat und welche; 2. welcher Natur die Veränderungen der Hypophyse sind, denen man bei der Autopsie begegnet.

1. Die Untersuchungen von Rogowitsch und Gley dürften eine functionelle Beziehung zwischen der Hypophyse und thyreoidea annehmen lassen, und zwar hätten sie genau dieselben Functionen, nämlich gewisse Substanzen zu neutralisiren, deren Aufenthalt im Organismus eine toxische Wirkung auf das Nervensystem ausübte; desshalb fand man bei Thieren, die der thyreoidea beraubt waren, Hypertrophie der Hypophyse und die Zerstörung

der Hypophyse und Thyreoidea zugleich hatte den Tod zur Folge. Aber diese Theorie der Gleichartigkeit und functionellen Vertretbarkeit der Hypophysis und Thyreoidea reicht nicht mehr aus seit den schönen Versuchen von Vassale und Sacchi im psychiatrischen Institut von Reggio, welche nach vollständiger Zerstörung der Hypophyse — durch eine elegante Methode vom Gaumen aus und ohne die Hirnbasis zu verletzen — nach wenig Tagen den Tod des Versuchstieres beobachteten unter den Erscheinungen einer schweren Vergiftung, analog, aber nicht identisch jener nach Exstirpation der thyreoidea.

Daraus geht hervor, dass die Hypophyse eine wichtige Function im Organismus hat und dass sie vielleicht zur Herstellung eines besonderen Secretes bestimmt ist, welches im Körperhaushalt nöthig ist, dessen Natur wir aber noch nicht kennen. Das aber lässt die Annahme zu, dass die Veränderung der Hypophyse bei der Acromegalie kein zufälliger Befund zu sein braucht, sondern dass zwischen beiden eine pathogenetische Beziehung besteht und dass vor allem das Studium der Acromegalie, als Folgeerscheinung der Hypophysisläsion, Licht über die Art der Function dieses Organes verbreiten wird. Andererseits liesse sich eine coincidentielle Beziehung, so dass beide Erscheinungen Wirkungen derselben Ursache wären, nicht begreifen, da man nicht einsehen würde, wie es käme, dass dieselbe Ursache Organe verändern sollte, die an Structur, chemischer Constitution und Function so verschieden sind wie Hypophyse und Knochen.

Was nun die Natur der bei Acromegalie gefundenen Veränderung betrifft, so ist man in 4 von den 19 bis jetzt in der Literatur niedergelegten Fällen einer einfachen Hypertrophie der Hypophysis begegnet (Cunningham, Gauthier, Wolf, Squance), in 14 wurde ein wirklicher Tumor beschrieben. In den meisten dieser Fälle wird von einem einfachen mehr oder weniger ausgedehnten Tumor gesprochen, ohne dessen Natur und Eigenschaften näher zu beschreiben (weich, breiig etc.), in dreien war der Tumor eine Cyste mit blutigem, schwärzlich-rothen Inhalt; nur in 5 Fällen fand eine histologische Untersuchung statt und dabei fand man adenomatöse Structur 2mal (Marie und Marinesco), sarcomatöse 1mal (Caton), gliomatöse 1mal, und 1mal (Brigidi) eine Structur, welche derjenigen der Lymphdrüsenmarksubstanz am meisten ähnelte.

In unserem Fall würde der histologische Befund es zweifelhaft lassen, ob es sich um einfache Hypertrophie oder um ein Adenom handelt, weil man im Tumor nur die specifischen Drüsenelemente, diese aber in erheblicher Vermehrung findet. Aber

1. findet sich so enorme Volumvermehrung (um das 10fache) nie bei einfacher Hypertrophie irgend eines Organes;
2. war die normale rosenrothe Farbe nicht erhalten, sondern die ganze Schnittfläche war weisslich grau;
3. waren nicht alle Elemente der Drüse (Epithelien, Gefässe, Bindegewebe), sondern nur die zelligen Elemente und von diesen nur die chromophilen vermehrt, während die Hauptzellen gänzlich fehlten:

Alles dies lässt vielmehr an ein Adenom denken, ein Adenom allerdings, welches das besondere hätte, nicht partiell zu sein (wie gewöhnlich bei Adenomen anderer Organe), sondern total über das ganze Organ verbreitet.

Um nun auf Grund dieser Befunde die pathogenetische Beziehung zwischen Läsion der Hypophyse und Acromegalie zu erklären, so bieten sich folgende Hypothesen:

1. Jedwede Veränderung der Hypophyse (Hypertrophie, Tumor, Degeneration etc.) kann Acromegalie erzeugen. Das ist nicht möglich, weil es solche Fälle giebt ohne Acromegalie. Dies bringt uns auf die Vermuthung, dass es nur eine besondere Veränderung der Hypophyse ist, welche im Stande ist, Acromegalie zu erzeugen.
2. Die Ursache der Acromegalie ist ein degenerativer Process in der Hypophyse und das Aufhören ihrer Function, wie das Myxödem die Folge der Atrophie der thyreoidea ist. Diese Hypothese aber widerspricht der Thatsache, dass in vielen Fällen von Acromegalie einfache Hypertrophie, jedoch niemals Atrophie gefunden wurde, wie Atrophie der thyreoidea beim Myxödem.
3. Die Ursache ist Hypertrophie mit functioneller Hyperactivität der Drüse, wie man heute zu der Annahme neigt, dass Hyperactivität der thyreoidea die Ursache der Basedow'schen Krankheit ist. Dagegen aber spricht der Umstand, dass man bei Acromegalie oft cystische Entartung oder heterologe Tumoren der Hypophyse gefunden hat, welche mit einer Hyperactivität des Organes nicht zu vereinigen sind.
4. Eine Annahme, welche alle diese, unter sich nicht übereinstimmenden Thatsachen erklären könnte, ist diejenige, dass die Erkrankung der Hypophyse bei Acromegalie zwei Phasen hat, wie sie sich im Verlauf der Acromegalie selbst zeigen

Die erste Phase besteht in wirklicher Hypertrophie, Hyperactivität (und vielleicht in gleichzeitiger Aenderung der Function selbst), durch welche in reichlicher Menge abnorme Substanzen im Organismus erzeugt werden: eine Phase, welche der ersten, im Wachstum der Knochen bestehenden, Phase der A. entsprechen würde: die zweite Phase tiefer secundärer Veränderung der Drüse (cystischer Entartung, Adenom etc.) mit Aufhören der Function entspricht derjenigen Periode, in welcher, nach Aufhören des Knochenwachsthums, die Cachexie auftritt, welche sich bei allen Acromegalischen entwickelt und zum Tode führt.

Dass die erste Phase (Hypertrophie mit Hyperactivität) Knochenverdickung hervorbringen kann, beweist die Thatsache, dass in allen besser studirten Fällen von gewöhnlichem Gigantismus Hypophysialis-Hypertrophie mit Vergrößerung der sella turcica gefunden wurde; im Museum des psychiatrischen Instituts von Reggio kann man letztere am Schädel eines Riesen (2,8 m) beobachten, der im Institut selbst starb. Schliesslich stützt die Beschaffenheit des Adenoms selbst, wie man es bei sorgfältigst ausgeführten Autopsien fand, nämlich ein Adenom des ganzen Organes, die Annahme, dass es eine Nachphase der ursprünglichen Hypertrophie des Organes selbst ist.

Nach dieser Annahme würde also die Acromegalie in ihrer ersten Phase des partiellen Riesenwachsthums der Effect einer Anhäufung von Substanzen sein, welche von „Hyperfunction“ („iperfunzione“) der H. und Aenderung des Stoffwechsels herrühren, Substanzen, welche zu Hyperplasie der Knochen und anderer Gewebe führen können. Es ist ja bekannt, vor allem durch die Versuche von Gies, dass die Darreichung gewisser Substanzen

(z. B. Arsenik, Phosphor) im Stande ist, bei jungen Thieren artifi-
ciellen (toxischen) Gigantismus zu erzeugen.

In diesem Sinne haben wir eine Reihe von Versuchen begonnen, um
die Wirkung langer Darreichung von grossen Mengen Hypophysissaft auf
den Organismus zu studiren. Ueber diese werden wir seiner Zeit Mit-
theilung machen. (Uebersetzt von E. Trömmner-Heidelberg.)

II.

Zur Frage von dem verschiedenen Verhalten verschiedener Nerven, bzw. ihrer Endigungen gegen denselben Reiz.

Von Dr. Max Levy-Dorn.

(Aus dem physiol. Institut der Universität Berlin.)

Es giebt eine besonders von Grützner¹⁾ verfochtene Ansicht, dass
die Nerven nach ihrer Fähigkeit, auf gewisse Reize zu reagiren, in zwei
grosse Gruppen getheilt werden müssen. Zu der einen gehören diejenigen,
welche ihre Erregungen den Ganglienzellen zuleiten, sei es, dass diese im
Centrum liegen (centripetale Nerven) oder in der Peripherie (Gefässerweiterer),
zu der anderen Categorie rechnen alle centrifugalen Nerven, welche mit
den Organen, wie Muskeln und Drüsen ohne Vermittlung von Ganglien-
zellen in Verbindung stehen. Eine Anzahl Reize, welche auf die Nerven
der einen Gruppe wirkt, soll die der anderen in Ruhe lassen und umgekehrt.
So z. B. schreibt der Autor der Wärme von 45—50° zu, lediglich die
centripetalen Nerven und Gefässerweiterer der Haut zu erregen, während
die concentrirte Kochsalzlösung hingegen nicht diese, dafür aber die moto-
rischen Nerven reizen soll.

Ich sprach bisher lediglich von den Nerven. Es ist aber zweifel-
haft, ob diese selbst verschieden erregt werden, oder ob sie sich nicht alle
gleich verhalten und nur ihre Endapparate und Erfolgsorgane die
Erregungen verschieden aufnehmen. Der Kürze wegen will ich auch weiter-
hin den Ausdruck verschiedene Nerven-erregungen gebrauchen, ohne damit
zu der berührten Frage Stellung nehmen zu wollen.

Ich habe nun die Angaben Grützner's nachgeprüft, welche sich auf
die thermische Reizung beziehen. Als Versuchsobject dienten — an den nackten
Pfortenballen gut schwitzende Katzen. Ich durchschnitt ihren einen Nervus
ischiadicus und steckte den peripherischen Stumpf desselben durch ein
Wärmerohr aus dünnem Kupferblech von 3 cm Länge.

Floss durch das Rohr Wasser von mindestens 49°, so sah man in
der Regel nach mehr oder weniger langer Zeit Schweissperlen hervor-
treten. War das Schwitzen einmal in Gang gekommen, so zeigten sich
auch niedrigere Temperaturen wirksam. Der geringste Wärmegrad, welcher
mir in einem Fall noch Erfolg brachte, betrug 47° C. Die höchsten von

¹⁾ Grützner: Ueber verschiedene Arten der Nerven-erregung. Pflüger's Arch.
XV. 1. 1878, pg. 215.

mir, übrigens nur vorübergehend und selten, angewandten Temperaturen überstiegen nicht 52° C. Man muss damit schon sehr vorsichtig umgehen, da der Nerv sie nicht lange verträgt.

Die Gefässerweiterung wurde meist nicht besonders festgestellt, da es bereits Grützner in entsprechenden Versuchen gelungen war, sie nachzuweisen, während er in Bezug auf die Schweisssecretion¹⁾ zu keinem positiven Resultate gekommen war. Nur einmal wurde der Controlle wegen ein Thermometer unter die Dorsalhaut des Fusses in nächster Nähe der Pfotenballen eingenäht und der Gang der Pfotentemperatur zugleich mit der Absonderung etc. beobachtet. Jene ging dabei, wie zu erwarten war, als Zeichen der Gefässerweiterung in die Höhe, wenn der Ischiadicus erwärmt wurde. Es ist sehr wahrscheinlich, dass sich die Dilatation auch auf die Drüsengefässe ausdehnt und sich nicht allein auf die übrigen Hautgefässe beschränkt, wenigstens so lange die Secretion im Gange ist. Gewissheit können darüber aber erst Beobachtungen an den Speicheldrüsen geben, deren Kreislauf direct dem Auge zugänglich ist.

Die Muskeln wurden in meinen Experimenten entweder gar nicht bewegt, oder es kam zu schwachen, vereinzelt Contractionen derselben: eine oder mehrere Zehen wurden abducirt, adducirt etc.

Von den berichteten Thatsachen erbeischt die grösste Aufmerksamkeit, dass es gelingt, durch Erwärmung eines peripherischen Nervenstumpfes Schweiß zu erzeugen. Die Möglichkeit eines Reflexes wird dadurch ausgeschlossen, dass nach Durchschneidung des Ischiadicus selbst die stärkste Reizung der Schweisscentren, etwa durch Dyspnoe, oder der sensiblen Nerven, z. B. durch Faradisation, auf den Pfotenballen der operirten Extremität kein Schwitzen hervorruft. Zum Ueberfluss habe ich mich noch in einzelnen Fällen davon überzeugt, dass man keine Wirkung sieht, wenn man das Wärmerohr in der Wunde neben den Nerven legt, anstatt diesen durch das Rohr zu stecken.

Die Frage, ob es sich beim Schwitzen durch thermische Reizung um eine wahre Absonderung handelt oder nur um eine Ausstossung schon vorher angesammelten Secretes aus dem Lumen der Drüsen durch die glatten Muskeln, hat für uns keine grosse Bedeutung. Wir wollen ja lediglich den Nachweis führen, dass man echte centrifugale, nicht allein centripetale Nerven thermisch zu reizen vermag; und die Nerven für die glatten Muskelfasern der Drüsen sind wohl ebenso als solche zu betrachten, wie die secretorischen Nerven. Diese Nerven verhalten sich auch nicht etwa ähnlich, wie die Gefässerweiterer, welche wahrscheinlich zu peripheren Ganglienzellen ziehen, die ihrerseits erst direct Fasern zu den Erfolgsorganen senden. Wenigstens ist es bisher trotz eifrigen Suchens nicht gelungen, mit Sicherheit zu den Schweissdrüsen gehörige Ganglienzellen nachzuweisen.

Immerhin hat es Interesse zu erfahren, dass die durch thermische Reizung erzielbaren Schweissmengen²⁾ so gross sind, dass man daraus auf eine wirkliche Absonderung, d. h. auf eine Thätigkeit der Drüsenzellen

¹⁾ l. c. p. 231, Anmerkung.

²⁾ Vergl. über die Möglichkeit, aus der Menge des Schweißes auf eine wahre Absonderung zu schliessen, Levy-Dorn, Zeitschrift für klinische Medicin, XXIII, 3 und 4.

als Folge der Reizung schliessen muss. Meist begnügte ich mich, 3—4 mal Schweiß in mässiger Menge hinter einander zu erzeugen, in einem Falle aber geschah es 8 mal und darunter 2 mal reichlich.

Aus meinen Versuchen folgt also, dass sich die im Beginn der Mittheilung erwähnte Gruppierung nach Grützner nicht anfrecht erhalten lässt, wenigstens nicht, soweit sie sich auf Wärmeversuche stützt, denn die Wärme vermag nicht nur die centripetalen, sondern auch unzweifelhaft centrifugale Nerven zu reizen.

Ueber andere Erregungsmittel, wie den galvanischen Strom, stehen mir nicht genügend diesbezügliche Erfahrungen zu Gebote.

Der Einwand, anders als Grützner experimentirt zu haben, kann gegen mich nicht erhoben werden, wie gegen Wertheimer¹⁾, welcher die von Grützner über die Wirkung des Kochsalzes auf die Nerven berichteten Thatsachen in Zweifel gezogen hat. Denn ich habe nicht nur an einem auch von Grützner benutzten Object, sondern auch mit derselben Methode gearbeitet, wie er. Selbst in Bezug auf die Länge glich mein Wärmerohr vollständig dem vom Verfasser im Texte seiner Arbeit in natürlicher Grösse abgebildeten Rohre.

Sehen wir aber von der Grützner'schen Gruppierung ab, so veranschaulichen meine Experimente recht deutlich den Satz, dass sich verschiedene Nervenarten gegen dasselbe Reizmittel, wie dieselben Nerven gegen verschiedene Reize verschieden verhalten können. Man vergleiche nur die in Folge thermischer Reizung des Ischiadicus schwitzende Pfote mit einer auf Faradisation des Nerven schwitzenden. Hier sind die Muskeln kräftig zusammengezogen, da nur starke faradische Ströme Schweiß hervorrufen, dort bewegen sich die Muskeln mit wenig Energie oder bleiben schlaff, — mit anderen Worten: die motorischen und secretorischen Nerven verhalten sich verschieden gegen die Wärme und wesentlich gleich gegen den faradischen Strom.

II. Bibliographie.

L) Internationale medicinisch-photographische Monatsschrift, 1894, herausgegeben von Dr. Jankau-München.

Es liegt nun fast der ganze erste Jahrgang dieser neuen Zeitschrift vor, so dass sich ein Urtheil über Zustand und vermuthliche Entwicklung fällen lässt. Bisher ist photographische Methodenlehre und sachlich-medicinische Belehrung durch Reproduction — sehr gut vereinigt.

In der Einleitung (Heft 1, die Photographie im Dienste der Medicin) beruft sich Jankau besonders auf psychiatrische Aussprüche über den Werth der Photographie (Scholz, Kirchhoff). „Die Psychiater haben überhaupt stets auf die Physiognomie ihrer Kranken d. h. also auf die Pathognomik

¹⁾ E. Wertheimer: De l'action de quelques excitants chimiques sur les nerfs sensibles. Arch. de physiol. (5) II, 1890. Die neuerdings erfolgte Antwort Grützner's findet sich in Pfüger's Arch. LVIII, 1 u. 2, pg. 69, 1894: Ueber die chemische Reizung sensibler Nerven.

Gewicht gelegt, und durch die Photographie könnte entschieden die Symptomengruppe bei verschiedenen Geisteskrankheiten vermehrt werden.“ Jankau verallgemeinert diesen Gedanken sodann: „Sollten obige Behauptungen über Physiognomik nicht auch für die Nervenkrankheiten und manche Erkrankungen innerer Organe, wenn auch erst in Folge von Secundärerscheinungen zutreffen? Dies wird uns aber am besten die Photographie lehren; sie wird uns in Stand setzen, jedwede äussere Erscheinung bei einem Kranken durch das Licht festzuhalten, als Bleibendes zu bewahren und durch Vergleich Gesetze aufzustellen.“

In dieser Beziehung hat die Zeitschrift in der That eine höhere Aufgabe, als nur die, technische Regeln zu sammeln und wohlgelungene Bilder aus fachmännischen Abhandlungen zu reproduciren: Sie kann ein Archiv werden, in welchem wie in einem fortlaufenden Atlas die wichtigsten Typen aus allen Theilgebieten der Medicin gesammelt zu finden sind. Gerade in neurologischer und psychiatrischer Beziehung hat das Blatt bisher manche gute Reproduktion gelacht. In technischer Beziehung scheint mir besonders auch die Microphotographie eine eingehende Pflege in dieser Zeitschrift zu verdienen.

Sommer.

LI) **Flatau**: Atlas des menschlichen Gehirns und des Faserverlaufes. Mit Vorwort von Prof. Mendel.

(Verlag von S. Karger-Berlin. Preis 12 Mark.)

Der Atlas enthält ausser den Photographieen nebst erläuterndem Text schematische Darstellung des Faserverlaufes, um die Flächenbilder zu dreidimensionalen Anschauungen zu entwickeln. Flatau meint, dass allein die Photographie des frischen, nicht durch Conservirungsfüssigkeiten veränderten Gehirns genügende Resultate liefert. Die Photographieen wurden in der Weise angefertigt, dass die frischen Gehirne, eventuell deren Durchschnitte mit Wasser abgespült und „möglichst in ihrer natürlichen Lage“ durch Kittsubstanz auf einem Teller fixirt und dann von oben photographirt wurden (sfr. meinen Aufsatz über photographische Combination von Gehirn- und Schädelbild, C.-Bl. für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1891, Nov.) In den Worten „möglichst in ihrer natürlichen Lage“ ist der Fehler der Methode angedeutet. Vermöge der Weichheit des Gehirns verschieben sich sofort bei der Entfernung aus der Schädelhöhle die Theile etwas, so dass Fehler entstehen. Gleich auf der ersten Tafel (Unterfläche des Gehirns) fällt auf, dass das Gehirn auffallend breit erscheint: eine Folge der Abplattung vermöge des Zusammensinkens nach dem Herausnehmen.

Für Demonstrationsbilder ist die Methode jedoch trotzdem genügend. Für exacte Reproduction der relativen Raum- und Lageverhältnisse am Gehirn muss man durchaus die Forderung stellen, dass die natürliche Configuration der Theile vorher festgelegt werde. Dies kann nach dem Vorgang von Rosenbach am besten durch Behandlung des Gehirns mit 10 % Carbolsäure geschehen, wodurch das Gehirn ohne zu schrumpfen in einigen Tagen eine gummiartige Beschaffenheit gewinnt. Man kann die Carbolsäure auf das Gehirn auch vor der Herausnahme einwirken lassen.

Abgesehen von diesem einen durchgehenden Fehler sind die meisten Aufnahmen meisterhaft. Der Atlas ist als Unterrichtsmittel sehr zu empfehlen.
Sommer.

LII) **W. v. Bechterew**: Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. Deutsch von Weinberg.

(Leipzig, Besold 1894. Preis 6 Mark.)

Das Buch ist Paul Flechsig gewidmet. Nach einem einleitenden Kapitel über die Untersuchungsmethoden des Faserverlaufes wird in Kapitel 2—5 die Faserung des Rückenmarkes, Hirnstammes, Kleinhirns und der Grosshirnhemisphären abgehandelt. Der rein anatomische Character des Buches ist streng bewahrt. Hypothesen sind bis auf das unerlässliche Minimum eingeschränkt. Dabei hat man immer den wohlthuenden Eindruck, dass alles selbst erarbeitet oder sorgfältig nachgeprüft ist. Zur sachlichen Orientirung über den anatomischen Thatbestand ist das Buch sehr geeignet. Farbige Schemata erleichtern die Anschauung der verwickelten Faserzüge.

Sommer.

LIII) **Sigm. Exner**: Entwurf einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen. I. Theil.

(Wien, Deuticke 1894. 380 S.)

Der Verfasser hat sich die schwierige Aufgabe gestellt, das Gebiet der psychischen Erscheinungen einer streng naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise zu unterziehen; er wollte den Beweis erbringen, dass auch die seelischen Vorgänge der empirischen Untersuchungsmethode zugänglich, in streng naturwissenschaftlicher Form verständlich sind. Dieser Beweis wird in glänzender, geistreicher Weise gebracht — und wenn es auch ganz selbstverständlich ist, dass es vermessen wäre, ein volles Verständniss unseres Vorstellungslebens, der Bewusstseinsacte auf diesem wie auf irgend einem anderen Wege mit unseren jetzigen Kenntnissen zu erzielen, wenn auch gar oft Hypothesen herangezogen werden müssen, so lernen wir doch unwiderleglich, dass allen geistigen Erscheinungsweisen mit der Waffe der naturwissenschaftlichen Untersuchung „an den Leib“ gerückt werden kann und dass wir wohl auch nur auf diese Weise eine klare Einsicht in dieselben erlangen können.

Der behandelte Gegenstand liesse erwarten, dass sich das Buch nur schwer lesen lässt; dem ist aber nicht so. — Die Fülle der Thatsachen und der aus ihnen gezogenen Schlüsse wirkt derart anregend, dass man sich fortwährend gedrängt fühlt, mit dem Autor den Gegenstand noch weiter, eingehender zu discutiren. Gleichsam als Illustrationen finden sich oft eingestreute, aus der Selbstbeobachtung geschöpfte Erfahrungen.

Der Verfasser hat sich den Nachweis der Erklärbarkeit aller psychischen Erscheinungen gewissermassen zur Lebensaufgabe gemacht und bereits vor vielen Jahren diesen Nachweis in Angriff genommen.

Er selbst erklärt es als seine Aufgabe, die wichtigsten psychischen Erscheinungen auf die Abstufungen von Erregungszuständen der Nerven und Nervencentren zu beziehen, demnach alles, was uns im Bewusstsein als Mannigfaltigkeit erscheint, auf quantitative Verhältnisse und auf die Verschiedenheit

der centralen Verbindungen von sonst wesentlich gleichartigen Nerven und Centren zurückzuführen.

Da wohl vorausgesetzt werden darf, dass auch Psychologen von Fach das Buch zur Hand nehmen, so werden im ersten Kapitel die nothwendigen anatomischen Verhältnisse auseinandergesetzt. Das zweite Kapitel, die physiologischen Grundphänomene der centralen Nerventhätigkeit, betrachtet der Autor als eine „allgemeine Physiologie des Centralnervensystems“; hier werden auch die centralen Vorgänge der Hemmung und der von ihm in der Nervenphysiologie eingeführten *Bahnung* eingehend besprochen, Vorgänge, denen weiterhin überall die grösste Bedeutung zukommt.

Bezüglich der weiteren Kapitel müssen wir uns auch leider auf eine Angabe des Inhaltes beschränken.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem Zustandekommen und dem Ablaufe der willkürlichen Bewegungen, das vierte stellt das Wesen und die physiologischen Aeusserungen der Aufmerksamkeit klar. — Empfindungen und Wahrnehmungen liefern den Stoff für das fünfte und sechste Kapitel. Jeder Sinnesindruck lässt sich durch das Bewusstsein in Theile zerlegen. Einen solchen, nicht weiter zerlegbaren Antheil eines Sinnesindrucks, der nur mehr Qualität und Intensität unterscheiden lässt, nennt Exner „Empfindung“, während er unter „Wahrnehmung“ einen einheitlichen Erregungscomplex versteht, der durch das Bewusstsein in Empfindungen aufgelöst werden kann.

Das siebente Kapitel behandelt die Vorstellungen in ihren verschiedenen Beziehungen i. e. zu den willkürlichen Bewegungen, zu den Empfindungen und Wahrnehmungen und schliesslich zu einander; ferner wird die Reproduction der Vorstellungen erörtert. Das achte und letzte Kapitel des vorliegenden ersten Bandes endlich enthält eine Darstellung der intellectuellen Vorgänge in naturwissenschaftlicher Sprache; es gliedert sich in 3 Theile: 1. die Denkformen, 2. die Instinctgefühle und das Denken, 3. das causale Denken und der freie Wille.

Der zweite Band soll gewissermassen den speciellen Theil des Werkes darstellen. Wir sind in der Lage mitzuthellen, dass derselbe leider längere Zeit auf sich warten lassen wird.

Obersteiner.

LIV) Hirt: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. II. Auflage. (Wien, Urban & Schwarzenberg, 1894.)

Das für practische Bedürfnisse sehr geeignete Buch hat in kurzer Zeit eine weite Verbreitung gefunden. Eintheilung und Ausführung sind durchaus von anatomischen Gesichtspunkten geleitet. H. behandelt 1. Krankheiten des Gehirns, 2. des Rückenmarkes, 3. des Gesamtnervensystems. Letztere sind eingetheilt 1. in die ohne bestimmten anatomischen Befund, 2. in die mit bekanntem anatomischen Befund. Bei dieser Eintheilung kommt die Sonderstellung der Intoxications-Nervenkrankheiten, welche bald mehr in's anatomische, bald mehr in's functionelle spielen, nicht zur Geltung. Practisch ist sie jedoch ganz brauchbar. Zahlreiche Abbildungen, zum Theil nach eigenen Beobachtungen, erleichtern das Verständniss. Das Buch vermittelt durch Text und Illustrationen dem Lernenden eine Reihe von typi-

schen Bildern, an welchen er die meist viel verwickelteren Fälle der Praxis abmessen kann. Aber auch um die ungelösten Reste, welche nach Abzug des Typischen von den Krankheitsfällen der Praxis meist bleiben, zu ergünden, giebt das Buch dem, der es sorgfältig liest, eine Reihe von feineren Regeln. Die den einzelnen Kapiteln beigegebenen Literaturverzeichnisse werden dem Practiker für das Studium einzelner bemerkenswerther Fälle manchen Fingerzeig geben.

Sommer.

LV) Pierre Marie: Vorlesungen über die Krankheiten des Rückenmarkes. Deutsche Uebersetzung von Dr. Weiss.

(Franz Deuticke, 1894.)

Das französische Original des vortrefflichen Werkes ist schon im Januar-Heft 1893 dieses Blattes gebührend gewürdigt worden. Es ist eine wahre Fundgrube für feine klinische Beobachtungen. Obgleich es eigentlich kein Lehrbuch im gewöhnlichen Sinne ist, sondern eine Verbindung von Monographien über Tabes, Herdsclerose, Friedreich'sche Krankheit, infantile Spinalparalyse und amyotrophische Lateralsclerose mit einer allgemein gehaltenen anatomischen Einleitung (Vorlesung 1—7), so lernt man doch aus dem Buch auch sehr viel für die Analyse der nicht darin beschriebenen Krankheiten. Wer Marie's feine Ausführungen über Tabes wirklich studirt hat, wird sicher auch im Stande sein, einmal eine neue Nervenkrankheit zu erkennen, selbst wenn sie grosse symptomatische Aehnlichkeit mit den bekannten klinischen Formen hätte. Marie's Buch schärft den klinischen Blick, manche sonst ganz brauchbare Lehrbücher schwächen ihn.

Sommer.

LVI) Dr. O. Dornblüth: Compendium der Psychiatrie. (Leipzig, Veit & Comp., 1894, 270 Seiten mit Abbildungen im Text und 2 Tafeln. Preis 6 Mark.)

Das vorliegende Compendium bietet in äusserst gedrängter Kürze eine recht brauchbare Einleitung in das Studium der Geisteskrankheiten. Der allgemeine Theil giebt die allgemeinen Gesichtspunkte klar und anschaulich wieder, ohne allzuviel Hypothetisches hinzuzuthun. Von diesem Standpunkte aus wäre die Ansicht D.'s, dass der Ort der Sinneseindrücke in Hinterhaupt-, Schläfen- und Scheitellappen, die bewusste Wahrnehmung mit den abstracten Begriffen zusammen vielleicht in der Stirnhirnrinde zu suchen sei, besser auch unterdrückt worden. Dass der Anfall zahlreicher Erinnerungsbilder die „Rathlosigkeit“ bewirke, ist wohl nicht richtig. Am besten scheinen dem Ref. die therapeutischen und practischen Rathschläge allenthalben gelungen zu sein, nur muss der sehr gefährliche Druckfehler, Duboisin in Dosen von 0,01—0,02 gr. zu geben, corrigirt werden (p. 55). Auch 3malige Gaben von 2 mgr. Hyoscin täglich sind etwas hochgegriffen. Bei der Morphiumentziehung würde vielleicht auch besser die Empfehlung des Codein ganz fortgelassen, und bei der Decubitusfrage könnte noch mehr Gewicht auf die Entstehung durch Druck gelegt werden.

Die Eintheilung der speciellen Krankheitsbilder ist folgende:

1. Melancholie, 2. Manie, 3. primäre Verwirrtheit mit den Unterformen der akuten Demenz und des akuten Wahnsinns, 4.

Paranoia; 5. Psychosen durch chronische Intoxication: a) chronischer Alcoholismus, b) Delirium tremens, c) polyneuritische Geistesstörung, d) Morphinismus, e) Cocainismus; 6. periodische Geistesstörungen: a) periodische Manie, b) periodische Melancholie, c) periodische Verwirrtheit, d) circuläre Geistesstörung, 7. Geistesstörungen bei den allgemeinen Neurosen: a) neurasthenisches Irresein, b) hysterisches Irresein, c) epileptisches Irresein, d) choreatisches Irresein, 8. hereditäres Irresein (Parapsychien), 9. Imbecillität und Idiotie, 10. der erworbene Schwachsinn: a) Dementia praecox und Hebephrenie, b) secundärer Schwachsinn, 11. Dementia paralytica, 12. Geistesstörungen durch Gehirnsyphilis.

Die Bearbeitung der einzelnen Krankheitsformen ist recht ungleich, der Standpunkt des Verfassers oft unsicher; so figurirt z. B. die transitorische Tobsucht sowohl bei der Amentia als bei dem epileptischen Irresein, wohin sie wohl gehört. Aus dem, im übrigen vielleicht am besten gelungenen Kapitel der Parapsychien ist der Querulantenwahn wohl herauszunehmen und zur Paranoia zu stellen. Die Dementia senilis ist keine Altersform der Paralyse. Bei der Melancholie wäre vielleicht noch mehr Gewicht auf das „Heimweh“ zu legen, das gerade practisch recht wichtig zu sein pflegt.

Die Bilder, meist Reproductionen bekannter Gemälde, sind so wenig zweckentsprechend, dass sie besser fortgeblieben wären, vielleicht bis auf die 2 im Text. Ueber den Werth der Krankengeschichten lässt sich streiten, besonders wenn man den Umfang des ganzen Buches mit dem der 28 Krankengeschichten, darunter eine 14 Seiten lange eines Paralytikers, vergleicht. Die Auswahl ist merkwürdig ungeschickt. Kein einziger illustrativer Fall von Paranoia, als Typus der Melancholie eine Periodica (3. Anfall! ohne dass dessen Erwähnung geschieht). Auch andere Krankengeschichten, z. B. bei der Amentia, würden besser durch reinere Fälle ersetzt.

Wenn trotz dieser zahlreichen Ausstellungen das Buch für den Anfänger empfohlen werden kann, so liegt dies hauptsächlich an der Kürze und Klarheit der Darstellung und den practischen Rathschlägen. Zu mehr als einer Einleitung in die Psychiatrie wird es aber wohl niemand dienen.
G. Aschaffenburg (Heidelberg).

LVII) Bourneville: Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie, compte rendu . . . de Bicêtre pendant l'année 1893.

(Vol. XIV, 89 fig. et une planche. Paris, aux bureaux du progrès médical, F. Alcan, éditeur.)

Das vorliegende Jahrbuch enthält, wie früher, in zwei Theilen erstlich die Anstaltsberichte vom Bicêtre und der Fondation Vallée, dann eine reichhaltige Sammlung klinischer Beobachtungen.

Der Jahresbericht bezieht sich auf die 4. Abtheilung des Bicêtre, die Kinderabtheilung (1. u. 2. erwachsene Irre, 3. Epileptiker). Die erste der

3 Unterabtheilungen der Kinderstation umfasst die schwerstbetroffenen Idioten, unreinen, epileptischen Kinder: es wird hier zwischen solchen unterschieden, die noch sprechen und mit Hilfe eines abgebildeten barrenartigen Apparats sich aufrecht halten und gehen lernen, und zwischen den unheilbaren, u. a. den vollkommen blödsinnigen Epileptikern. Kinder, die gehen gelernt haben (auch noch sich unrein haltende) kommen in die zweite Abtheilung, wenn sie entsprechend körperlich gesund sind, in die sogenannte kleine Schule. Hier sollen sie sich reinlich halten lernen, sich anziehen u. s. w. und erhalten eine Art Unterricht, etwa im Sinne unserer Kindergärten. Einige in den Text gedruckte Abbildungen erläutern die Hilfsapparate, um den Begriff von Zahl und Form zu bilden. Die dritte Abtheilung, die grosse Schule, nimmt die reinlich gewordenen Kinder, wenn sonst gesund, imbecille, zurückgebliebene, instabile, perverse, epileptische, hysterische auf. An einen besonders ausgebildeten Anschauungsunterricht schliesst sich Elementarschule an (222 Kinder im Jahre 1893). In 9 Fächern des Handwerks wird fernerhin Unterricht ertheilt und sind die Werthe der erzielten Arbeitsleistung bedeutende; sie deckt die Gehälter der Lehrmeister und die Zinsen eines Anlagekapitals von 210,000 Fr. Für die Elementarlehrer (die in Taubstummen- und Blindenanstalten cursirt haben müssen) ist Gleichstellung mit den staatlichen Lehrern angestrebt. Die Methoden der Fondation Vallée (131 Mädchen) sind denen im Bicêtre geübten gleich; Tafeln erklären die Methode des Nähenlernens u. s. w.

Der erste Theil der klinischen Beobachtungen: „Du traitement chirurgical et médico-pédagogique des enfants idiots et arriérés (mitgeth. der Acad. d. Medicin am 20. Juni)“ befasst sich mit der Kritik der Craniectomie bei Idioten. Eine sorgfältige Statistik leitet die Abhandlung ein. Sie umfasst einen Fall von Fuller 1878 und dann von 1890 bis Mai 1893 weitere 81 Fälle mit 14 Todesfällen. Der Verfasser bedauert die oft ungenügenden Angaben der Operateure über ihre Vorbeobachtungen u. s. w. Als Gegenstück zu dieser reichen Statistik und zu Lannelongue's Lehre, die damit in engem Zusammenhang steht, nämlich prämatüre Synostose als ätiologisches Moment der Idiotie, bietet Bourneville die mit Tafeln gut versehenen Schädelbefunde von 22 ziemlich ausführlich mitgetheilten Fällen. Die Reihenfolge derselben richtet sich nach einer vom Verf. aufgestellten Eintheilung der Idiotie (nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten): 1 hydrocephal. Idiotie, 2. microcephal. Idiotie, 3) Idiotie bei behinderter Windungsbildung, 4. bei angeb. Hirnmissbildungen, 5.—7. bei organischen Hirnleiden, 8. Id. myxödematöse, 9. bei Hirntumoren. Unter den Fällen sind: 1 hydrocephal., 2—3 microcephal., 4—6 auf mangelhafter Windungsbildung beruhende, 7—8 congenitale, 9—10 porencephal., 11—12 sclerot. atroph., 13—14 meningitische (ebenso 17, aber hier keine Encephalitis dabei), 15—16 myxödematöse, 18—19 in Folge Tumoren bestehende Idiotie, Fall 20—22 bringen Schädel, an denen die Craniectomie ausgeführt war. An allen Schädeln war der Befund darin gleich, dass keine vorzeitigen Nahtverknöcherungen (abgesehen von Stirnnaht) vorhanden waren. Dann folgt eine Beleuchtung des geringen therapeutischen Werthes der Craniectomie gegenüber der medico-pädagogischen Behandlung und die Schlüsse:

Die chirurgische Behandlung der Idiotie beruht auf einer von der pathol. Anatomie nicht bestätigten Hypothese.

Die prämatüre Synostose kommt bei den verschiedenen Arten der Idiotie nicht vor; nur selten findet man theilweise Synostose.

Die Grundursachen der Idiotie sind meist tiefliegende, bedeutende, mehrgestaltige und von der Craniectomie nicht zu beeinflussen.

Die Diagnose der Synostose entzieht sich bis jetzt unseren Methoden.

Nach den meisten Autoren sind die Erfolge sehr gering oder nicht erzielbar, die Operation ist gefährlich.

Die medico-pädagogische Behandlung, von Seguin's Methode ausgehend, mit den jüngsten Erfahrungen bereichert, erzielt bei richtiger und genügend langdauernder Anwendung erhebliche Besserung und macht oft idiotische oder zurückgebliebene Kinder für ein sociales Mitleben brauchbar.

Bernard-Godesberg.

LVIII) V. Borel: Nervosisme ou Neurasthénie, la maladie du siècle et les divers moyens de la combattre.

(Paris, F. Alcan, 1894.)

In der Vorrede bemerkt der Autor, dass er, ermuthigt durch einige Freunde und Collegen, dem Publikum eine neue Ausgabe seiner 1873 publicirten Abhandlung über „Nervosisme“ anbiete. In der Zwischenzeit seit dem Jahre 1873 ist bekanntlich das Werk Beard's erschienen und von verschiedenen Seiten an dem Weiterausbau der Lehre von der Neurasthenie mit Eifer gearbeitet worden. Hätte der Autor sich bemüht, seine Schrift entsprechend dem derzeitigen Stande unserer Kenntniss auf dem Gebiete dieser Krankheit umzuarbeiten, so würde man von der dem Publikum angebotenen neuen Auflage zwar nicht behaupten können, dass sie irgend einem bestehenden Bedürfnisse entspricht, da es auch in der französischen Literatur an guten neueren Arbeiten über Neurasthenie nicht mangelt, man würde jedoch der Publication wenigstens eine gewisse subjective Berechtigung nicht absprechen können. Allein der Autor hat sich aus Bequemlichkeit oder wegen gänzlicher Unkenntniss der neueren Neurasthenieliteratur begnügt, seine längst veralteten, ganz und gar haltlosen Anschauungen über „Nervosisme“, den er ohne weiteres mit der Neurasthenie identificirt, zu reproduciren, so dass man sich nicht eines gewissen Erstaunens erwehren kann, dass ein medicinischer Schriftsteller im Jahre 1894 mit einem derartigen Opus vor das Publikum zu treten sich gestattet. Eine Stichprobe wird genügen, um dem Leser die Berechtigung dieses Urtheils darzuthun. B. unterscheidet unter anderem einen acuten und einen chronischen Nervosisme. Der acute Nervosisme giebt sich durch eine Menge nervöser Symptome und Störungen des Verdauungs- und Circulationsapparates und der Secretionenkund; auch Fieber von continuirlichem oder intermittirendem, auch unregelmässigem Typus und Delirien finden sich dabei zuweilen. Man kann an diesem Nervosisme sterben und bei der Autopsie findet sich dann nichts, „ein weiterer Beweis, dass das Uebel nur functionell ist“.

Dass wir die Lectüre des Buches nicht empfehlen können, ist nach dem Bemerkten selbstverständlich

L. Löwenfeld.

LIX) Hans Laehr: Die Dämonischen des neuen Testaments.
(Verlag von Richter-Leipzig 1894.)

Eine Antwort auf Herrn Hafner's dem „Verein der deutschen Irrenärzte“ gewidmete Broschüre. Laehr würdigt den rüthigen Vertreter der modernen Dämonologie einer eingehenden Antwort. Ref. bewundert die würdige und ruhige Haltung Laehr's bei der sachlichen Widerlegung einer Broschüre, welche in jeder Beziehung ein intensives logisches Missbehagen verursacht. Diese ausgezeichnete Antwort war nothwendig, obgleich Herr Hafner eigentlich nichtmehr ernst genommen werden darf.

Sommer.

LX) Der Irrenfreund. Jahrgang 1893, herausgegeben von **Betz**, redigirt von **Brosius**.

Der Band enthält folgende Originalien: Zur Lehre von den krankhaften Vorstellungen, von Koch, Laienpsychiatrie, von Koch, die Schreibethätigkeit bei Geisteskranken (Verfasser nicht ersichtlich), ferner eine Anzahl von Auszügen und Referaten. Da die practische und sociale Seite der Psychiatrie in dieser Auswahl vor allem berücksichtigt ist, so eignet sich das Blatt besonders dazu, Nicht-Psychiater in dieser Beziehung zu belehren. Zugleich fällt ihm die apologetische Aufgabe zu, die vielgeschmähten Irrenärzte in einem möglichst weiten Kreise von Nicht-Psychiatern gegen verkehrte Angriffe zu vertheidigen, wie es z. B. im Jahrgang 1894 sehr gut in Bezug auf den Fall Feldmann geschehen ist.

Sommer.

LXI) William Hirsch: Genie und Entartung. Eine psychologische Studie. Mit einem Vorwort von Prof. E. Mendel.

(Berlin, O. Coblenz, 1894. 340 S., 8^o. Preis 6 Mark.)

Hirsch wird, wie Rehfish, von Mendel mit einer „psychologischen Studie“ eingeführt, die lebhaft an das Dichterwort erinnert, dass die Kärner zu thun haben, wenn die Könige bauen. Hirsch würde ebenso wenig wie Bär sein „magnum opus“ geschrieben haben, wenn Lombroso nicht mit seinen bekannten genialen Hypothesen hervorgetreten wäre, gegen die wir nun Bär und Hirsch, Leppmann und Mendel in unermüdlichen directen oder indirecten Beiträgen zur Berliner Presse und auf dem Berliner Büchermarkt auftreten sehen.

Die Berliner Luft ist der Genialität nicht günstig. Sie wirkt heute wie sie vor 100 Jahren wirkte, als Nicolai den grossen Königsberger Denker herunterriss. Freilich, wie damals der Proktophantasmist meinte, „wir sind so klug und dennoch spukt's in Tegel“, muss Hirsch, der Lombroso zeigt, wie er eigentlich vor der Berliner Aufklärung verschwinden müsste, doch auch seinen kleinen aufklärungswidrigen Spuk haben, nämlich den Gral's- und anderen Bayreuther Zauber, mit dessen Citirung und Verhimmelung das Buch schliesst. Es ist übrigens als glatte und — bis auf die üblichen Schimpfereien gegen Lombroso — formell geschmackvolle feuilletonistische Leistung bemerkenswerth; als psychologische Studie darf es aber kaum gelten, zumal es doch nur ein grösseres Pamphlet im Rahmen des Aufklärungs-Strebens ist, das von der Berliner Gruppe Bär-Mendel-Lepp-

mann u. s. w. gegen originelle und tiefe psychologische Untersuchungen, ad deorum majorum gloriam, bethätigt wird. Kurella.

LXII) E. Rehfisch: Der Selbstmord. Eine kritische Studie.

(Berlin 1898. Fischer, 165 pg., kl. 8^o.)

Verf. hat den glücklichen Gedanken gehabt, die europäische Selbstmord-Statistik aus den Jahren 1878—88|89 an der Hand der bekannten Monographie Morselli's nachzuprüfen, an einem Material, das etwa 300,000 Selbstmordfälle umfasst. Er ermittelte dabei eine Abnahme der Selbstmorde in 3 grösseren Staaten Deutschlands (Preussen, Sachsen, Württemberg), der Schweiz und Russland; speciell in Sachsen sinkt seit 1883 die Selbstmordziffer trotz einer bedeutenden Bevölkerungszunahme. Eine gewisse Constanz der (relativen) Selbstmordziffer behauptet R. für Oesterreich, Italien, England, Irland und die skandinavischen Länder. Was R.'s Angaben über Italien betrifft, so stimmen sie nicht ganz mit den Angaben der officiellen Statistik überein.

Relative Selbstmordziffer nach Rehfisch:		Absolute Selbstmordziffer n. d. offic. Statistik*):
1887	48	1449 (48,3)
1888	52	1390 (46,3)
1889		1463 (48,7)
1890		1652 (53,6)
1891		1697 (56,5)
1892		1723 (57,4)

Um aus den Zahlen der officiellen Statistik die relative Ziffer zu erhalten, hat man dieselben nur mit 30 zu dividiren, entsprechend der fast konstanten Volkszahl Italiens. Ich habe die so erhaltenen Zahlen in Klammer hinter die absoluten des officiellen Berichts gesetzt. Dann findet man eine kontinuierliche Zunahme, nicht die von R. behauptete relative Constanz.

Ich beschränke mich auf dies Beispiel, um zu zeigen, dass der von R. untersuchte Zeitraum zu kurz ist, um für sich allein Material für weitgehende Schlüsse zu liefern. In einigen anderen Punkten stützt sich R. auf ein umfassenderes Material, kommt dann aber nicht zu wesentlich anderen Ergebnissen als Morselli.

Aus der Selbstmord-Literatur ist R. das wichtige Werk von Ferri „Omicidio-Suicidio“ (Rom 1892) unbekannt geblieben, das die Selbstmord-Statistik von Italien, Frankreich, Grossbritannien, Preussen, Belgien und Spanien nach vielen Richtungen hin behandelt, besonders auch in ihrer Beziehung zur Criminalstatistik, und die Zeit bis 1890 umfasst. R. irrt sich also, wenn er (p. 4) sagt, es wäre „nichts Neues über den Gegenstand in umfassender Weise veröffentlicht worden“. Auffallend dürftig sind schliesslich die Angaben über die Vertheilung der Selbstmordziffer nach dem Geschlecht. R. scheint die wichtige Arbeit hierüber, die Ogle**)

*) Annuario statistico italiano 1892, und: Cause di morte, 1891 e 1892. — Roma, Tipographia nazionale 1893.

***) On Suicide in Relation to Age and Sex. Journal of the Statist Society 1886.

1886 veröffentlicht hat, gar nicht zu kennen. Ausser einem Galimatias über den „Luxus des Ehelebens“, das „gan.: beträchtliche Summen“ kostet, erfahren wir nur, dass „auf je 4 männliche nur ein weiblicher Selbstmörder kommt“, dass die Schweiz die Relation 1 : 5,8, Baden, Württemberg und Finnland die von 1 : 5 haben. Dass diese Zahlen nicht ganz richtig sind, hätte R. aus Tuke's Artikel im Dictionary of Psychological Medicine, der ihm auch unbekannt geblieben ist, erfahren können. Auch dass in Spanien und Schottland die Relation eine für Frauen ungünstige ist (1 : 2,4 resp. 1 : 2,3), hätte R. erwähnen müssen. Auch der pathologisch so interessanten Frage über die Wahl der Mittel zum Selbstmord bei beiden Geschlechtern widmet R. kaum eine Seite. Die interessante Thatsache, dass die Vertheilung der Selbstmorde auf die Monate bei beiden Geschlechtern eine verschiedene ist, wird nicht einmal erörtert.

Ein unklarer, schwülstig vorgetragener socialpolitischer Radicalismus, der unverhältnissmässig viel Raum einnimmt, entschädigt nicht für die Lücken der Darstellung (pg. 16—21, 31—33, 36, 61—66, 143—146 u. s. w.).

Dass auf p. 37 Plinius von einer canadischen Insel spricht, ist wohl durch einen Druckfehler zu erklären. Ein Vorwort Mendel's empfiehlt das Buch.
H. Kurella.

LXIII) Glatz: Du traitement de la névralgie sciatique par l'hydrothérapie et l'électricité.

(Paris, 1894. Publ. du Progrès médical. Verlag Alcan.)

Verf. hat mittelst der Combination von constantem Strom und einem bestimmten hydropathischen Verfahren in einer grossen Anzahl von alten eingewurzelten, jeder Therapie bisher trotzendes Lachiasfällen glänzende Resultate erzielt. — Seine Methode besteht in der Galvanisation, einer darauf folgenden schottischen Douche und einer feuchten Einwicklung des ganzen Beines während der Nacht. Zu diesem Zwecke wird eine ca. 12 cm breite und 10—12 m lange Binde während mehrerer Stunden mit 10—12-gradigem Wasser getränkt, um das Bein gewickelt (dabei durch einige Touren um den Bauch fixirt) und von einer Flanellbinde noch überdeckt; diese Einwicklung bleibt während der ganzen Nacht liegen. Am Morgen erfolgt dann eine leichte Massage, eine Stunde ernten Bettaufenthaltes, ein kurzer Spaziergang und eine schottische Douche.

Was die Galvanisation betrifft, so ist G. zu der Ueberzeugung gekommen, dass dieselbe hier einen reellen, nicht suggestiven Werth besitzt. Er legt dabei Gewicht auf möglichste Stromdichte bei geringer Stromstärke; er setzt dementsprechend eine grosse Electrode auf die untere Wirbelsäule, eine kleinere auf die schmerzhaften Punkte auf. Im Gegensatz zu der üblichen Methode sah er dabei günstigere Resultate bei Anwendung des absteigenden Stromes als bei der des aufsteigenden.

Buschan.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Anatomie und Physiologie.

461) **P. Flechsig**: Ueber ein neues Eintheilungsprincip der Grosshirnoberfläche. — Vorläufige Mittheilung.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 19.)

Nach F. zerfallen die Windungen des menschlichen Grosshirns mit Rücksicht auf die Faserbahnen in zwei grosse Abtheilungen: 1. Sinnescentren, welche neben Associationssystemen Stabkranzbündel enthalten, die aus sensibeln, motorischen und Sehtügfelfasern bestehen (Sehsphäre an der Fiss. calcarina, Hörsphäre im hinteren Theil der 1. Schläfenwindung, Riechsphäre im Gyr. hippocampi und am hinteren unteren Stirnlappen, und die Sphäre der Stirn- und Centralwindungen), 2. Associationcentren, welche der Stabkranzfasern gänzlich entbehren und nur Associationfasern erkennen lassen (sie bilden 4 grosse abgeschlossene Gebiete: im vorderen Stirnhirn, im Schläfenlappen, in der Insel und im hinteren Scheitellappen). Jede Sinnessphäre scheint ihren eigenen Bewegungsapparat zu besitzen. Die Associationcentren können nur indirect Einfluss auf Bewegungen gewinnen. Die Ueberlegenheit des menschlichen Gehirns gegenüber dem thierischen beruht nach F. auf der unverhältnissmässig viel stärkeren Entwicklung der Associationcentren, welche sich zuletzt von allen Gehirnthteilen entwickeln. Bei 3 Monate alten Kindern sind die zwei Drittel der Grosshirnoberfläche, welche von Associationcentren eingenommen werden, marklos, während die ein Drittel der Oberfläche einnehmenden Sinnescentren markhaltig sind. Die Sprachcentren scheinen in den Grenzgebieten von Sinnes- und Associationcentren zu liegen. Hoppe.

462) **H. Schlöss**: Anatomische Studien an Gehirnen Geisteskranker. (Jahrb. für Psych., Bd. XII, Heft 3.)

Schlöss hat sich der mühseligen, aber jedenfalls ganz dankenswerthen Aufgabe unterzogen, die Windungstopographie von 52 Gehirnen erblich belasteter Geisteskranker, worunter 7 Idioten, ausführlich zu beschreiben, um die Hauptabweichungen vom normalen Typus mit Befunden an Verbrechergehirnen und solchen von genialen Menschen vergleichen zu können. In der That findet Sch. zwischen seinen geisteskranken und Benedikt's Verbrechergehirnen eine ganze Reihe von gemeinsamen Anomalien, die er — auch procentisch berechnet — auf pg. 167—169 in Tabellen zusammenstellt und deren auffallendste folgende sind:

1. Sehr häufige Communicationen der Furchen (Benedikt's „confluirender Typus“);
2. Einmündung der fissura præ- und postcentralis in die f. Sylvii;
3. sagittale Theilung der 1. Stirnwindung, so dass 4. Stirnwindungen entstehen;
4. Anastomosen der 1. Temporalfurche mit der f. Sylvii, dem sulc. interparietalis oder den Occipitalfurchen;

5. Fortsetzung der f. calloso-marginalis zur f. parieto-occipitalis oder zur calcarina, durch den præoneus hindurch;
6. Kümmerliche Entwicklung des Hinterhauptlappens.

Aehnliche Windungsanomalien erwartete Verf. natürlich auch bei dem dritten vom gesunden Durchschnitte abweichenden, hereditär belasteten Menschentypus, dem Genie. Zum Vergleich aber stehen Sch. nur 5 von R. Wagner beschriebene Gehirne zur Verfügung und von diesen gehören nur 2 wirklich genialen Naturen an (Lejeune-Dirichlet und Gauss; die übrigen (Fuchs, Hermann, Hausmann) waren zwar grosse Gelehrte, aber ein Gelehrter ist noch lange kein Genie. Der diesbezügliche Theil der Arbeit ist unzureichend, weil eben das Material „viel zu spärlich“ ist. Während also aus Schlöss' Studien „mit zwingender Nothwendigkeit“ hervorgehe, „dass auch der Verbrecher ein belastetes Individuum sei, gleich jenem Menschen, der die Anlage zur Psychose mit auf die Welt bringt“; sei die Frage, „ob auch der geniale Mensch in gleichem Sinne als belastetes Individuum gelten darf“, noch nicht gelöst. E. Trömmner.

463) J. G. Gade: Et Tilfælde af Anencefali og total amyeli med flere andre Dannelsesfejl.

(Norsk Magazin for Lægevidensk. 55. Jahrg. 94, S. 715.)

Es handelt sich um einen typischen Fall von Anencephalie und Amyelie, welche mit einer Reihe anderer Abnormitäten complicirt war, nämlich: doppelseitige Microphthalmie, Atrophie mehrerer Wirbel und Lordosis der Lumbalregion, Aplasie des 12. Rippenpaares, Sternum bipartitum, talipedes valgocalcanei u. s. w. Die Entwicklung des Foetus entspricht dem 7. Monat. Dieselbe Mutter hat früher zwei anencephale Foeten geboren.

Bei der microscopischen Untersuchung zeigte die Substanz, welche an der Basis cranii belegen war, sich ganz ohne Inhalt von Nervenzellen. An den Augen fehlten die Linse, das corpus ciliare, die iris und die Ganglienschicht der Retina.

Der Verf. meint, dass diese ganze Reihe von Abnormitäten, welche unabhängig von einander entwickelt zu sein scheinen, auf einer primären Aplasie, einer Abschwächung der formativen Energie beruht.

Koch (Kopenhagen).

464) Prof. W. v. Bechterew: Die sensibeln Bahnen im Rückenmark. — Nach den Untersuchungen von Dr. v. Holzinger.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 18.)

Die an Hunden vorgenommenen Experimente ergaben, dass Durchschneidung der seitlichen Hälfte des Rückenmarks eine bilaterale Hypästhesie der unterhalb gelegenen Körpertheile hervorrief, welche nach einigen Tagen schwand und dass die Durchschneidung beider Seitenstränge, sowie der hinteren Hälfte des Rückenmarks Analgesie der unterhalb gelegenen Körperregion herbeiführte, während die Durchschneidung der Hinterstränge, sowie des vorderen Theiles des Rückenmarkes keine sensibeln Störungen zur Folge hatte.

Verlust des Tastsinns und des Muskelgefühls trat nur in den Fällen ein, wo die Hinterstränge zerstört waren. Hoppe.

465) **Jocqs** (de Paris): Hemianopsie double avec conservation de la vision centrale. — Société française d'Ophthalmologie. XII. Sitzung zu Paris am 7.—10. Mai 1894.

Es handelt sich um eine 58 Jahre alte, kräftige Frau, welche vor 4 Jahren plötzlich von einer gleichseitig rechtsseitigen Hemianopsie befallen wurde. 2 Jahre später erlitt dieselbe einen apoplectischen Insult, welcher eine zweitägige Bewusstlosigkeit, jedoch keine Lähmung oder Anästhesie, sowie beiderseitige Amaurose zur Folge hatte. Nach 6 Tagen war die centrale Sehschärfe vollständig wiedergekehrt, das periphere Sehen blieb erloschen. Irgend eine Veränderung im Auge war nicht zu sehen. Reflexempfindlichkeit und accomodative Mitbewegung der Pupille war erhalten. Das Gesichtsfeld hochgradigst eingeschränkt. $S = \frac{2}{3}$.

Vortr. glaubt aus dieser Beobachtung schliessen zu dürfen, dass es zwei corticale Sehcentren gäbe, welche sehr nahe bei einander gelegen seien und zwar eines für das centrale Sehen, das andere für das peripherische Sehen. Seine Vermuthung fände eine Stütze in dem Vorhandensein des sogen. papillo-macularen Bündels, auch würde sich dann das Erhaltensein der centralen Sehschärfe bei den einfachen gleichseitigen Hemianopsien zwangloser erklären.

Bach.

466) **Zur Lehre vom Antagonismus zwischen Atropin und Morphin.**

Die Leser unseres Blattes wird es vielleicht interessiren, zu erfahren, was in den letzten Jahren experimentell und klinisch über die alte, wichtige Streitfrage des Antagonismus zwischen Atropin und Morphin vorgebracht worden ist.

Zunächst trat in neuerer Zeit Unverricht (Centralbl. f. klinische Medicin XII, Nr. 45, 1891) den Heubach-Binz'schen Experimenten entgegen, nachdem früher schon Lenhartz einen heftigen Angriff gegen die Binz'schen Anschauungen klinisch und experimentell geführt hatte, indem er zu beweisen versuchte, dass Thiere an der combinirten Wirkung beider Gifte schneller zu Grunde gehen, als an der jedes einzelnen. U. kommt nun auf Grund seiner experimentellen und klinischen Beobachtungen zu dem Schlusse, dass weder in Bezug auf die Beeinflussung des Gehirns, noch auf die des Athmungsapparates ein antagonistisches Verhältniss zwischen Atropin und Morphin stattfindet. Er warnt vor einer Verwendung dieser Stoffe als Antidote.

Binz (eod. loco Nr. 51) antwortete unverzüglich, indem er betonte, dass wenn U. bei Morphinvergiftung noch Reizung der Hirnrinde gefunden und demgemäss das Morphin bei den Convulsionen nach Atropineinverleibung als unwirksam erklärt habe, erstens eine Uebertragung des Thierexperimentes auf den Menschen nicht so ohne weiteres zulässig sei, und zweitens bei der Atropinvergiftung die Convulsionen gar nicht das hervorstechendste Symptom seien, sondern dies sei die psychische Erregung und diese reagire sehr wohl auf das Morphin. Was endlich die Athmung beträfe, so habe Unverricht einen pathologischen Fall (Emphysem, Herzentartung) ihm gegenüber in's Feld geführt — der sei aber nicht als vollgiltiger Beweis anzuerkennen und spreche nicht gegen ihn, denn seine Versuchsthiere seien gesund gewesen.

Hinsichtlich der Athmung weist denn wieder Unverricht (eod. loco 1892, Nr. 3) auf Versuche seines Schülers Orlowski hin. (Selbstverständlich lassen wir alles Persönliche, das in der erregten Kampfweise von beiden Seiten vorgebracht wurde, hier fort). Mit Hilfe der gasometrischen Untersuchungsmethode wurde der Einfluss des Atropins auf die Athmung bei Thieren studirt und das Resultat gewonnen, dass das Atropin das Minutenvolumen der geathmeten Luft mehr oder weniger beträchtlich herabsetzt, während die Athmungsfrequenz keine nennenswerthen Veränderungen erleidet. Ein zweiter Fall von Cheyne-Stoke'schem Athmen belehrte U., dass der Athmungsapparat auf beide Gifte in der gleichen Weise reagirt.

Die Gehirnrinde angehend, plädirt U. für die electriche Prüfung als die exacteste Methode; die Aufregungszustände endlich spielten keine wesentliche Rolle bei der Atropinvergiftung und gegen die Convulsionen sei das Morphin machtlos.

Dass aber die Aufregungszustände wohl eine bedentsame Rolle bei der Atropinvergiftung spielen, zeigt nach Binz (eod. loco 1893, Nr. 5) eine Veröffentlichung von Rauscher (1891). 4 Personen im Alter von 23 bis 76 Jahren erkrankten schwer durch Atropin, das ihnen im Bier beigebracht worden war. Sie delirirten, hatten Gesichts- und Gehörshallucinationen, aber keine Krämpfe. Ein anderes von Binz herbeigezogenes Beispiel (Walther und Browne 1891) bestätigte die prompte Wirkung des Morphins bei Aufregungszuständen nach Atropin.

Um zu bekräftigen, dass Morphin gewisse Krampfstände heben könne, hatte sich Binz auf die Angaben der Geburtshelfer bei Eclampsie berufen — Unverricht dagegen glaubt, dass der principielle Unterschied zwischen Morphin und Chloral lange nicht genügend gewürdigt sei und dass zu Unrecht das Morphin immer noch als krampfstillendes Mittel figurire. Auch die Eclampsie mache keine Ausnahme. Indem sich nun Binz auf Mittheilungen von Krukenberg und Veit beruft, ferner Löhlein zur Stütze seiner Behauptung in's Feld führt, dass nämlich die Eclampsie der Schwangeren (von der des Kindesalters ist nicht die Rede) wirksam durch grosse Gaben von Morphin bekämpft würde, glaubt er die Frage, „ob Morphin cerebrale Krämpfe bessern könne, richtiger beantwortet, als durch einige misslungene Versuche an Kaninchen und Hunden“.

Aus dem Bonner pharmakologischen Institute sind dann ferner von E. Vollmer (Versuche über die Wirkung von Morphin und Atropin auf die Athmung [Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmokol., Bd. XXX]) neuerdings Versuche angestellt, welche nach dem Referate von Stricker (Centrabl. f. kl. Med. Nr. 51, 1892) die Heubach-Binz'sche Auffassung bestätigen und Orlowski-Unverricht bekämpfen.

Vollmer glaubt sich zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1. Das Atropin ist im Stande, bei Hunden die unter dem Einflusse des Morphins stehende Athmungsgrösse bald und deutlich zu steigern;
2. die Steigerung geschieht am raschesten, wenn das Atropin nicht erst den Weg durch das rechte Herz und die Lungen nimmt, sondern direct das Gehirn trifft;

5. unbekannt ist, ob die Steigerung des Athemvolumens durch Atropin auf unmittelbarer Reizung der Athemcentren beruht, oder auf der Herabsetzung einer normalen Hemmungsinervation.

Die Kritik der Orłowski'schen Versuche führt den Verf. zu der Behauptung, dass O. wesentlich von Binz abweicht, wenn er Atropin nicht subcutan, sondern in die Jugularis spritzt, dass seine Versuche wegen der heftigen Krämpfe der Versuchsthiere minderwerthig seien und endlich, dass sie in der angewandten Giftdosis ganz ungemein von der Binz'schen abweichen. Orłowski gab — trotz einer ömal kleineren Morphindosis — ungeheuer viel mehr Atropin zum Gegengift, als Heubach. Vollmer glaubt daher, dass O.'s Versuche nur gewaltsame Atropintödtungen seien, dass Unverricht kein Recht zur Behauptung erlangt habe; Atropin sei kein Antidot des Morphins und es lähme die Respiration, anstatt sie (in mässigen Gaben) zu stimuliren, dass die Binz'sche Lehre unerschüttert sei und endlich, dass dem Arzte die Berechtigung, das Atropin als Gegengift bei der Morphinvergiftung anzuwenden, unverkümmert bleibt.

Georg Stricker (Ueber symptomatischen Antagonismus zwischen Morphinum und Atropin, Centralbl. f. klin. Medicin 1892, Nr. 12) versucht in den ffr die Erhaltung des Lebens unbedeutenden Nebenwirkungen der toxisch wirkenden Substanzen die Gegensatzlichkeit nachzuweisen. Er berichtet über Dinge, für deren Nutzen die Praxis lange bevor die Theorie sie für den Antagonismus verwerthete, sich entschieden hatte. Symptomatischer Antagonismus zeigt sich bei den Erscheinungen im centralen Nervensystem, die nach Morphinumgebrauch sich einstellen, wie Schwäche, Kopfdruck, Kopfweh, Schwindel — Erscheinungen, die durch Belladonnaextract wirksam bekämpft werden. Neben der wechselseitigen antagonistischen Wirkung am Sehorgan, die hinlänglich bekannt ist, sind im Bereich des peripheren Nervensystems das lästige Hautjucken zu erwähnen, das dem Morphinumgebrauch zu folgen pflegt und durch geringe Atropinzusatz zu beseitigen ist, ferner muss man die schweisstreibende Wirkung des Morphiums (resp. Opiums), die Trockenheit erzeugende des Atropins, die zur Anwendung des Gegenmittels auffordern, in's Auge fassen. Die Parese des Detrusors der Blase — eine quälende Nebenwirkung des Morphiums — weicht der Belladonna. Hinsichtlich der Verdauungsorgane wird an die eröffnende Wirkung der Belladonna und des Atropins und an die verstopfende des Morphiums resp. Opiums erinnert. Bei dem in gewissen Graden der Dosis zu Tage tretenden hemmenden Einfluss auf die Secretion des Speichels, des Magensaftes, der Galle, welche beiden Mitteln eigen ist, vermisst man zwar den Antagonismus; vielleicht wird er aber nur verdeckt, so meint wenigstens Stricker, da z. B. kleine Dosen Atropin unter Umständen Speichelfluss herbeizuführen im Stande seien. Auch Anzeichen von symptomatischem Antagonismus zwischen Morphinum und Atropin im Bereiche der Athmungsorgane sollen nicht fehlen.

Binz theilt weiterhin 3 Fälle von Atropinvergiftung mit (eod. loco 1893, Nr. 2). Der erste, der ihm brieflich übermittelt worden, betraf eine Vergiftung vom Magen aus. Die heftigen Erregungszustände dauerten bei dem 7jährigen Knaben mehr als 2 Tage. Der zweite von ihm selbst beobachtete Fall betraf einen 3jährigen Knaben und war ebenfalls eine

Vergiftung vom Magen aus. Sofortiger Schlaf und rascher Nachlass der heftigen centralen Erregungen nach subcutanen Morphiumeinspritzungen. Bemerkenswerth ist die grosse Toleranz Atropinvergifteter gegen Morphium. Der 3. Fall, der Binz wieder schriftlich mitgetheilt wurde, betraf einen 50jährigen Mann, dem aus Versehen Atropin subcutan injicirt worden war. Nach innerlicher Darreichung von Morphium trat allmählich Beruhigung und Schlaf ein.

Am Schlusse der Abhandlung giebt B. noch Olshausen's Ansicht über die erfolgreiche Behandlung der Eclampsie mit Morphium, und A. v. Graefe's schöne Auseinandersetzung über die Behandlung Atropinvergifteter mit Morphium wieder. A. v. Graefe war nebenbei bemerkt einer der ersten, der die subcutane Anwendung des Morphiums in Deutschland empfahl.

Sehr interessant und fast einem Experimente am Menschen gleichkommend sind die beiden Fälle, welche Samelsohn (eod. loco 1893, Nr. 11) mittheilt. Im Falle I war aus Versehen ein Thee aus Belladonna-Blättern innerlich genommen. Auf Morphiuminjection wurden die Aufregungszustände etc. jedesmal prompt beseitigt. Es waren 3 Injectionen à 0,03 bis 0,02 nöthig, da die allmähliche Aufnahme des Giftes immer wieder die bedrohlichen Erscheinungen hervorrief. Beim 2. Falle war durch Verwechslung der Fläschchen Atropin subcutan einverleibt, etwa 0,008 nach Schätzung, das 8fache der Maximaldosis. Die plötzliche Resorption liess hier die Erscheinungen von Seiten des Herzens und der Gefässe in den Vordergrund treten, die mit einer Morphiuminjection (0,02) beseitigt wurden.

S. glaubt natürlich nicht, dass es sich um einen chemischen Antagonismus handle, auch nicht um einen rein physiologischen, wie er etwa beim Atropin und Eserin in Bezug auf die Pupillenbewegung zu statuiren sei. Es ist vielmehr ein therapeutischer Antagonismus in dem Sinne, dass das Morphium die von dem Atropin hervorgerufenen nervösen Erregungszustände so lange im entgegengesetzten Sinne beeinflusst, bis der Organismus Zeit gefunden hat, das Gift auszuseheiden.

Auch die Ansicht Husemann's (Artikel Atropin in der Real-Encyclopaedie von Eulenburg, 3. Auflage 1894) geht dahin, dass es sich beim Atropin und Morphin nicht um einen physiologischen Antagonismus handle. Jedenfalls aber liesse sich nicht leugnen, dass in manchen Fällen, wo der Mensch mit dem einen Gifte sozusagen imprägnirt sei, letale Dosen des anderen tolerirt wurden, und dass z. B. bei antagonistischer Behandlung der Morphiumvergiftung mit Atropin der Tod manchmal nicht einträte, wenn auch die Dosen jedes einzelnen Giftes Lebensgefahr involviren. Es könne die starke Exaltation nach Atropin durch Morphium (und Chloral) in einen Zustand von Ruhe verwandelt und anderseits die ausserordentlich verlangsamte und oberflächlich gewordene Athmung bei Morphiumvergiftung durch Atropin gehoben und vertieft werden.

Goldstein (Aachen).

467) **Henry Head**: On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease. Part II. Kopf und Hals.

(Brain, Autumn, 1894, p. 339.)

Diese ausgezeichnete Studie schliesst sich würdig als Fortsetzung an die im vorigen Jahre von Head im Brain unter gleichem Titel veröffentlichte Arbeit an, welche wir s. Z. referirten. Jetzt liegt die wichtige Arbeit ganz vor und sie dürfte für Jeden wegen ihrer practischen Wichtigkeit von höchstem Interesse sein. Ein Referat kann das Studium dieser Arbeit kaum ersetzen.

H. hat im vorliegenden 2. Theil die Störungen der Hautempfindung am Kopf und Hals studirt, insofern sie reflectorisch durch Erkrankung von Organen in Hals und Kopf und ferner durch Affection von Organen der Brust und Bauchhöhle hervorgebracht werden. Die Organe des Kopfes und Halses stehen mit einer oder mehr bestimmten Zonen der Haut des Kopfes und Halses in Wechselbeziehung. Diese Hautgebiete sind der Sitz eines Reflexschmerzes oder einer Reflexempfindlichkeit, wenn eine Störung des Normalzustandes jener inneren Organe vorliegt. Diese Hautzonen sind nun folgende:

A. Dorsale Zonen.

1. **Fronto-nasal-Zone.** Ueber der Nasenwurzel bis zur Haargrenze und an der Seite der Nase. Empfindlich bei Affectionen der Hornhaut des Auges, der vorderen Augenkammer, des oberen Theiles der Nase und der Schneidezähne des Oberkiefers.
2. **Mid-orbital.** Besteht aus 2 Theilen; einer über der Mitte der Augenbraue und den grössten Theil des oberen Augenlides betreffend, sowie den inneren nasalen Theil des unteren Lides. Zweiter Theil oben auf der Stirn an der Haargrenze. Empfindlich bei Hypermetropie.
3. **Fronto-temporal.** An der Aussenseite der Augenbrauen an der Schläfe. Ist selten bei Erkrankungen des Kopfes allein betroffen. Schmerz bei Iritis und Glaucom. Gewöhnlich empfindlich bei Erkrankung der Organe der Brusthöhle.
4. **Temporal.** Gerade über der Schläfengrube. Schmerzt bei Glaucom, Caries bestimmter Oberkieferzähne. Gemeinsam empfindlich mit der Zone des 7. Dorsalsegments der Brust. Geht mit Erbrechen und Uebelsein einher.
5. **Vertical.** Genau über dem Scheitel. Bei Affectionen des hintersten Theiles des Auges, Mittelohraffectionen, bei Leber- und Magenstörungen.
6. **Parietal.** Auf der Seitenwandbeinhöhe. Gelegentlich bei Ohrleiden, aber nie allein. Auch bei Magen- und Darmleiden.
7. **Occipital.** Auf dem Hinterkopf; Maximumstelle dicht neben der Protuberantia occipitalis neben der Mittellinie. In seltenen Fällen von Affection des hinteren Theiles der Zunge. Gewöhnlich bei Erkrankungen im Abdomen.
8. **Rostral.** Diese Zone vermuthet Head vorn auf der Nase über dem Thränenkanal. Schmerz dort bei manchen Nasenleiden und bei Affectionen der Organe der Brusthöhle.

B. Laterale Zonen.

1. **Maxillary.** Ueber dem Oberkiefer. Manchmal schmerzhaft bei Iritis und bei Spannung in der vorderen Augenkammer; gewöhnlich bei Caries bestimmter Oberkieferzähne.
2. **Mandibular.** Ueber dem process. coronoid. und ramus des Unterkiefers. Schmerzt bei Affectionen der 2 letzten Oberkiefer-Molarzähne.
3. **Hyoid.** Theils auf dem Ast des Unterkiefers, theils hinter dessen hinterem Rande; das Ohrläppchen ist mit betroffen. Ferner schmerzt der äussere seitliche Theil der Zungenspitze. Bei Affectionen des Ohres, der Tonsillen, Zunge, Zähne.
4. **Superior laryngeal.** Unterhalb der vorigen Zone an der Halsseite. Bei Erkrankungen des Weisheitszahnes und des hinteren Theiles des Zungenrückens.
5. **Inferior laryngeal.** An der Vorder- und Aussenseite des Kehlkopfes und der Trachea. Bei Kehlkopfleiden; Stimmbänderaffectionen.

C. Vordere Zonen im Gesicht.

1. **Naso-labial.** Zwischen Nasenflügel und Oberlippe und seitlich auf der vorderen Wangenpartie. Bei Affectionen des Respirationstheiles der Nase. Meist combinirt mit Bostral- und Fronto nasal-Zone. Allein bei Zahnaries.
2. **Mental.** Vordere und seitliche Kinngegend; gleichzeitig schmerzen die vorderen 3 cm der Zungenspitze auf der afficirten Seite. Bei Erkrankungen des vorderen Zungentheils, der Schneidezähne und des Eckzahns des Unterkiefers.

D. Halszonen.

1. **Sterno-mastoid.** Eine Portion hinter dem Ohr über dem Ansatzpunkt des Sterno-mastoidens. Die andere Partie folgt dem vorderen Rande des Sterno-mastoidens und liegt über diesem bis zur 2. Rippe und seitwärts über die Achselgrube bis in die Gegend des Schultergelenks. Schmerzhaft bei Erkrankungen in der Brust.
2. **Sterno-nuchal.** Hinterer Rand zwischen 4.—7. Halswirbeldornfortsatz; verläuft nach aussen und unten zur Spina scapulae; bedeckt den oberen Theil des Trapezius; ein Zipfel nach vorn über das Schultergelenk zum Acromion. Schmerzt bei Störungen im Thorax und Abdomen.

Die vorstehenden Zonen stimmen mit den Gebieten der Herpesentwicklung am Kopf und Hals überein. Nur tritt der Herpes gern in grösseren Gruppen auf, welche mehrere der Zonen zusammen betreffen. H. hat zu seiner Studie 78 Fälle von Herpes am Rumpf und den Extremitäten, 19 Fälle von Herpes am Hals und der Schulter, 11 Fälle von Herpes der Schädelhaut und 45 Fälle von Herpes des Gesichts benutzt. Ich weise ganz besonders auf die zahlreichen Abbildungen der Zonen und der Herpesfälle und die eingefügten Krankengeschichten hin. An der Hand von Herpesfällen wird von Head dann ferner die Projection der einzelnen Rückenmarkesegmente an den oberen Extremitäten, was die Verbreitung der sensiblen Wurzeln in der Haut betrifft, studirt und festgestellt. Die gewonnenen Bilder lassen sich nicht beschreiben; ich verweise also auf sie.

Weil diese Wurzel-Verbreitungsbezirke in der Haut übereinander greifen, so entsteht nach Zerstörung von einer hinteren Wurzel keine Anästhesie in der Haut.

Im folgenden 2. Kapitel erörtert Head dann bei jedem einzelnen Organ des Kopfes und Halses die Localisation und Art des Schmerzes resp. der Empfindlichkeit, welche durch organische oder functionelle Störungen in jedem dieser Organe zu Stande kommen.

1. **Aug.** Der Schmerz bei Läsionen der Conjunctiva und des vorderen Theiles der Cornea ist local und nicht reflectorisch. Störungen des Auges von der substantia propria der Cornea rückwärts bis zur Retina verursachen neben dem Localschmerz noch Reflexschmerz resp. Oberflächenempfindlichkeit am Kopfe und den Gesichtszonen. Je weiter nach vorn im Auge die Läsion liegt, desto mehr sind die Frontal-zonen betroffen, je weiter nach rückwärts, desto mehr tritt die Vertical-zone hervor.
2. **Zähne.** Die Schneidezähne des Oberkiefers reflectiren nach der Fronto-nasal-Zone der Stirn; der Eck- und erste Backzahn des Oberkiefers nach der Nasolabialzone; der 2. obere Backzahn nach der Temporal- oder Maxillarzone; der erste obere Mahlzahn nach der Maxillarzone; der 2. obere Mahlzahn und der Weisheitszahn nach der Mandibularzone.

Die Schneidezähne, Eckzahn und erster Backzahn des Unterkiefers reflectiren nach der Mentalzone. Der 2. untere Backzahn ist unsicher, anscheinend nach der Mental- oder Hyoid-Zone. Der erste und zweite untere Mahlzahn reflectirt nach der Hyoidzone und verursacht Schmerz im Ohr. Der untere Weisheitszahn nach der oberen Laryngealzone des Halses.

3. **Ohr.** Der Gehörgang verursacht keinen Reflexschmerz, vielmehr ist der bei Läsion des Gehörganges entstehende Schmerz local und weist direct auf den Sitz der Krankheit hin. Läsionen des Trommelfells und des Mittelohres verursachen Reflexschmerz, begleitet von Empfindlichkeit über der Hyoidzone. Vermehrung der Spannung im Mittelohr, im ersten Stadium der Otitis media vor der Perforation, verursacht Schmerz und Oberflächenempfindlichkeit in der Vertical-, gelegentlich in der Parietalzone, gleichzeitig in der Hyoidzone.
4. **Zunge.** Bei Erkrankung des vorderen Theiles der Zunge entsteht Schmerz in der Mentalzone; bei Erkrankung des Seitentheiles der Zunge ist die Hyoidzone befallen (Schmerz im Ohr); bei Erkrankung des Zungenrückens 3—4 cm von der Spitze entfernt, besteht Empfindlichkeit in der superior-laryngeal- und seltener in der Occipitalzone.
5. **Tonsille.** Der Schmerz und die Empfindlichkeit bei nicht fieberhafter Erkrankung der Tonsille sitzt in der Hyoidzone.
6. **Nase.** Affection in der regio olfactoria kann Schmerz und Oberflächenempfindlichkeit in der Fronto-nasal- und mid-orbital-Zone bewirken. Affection der respiratorischen Portion bewirkt gelegentlich Reflexschmerz und Empfindlichkeit in der Naso-labial-Zone. Aber die meisten Nasenleiden verursachen keinen Reflexschmerz oder Oberflächenempfindlichkeit.

7. **Larynx.** Die meisten Larynxerkrankungen verursachen keinen Reflexschmerz oder Empfindlichkeit. Gewisse destructive Läsionen, wie Tuberculose, sind mit Reflexschmerz verbunden und mit Oberflächenempfindlichkeit in ein oder beiden Superior- oder Inferior-laryngeal-Zonen
8. **Gehirn.** In jedem Fall von Gehirnkrankheit muss erst entschieden werden, ob der Schmerz local ist und mit tiefer Empfindlichkeit einhergeht, oder ob er reflectirt ist und mit oberflächlicher Empfindlichkeit einhergeht. Localer Schmerz und tiefe Empfindlichkeit weisen auf eine Affection der Dura in der Gegend der empfindlichen Stelle hin, sei es in Folge einer primären localen Meningitis, sei es secundär durch das Wachsen eines Rindentumors. Reflexschmerz und Oberflächenempfindlichkeit weisen auf intracerebralen Druck, verursacht entweder durch irgend eine destructive Läsion in der Hirnsubstanz selbst oder bei allgemeiner Basilar meningitis.

Bekanntlich sind bei Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane Kopfschmerzen häufig. Head hat nun die Beziehungen der letzteren zu den Organen der Brust- und Bauchhöhle untersucht. Es bestehen bestimmte Reflexbeziehungen zwischen den letztgenannten Organen und den Zonen des Kopfes. Head stellt folgende Tabelle auf:

Zone am Rumpf.	Dazugehörige Zone am Kopf.	Organe in Reflexbeziehung zu diesen Zonen.
Cerv. 3.	Fronto nasal (? rostral)	} Lungenspitzen, Magen, Leber. Anfang der Aorta (?)
Cerv. 4.	Fronto nasal	
Dorsal 2.	Mid-orbital	Lunge, Herz (Ventrikel), aufsteigender Aortenbogen.
Dorsal 3.	"	Lunge, Herz (Ventrikel), Aortenbogen.
Dorsal 4.	(Zweifelhaft).	Lunge.
Dorsal 5.	Fronto-temporal.	Lunge, Herz (bisweilen).
Dorsal 6.	"	Untere Lungentheile, Herz (auriculae).
Dorsal 7.	Temporal.	Lungenbasis, Herz (auriculae) Magen (Cardia).
Dorsal 8.	Vertical.	Magen, Leber, oberer Theil der Dünndärme.
Dorsal 9.	Parietal.	Magen (Tylorustheil), oberer Theil der Dünndärme.
Dorsal 10.	Occipital.	Leber, Darm, Ovarien, Testes.
Dorsal 11.	0	Därme, Tubae, Uterus, Blase
Dorsal 12.	0	Darm (Colon), Uterus etc.

Im nun folgenden Abschnitt behandelt Head diejenigen Organe, welche keinen Reflex bewirken, wenn sie erkrankt sind, weil sie Theile der Körperoberfläche sind. Dahin gehören die Conjunctiva und das Epithel an der Vorderfläche der Cornea und der äussere Gehörgang. Ferner die äusseren Umhüllungen von Organen des Kopfes, also Periost der Zähne und die Dura mater.

Die Migräne betrachtet Head als einen Schmerz, der nicht durch Reflex entstanden ist. Er versteht unter Migräne nur die Erkrankung, welche andere Autoren mit Flimmercocom vereinigt als *migraine ophthalmique* bezeichnen. Head will diese Migräne nur bei wissenschaftlich Gebildeten gesehen haben. (Das ist wohl nur ein Zufall. Ref.) Er stellt folgende Differentialdiagnose zwischen Migräne und Reflexkopfschmerz auf:

Migräne.

Reflexkopfschmerz.

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Der Schmerz liegt in Gebieten, die von den Zonen des Reflexschmerzes ganz verschieden sind.2. Der Schmerz geht mit heftiger Tiefenempfindlichkeit einher.3. Bewegungen des Kopfes und was Bewegungen veranlasst, wie Lachen, Aufrechtgehen verursacht Steigerung des Schmerzes.4. Dem Kopfschmerz gehen hochausgebildete Gesichtsphänomene: „Festungsfigur“, Scotometc. vorher. | <ol style="list-style-type: none">1. Die Ausdehnung des Schmerzes hält sich an die Zonen.2. Der Schmerz ist begleitet von mehr oder weniger heftiger Oberflächenempfindlichkeit.3. Druck lindert den Schmerz. Die Kranken können aufrecht gehen, ohne dadurch den Kopfschmerz zu steigern.4. Keine hochausgebildeten Gesichtserrscheinungen. Aber es kann Amtlyopie oder farbige Lichterscheinung dabei sein. |
|---|--|

Schliesslich kommt Head zu der Frage, ob diese Zonen am Kopfe der Ausbreitung der peripheren Nerven entsprechen. Er sucht die Frage mit Hilfe von Sherrington's Methode „der übrigbleibenden Aesthesie“ zu beantworten. In allen Fällen, wo ein oder mehrere Zweige des Trigemini durchschnitten sind, fällt die Analgesie in ein engeres Gebiet als der anatomischen Verbreitung der Nerven entspricht, und der Verlust der Berührungsempfindung ist sogar noch weit geringer. Das beruht auf dem Ueber-einandergreifen der Nerven. Bei der Schwierigkeit, diese Frage zu beantworten, benützt Head auch Vivisectionsergebnisse, welche Sherrington bei Affen erzielte und vergleicht diese mit den Zonen beim Menschen. Aus den Zonen her eine Segmentation des Gehirnstammes zu erschliessen, ist nach Ansicht des Ref. durch den Versuch Head's noch nicht zur Genuge gelungen.

Wichmann.

468) **Rossolimo:** Zur Physiologie des musikalischen Talentes.
(Russisch. 1893.)

Unter dem Namen der musikalischen Begabtheit versteht Verfasser die gemeinschaftliche Thätigkeit der Gehörcentren und gewisser Bewegungsapparate, welche das mächtigste Mittel zum Ausdruck der Empfindungen und anderer psychischer Zustände vorstellt. Diese Eigenschaft ist die elementarste und gleichzeitig die beständigste Aeusserung der geistigen Thätigkeit, welche sowohl dem Menschen als den anderen Thierarten eigen ist. Gleichzeitig mit der Entwicklung mehr vollständiger Ausdrucksmittel der Gefühle wird die obengenannte Fähigkeit atrophirt. Aussergewöhnliche Aeusserung des musikalischen Sinnes oder ungewöhnliches musikalisches Talent wird gewöhnlich von vielen Degenerationssymptomen begleitet und stellt eine atavistische Erscheinung vor. Nach Meinung des Verfassers ent-

hält das Gehirn eine bestimmte Abtheilung, welche die Wahrnehmung, die Verarbeitung und die Projection der musikalischen Töne regiert, also ein Organ der musikalischen Fähigkeit. Dieses Organ liegt unweit der dritten frontalen Windung der linken Hemisphäre, unweit des Redecentrums; es hängt nicht von dem Centrum der Rede ab, — eher ist dieses letztere sein Bestandtheil. Zu seinen Bestandtheilen gehören 1. die Stimm- und Gehörcentren mit den Verbindungsnerven, ausserdem das Sehcentrum und das der Extremitäten-Bewegung mit der Menge der gekreuzten Associationsfasern. Die musikalischen Prozesse im gesunden und gestörten Apparate entwickeln sich und gehen vor gleich dem Redeacte. Das musikalische Talent ist das Resultat der anatomischen und physiologischen Vollständigkeit des Organs der musikalischen Fähigkeit. Der musikalische Schöpfungsgeist resultirt aus den impulsirten Processen im speciellen musikalischen Apparate des Hirns. Die Störung des Centrums der Phonation kann die mannigfaltigsten Störungsformen der musikalischen Fähigkeit herbeiziehen, welche den Redestörungen gleichen. Diese Störungen können in zwei grosse Gruppen eingetheilt werden: in allgemeine Amusien und isolirte Amusien. Letztere theilen sich in sensorische, bei welchen die Gehörs- und Seh- und motorische Amusien, welche in Unfähigkeit zu diesem oder jenem musikalischen Ausdrucke und Unfähigkeit des Notenschreibens bestehen. Die Störungen der musikalischen Fähigkeit gleichen sehr denen der Rede, sind jedoch von den letzteren völlig unabhängig. Es sind viele Fälle von Redestörungen mit Erhaltung der musikalischen Fähigkeit bekannt, z. B. die Fälle von Behiet, Kojewnikoff, Grassat, Gowers, Knobloch, Brown-Sequard, Finkelburg, Boulland, Oppenheim und Anton. Es werden auch solche Fälle beobachtet, wo gleichzeitig Störungen der Rede und der musikalischen Fähigkeit stattfinden, wie in den Fällen von Kahler und Pick, Lichtheim, Bernhardt, Kast und Anderer. Endlich wurden Fälle beschrieben, wo Störung der musikalischen Fähigkeit bei intacter Rede beobachtet wurde, so die Fälle von Charpentier und Krazies. — Déjérine beschreibt einen Fall, wo beim Kranken Wort- und Notenblindheit auftrat, das Spielen nach Gehör und nach Gedächtniss möglich war.

K. Kowalewskaja.

II. Specielle Pathologie.

a) Gehirn und Rückenmark.

469) H. Meine (Basel): Ueber einen Fall von multipler herdweiser Erkrankung des Gehirns mit fortschreitender Verblödung und totaler beiderseitiger Erblindung.

(Bericht über die Irrenanstalt Basel, 1893.)

Der 41jährige mässig belastete Mann (Bäcker) war von Jugend an wenig beanlagt, störrisch und reizbar, hielt es an keiner Stelle aus, kam in seinem Geschäft nicht vorwärts (mangelhafte Buchführung), lebte über seine Verhältnisse hinaus und gab sich häufigen Alcoholexcessen hin. Vor 4 Jahren nach starker Anstrengung in der Hitze Schlaganfall ohne Bewusstlosigkeit (Parese der oberen Extremität). Seitdem litt er an Kopfschmerzen und stotterte deutlich.

December 1892 zweiter Anfall: nach plötzlichem Schwindel schleppender Gang, lallende Sprache, linksseitige Hemiparese und Hemi-anästhesie. Der Zustand besserte sich langsam, aber Vergesslichkeit, Reizbarkeit, Kopfschmerzen und Unbeholfenheit im Gebrauch der linken Hand blieben zurück.

3. April 1893 dritter Anfall. Unter dem Gefühl des Trunkenseins trat plötzlich kurzer Bewusstseinsverlust ein, gefolgt von heftigen Kopfschmerzen, Paralyse des rechten Beins und Parese des rechten Arms, welche letztere etwas zurückging, während die Paralyse bestehen blieb und zur Flexionscontractur im Kniegelenk führte. Daneben Neuritis optica. Seit Mitte April grosse Unruhe, Delirien, Hallucinationen, Verfolgungsideen, Nahrungsverweigerung; körperlich Pupillenstarre, horizontaler Nystagmus, frequenter Puls (140) und Cheyne-Stocke'sches Athmen. Allmählig wurde Patient ruhiger, aber er blieb apathisch, hallucinirte viel, war im übrigen reizbar und dement.

Bei der Aufnahme in die Anstalt am 28. Juni 1893 sehr heruntergekommen, unfähig zu stehen (sinkt zusammen), rechtes Kniegelenk spitzwinklig, contracturirt, Patellar- und Plantarreflexe verstärkt (rechts stärker), Pupillen weit (links weiter) und schwach reagierend. Hochgradige Amaurose (Atrophia nervi optici), Bewusstsein getrübt, ängstliche Unruhe, Gehörshallucinationen.

In den folgenden Monaten wurde die Pupillenstarre vollkommen, es trat geringe Facialisdifferenz ein. Bewegungsfähigkeit in den oberen Extremitäten schwand allmählig, Pronation und Supination unmöglich, passiv nur geringe Beweglichkeit in Finger- und Handgelenken; bei wiederholten kräftigen Bewegungen im Ellenbogengelenk rechts Spasmen. Der Versuch das rechte Bein anzustrengen ruft clonische Zuckungen oder starken Tremor hervor; Streckung rechts nur bis zum rechten Winkel möglich, die Bewegungsfähigkeit links nur wenig gehindert, die activen Bewegungen jedoch schwach und langsam. Daneben Hyperästhesie. — Geistig wurde Pat. immer schwächer und apathischer. Unter zunehmender Somnolenz und Albuminurie trat am 31. November der Tod ein. — Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose war auf progressive Paralyse neben multipler Herderkrankung gestellt worden.

Weder die macro- noch die microscopische Untersuchung des Gehirns ergab die Veränderungen, wie sie für progressive Paralyse charakteristisch sind. Dagegen fanden sich im Gehirn 5 Herde: 1. In der linken Hemisphäre eine ca. 10 cm lange sclerotische schmutzig dunkelbraun und gelb gefärbte Partie in der weissen Markmasse, bis in die graue Substanz der hinteren Centralwindung dringend; 2. in der rechten Hemisphäre ein bohnengrosser blutiger Herd in der Gegend des Occipitallappens; 3. aussen davon nach der hinteren Central- und oberen Scheitelwindung eine mandelgrosse bräunlich gefärbte Partie, umgeben von einer harten schwieligen schmutzig gelb gefärbten Gewebsschicht, die bis in die graue Substanz hineinragt; 4. weiter nach einwärts ein über wallnussgrosser hämorrhagischer Herd; 5. ein mandelkerngrosser blässbräunlicher Herd im Thalamus opticus.

Gehirn im übrigen blutarm, Hirnhaut leicht getrübt, Basilarterien verdickt, mit stellenweisen Einlagerungen, links erweitert, rechts bis zur Babenfederkielstärke verengert. Beide Artt. foss. Sylv. erweitert.

Hoppe.

470) **D. Jacobäus**: Ueber einen Fall von Poliencephalitis hämorrhagica superior (Wernicke).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, Heft 5.)

Ein Potator litt seit einiger Zeit an Paresen und Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten. Bei der Aufnahme Verwirrtheit, die angegebenen Paresen, leichte Atrophie des linken Beines, Druckempfindlichkeit der Muskeln, Verlust der Patellarreflexe. Einige Tage später doppelseitige, fast complete Ophthalmoplegie, ohne Ptosis und Pupillenveränderung, Abnahme des Gesichtes und leichte linksseitige Facialisparesie. Unter zunehmender Apathie Tod nach 2 Tagen.

Neben anderen somatischen Veränderungen fand sich das Gehirn leicht hyperämisch und ödematös. Das centrale Höhlengrau des III. und IV. Ventrikels und des Aquæductus Sylvii von zahlreichen punktförmigen Hämorrhagien durchsetzt. Am Halsmark leichte graue Farbe der innersten Theile der Goll'schen Stränge. An den N. N. crurales zweifellose Vermehrung des Bindegewebes. Die Gefäße des centralen Höhlengraus stark erweitert.

Das Rückenmark konnte nicht genauer untersucht werden, doch schienen die Vorderhornzellen normal. Diesen und die einschlägigen Fälle in der Literatur fasst J. als Polyneuritiden, meist alcoholische, auf und hält die hämorrhagische Poliencephalitis nur für eine Complication, die aber das Krankheitsbild ganz und gar beherrscht und den Tod verursacht.

Auch die bei dieser Krankheit auftretenden psychischen Symptome erklärt J., indem er sich der Strümpell'schen Anschauung anschliesst, dass es dieselbe Schädlichkeit sein kann, welche bald mehr in diesen, bald mehr in jenen Abschnitten der Nervenorgane destructive Processe hervorruft. Wir könnten eben die peripherische Neuritis nicht streng von den krankhaften Veränderungen der Centralorgane abtrennen.

Dauber - Würzburg.

471) **Robert Boyce** (London): Beitrag zur Lehre von der absteigenden Degeneration im Gehirn und Rückenmark und Bemerkungen über die Localisation und die Leitungsbahnen der Krämpfe bei der Absynth-Epilepsie. (Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 13.)

Die Mittheilungen über die absteigende Degeneration, welche sich auf zahlreiche Experimente an Katzen stützen und im Original durch viele Zeichnungen erläutert sind, eignen sich nicht für ein kurzes Referat.

Die durch Injection von Absynth (entweder gleich nach der Operation oder nachdem sich die Thiere erholt hatten) hervorgerufenen Krämpfe wurden mit einem Federmyographion (das an den Stecknadeln der Vorderfüsse angebracht war) registrirt und ergaben folgende Resultate:

Die bulbo-spinalen Centren, einschliesslich des Kleinhirns, sind im Stande, clonische Krämpfe zu erregen, die sich von der Rindenepilepsie durch den langsamen Rhythmus der Contractionen unterscheiden.

Nach halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarks bleiben die Krämpfe an der betreffenden Seite, nach vollständiger Durchschneidung auf beiden Seiten aus.

Nach vollständiger Entfernung einer Hemisphäre oder nach vollständiger halbseitiger Durchschneidung in der Gegend der Corpora quadrigemina erfolgen doppelseitige Krämpfe, wenn auch der eine Pyramidenstrang völlig degenerirt ist. Auf der gegenüberliegenden Seite ist nur der Clonus weniger ausgesprochen und der erste Anfall ist unbedeutend oder bleibt ganz fort. — Wird nun noch die andere Hemisphäre durchschnitten (so dass die Leitung zu dem gesunden Pyramidenstrang aufgehoben ist), so hören die Krämpfe sofort auf.

Danach werden die von der motorischen Zone ausgehenden Impulse im Pyramidenstrang fortgeleitet und verbreiten sich bei maximaler Reizung auf die gegenüberliegende Seite.

B. meint, dass die meisten epileptiformen Anfälle auf einer Intoxication beruhen.

Hoppe.

472) E. Brissaud et P. Londe: Sur un cas d'héréd.-ataxie cérébelleuse (Revue neurologique Nr. 5, 1894.)

Marie hat vor Kurzem*) als hereditäre cerebellare Ataxie eine hereditäre, der Friedreich'schen Krankheit sehr nahestehende, aber durch gewisse ihr eigenthümliche Charactere sich von derselben unterscheidende Affection beschrieben, dabei jedoch zugegeben, dass eine Anzahl der derzeit vorliegenden Beobachtungen hereditärer Ataxie weder der typischen Friedreich'schen Krankheit, noch der cerebellären Ataxie sich zuweisen lassen. Unter diese Uebergangsformen wollen die Autoren nachstehenden Fall einreihen.

Die 24jährige, erblich neuropathisch belastete Frau G. P. erkrankte im Alter von 15 Jahren an acutem Gelenkrheumatismus, seit welcher Zeit sie anämisch verblieb, und litt im 18. und 19. Lebensjahre in Folge gemüthlicher Erregungen an hysterischen Anfällen. Mit 21 Jahren heirathete sie. Die ersten Zeichen ihrer gegenwärtigen Erkrankung stellten sich während ihrer Schwangerschaft 1891 ein: Gefühle von Schwäche im Rücken, Neigung des Rumpfes nach rechts, Zittern des Kopfes bei Aufregungen, Steifigkeit beider Beine (mehr Gefühl als wirkliche Steifigkeit), die allmählig zunimmt, Neigung nach vorwärts zu fallen. Die Niederknuff führt keine Aenderung des Zustandes herbei. 1892 Fussclonus, auf der rechten Seite ausgesprochener; langsam zunehmende, dann wieder abnehmende Sprachstörung, transitorische Amblyopie. Allmählig auch erhöhte gemüthliche Erregbarkeit und Verstimmung an Stelle des vordem heiteren Characters.

Bei der Aufnahme (December 1893) fand sich: Unsicherheit des Ganges, Schwanken des Körpers von einer Seite zur anderen beim Gehen, choreiforme Bewegungen an den Oberextremitäten, Scoliose der Wirbelsäule, Nystagmus ohne sonstige Störung des Sehapparates, zeitweilig Zittern des Kopfes, eine Sprachstörung, die insbesondere in Unregelmässigkeit und Ungleichheit der Stimme besteht, Steigerung der Sehnenreflexe. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Störung seitens der Sphincteren, keine Contracturen, keine Lähmung, keine Muskelatrophie.

*) Vergl. dieses C.-Bl. Juni 1894. S. 374.

Eine jüngere Schwester der Patientin leidet an der gleichen Krankheit. Die Verfasser bemerken, dass die angegebenen Symptome an sich ebenso gut für Friedreich'sche Krankheit als hereditäre cerebellare Ataxie sprechen. Die Scoliose würde allerdings mehr erstere Annahme stützen; gegen dieselbe kommt jedoch das Verhalten der Reflexe und die Zeit der Entwicklung der Affection in Betracht. Auf der anderen Seite mangelt aber auch verschiedene Erscheinungen, welche Marie für die Diagnose der hereditären cerebellaren Ataxie für wesentlich erachtet (Sehstörungen, Pupillenveränderungen). Multiple Sclerose glauben die Verfasser wegen Mangels der charakteristischen Symptome (Intentionstremor etc.) und der Art der Entwicklung des Leidens ausschliessen zu dürfen.

L. Löwenfeld.

473) Paul Blocq: Tabes et Diabète.

(Revue neurologique Nr. 8, 1894.)

Die verschiedenen möglichen Combinationen von echter Tabes und Pseudotabes mit Diabetes lassen sich nach B. in folgender Weise formuliren: Pseudotabes mit echtem Diabetes (diabetische Pseudotabes, genauer Paraplegie);

echte Tabes 1. mit Pseudodiabetes (Tabes mit Glycosurie), 2. mit echtem Diabetes (alternirend [Vater und Kind] in der Familie [2 Brüder], coexistirend bei demselben Individuum).

Ueber einen Fall letzterer Kategorie berichtet Blocq. Derselbe wurde April 1893 zu einem 60jährigen Herrn, bei welchem weder Syphilis noch Alcoholismus vorlag, wegen verschiedener nervöser Beschwerden, insbesondere einer seit mehreren Monaten bestehenden Lähmung der Beine, gerufen. Bei demselben bestanden seit 6 Jahren lancinirende Schmerzen, seit 6—3 Monaten Gürtelschmerzen an der Basis des Thorax. Vor 2 Jahren transitorische Oculomotoriuslähmung mit Doppelsehen; später Blasenbeschwerden, seit Juni 1891 Störungen des Ganges, allmählig zunehmende Erschwerung desselben und schliesslich Unmöglichkeit, allein zu gehen. Seit längerer Zeit auch häufiges Uriniren und constante Trockenheit des Mundes.

Die Untersuchung ergibt: Myosis mit reflectorischer Pupillenstarre, Mangel des Kniephänomens beiderseits; Druckempfindlichkeit der Unterschenkelmuskulatur, insbesondere links, degenerative Atrophie (partielle E. A. R.) und Parese des Triceps suræ und der Extensoren am Unterschenkel. Der Gang des auf beiden Seiten unterstützten Patienten erweist sich nicht als atactisch, sondern zeigt die für Peroneuslähmung charakteristische Beschaffenheit (Steppage). Schlechtes Allgemeinbefinden. Polyurie; der Urin enthält 4,8% Glycose.

Unter einem antidiabetischen Regime besserten sich die motorischen Störungen an den Beinen, das Gehen wurde wieder möglich, die reflectorische Pupillenstarre, das Westphal'sche Zeichen und die lancinirenden Schmerzen persistirten dagegen. B. betont in der Epikrise, dass es sich hier um echte Tabes und echten Diabetes handelte, welcher eine Paraplegie herbeigeführt hatte. Das Vorhandensein der Tabes wird durch die typischen lancinirenden Schmerzen und Gürtelgefühle, die transitorische Diplopie, die reflectorische Pupillenstarre, die Blasenparese und den Mangel des Kniephänomens, das

Vorhandensein des Diabetes durch die Polydipsie und die Menge und Andauer der Glycosurie erwiesen. Die Annahme, dass die atrophische Lähmung der Unterschenkelmuskeln diabetischen Ursprungs sei, wurde durch den Erfolg der Behandlung bestätigt. L Löwenfeld.

474) D. Gerlach: Ein Fall von congenitaler Syringomyelie mit intramedullärer Teratombildung.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V. H. 4.)

Ein 36jähriger, psychisch stark zurückgebliebener Mann kam zur Beobachtung. Derselbe zeigte erworbene Verkrüppelung der Finger und Hände, ein chron. papulöses Exanthem, untermischt mit hämorrhagischen Knoten. Früher soll derselbe immer lahm gewesen, die Lähmung der Beine in der letzten Zeit vollständig geworden sein; auch soll er sich einige Male stark verbrannt haben, ohne dass er es merkte. Er ging an akut sich entwickelndem schwerem Decubitus zu Grunde.

G. fand eine Syringomyelie, im oberen Halsmark ein Teratom.

G. wendet sich gegen diejenigen, welche unter Syringomyelie nur solche Fälle verstehen wollen, welche ein durch Läsion der centralen grauen Rückenmarkssubstanz in Folge gliöser Wucherung bedingtes wohl characterisirtes Krankheitsbild verstehen wollen, gleichgiltig ob mit oder ohne Höhlenbildung.

Nun fand G. nichts, was eindeutig für Gliom spräche. Er hält die Ankleidung der Höhle überhaupt nicht für gliomatöses Gewebe, sondern für Pia mater spinalis wegen der innigen Verbindung an vielen Stellen mit der Pia mater, der normalen Structur und der typischen Anlagerung der Gliafasern. Nirgends zeigt sich pathologischer Weise aufgetretene Gliatumorartigen Characters, nirgends ist ein Zeichen einer regressiven Metamorphose. Er kommt zu folgendem Schlusse: Die beschriebene Syringomyelie muss Folge einer aplastischen Ausbildung des Medullarrohres sein, welche sich zu einer Zeit bemerkbar machte, als noch keine weisse Substanz aufgetreten war. Und er dehnt diese Behauptung auf alle Syringomyelien aus, welche einen innereren bindegewebigen, pialen Saum haben. Nicht die Neigung zu Gliombildung ist in diesen Fällen angeboren, sondern die Höhlenbildung selbst.

Mit einer Darstellung der Entwicklungsgeschichte, in welcher er auch die abnorme Lagerung und Entwicklung der einzelnen weissen Stränge und den Befund des Teratoms berücksichtigt, schliesst G. die interessante und klar geschriebene Arbeit. Die Bildung des Teratoms erklärt er durch die Annahme, dass mit den endodermalen Piazellen auch Mesodermzellen in den vorgebildeten Hohlraum während der Entwicklungsperiode hineingelangten und dort zur Bildung des Teratoms den Grund legten.

Dauber (Würzburg.)

475) C. Mayer: Ueber anatomische Rückenmarksbefunde in Fällen von Hirntumor.

(Jahrb. für Psych. Bd. XII, Heft. 3.)

M. fand in 2 Fällen von Hirntumor (einmal hühnereigrosses Gliom im Mark des Fusses der 3. linken Stirnwindung; das andere Mal ein etwa

ebenso grosses Endotheliom am vorderen Ende der grossen Sichel) von unten nach oben zunehmende Degeneration der intramedullären Theile der hinteren Wurzeln und zum Theile der Burdach'sehen Stränge, ohne Betheiligung der extramedullären Wurzeltheile und ohne microscopisch sichtbare Veränderung des Rückenmarkes oder seiner Häute. Obwohl dies der Befund bei beginnender tabes ist, glaubt M. doch zu einer Nebendiagnose, tabes incipiens, nicht genöthigt zu sein, sondern den Befund als directe Folge des durch den Hirn-Tumor gesetzten Druckes auffassen zu können, indem er sich vorstellt, dass die leicht verletzlichen Hinterstränge vielleicht durch „venöse Stase“ und anschliessende Circulationsstörung Schaden genommen hätten. Dann wäre freilich das Fehlen jeder macroscopischen Rückenmarksalteration äusserst selten. — Der Leser kann sich leider nicht überzeugen, dass keine tabes incipiens vorlag, da beide Krankengeschichten unvollständig sind und z. B. nicht einmal das Verhalten der Pupillen und der Sensibilität beschreiben. Microscopisch wurde nur das Rückenmark untersucht. E. Trömer.

476) **Karl Küstermann:** Ein Fall von acuter Myelitis der weissen Substanz. (Arch. f. Psych. 1894, 2. Heft.)

Dieser von K. mitgetheilte Fall aus der Halle'schen Klinik verdient wegen seiner Seltenheit Beachtung. Es ist eine Art Leucomyelitis — d. h. eine Erkrankung der weissen Substanz mit Untergang des functionstragenden Gewebes und Gliawucherung des Dorsalmarkes, die von der Peripherie keilförmig gegen die Mitte vordrang, aber nur an 2 Stellen den Process auf die graue Substanz übertrag. Im Anschluss daran sind aufwärts die Goll'schen, Gower'schen und Vorderstrangrundbündel, abwärts die Pyramidenbahnen degenerirt.

Die Symptome waren im Wesentlichen die einer Myelitis transversa gewesen ausser erhaltener Berührungsempfindlichkeit bei Analgesie und Anaesthesia thermica. Um dieser Thatsache willen wäre eine genauere Beschreibung der hinteren Wurzeln und der pericentralen grauen Substanz erwünscht gewesen, wo sonst die anatomische Beschreibung die Hälfte der Arbeit einnimmt.

Die Epicrise befasste sich nur mit der Pathogenese der Krankheit, ohne indess zu einem anderen Resultat zu gelangen, als dem, dass es bei dem Mangel jedes aetiologischen Anhaltspunktes — selbst für die naheliegende lues — sich wohl um eine „acute Infectonskrankheit“ handeln müsse.

E. Trömer.

477) **Redlich, E.:** Beitrag zur patholog. Anatomie der Paralysis agitans und deren Beziehungen zu gewissen Nervenkrankheiten des Greisenalters. (Jahrb. für Psychiatrie. Bd. XII., Heft 3.)

R. versucht sich hier an einem schon oft discutirten Problem. Im Gegensatz zu älteren Autoritäten (Charcot, Joffroy, Westphal) findet er, in Uebereinstimmung mit Borgherini's, Keller's, Netscher's Befunden, bei 2 Fällen von Paralysis agitans Verdickung der Rückenmarkgefässe, hauptsächlich im Hals- und Lendentheil, (Endo- und Periarteriitis) mit Gliavermehrung und secundärem Faserschwind, besonders im Seiten- und Hinterstrang (perivascularäre Sklerose) geringe Randdegeneration, Pigmentation der grossen Ganglien-

zellen, Verschluss des Centralcanals und zahlreiche Amyloidkörper. Aber von diesen Fällen war der eine 70, der andere 73 Jahre alt. Wenn nun R. sehr wohl bekannt ist, dass all' die beschriebenen Veränderungen, selbst „perivasculäre Sklerose“, schon an einem senilen Rückenmark ohne die Symptome von Paralysis beobachtet wurden, wenn er 2. zugibt (pag. 15), dass in einzelnen Fällen von P. a. „das Fehlen anatomischer Veränderungen vorläufig unerklärt“ ist, wenn er 3. durchaus nicht behaupten will, dass die beschriebenen Alterationen des Rückenmarkes für P. a. „allein charakteristisch seien“ (p. 18), wenn er endlich 4. zugesteht, dass gerade für ein Cardinalsymptom der P. a., den tremor, sich keine anatomische Grundlage ergebe (pag. 26), so bleibt völlig unbegreiflich, wie er noch schliessen kann: „Alles in allem, die Paralysis agitans hat eine pathologische Anatomie.“

Weit besser fundirt ist die Causalbeziehung, die R. auf Grund eines 3. Falles von senilem Nervenleiden zwischen jener perivasculären Sklerose und spastischen Paresen der (vornehmlich unteren) Glieder aufstellt. In Summa erfährt die Pathologie des seniums zweifellos eine Bereicherung durch R.'s Arbeit, die Lehre von der P. a. aber nicht. E. Trömer.

478) Henry Handford: A case of spinal haemorrhage.
(The Lauret, 14. April 1894, pag. 931.)

Ein bisher gesundes 19jähriges Mädchen fiel am 26. Sept. 1893 fünf Fuss hoch herab auf den Rücken, arbeitete aber trotz Schmerzen im Rücken und Kopf weiter. Am folgenden Morgen Erbrechen. Sie bleibt zu Bett, weil sie zu schwach ist, zu gehen. Das Erbrechen wiederholt sich in den nächsten Tagen. Am 30. Sept. wird der Arzt gerufen. Am 2. Okt. bestand Temperatursteigerung und war Albumen im Urin. Nach einigen Tagen wird sie ins Spital überführt. Sie hatte Schmerz in der Cervical- und oberen Dorsalgegend, der sich bei Bewegungen steigerte. Es bestand ioterische Färbung, aber keine Extremitäten-Lähmung. Die Sensibilität war an den Beinen und dem Rumpf bis zu den Brustwarzen herabgesetzt, die Patellarreflexe normal. Am folgenden Tage stellte sich etwas motorische Lähmung ein. Die Kranke starb am selben Tage. Die Section ergab: Schädel und Gehirn intact. Kein Wirbelbruch. Bluterguss im Wirbelcanal; blutige Durchtränkung der Rückenmuskeln. Ein dicker Blutklumpen bedeckt die Dura von der Medulla bis zur mittleren Dorsal-Gegeud. Das Rückenmark selbst ist intact. Wichmann.

479) J. G. Edgren: Amusi (musikalisk afasi).
Hygiea 1894, Bd. 56, S. 456, 521)

Der Verf. hat aus der Litteratur 51 Krankengeschichten gesammelt, in welchen das Verhältniss zwischen der gewöhnlichen Aphasie und der musikalischen Aphasie (der Amusie) berührt ist. Er theilt ein kurzes Referat der einzelnen Fälle mit, indem er sie in drei Gruppen ordnet, nämlich 1. die Fälle von Aphasie ohne Störung der musikalischen Fähigkeiten, 2. Fälle, in welchen gleichzeitig Aphasie und Amusie vorkamen, und 3. Fälle von Amusie ohne Aphasie.

Diesen fügt er eine neue Beobachtung zu. Ein 34jähriger Zuckerbäcker, ohne vorhergegangene Krankheit, erkrankte nach einem Trauma des Kopfes.

Er bot eine vorübergehende Worttaubheit und Paraphasie dar, welche ungefähr einen Monat nachher geheilt waren. Eine gleichzeitig eingetretene Unfähigkeit, Musik und Melodie, wie früher aufzufassen, zeigte sich dagegen fortwährend bis zu seinem Tod, welcher drei Jahre später an Herzkrankheit eingetreten ist. Bei der Obduction zeigte sich eine Destruction der vorderen zwei Drittel des linken gyrus temp. sup., der vorderen Hälfte des linken gyrus temp. med., und eines Theils der oberen, äusseren Fläche des rechten gyrus temp. sup. Der hintere Theil des ersten und zweiten linken Temporalgyrus war vollkommen intact.

Der Verf. hält es für wahrscheinlich, dass die klinischen Formen der Amusie eine gewisse Selbstständigkeit besitzen, und in der Nähe der Localisationsstellen der analogen Aphasieformen localisirt werden können. Für eine besondere Form der Amusie, der Tontaubheit scheint die Localisation in dem vorderen Theil der ersten und zweiten gyrus temporalis sehr wahrscheinlich zu sein.

Koch (Kopenhagen).

480) Henry Waldo: Motor aphasia without hemiplegia, with remarks.

(The Brit. med. Journ. 6. Jan. 1894)

Ein 48jähriger Mann wird mit vor 2 Tagen plötzlich entstandenem, totalem Sprachverlust in's Spital gebracht. Kein Kraftverlust in den Armen. Der rechte Patellarreflex ist etwas stärker als der linke. Der rechte untere Facialis ist gelähmt. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Keine Sensibilitätsstörung. Er kann automatisch seinen eigenen Namen schreiben, aber sonst nichts. Kann nicht nach Dictat schreiben, nicht abschreiben. Er kann aber Geschriebenes lesen und verstehen. Es besteht keine Wortblindheit und keine Worttaubheit; keine Homianopsie. Der Augenhintergrund ist normal. W. nimmt an, es handelt sich um eine Haemorrhagie aus dem ersten Aste der linken mittleren cerebral arterie mit Zerstörung der Hirnsubstanz im hinteren Theil der 3. Stirnwindung und dem anliegenden Theil der aufsteigenden Stirnwindung.

Wichmann.

481) Charles E. Nammack (New-York): „A case of non-hereditary Friedreich's disease“.

(The Medic. Record 11. Aug. 1894.)

Der Fall betrifft ein 14jähriges Mädchen, das mit 5 $\frac{1}{2}$ Jahren zuerst Ataxie in den Beinen und bald danach choreatische Zuckungen in Händen und Armen beim Schreiben zeigte; dabei litt es jeden Morgen an Kopfschmerz und gelegentlich an schiessenden Schmerzen in den Beinen. In seinem 14. Jahre bot es folgende Symptome dar: Ataxie in den Beinen und in geringerem Grade auch in den Armen, Unfähigkeit, mit geschlossenen Augen zu stehen, Fehlen der Patellarreflexe, klumpfussartige Verbildung der Füße, Scoliose der Wirbelsäule; Nystagmus, monotone, leise, rauhe Sprache, Incontinent. vesic. (von Kindheit an bestand Enuresis nocturna). Sensibilität, geistige Functionen, Pupillenreaction, Sehnerven u. s. w. waren normal. Im Uebrigen war das Kind erblich in keiner Weise belastet, und von seinen 5 Geschwistern hatten 3 das 6. Lebensjahr überschritten, ohne ähnliche Krankheits Symptome darzubieten.

Voigt (Oynhausen).

482) **Charles W. Burr:** The spinal cord in Pott's disease.

(Medical news 10. Nov. 1898.)

Der Aufsatz gibt eine kurze Genese der spinalen Symptome bei Wirbelcaries, wie sie meist — als spondylitis tuberculosa — in der Brustwirbelsäule localisirt ist. Die secundäre Markveränderung ist höchst selten Folge directen Druckes Seitens der einknickenden Wirbelsäule, sondern der Fortpflanzung der Entzündung auf die vordere Dura-Fläche; in Folge dessen Pachymeningitis u. Lymphstauung, zugleich toxisch und mechanisch beengend auf das Mark wirksam, langsame Erweichung des Nerven-, Vermehrung des interstitiellen Gewebes. Das Verhältniss zwischen nervösen Symptomen und Knochenkrankung ist regionär durchaus verschieden; während an der Lendenwirbelsäule oft schon sichtbare Deformität ohne ein nervöses Symptom besteht, können umgekehrt an der Brustwirbelsäule spinale Symptome dem Sichtbarwerden der Wirbelcaries vorausgehen. Je nachdem dann die entzündete dura mehr das Mark oder die Nerven an ihrer Austrittsstelle beengt, werden sich „Strang“- oder „Wurzelsymptome“ (Gowers) zeigen, letztere natürlich meist motorisch. Dass bei Spondylitis der 3 oberen Cervicalwirbel oft Lähmung der Arme ohne solche der Beine gefunden wird, wird verschieden erklärt; Autor selbst trifft zwischen den entgegengesetzten Ansichten Brown-Séquards und Vulpians keine Entscheidung.

Zum Schluss folgt noch eine kurze Beschreibung der mikroskopischen Befunde an Mark und Nerven. _____ E. Trömmner.

483) **Prof. J. Hoffmann (Heidelberg):** Der Symptomencomplex der sog. spastischen Spinalparalyse als Theilerscheinung einer hereditär syphilitischen Affection des Centralnervensystems.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 18.)

Der Fall, welchen H. als einen Parallelfall zu den noch selten im Kindesalter beobachteten Fällen von Tabes dorsalis betrachtet, betrifft einen 14jährigen Jungen, welcher bereits in den ersten Lebensmonaten die deutlichsten Zeichen constitutioneller (vom Vater des Kindes herrührender) Syphilis zeigte. Später litt er öfter an Drüsenanschwellungen und blieb allmählig geistig zurück, so dass er schliesslich der schlechteste Schüler wurde. Wie in seiner geistigen Entwicklung, so trat auch um das 10. Lebensjahr in der körperlichen ein Stillstand ein.

Im 12. Lebensjahr begann das Leiden langsam mit Steifigkeit in den Beinen, reissenden Schmerzen im Fuessücken und Parästhesien. Im Sommer 1891 war das Lesen einige Monate erschwert (Accommodationsparese?), Oktober 1891 konnte reflectorische Pupillenstarre, Accommodationsparese, Mydriasis und spastischer Gang bei gesteigerten Sehnenreflexen constatirt werden, während Motilität und Sensibilität ungestört war.

Die Störungen rühren nach H. erstens von einer Entwicklungshemmung resp. einem Entwicklungsstillstand gewisser Gebiete des Centralnervensystems und zweitens von einem activen Krankheitsprocess her, welcher sich hinzugesellte oder auf dem durch die Entwicklungshemmung disponirten Boden entwickelte.

Der letztere dürfte ein durch Syphilistoxine hervorgerufener degenerativer und sklerotischer Process in der Grosshirnrinde, in den Nerven (resp. Nervenkerne) für die Pupillenreaction und in den motorischen Leitungsbahnen (Pyramidenbahnen oder nur Seitensträngen) sein. —

Als infantile oder juvenile Dementia paralytica mit spastischen Erscheinungen will H. den Fall nicht auffassen, noch weniger als Little'sche Krankheit, während die Affection mehr Aehnlichkeit mit der hereditären spastischen Spinalparalyse Strümpell's hat. Hoppe.

b) Intoxicationskrankheiten.

William Philip Spratling (New-York): „The excessive consumption of tea as a cause of multiple neuritis.“

(The Medic. Rec., 28. Juli 1894.)

Nach Verf. verdankt die in Japan endemische multiple Neuritis (Kakké) ihre Entstehung wahrscheinlich dem übermässigen Theegenusse, wie er in Japan üblich ist. Er stützt diese Vermuthung durch einen von ihm in New-York beobachteten Fall, der anscheinend weder einen Japaner, noch einen zeitweise in Japan Ansässigen betraf. Der Kranke wurde zwei Mal von einer multiplen Neuritis befallen, nachdem er jedesmal einige Wochen zuvor zum übermässigen Theetrinken übergegangen war. — Dass Thee ein starkes Nervenreizmittel ist, steht fest; wird er im Uebermasse genossen, so treten leicht, wie man z. B. an Theehändlern beobachten kann, schwere Nervensymptome auf, wie Ekel, Depression, Zittern, Krämpfe, Muskelschwäche, Anästhesien, Schlaflosigkeit; gewiss kann es unter solchen Umständen bei besonderer Disposition oder unter Mitwirkung anderer Ursachen leicht zu Entzündungen der Nerven kommen. Voigt (Oynhausen.)

485) **F. Jolly**: Ueber einen Fall von multipler Neuritis nach chronischer Arsenvergiftung.

(Charité-Annalen 1893, S. 642—659).

Der Fall betrifft eine 57jährige Kaufmannswittve, die sich ihren Lebensunterhalt durch Nähen verdienen muss und am 21. Juni 1892 plötzlich beim Erwachen eine verminderte Beweglichkeit in den Fingern der linken Hand, sowie dumpfen Schmerz in beiden Händen bemerkte, der sich in den folgenden Tagen zu heftigen durchschliessenden Schmerzen steigerte. Dazu kam nach und nach Schwerebeweglichkeit der rechten Hand, des rechten Fusses, Schwäche in beiden Beinen und ausstrahlende Schmerzen in Füssen und Zehen.

Bei ihrer Aufnahme in die Charité konnte Pat. nur mühsam und mit Unterstützung gehen, wobei der rechte Fuss nachschleppte. Es zeigte sich Atrophie der Vorderarmmuskulatur besonders an der Dorsalseite, der Mm. interossei an den Händen und der Daumenballenmuskulatur. Während die Beweglichkeit in Schulter- und Ellenbogengelenken normal erschien, war die active Beweglichkeit der Hände (überwiegend in Beugstellung gehalten) ausserordentlich verringert, die Streckung der Finger in den Metacarpophalangealgelenken fast völlig, die Streckung der Endphalangen links fast vollständig, rechts völlig aufgehoben. Spreizen und Abduction der Finger sowie Opposition und Adduction des Daumens unmöglich, Adduction und Extension sehr behindert. Passive Beweglichkeit vorhanden, aber schmerzhaft. — In den unteren Extremitäten waren vorzugsweise die vom Peroneus versorgten Muskeln und im schwächeren Grade auch der M. quadriceps betheilt, während im Allgemeinen Schläffheit und Schwäche der Muskeln beider Unter-

extremitäten bestand. Die Beine konnten bei horizontaler Lage nur mit geringer Kraft gehoben werden. Desgleichen Beugung und Streckung im Kniegelenk abgeschwächt. Dorsalflexion des rechten Fusses und der Zehen sowie Abduction des rechten Fusses völlig aufgehoben, am linken Fusse die Beweglichkeit vorhanden, aber abgeschwächt.

Sensibilität besonders an den Fingern, aber auch an der Mittelhand beeinträchtigt, daneben erhöhte Schmerzempfindlichkeit, Sensibilität an den unteren Extremitäten weniger beeinträchtigt, nur Temperaturempfindung deutlicher herabgesetzt. Schmerzempfindlichkeit an den Fingern erhöht (rechts mehr). Patellarreflexe fehlten rechts vollständig, links waren sie abgeschwächt.

Die elektrische Untersuchung ergab starke Herabsetzung der Erregbarkeit in den Extensoren und Flexoren des Vorderarms, noch stärkere in den Interossei und den Muskeln des Daumenballens.

In den gelähmten Muskeln bestand Entartungsreaction verschiedenen Grades.

Im weiteren Verlauf wurden die Schmerzen in den Händen und Fingern ausserordentlich quälend; Streckverbände schafften einige Linderung. Daneben trat eine leichte Verdickung der Gelenkenden der Finger auf. Diese Verdickungen zeigten starke Druckempfindlichkeit, welche sich auch an den Ellenbogen- und Schultergelenken einstellte und zu weiteren Bewegungshemmungen führte. Entsprechende trophische Störungen zeigten sich auch in der Haut, welche Anfangs eine trockene, schuppige, später eine glänzende Beschaffenheit annahm.

Nachdem das Krankheitsbild einige Monate ziemlich stationär geblieben war, liessen unter Anwendung von warmen Bädern und Galvanisation die Schmerzen immer mehr nach, und nach fast einjähriger Dauer des Leidens machte sich auch sonst eine unverkennbare Besserung geltend. Die früher fehlenden Bewegungen der Hände und des rechten Fusses stellten sich zunächst langsam wieder her, und die Besserung schritt in den nächsten Monaten so fort, dass Pat. Juli 1893 zeitweise das Bett verlassen und mit Unterstützung gehen konnte.

Als Ursache der multiplen Neuritis, welche J. nach Ausschluss aller übrigen Möglichkeiten diagnosticirte, nahm J. durch den Vergleich mit einem von ihm beobachteten Falle acuter Arsenlähmung veranlasst, wo auch die heftigen Schmerzen und die trophischen Störungen besonders hervortraten, eine Arsenikvergiftung an, ohne dass die angestellten Nachforschungen zunächst Anhaltspunkte für das Zustandekommen einer solchen zu eruiern im Stande waren. Schliesslich fand sich in einer alten Kommode der Kranken unter ihren Habseligkeiten eine halboffene Dütte mit Schweinfurter Grün, welche vor mehr als 10 Jahren zur Vertreibung von „Schwabern“ angeschafft, in der Schublade liegen geblieben war und reichlich Gelegenheit hatte, besonders bei zahlreichen Umzügen den Inhalt auf die in der Kommode liegenden Wäsche- und Toilettenstücke zu zerstreuen. Wie bei andern chronischen Vergiftungen cumulierte sich die fortgesetzte Arsenwirkung, die eine zeitlang scheinbar ohne Nachtheil vertragen wurde, bis ziemlich rasch ausgedehnte Vergiftungserscheinungen auftraten.

Als charakteristisch für die Arsenikneuritis betrachtet J. die starke sensible Betheiligung, die starke Mitbetheiligung der Beugemuskeln und der

unteren Extremitäten (im Gegensatz zur Bleilähmung) sowie die intensiven trophischen Störungen. Hoppe.

486) **Kr. Grön:** Myxödem. Hypertrophie af Hypophysis cerebri.
(Norak magazin f. Laegevidenskab, 55. Jahrg. 1894, S. 784)

Kurze Mittheilung der Krankengeschichte und einiger bei der Autopsie beobachteter Einzelheiten eines Falles von Myxödem bei einer 62jährigen Frau, bei welcher der Tod im Laufe von 5 Jahren in einem demenzähnlichen Zustand eintrat.

Bei der Section zeigte sich der mittlere Theil der Gland. Thyreoidea beinahe vollkommen atrophirt, während die Seitentheile bis auf ganz unbedeutende Reste reducirt waren. Bei der microscopischen Untersuchung zeigten sich diese mit Rundzellen stark infiltrirt, während von der Drüsen-substanz nur geringe Spuren erhalten waren. Die Hypophysis cerebri war hypertrophisch und nahm in der Grösse einer Nuss den ganzen Raum der sella turcica ein.

Der Verf. lenkt besonders die Aufmerksamkeit auf die gleichzeitige Atrophie der Gl. thyreoidea und Hypertrophie der Hypophysis, und sich auf die vorliegende Litteratur stützend, beleuchtet er dieses Zusammentreffen bei den verwandten Affectionen, dem Myxödem und der Akromegalie.

Koch (Kopenhagen).

487) **Chantemesse u. René Marie:** Myxödème fruste; toxicité du liquide thyroïdien.

(Soc. méd. des hôp. Bericht in Bullet. médic., 1894, Nr. 14.)

74j. Frau zeigt im Gesicht, am Hals, den Supraclaviculargegenden Anzeichen einer Hautanschwellung, Verdickung des Zellgewebes, das für Myxödem spricht. Schwache Intelligenz, bizarrer Character; wenig Haare in den Augenbrauen, vollständige Kahlheit in den Achselhöhlen, theilweise solche in der Schamgegend. Subnormale Temperatur. Schilddrüse nicht zu palpiren. Diagnose: Myxödem fruste.

Injectionen von Schilddrüsen-saft führten eine nennenswerthe Besserung herbei; die starke Dosis indessen verursachte Schwindel und sehr starkes Missbefinden. Die Vortragenden erinnern an die unangenehmen Zwischenfälle, die bei derartiger Behandlung wiederholt beobachtet worden sind und erklären sie für die Erscheinungen einer Intoxication mittelst Schilddrüsen-secret.

Buschan.

488) **Reinhold, Dr. G.:** Ueber Schilddrüsen-therapie bei kropfleidenden Geisteskranken.

(Münch. med. Wochenschr. 1894, Nr. 31.)

R. berichtet über Versuche, die Emminghaus anstellen liess, um festzustellen, ob, wie Beadles behauptete, mit der struma auch die Psychose bei kropfleidenden Irren durch Gaben von Thyreoids-substanz gebessert würde.

Bei 6 Kranken und 1 Wärterin bewirkten nun mehrere (3—6) Gaben roher Hammelschilddrüse à 5—7 gr wohl ein Abschwellen der struma um mehrere (3—4) cm Umfang, aber keine sichere Besserung der Psychose,

allerdings auch keine unangenehme Nebenwirkung, ausser einer Gewichtsabnahme bei der Wärterin um 1,5 kgr. E. Trömer.

489) **Kowalewsky, Paul:** Die functionellen Nervenkrankheiten und die Syphilis.

(Arch. f. Psych. 1894, Bd. XXVI, Heft 2, p. 552.)

Die von K. berichteten Fälle von Hysterie, einmal auf Grund von erworbener, das andere Mal von hereditärer lues und von Chorea, an der 4 Kinder syphilitischer Eltern erkrankten, zeigen, wie ungenügend die hergebrachte Unterscheidung von „functionellen“ und „organischen“ Krankheiten ist, da hier das luetische Agens zweifellos nichts weniger als bloss „functionelle“ Schädigungen der Nervensubstanz erzeugte.

Solcher Alterationsmöglichkeiten gibt es nun nach K. 5: 1. Alteration des Blutes, 2. der Gewebe durch antisymphilitische Behandlung, 3. der Blutgefässwände (Arteriosclerose), 4. der Nervelemente durch „den psychischen Schok, das Bewusstsein der Syphiliserkrankung“, 5. der Nervensubstanz durch das syphilitische Gift. Von diesen Punkten gehört der 2. nicht hieher, Punkt 1 und 3 finden eine ausführlichere Besprechung an der Hand exacter Untersuchungen anderer (Letzius, Heubner u. A.). Die nun auf diese Möglichkeiten gegründete Theorie der syphilitischen Neurasthenie aber operirt zwar viel mit Begriffen und Annahmen, wie: chemische Beschaffenheit, molekularer Bau, Intoxication, Autointoxication etc., der hypothetischen Scheidemünze unserer Tage, kommt aber zu keinem greifbaren Ergebniss. Hingegen wird die aetiologische Classification der Neurasthenie bereichert, indem K. ausser angeborener und erworbener syphilitischer N. noch eine psychotraumatische (Punkt 4) und mercurielle aufstellt. Das Symptomenbild dieser Formen, wie derjenigen der Hysterie, scheint dagegen in nichts von den gewöhnlichen Formen abzuweichen. Das Verdienst der Arbeit bleibt eben, ausführlich auf die aetiologische Bedeutung der lues hingewiesen zu haben. E. Trömer.

490) **Rubert Boyce:** The seat of origin and paths of conduction of the fits in absinthe epilepsy.

(The Brit. med. Journ., 18. Nov. 1898, pag. 1097.)

Absinthkrämpfe haben mit epileptischen Krämpfen grosse Aehnlichkeit, deshalb lassen manche epileptische Krämpfe auf toxischen Ursprung schliessen. Um zu untersuchen, welche Rolle die einzelnen Theile des Nervensystems an den Krämpfen haben, hat B. Thierexperimente gemacht. Zu dem Zweck wurde die Wirkung des Absinths studirt nach Entfernung einer ganzen Hirnhemisphäre, beider Hemisphären, des Kleinhirns, einer Hemisphäre mit halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarks, Durchschneidung des Rückenmarks. Die Ergebnisse lassen sich in folgendem zusammenfassen: Krämpfe kommen zu Stande nach Entfernung des Kleinhirns; aber Entfernung eines Lappens des Kleinhirns und der entgegengesetzten Grosshirnhälfte bewirkt einseitige Krämpfe. Eine Hemisphäre mit einem intacten Kleinhirn ist fähig, Impulse nach beiden Körperhälften zu senden. Eine Hälfte des Rückenmarks kann nach beiden Körperseiten hinleiten. Rythmische clonische Krämpfe werden nicht erhalten, wenn die Hemisphären fehlen und das Kleinhirn intact ist.

Die Impulse können durch andere Bahnen als die Pyramidenbahnen geleitet werden. Wichmann.

491) M. Anker: Ein Fall von wahrscheinlich hereditärer Bleilähmung. — Aus der Oppenheim'schen Poliklinik für Nervenranke.

(Berl. klin. Wochenschrift 1894, Nr. 25.)

Die Mittheilungen von Berger, Eulenburg und Oppenheim haben, wie A. hervorhebt, die Thatsache ergeben, dass ebenso wie der Alcoholismus, so auch die Bleiintoxication der Eltern bei den Descendenten einerseits Nervenkrankheiten und Psychosen hervorruft, andererseits eine Disposition für sehr frühzeitige Erkrankungen an saturninen Affectionen schafft.

A. ist nun in der Lage, was bisher noch nicht beobachtet ist, einen Fall von typischer Bleilähmung mitzutheilen, der nur auf hereditärem Wege zu Stande gekommen sein kann. Es handelt sich um die 8jährige Tochter eines Schriftsetzers, (welcher seit 17 Jahren in einer Buchdruckerei beschäftigt ist und wiederholt an Bleikoliken gelitten hat, während die Mutter des Mädchens 3mal abortirt hat). Im 3. Lebensjahre blieb das Mädchen nach einem Fall auf den Hinterkopf, in Folge dessen sie 5 Minuten bewusstlos war und Erbrechen bekam, geistig sehr zurück. Seit einem Jahre soll sich dann eine Schwäche und eine allmählig fortschreitende Lähmung der Beine eingestellt haben, wozu sich später Blasenbeschwerden gesellten.

Die Untersuchung ergab eine typische Lähmung in den vom Peroneus versorgten Muskeln (mit alleiniger Versöhnung des Tibialis anticus, beide Füße in Varo-equinusstellung, in geringem Grade auch der Wadenmuskeln, Erhöhung der Kniephänomene, Patellarcloonus und Entartungsreaction im Gebiet der Peronei, während die Sensibilität sich als normal erwies.

Im Verlauf der folgenden 6 Monate breitete sich die Lähmung auch auf die oberen Extremitäten aus. Hände in der Stellung der Radialislähmung, Lähmung aller vom Radialis versorgten Muskeln mit Ausnahme der Supinatoren und des Triceps, Parese resp. Paralyse der Interossei und der Daumenmuskulatur, Atrophie und vollständige Ea R in den gelähmten Muskeln. An den Beinen hatte die Lähmung noch den Tibialis anticus ergriffen. Die Spannungen waren gewichen und hatten einer schlaffen Lähmung Platz gemacht. Sehnenphänomene waren erhalten.

Nach 4 weiteren Monaten war eine Besserung insofern eingetreten, als die Extensoren der Hände und Finger wieder willkürlich bewegt werden konnten, während sie auf den elektrischen Strom noch nicht reagirten (dies Verhalten charakteristisch für Bleilähmung bei günstigem Verlauf).

Eine directe Intoxication mit Blei ist nach den sorgfältigen anamnestischen Erhebungen direct auszuschliessen (Lues wird entschieden in Abrede gestellt). Bemerkungen differential-diagnostischer Natur (besonders gegenüber der Poliomyelitis ant. acuta) machen den Schluss der überaus sorgfältigen Arbeit.

Hoppe.

III. Therapie.

492) Charles Richet: Le chloralose et ses propriétés hypnotiques.

(Revue neurologique Nr. 4, 1894.)

Chloralose, eine durch Verbindung von Chloral mit Glucose unter Elimination von H₂O sich bildender weisser, kristallisirbarer Körper ist in

kaltem Alcohol und warmem Wasser ziemlich, in kaltem Wasser wenig löslich und von entschieden bitterem Geschmack. Die charakteristische physiologische Wirkung des Körpers ist ein Schlaf eigener Art. Thiere, welchen man Chloralose beibringt, behalten die Augen offen und irren im Laboratorium wie berauscht umher, ohne zu sehen oder zu verstehen, was um sie vorgeht. Dabei zeigen sie eine hochgradig gesteigerte Reflexerregbarkeit; sie fahren beim geringsten Geräusche zusammen, und ihre Muskeln sind von convulsivischem Zittern ergriffen. „Das Gehirn schläft, aber das Rückenmark wacht.“ Der arterielle Druck wird durch das Mittel, selbst bei beträchtlichen Dosen, nicht herabgesetzt, eher gesteigert. Ueber die therapeutische Verwerthung der Chloralose liegt bereits eine stattliche Anzahl von Mittheilungen in der Litteratur vor (Henriot, Goldenberg, Houdaille, Féré, Maragliano, Morselli und Mosso u. A.) Eine Dosis von 4 Decigr. führt beim Menschen etwa $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Einverleibung anwiderstehliche Schlafneigung und alsbald auch einen tiefen, traumlosen Schlaf während der ganzen Nacht herbei. Nach dem Erwachen zeigt sich keine Schwere des Kopfes, keine Nausea, keine Beeinflussung des Appetits. Das Mittel ermangelt jedoch auch nicht gewisser Schattenseiten. Seine Wirksamkeit ist variabel. Bei manchen Personen, insbesondere Hysterischen und Alcoholikern, ruft dasselbe selbst in der mittleren Dosis von 0,4 statt eines ruhigen Schlafes einen mit musculärer Aufregung (une sorte de délire musculaire), Muskelzuckungen, Zusammenfahren bei geringen Geräuschen verknüpften Zustand hervor, der sich mehr minder einem hysterischen Anfall nähert. Von dieser Unruhe während des Schlafes weiss der Kranke nach dem Erwachen in der Regel nichts. Irgend welche Unfälle haben diese Complicationen nie herbeigeführt; man muss jedoch mit Rücksicht auf dieselben bei Hysterischen und Alcoholisten bei der Darreichung des Mittels mit sehr kleinen Dosen beginnen. Die Unschädlichkeit des Präparates für den Circulationsapparat macht dasselbe besonders für Herzranke geeignet. Beim Schlafmangel, welcher die Asystolie begleitet, leistet dasselbe geradezu glänzende Dienste. Bei Geisteskranken ist das Mittel in Frankreich, Italien, Belgien und Russland schon vielfach gebraucht worden. Irre bedürfen im Allgemeinen etwas grösserer Gaben als normale Personen (eher 5 Decigr. als 3). Die Chloralose wirkt hier nur als Hypnoticum, einen Einfluss auf die Geistesstörung äussert dieselbe nicht. Auch Nervenkrankheiten erfahren durch das Mittel im Allgemeinen keine Besserung. Féré beobachtete einen Fall von Heilung von Chorea, Sacaze sah Besserung in einem Falle von Paramyoclonus multiplex. Bei Thieren findet eine gewisse Angewöhnung an das Mittel statt; R. glaubt, dass das Gleiche wahrscheinlich auch beim Menschen der Fall ist, aber in geringerem Grade als beim Morphinum, so dass eine Steigerung der Dosis nicht nöthig ist. Die Frage der Angewöhnung und der Cumulativwirkung erheischt jedenfalls noch weitere Untersuchungen. Als kleinste wirksame Dosis beim Erwachsenen betrachtet R. 0,15—0,2 Chloralose. R. schliesst mit der Bemerkung, „dass die Chloralose ein ausgezeichnetes Hypnoticum ist, welches einen Schlaf verursacht, der mehr dem normalen ähnelt als jeder andere durch irgend ein Medicament herbeigeführte Schlaf.“

L. Löwenfels.

493) Triantaphyllidés: Neurasthénie palustre.

(Arch. de Neurol. XXVIII, 90.)

Tr. beobachtete in wenigen Jahren im Kaukasus 50 Fälle von larvirter Malaria, die unter dem Bilde der Neurasthenie verliefen. 41 seiner Kranken hatten beständig Plasmodien in ihrem Blute, die in rothen Blutkörperchen eingeschlossen, aber meistens, im Gegensatz zu der gewöhnlichen Befunden bei Intermitteus, nicht pigmentirt waren. Die Diagnose Neurasthénie palustre gründet er auf das Vorhandensein dieser Plasmodien, einer nicht selten zu beobachtenden Periodicität einzelner Symptome und der prompten Reaction auf Chinin.

Falkenberg-Lichtenberg.

494) W. von Bechterew: Die Bedeutung der Frenkel'schen Methode bei der Behandlung von Tabes dorsalis. — Nach den Beobachtungen des Dr. P. Ostankow.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 18.)

Die Beobachtungen führten zu dem Resultat, dass wir in der Frenkel'schen Methode ein vorzügliches symptomatisches Mittel gegen die Tabes besitzen, indem die atactischen Bewegungsstörungen ganz bedeutend gebessert werden, durch vernünftige, gymnastische Uebungen die Muskelkraft in den afficirten Extremitäten verstärkt und wiederhergestellt, und die Coordination der Bewegungen durch die unter der Controlle des Willens der Patienten vor sich gehenden Uebungen verbessert wird, während gleichzeitig das Selbstvertrauen der Kranken geweckt wird.

Hoppe.

495) R. P. Ryan: Hypodermic injections of brain extract in mental diseases.

(The Brit. med. Journ., 3. Febr. 1894, pag. 240.)

R. hat in 2 Fällen von chronischer Melancholie, 2 Fällen von primärem Blödsinn und 1 Fall von acuter Manie zu therapeutischen Zwecken an den Armen der Kranken subcutane Injectionen mit frischer, besonders präparirter Gehirnschubstanz gemacht. Therapeutisch war der Erfolg gleich Null. In einem Fall stieg die Temperatur nach jeder Injection um 1 Grad; in einem Fall trat am 10. Tage ein Anfall von Syncope ein; in einem Fall folgte der zweiten Injection ein leichtes Erythem. In einem weiteren sechsten Falle von recidivirender Melancholie mit Wahnideen wurde der Kranke, der sich nach 6 Injectionen „besser“ fühlte, geheilt.

Wichmann.

496) Goldscheider: Ueber Chirurgie der Rückenmarkserkrankungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1894, Nr. 29 u. 30.)

Goldscheider bespricht in seinem Referate zunächst die Lähmungen bei Wirbelfractur. Genauere Prüfung der in der Literatur mitgetheilten Fälle ergibt, dass nur in wenigen Fällen ein Erfolg durch operatives Eingreifen erzielt wurde. Es sind dies im Wesentlichen Fälle von Compression der Cauda equina und Bogenfracturen. Bezüglich der Indicationen zur Operation bei Paraplegie in Folge von Wirbelfractur glaubt G. folgende Sätze aufstellen zu dürfen:

- „1. In frischen Fällen ist überhaupt ein blutiger operativer Eingriff nicht vorzunehmen; ausgenommen es sei eine Communitivfractur des Bogens

da, welche vermuthen lässt, dass Fragmente in das Rückenmark einge-
drungen sind (Fall von Péan.)

2. Bleibt die Rückbildung der Lähmung aus und besteht zugleich eine Deformität, welche auf eine Fractur und Depression des Bogens hindeutet, so kann die Operation versucht werden. Ueber den Zeitpunkt aber, wann man die Operation empfehlen soll, lässt sich eine allgemeine Regel bis jetzt nach meiner Ansicht nicht geben. Die Fälle sind ausserordentlich verschieden, es ist das von Fall zu Fall nach dem jeweiligen Verlauf zu beurtheilen. Eine schematische Regel, wie sie Lauenstein gegeben hat, ist unter allen Umständen abzulehnen.
3. Am aussichtsvollsten und relativ am meisten indicirt dürfte das chirurgische Eingreifen bei Fracturen an den Lendenwirbeln, speciell unterhalb des ersten, sein.
4. Man hat dann noch die Indication aufgestellt, dass man die Wirbelsäule trepaniren soll, um die Blutergüsse zu entfernen, die sich in den Wirbelkanal bei Wirbelfracturen ergiessen. Diese Indication ist durchaus aufzugeben, wie auch schon mehrfach von Anderen betont ist, da die Entfernung der Blutergüsse aus dem Wirbelkanal durch eine so enge Oeffnung nicht möglich ist und ausserdem diese Blutcoagula an und für sich das Rückenmark wenig schädigen.“

Auch die bisherigen Resultate der operativen Behandlung bei den Lähmungen in Folge von Wirbelcaries sind im Ganzen nicht sehr er-
muthigend, und G. sieht sich hierdurch veranlasst, die Indicationen für das chirurgische Eingreifen bei diesen Lähmungen sehr einzuschränken: „Ist ein Congestionsabscess vorhanden, welcher so gelegen ist, dass man von ihm aus an den Heerd im Wirbelkörper gelangen kann, so wird der Versuch, denselben direct zu behandeln, zweifellos gerechtfertigt sein. Wenn aber kein Congestionsabscess da ist, so würde man nach den vorliegenden Operationsresultaten widerrathen müssen, die Resection der Wirbelkörper auszuführen. Nur eine Ausnahme besteht, das ist der seltene Fall, dass eine Tuberculose des Wirbelbogens vorliegt. Freilich wird man auch bei nachgewiesenen Erscheinungen der Bogentuberculose niemals eine gleichzeitige Tuberculose des Wirbelkörpers ausschliessen können. Immerhin wird dann der Eingriff zu versuchen sein. Operationen wegen Tumoren, welche das Rückenmark comprimiren, sind bisher in 24 Fällen ausgeführt worden. Von diesen wurden 6 wesentlich gebessert, resp. geheilt (hierunter 3 occulte Geschwülste). G. ist der Ansicht, dass wenn man den Tumor und seinen Sitz sicher diagnosticiren kann, die Operation zu versuchen ist. Von sonstigen operativen Eingriffen am Rückenmark, welche G. erwähnt, kann nur noch die von Quincke vor einigen Jahren bei Hydrocephalus vorgeschlagene Lumbalpunktion in Betracht kommen, welche bei enormen Ansammlungen von Flüssigkeit durch Ablassen derselben gute Erfolge erzielt, aber keinen Hydrocephalus zur dauernden Heilung bringt.“

L. Löwenfeld.

497) G. Guttman (Berlin): Ein Fall von durch Operation gebesserter linksseitiger, traumatischer Ophthalmoplegie.

(Berlin. klin. Wechenschr. 1894, Nr. 41.)

Durch einen Sturz von einer Treppe erlitt ein 33jähriger Drechsler eine Fractur der Schädelbasis, welche nach 3wöchentlicher Bewusstlosigkeit

von einer vollständigen linksseitigen Oculomotoriallähmung gefolgt war (völlige Ptosis, Augapfel nach aussen gerichtet, Beweglichkeit nach oben verloren, nach unten und innen gering, Accomodationsparese). Nach dreijähriger Dauer des Leidens macht G. die Ptosisoperation nach Panas, welche den Effect hatte, dass das Lid bequem gehoben und gesenkt werden konnte, und ein Vierteljahr später, um die Divergenz und die Doppelbilder zu heben; eine weitere Operation, indem er nach Ablösung des Rect. ext. den gelähmten Rect. int. vornähte, wozu letzterer jedoch nach einiger Zeit so übermächtig wurde, dass G. schliesslich die Tenotomie des R. intern. ausführte. Das Doppelsehen ging in der Folge allmählig bis auf geringe Grade zurück, welche durch eine prismatische Brille ausgeglichen wurden.

Es ist dies, so weit G. die Literatur durchgesehen hat, der erste Fall, wo die Heilung einer traumatischen Ophthalmoplegie durch Operation angestrebt worden ist.

Hoppe.

498) Joseph Collins (New-York); „Some recent measures in the treatment of epilepsy, with special reference to the use of opium“.

(The Medic. Record, 22. Sept. 1894.)

Während im letzten Jahrzehnt nähere Kenntnisse über Ursachen und Pathogenese der Epilepsie nicht unwesentlich zunahmen, kommen wir in der Behandlung der Krankheit durchaus nicht vorwärts. Alle die neuen angepriesenen Mittel, wie Borax, Antipyrin, Antifebrin, Nitroglycerin, Cerebrin, Hydrastina, Duboisin, Picrotoxin, Cannabis, Belladonna, Osmiumsäure, erwiesen sich den Bromiden gegenüber als minderwerthig. Ein Fortschritt wurde erst gemacht, als Flechsig empfahl, den Bromiden durch Verabreichung von Opium gleichsam vorzuarbeiten. Die Erfolge dieser Behandlungsmethode sind entschieden weit besser, als die aller anderen. Dies bestätigt auch C., der 50 Fälle, von denen er 10 näher berichtet, nach Flechsig behandelte. Im Besonderen stellt er auf Grund seiner hierbei gemachten Erfahrungen folgende Sätze auf: 1. Die von Flechsig empfohlene Behandlung der Epilepsie ist keine spezifische; 2. fast in jedem Falle, in welchem diese Behandlung versucht wurde, hörten diese Anfälle für kürzere oder längere Zeit auf; 3. eine Wiederkehr derselben findet gewöhnlich innerhalb einiger Wochen oder Monate statt; 4. die Häufigkeit der Anfälle nach Anwendung des Opiums ist, wenigstens für das erste Jahr, um mehr als die Hälfte herabgesetzt; 5. die nach der Wiederkehr auftretenden Anfälle haben einen viel milderen Character, als die früheren; 6. die Flechsig'sche Methode ist besonders nützlich in alten und „intractablen“ Fällen; 7. sie kann dagegen für frische Fälle idiopathischer Epilepsie nicht empfohlen werden; 8. jedenfalls ist die Opiumbehandlung eine wichtige Unterstützung der bisher getübten Brombehandlung; 9. das Opium wirkt symptomatisch, arbeitet den Bromiden nur vor und erhöht ihre und anderer therapeutischer Mittel Wirksamkeit; 10. mit der Flechsig'schen Behandlung verträgt sich der Gebrauch beliebiger anderer Mittl, die erfahrungsgemäss einen günstigen Einfluss auf die Epilepsie ausüben.

Voigt (Oeynhausen).

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

498) H. Higier: Ueber unilaterale Hallucinationen.

(Wiener Klinik 1894, 6. Heft.)

2 Fälle eigener Erfahrung (erst am Schluss mitgetheilt) veranlassen H. zu einer ausführlichen Studie über einseitige (weshalb „unilaterale“?) Hallucinationen. Eine vorausgeschickte Eintheilung der Sinnestäuschungen überhaupt in elementare S. oder Illusionen, wenn nämlich ein inadäquater Reiz vom betr. Sinnesorgan oder Nerv ausgeht, Perceptionshallucinationen (oder -Phantasmen nach Kraepelin) bei Uebererragbarkeit der corticalen Sinnesfelder, und Apperceptionshallucinationen (nach Kahlbaum), wenn sie sich im „Apperceptionsorgane“ abspielen, ist methodologisch unrichtig, weil sie rein psychologische Bezeichnungen und anatomische Annahmen verbindet, deren causale Beziehung durchaus noch nicht feststeht — ein „Apperceptionsorgan“ existirt sicher nicht, es sei denn die ganze Hirnrinde — oder deren causale Beziehung erst in den folgenden Seiten an der Hand der klareren Fälle von einseitigen Hall. aufgewiesen werden soll. Instructiv und zweckmässig kurz sind die relativ wenigen Fälle letzterer Art angeführt. — Die peripher bedingten Sinnestäuschungen sind klinisch am leichtesten zu erkennen, verschwinden z. B. auf Verschluss des betreffenden Sinnesorgans hin — und der Therapie am ehesten zugänglich. Im weiteren Sinne (und psychologisch) sind sie auch Perceptionphantasmen, weil bei peripherer Reizung auch das Perceptionscentrum krankhaft reizbar wird; doch brauchen periphere Sinnestäuschungen nicht immer vom adäquaten Sinnesorgan auszugehen (Beispiele von Hutchinson und Féré). Dagegen setzen sie wie die auf localen Processen in den corticalen Sinnesfeldern (Tumoren, Durahämatoeme etc.) beruhenden Perceptionshallucinationen „eine functionelle Integrität des Rindencentrums“ voraus.

Eine scharfe psychologische Umschreibung hätten die „Apperceptionshallucinationen“ nöthig gehabt; so schwankt ihr Bild zwischen unsicheren Annahmen hin und her; einige der angeführten Beispiele sind denn auch entschieden unter die Perceptionshallucinationen zu rubriciren, z. B. Fall Pick. Deshalb findet sich der Leser auch nicht überzeugt, dass jene so deutlich wie diese einseitig vorkommen. Einer kurzen Betrachtung der einseitigen Hall. bei den sogen. functionellen Neurosen folgen dann die beiden Beobachtungen H.'s selbst, beides Fälle mit Hall. im hemianopischen Gesichtsfelde, einmal mit Migräneanfällen, das andere Mal auf Grund multipler syphilitischer Herde.

E. Trömmner.

499) Prof. M. Benedikt: Second life, das Seelenbinnenleben des gesunden und kranken Menschen.

(Wiener Klinik 1894, 5. Heft.)

Unter neuem Namen und z. Th. alten Gesichtspunkten gruppirt B. diejenigen Seelenregungen, welche, meist unter der vom gegenwärtigen Tageslicht beleuchteten, klar bewussten Oberfläche, sich zwischen Bewusstem und Unbewusstem auf und ab, hin und herbewegen, und in ihrer Un-

bestimmtheit und gänzlichen Unabsichtlichkeit dem „second sight“ entsprechen. — Dieses Second life soll aber offenbar nicht mit Hartmann's „Unbewussten“ identisch sein, sondern wird am ehesten demjenigen Vorstellungsgebiet, welches Steinthal als „schwingend“ bezeichnet hat, zuzurechnen sein.

Das schlichteste, einfachste Seelenbinnenleben führen nach B. diejenigen Menschen, welche nur in der Gegenwart leben und schaffen, die „Actualisten“, „Gegenwartsmenschen“, „Zeitgenossen“; als leuchtendes Beispiel eines solchen wird Billroth angeführt. Eine niedere Abart davon sind die profanen „Practiker“, Egoisten und damit das Gros der Menschen (als Nation vielleicht die englische, Ref.). Dem gegenüber beherbergt das Seelenbinnenleben Gedanken, Stimmungen, Phantasieen, Hoffnungen, Ahnungen, kurz alles, was wir mit offenen Augen „träumen“. In diesem Binnenleben sollen sich die „Ideale“ noch nicht Verliebter bilden, entsteht der sogen. Weltschmerz, formen sich die Phantasieen der Künstler, sammeln sich endlich, da sie nicht entäussert werden, jene inneren Spannungen, welche im Verein mit physisch sexuellen Spannungen die „Eigenkrankheit des Weibes“, die Hysterie, erzeugen sollen. Auf die Ergründung dieses Seelenlebens soll denn auch die ganze Aufmerksamkeit des Arztes spec. des Seelenarztes gerichtet sein; wichtig ist sie endlich — damit auch hier die „Drei Belasteten“, Geisteskranke, Genie und Verbrecher, wiederkehren. — bei der Beurtheilung des Verbrechers. *)

E. Trömmel.

500) Prof. M. Joffroy: De la méthode anatomo-clinique en médecine mentale.

(Progrès médical 1894.)

Im Rahmen einer Eröffnungsrede feiert J. die Fortschritte der französischen Psychiatrie in den letzten Decennien, ihre (und vor allem Charcot's) Methode als anatomisch-klinische auszeichnend. Dabei werden die Verdienste der Localisationslehre discutirt: Die Lehre von der Aphasie zum Beispiel soll sowohl die Existenz von Partialgedächtnissen sicher bewiesen, als auch auf die Lehre von der „partiellen Verrücktheit“ Licht geworfen haben. Die Entdeckung der motorischen Rindfelder durch Hitzig und Ferrier lasse auch die Hallucinationen besser begreifen: Wie ein Anfall Jackson'scher Epilepsie ein Delir (activité morbide) der motorischen, so sei eine Hallucination „une activité morbide“ eines Sinnescentrums, „une convulsion de la sensibilité“; so sei endlich „le délire“ (im Sinne von Meynert's Amentia zu nehmen?) le résultat de l'activité morbide der „intellectuellen Centra“. Eine dritte zwischen beiden genannten stehende Kategorie von Rindencentren sind diejenigen für den „Muskelsinn“, in denen die sogen. „Bewegungsbilder“ deponirt sind und in denen eventuell Bewegungshallucinationen entstehen können und zwar, je nachdem ob ihre „morbide“ Erregung in die benachbarten motorischen Centra irradiert oder nicht, mit oder ohne äussere Bewegungen.

Speciell ist im cerebralen Sprachgebiet eine gesonderte Erregung des sensorischen und des Sprachmuskel-Centrums möglich. Im ersten Falle resultirt das Phänomen der „inneren Sprache“ (parole sans bruit), im zweiten

*) Anm.: Wo bleibt da die psychologische Methode? Sommer.

„l'hallucination verbale motrice“ von Séglas, die zu wirklichem zwangsmässigem Sprechen werden kann, wenn Broca's rein motorisches Sprachfeld noch mit erregt wird.

E. Trömmner.

501) Sigmund Freud: Die Abwehr-Neuropsychozen. — Versuch einer psychologischen Theorie der acquirirten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser hallucinatorischer Psychozen.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 9 u. 10.)

F. geht aus von einer Erörterung über die Natur der Hysterie, im Anschluss an eine frühere Mittheilung (Breuer und Freud: Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene, Neurolog. Centralblatt 1893, 1 u. 2.), wo als die Grundlage und Bedingung der Hysterie das Vorkommen von eigenthümlichen traumartigen Bewusstseinszuständen mit eingeschränkter Associationsfähigkeit („hypnoide Zustände“) bezeichnet wird. Die für die Hysterie charakteristische Bewusstseinspaltung ist eine secundäre, sie kommt dadurch zu Stande, dass die in hypnoiden Zuständen aufgetauchten Vorstellungen vom associativen Verkehr mit dem übrigen Vorstellungsinhalt abgeschnitten werden.

Genauer behandelt nun F. eine extreme Form von Hysterie, wo die Bewusstseinspaltung die Folge eines Willensaktes des Kranken ist und zwar durch eine auf etwas anderes gerichtete Willensanstrengung herbeigeführt wird, welche aber nicht ihr Ziel erreicht (Abwehrhysterie). Die betreffenden Patienten (F. gibt eine Reihe von Beispielen) waren weder schwer belastet, noch sonst degenerirt, sondern psychisch gesund, bis ein Erlebniss, eine Vorstellung, eine Empfindung an ihr Ich herantrat, welches einen so peinlichen Affect erweckte, dass die Person alle Kraft zusammennahm, es zu vergessen, zu unterdrücken, das Ding „fortzuschieben“. Wie F. durch genauere Analyse der betreffenden Fälle gefunden hat, erwachsen solche unverträgliche Vorstellungen (bei weiblichen Personen) zumeist auf dem Boden des sexuellen Erlebens und Empfindens. Den betreffenden (irgendwie disponirten) Personen gelingt aber dieses „Vergessen“ nicht oder wenigstens nicht vollständig, sondern es führt zu verschiedenen pathologischen Reactionen, die entweder eine Hysterie oder eine Zwangsvorstellung oder eine hallucinatorische Psychose erzeugen.

Die unverträgliche Vorstellung vollständig auszulöschen, ist unmöglich, aber nahezu ist es möglich, wenn es gelingt, ihr den Affect, mit dem sie behaftet ist, zu nehmen, also aus einer starken Vorstellung eine schwache zu machen. Der Affect, die abgetrennte Erregungssumme muss nun aber in andere Wege geleitet werden. Bei der Hysterie geschieht dies dadurch, dass sie ins Körperliche übersetzt wird („Conversion“). Ist aber bei einer (disponirten) Person keine Eignung zur Conversion vorhanden, so muss der Affect auf psychischem Gebiet verbleiben. „Die nun geschwächte Vorstellung bleibt abseits von aller Association im Bewusstsein übrig, der frei gewordene Affect aber hängt sich an andere, an sich nicht unverträgliche Vorstellungen an, die durch diese falsche Verknüpfung zu Zwangsvorstellungen werden.“ In den von F. angeführten Beispielen konnte er den Uebergang der peinlichen Vorstellungen sexueller Natur bei der Willensanstrengung, dieselbe zu unterdrücken, in Zwangsvorstellungen und Phobien

(„Transposition“) direct nachweisen. Diese (secundären) Zwangsvorstellungen stehen gewöhnlich mit der primären unverträglichen Vorstellung in einer gewissen Beziehung.

Die Abwehr der unverträglichen Vorstellung kann ausser durch Trennung derselben von ihrem Affect in weit energischerer und erfolgreicherer Weise dadurch getilgt werden, dass das Ich die unverträgliche Vorstellung mitsammt ihrem Affect verwirft und sich so benimmt, als ob die Vorstellung nie an das Ich herangetreten wäre. Allein in dem Augenblicke, in dem dies gelungen ist, befindet sich die Person in einer Psychose. Indem sich das Ich von der unverträglichen Vorstellung losreißt, welche mit einem Stück der Realität untrennbar zusammenhängt, löst es sich ganz oder theilweise auch von der Realität los, die Vorstellungen gewinnen hallucinatorische Lebhaftigkeit, es kommt zum Ausbruch einer hallucinatorischen Verwirrtheit. F. theilt einen Fall von Amentia mit, welcher auf diese Weise entstanden war.

Hoppe.

II. Specielle Psychopathologie.

502) H. Meyer und H. Heine: Ueber Peptonurie bei paralytischen Geisteskranken.

(Bericht über die Irrenanstalt Basel 1898.)

Die Untersuchungen an 12 männlichen und 8 weiblichen Paralytischen ergaben das mit den bisherigen Erfahrungen übereinstimmende Resultat, dass Pepton sich in nachweisbarer Menge (von 0,003 bis 0,022%) häufig im Harn der Paralytiker, jedoch nicht zu jeder Zeit findet. Controluntersuchungen an 6 Gesunden, wobei 3 nachweisbare Mengen von Pepton zeigten, lassen die Annahme, dass die Peptonurie bei Paralytikern nichts charakteristisches hat, an Wahrscheinlichkeit gewinnen.

Hoppe.

503) D. E. Jacobson: Om Autointoxikationspsykoser.

(Bibliotek for Læger. 1894, S. 153.)

Der Verf. sucht mittelst dieser Abhandlung die Berechtigung der Aufstellung der Autointoxicationspsychose als einer ätiologisch und klinisch wohl abgegrenzten Form der Geisteskrankheiten darzuthun. Er stützt sich dabei auf 10 Krankheitsgeschichten, wovon ein paar aus der Literatur geschöpft, die meisten aber vom Verf. selbst am Communehospital zu Kopenhagen beobachtet sind. Er theilt sie in 4 Gruppen: Autointoxicationspsychose bei Nierenkrankheiten, bei Leberkrankheiten, bei Verdauungskrankheiten und bei Herzkrankheiten (und anderen mit Cyanose verbundenen Circulationsstörungen). Er hält sich für berechtigt, festzustellen, dass „Autointoxicationen in der That Geisteskrankheit hervorrufen können, und ferner, dass wir, wo dieses stattfindet, immer nur ein und dasselbe Krankheitsbild, nämlich das Bild einer acuten Verwirrung in einer der verschiedenen Erscheinungen dieser“, vorfinden. Dieses steht in guter Übereinstimmung mit dem Verhältniss bei den anderen toxischen Psychose, von welchen die hier genannten also als eine Unterabtheilung neben den auf einer Vergiftung mit einem chemischen Stoff beruhenden Psychose und den Infectionspsychose herauszuheben sind.

Koch (Kopenhagen).

504) **Cuffere:** Note sur un cas de folie urémique consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urèthre.

(Arch. de Neurol. XXVIII, 1889.)

Ein 36jähriger Mann, der seit Langem dem Alcoholmissbrauch in hohem Grade ergeben war, und der seit 8 Jahren in Folge eines Traumas an einer Stenosis urethrae litt, erkrankte an Delirium tremens, wurde als geheilt entlassen, aber 3 Wochen später wiederum wegen Geistesstörung der Anstalt zugeführt, ohne dass ein erneuter Alcohol excess vorhergegangen wäre. Somatisch bestand Oedem der unteren Extremitäten, Erbrechen, Retentio urinae, Fieber, im Urin kein Eiweiss; psychisch bestanden lebhaft verfolgte Ideen, grosse Unruhe, völlige Unorientirtheit, zeitweise Hallucinationen, verschiedener Sinne, auch kataleptiforme Zustände wurden beobachtet. Eine in der 6. Krankheitswoche vorgenommene Urethrotomia interna hob die Urinverhaltung und schaffte auch psychische Besserung, aber keine vollständige Heilung. C. ist geneigt, die Psychose als urämische aufzufassen, namentlich wegen der kataleptiformen Phasen, dem remittirenden und exacerbirenden Charakter der Erkrankung und wegen der Schwere und Eigenart der Bewusstseinsstörung. Dem Alcohol möchte er eine ätiologische Bedeutung nur insofern zuschreiben, als er einen allgemein schwächenden Einfluss auf das Nervensystem ausgeübt hat und vielleicht auch durch seine depletäre Wirkung auf die Leber die Ausscheidung bezw. Umwandlung giftiger Stoffe behindert und eine Anhäufung dieser im Blute herbeigeführt und dadurch indirect auch die Giftigkeit des in Folge der Urethralstenose zurückgehaltenen Harns gesteigert hat.

Falkenberg-Lichtenberg.

505) **Dr. Hans Gudden:** Zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse, mit besonderer Berücksichtigung des Traumas und der jugendlichen Paralysen.

(Arch. f. Psych. 1894, Bd. XXVI., 2. Heft.)

Die Arbeit ist eine Fortsetzung der von Zeit zu Zeit veröffentlichten Paralysestatistik der Charité. Auch aus ihren Tabellen springen einzelne Daten und Zahlen heraus, die es sich einzuprägen lohnt. So z. B. zeigte die höchste Aufnahmeziffer 1891 (Weshalb?), die höchstbezahlten Monate waren Mai und Juni, der paralytischste Stand war — wenn man die ungenaue Rubrik „Gewerbe“ weglässt — der der Kauf- und Börsenleute. Ueberschendere Ergebnisse zeigt die aetiologische Zusammenstellung: bei 506 Fällen fand sich 217 mal Heredität, 137 mal potus, und 180 mal sichere oder wahrscheinliche lues, letztere also in rund 45,8%; diese lues war durchschnittlich im 20—30. Lebensjahre acquirirt; 11—20 Jahre vor der Aufnahme, deren Durchschnittsalter 41,8 Jahre betrug.

Was die Symptome angeht, so waren die ersten meist Kopfschmerz und ziehende Schmerzen in den Beinen, Pupillarstörungen fehlten in 22%, und die Kniereflexe waren ebenso oft erhalten, wie gesteigert. Die tabellarische Zusammenstellung von 45 „traumatischen Paralysen“ warnt vor aetiolog. Ueberschätzung des Trauma; in 66% spielten lues und Heredität als Ursache mit.

Auch als Ursachen der Paralysen in jugendlichem Alter (vor 20 Jahren) kehren (siehe Tabelle!) Heredität, lues und trauma wieder. Je schwerer die Belastung, um so eher bricht hier die Paralyse aus. E. Trömmner.

506) Binswanger, Prof. O.: Die Psychiatrie als obligatorischer Unterrichts- und Prüfungsgegenstand.

(Jena 1898.)

B.'s Gründe für seine Forderung sind bekannt genug, um ein ausführliches Referat entbehrlich erscheinen zu lassen. Obwohl im Speciellen gegen Schultze's Denkschrift und das Gutachten der Jenaer Facultät gerichtet, dient sie doch der Sache im Allgemeinen mit triftigen, wesentlich die practische Seite betreffenden Gründen. Jeder Arzt müsse durch psychiatrische Vorbildung dahin gelangen: 1. Eine psychische Erkrankung im Beginne diagnosticiren und 2. einen gegebenen Fall betreffs seiner sozialen und forensischen Bedeutung richtig beurtheilen zu können; in die Lage dazu aber könne Jeder (wenn auch nicht Bezirks- oder Gerichts-) Arzt kommen. Ja in manchen Fällen von fraglicher Dispositionsfähigkeit müsse sogar das Zeugnisse des behandelnden Arztes vor dem des Bezirksarztes eingeholt werden. Diese und andere klar überzeugenden Gründe bestimmen B. zu der These, dass die Erhebung der Psychiatrie zum Examensfache jedenfalls zu wünschen, dabei nicht von einer Verlängerung der medicinischen Studienzeit um 1 Semester, so sehr eine solche auch angezeigt erschiene, abhängig zu machen sei. E. Trömmner.

Inhalt des December-Hefts.

I. Originalien.

- I. Beitrag zur Pathogenese der Acromegalie. Von Prof. Aug. Tamburini.
II. Zur Frage von dem verschiedenen Verhalten verschiedener Nerven, bezw. ihrer Endigungen gegen denselben Reiz. Von Dr. Max Levy-Dorn.

II. Bibliographie.

- L) Internationale medicinisch-photographische Monatsschrift, 1894, herausgegeben von Dr. Jankau-München.
LI) Flatau: Atlas des menschlichen Gehirns und des Faserverlaufes.
LII) v. Bechterew: Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark.
LIII) Exner: Entwurf einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen.
LIV) Hirt: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten.
LV) Marie: Vorlesungen über die Krankheiten des Rückenmarkes.
LVI) Dornblüth: Compendium der Psychiatrie.
LVII) Bourneville: Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie, l'idiotie et l'hydrocéphalie, compte rendu . . . de Bicêtre pendant l'année 1893.
LVIII) Borel: Nervosisme ou Neurasthénie, la maladie du siècle et les divers moyens de la combattre.
LIX) Laehr: Die Dämonischen des neuen Testaments.
LX) Der Irrenfreund, Jahrgang 1893, herausgegeben von Betz, redigirt von Brosius.
LXI) Hirsch: Genie und Entartung.
LXII) Rehfisch: Der Selbstmord.
LXIII) Glatz: Du traitement de la névralgie sciatique par l'hydrothérapie et l'électricité.

III. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Anatomie und Physiologie.

- Nr. 461) Flechsig: Ueber ein neues Eintheilungsprincip der Grosshirnoberfläche.

- Nr. 462) Schüss: Anatomische Studien an Gehirnen Geisteskranker.
Nr. 463) Gade: Et Tilfælde af Anencephali og total amyeli med flere andre Dannelsesfejl.
Nr. 464) v. Bechterew: Die sensibeln Bahnen im Rückenmark.
Nr. 465) Jocsqs: Hemianopsie double avec conservation de la vision centrale.
Nr. 466) Zur Lehre vom Antagonismus zwischen Atropin und Morphin.
Nr. 467) Head: On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease.
Nr. 468) Rossolimo: Zur Physiologie des musikalischen Talentes.

II. Specielle Pathologie.

a) Gehirn und Rückenmark.

- Nr. 469) Meinel: Ueber einen Fall von multipler herdweiser Erkrankung des Gehirns mit fortschreitender Verblödung und totaler beiderseitiger Erblindung.
Nr. 470) Jacobäus: Ueber einen Fall von Polioencephalitis hæmorrhagica superior (Wernicke).
Nr. 471) Boyce: Beitrag zur Lehre von der absteigenden Degeneration im Gehirn und Rückenmark und Bemerkungen über die Localisation und Leitungsbahnen der Krämpfe bei der Absynth-Epilepsie.
Nr. 372) Brissaud et Londe: Sur un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse.
Nr. 473) Blocq: Tabes et Diabète.
Nr. 474) Gerlach: Ein Fall von congenitaler Syringomyelie mit intramedullärer Teratombildung.
Nr. 475) Mayer: Ueber anatomische Rückenmarksbefunde in Fällen von Hirntumor.
Nr. 476) Küstermann: Ein Fall von acuter Myelitis der weissen Substanz.
Nr. 477) Redlich: Beitrag zur pathol. Anatomie der Paralysis agitans und deren Beziehungen zu gewissen Nervenkrankheiten des Greisenalters.
Nr. 478) Handford: A case of spinal hæmorrhage.
Nr. 479) Edgren: Amusi (musikalisch afasi.)

- Nr. 480) Waldo: Motor aphasia without hemiplegia. with remarks.
 Nr. 481) Nammack: A case of non-hereditary Friedreich's disease.
 Nr. 482) Burr: The spinal cord in Pott's disease.

Nr. 483) Hoffmann: Der Symptomencomplex der sogen. spastischen Spinalparalyse als Theilerscheinung einer hereditär syphilitischen Affection des Centralnervensystems.

b) Intoxicationskrankheiten.

Nr. 484) Spratling: The excessive consumption of tea as a cause of multiple neuritis.

Nr. 485) Jolly: Ueber einen Fall von multipler Neuritis nach chronischer Arsenvergiftung.

Nr. 486) Gron: Myxödem. Hypertrophie of Hypophysis cerebri.

Nr. 487) Chantemesse und Marie: Myxœdème fruste; toxicité du liquide thyroïdien.

Nr. 488) Reinhold: Ueber Schilddrüsen-therapie bei kropfleidenden Geisteskranken.

Nr. 489) Kowalewsky: Die functionellen Nervenkrankheiten und die Syphilia.

Nr. 490) Boyce: The seat of origin and paths of conduction of the fits in absinthe epilepsy.

Nr. 491) Anker: Ein Fall von wahrscheinlich hereditärer Bleilähmung.

III. Therapie.

Nr. 492) Richét: Le chloralose et ses propriétés hypnotiques.

Nr. 493) Triantaphyllidés: Neurasthénie palustre.

Nr. 494) v. Bechterew: Die Bedeutung der Frenkel'schen Methode bei der Behandlung der Tabes dorsalis.

Nr. 495) Ryan: Hypodermie injections of brain extract in mental diseases.

Nr. 496) Goldscheider: Ueber Chirurgie der Rückenmarkserkrankungen.

Nr. 497) Guttman: Ein Fall von durch Operation gebessener linksseitiger traumatischer Ophthalmoplegie.

Nr. 498) Collins: Some recent measures in the treatment of epilepsy, with special reference to the use of opium.

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

Nr. 499) Higier: Ueber unilaterale Hallucinationen.

Nr. 500) Benedikt: Second life, das Seeleninnenleben des gesunden und kranken Menschen.

Nr. 501) Joffroy: De la méthode anatomo-clinique en médecine mentale.

Nr. 502) Freud: Die Abwehr-Neuropsychosen. — Versuch einer psychologischen Theorie der acquirirten Hysterie, vieler Phobien, Zwangsvorstellungen und gewisser hallucinatorischer Psychosen.

II. Specielle Psychopathologie.

Nr. 503) Meyer u. Heine: Ueber Peptonurie bei paralytischen Geisteskranken.

Nr. 504) Jacobson: Om Autointoxikationspsykosier.

Nr. 505) Cullerre: Note sur cas de folie urémique consécutif a un rétrécissement traumatique de l'urèthre.

Nr. 506) Gudden: Zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse, mit besonderer Berücksichtigung des Traumas und der jugendlichen Paralyse.

Nr. 507) Binswanger: Die Psychiatrie als obligatorischer Unterrichts- und Prüfungsgegenstand.

IV. 2. Quartalsübersicht der Neurologischen Literatur des Auslandes, von G. Buschan, Dr. med. et phil.



185) Benson, W. u. Thompson, J.: Case of tumour of the spinal dura mater. Brit. med. Journ., febr. 24.

186) Rey, H.: Asystolie extra-cardiaque au cours d'une hémato-myélie. Courrier médic. Nr. 6.

187) Sayre: Obscure injuries of the spine followed by paralysis of long standing relieved by suspension and plaster of Paris Jacket. New-York med. Journ., jan 24, S. 65.

188) Simon: Sur un cas de mort subite par l'hémorrhagie méningée. Revue méd. de l'Est Nr. 2, S. 41.

3. Myelitis, diffuse Rückenmarkssclerose, infantile Lähmungen, aufsteigende Lähmung.

189) Barrié: Contribution à l'étude de la méningo-myélite hémorrhagique. Thèse, Paris, juin 14.

190) César, M.: De l'amputation des membres dans les anciennes paralysies infantiles. Thèse Nr. 913. Lyon, avril 17.

191) Dreschfeld, J.: On acute disseminated myelitis. Brit. med. Journ. Nr. 1744, juin 2.

192) Dutil, A. u. Charcot, J. B.: Note sur un cas de poliomyélite antérieure chronique suivi d'autopsie. Progrès méd. Nr. 11.

193) Gombault, A. u. Philippe: Un cas de myélite transverse d'origine traumatique. Bull. de la société anat. Nr. 1 u. 2.

194) Guizzetti, P.: Contributo all'anatomia patologica ed alla etiologia della paralisi ascendente acuta. Riforma med., april 2, 3 u. 4.

195) Marchese, Stefano: Sclerosi multilocolare in seguito a trauma. Gazz. lomb. Nr. 9.

196) Putawski, A.: Poliomyelitis anterior oder Neuritis multiplex. (Belgisch.) Gazeta lekarska Nr. 18.

197) Williamson, B. TR: The early pathological changes in disseminated sclerosis. Med. Chronicle, march. Ferner Nr. 73. 125, 238, 423.

4. Pachymeningitis.

198) Lawy: Pachyméningite cervicale syphilitique. Nouv. Icon. de la Salpêtr., avril, S. 104.

199) Vandervelde und La Bosuf: Pachyméningite hypertrophique tuberculeuse de la région dorsale supérieure. Journ. de méd. de Bruxelles Nr. 14, S. 212. Ferner Nr. 420.

5. Tabes.

200) Anschau: Deux cas de tabes combiné suivis d'autopsie. Thèse, Paris, juin 71.

201) Cathelinesau: Crises gastriques du tabes; aréologie et chimisme stomacal. Arch. génér., S. 405, avril.

202) Collet, J.: Ataxie locomotrice; crises laryngées, paralysie des brico-aryténoïdiens postérieurs. Revue médicale, mars 24.

203) Hitzig: Intorno alla tabe traumatica ed alla patogenesi della tabe in generale. Ann. di nervol. Nr. 1 u. 2.

204) Jackson, H. u. Taylor, J.: A further note on the return of the knee-jerk in a tabetic patient after an attack of hemiplegia. Brit. med. Journ., june 28.

205) Kuh, Sydney: The pathology of locomotor ataxy. Medico-News, S. 227, Nr. 1103.

206) Legoudaky: Etude clinique des rapports de la syphilis et du tabes. Thèse, Paris, mai 30.

207) Lemoine, G.: Relations de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale. Gaz. de Paris, Nr. 13—15.

208) Mitchell J. K.: A case of locomotor ataxia, beginning in the arms. Amer. Journ. of med. sc., S. 420, april.

- 209) Negro, L.: Crise dell'olfattorio en un tabetico. *Gaz. med. di Torino* Nr. 10.
- 210) Petrini: Un cas de pseudo-tabes dorsal (parapolynévrite périphérique) d'origine syphilitique avec ramollissement du renflement cervico-dorsal de la moelle. *Mercredi médic.* Nr. 1.
Ferner Nr. 228, 444, 494, 516.
6. Friedreich'sche Krankheit, Thomsen'sche Krankheit, Ataxie.
- 211) Brissaud: Maladie de Friedreich. *Revue génér. de clin. et thérap.* Nr. 29.
- 212) Brissaud, E. u. Londe, P.: Sur un cas d'héréd.-ataxie cérébelleuse. *Revue neurol.* Nr. 5, S. 129.
- 213) Mackenzie, Hector: A case of non hereditary Friedreich's disease. *Amer. Journ. of med. sc.* Nr. 4, S. 371.
- 214) Ribel: Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich. Thèse, Paris, mars 14.
7. Lateralsclerose, sonstige Systemerkrankungen.
- 215) Lannois, M. u. Lemoine, G.: Sur un cas de sclérose des cordons latéraux avec sclérose du bulbe et atrophie des nerfs optiques. *Arch. de méd. expér., mai.*
- 216) Mills: Unilateral sweating of the face and neck in a probable case of posterior sclerosis of slow development. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, S. 127, febr.
Ferner Nr. 74, 75, 78.
- 8 Syringomyelie, Morvan'sche Krankheit.
- 217) Agostini, C.: Un caso di siringomielia associata ad isteria. *Riv. sperim. di freniatr.* Nr. 1.
- 218) Charcot, J. B.: Arthropathie syringomyélique et dissociation de la sensibilité. *Revue neurol.* Nr. 9, S. 250.
- 219) Dana, Ch.: Syringo-myelia; central glioma of the spinal cord, with spontaneous central hemerhage. *Journ. of ment. dis.* Nr. 1, S. 67.
- 220) Deroum, F. H.: A case of syringomyelia. *Journ. of nerv. dis.* Nr. 3, S. 174, 205.
- 221) Ferrannini, A.: Nucleo nosologico della siringomielia definito da una sua forma familiare sinora non descritta. *Riforma med.* Juni. 13—18.
- 222) Homén, E. A.: Bidrag till Kännedom om syringomyelin. (Beitrag z. Kenntn. d. Syringomyelie.) *Nord. med. Ark.* Nr. 1.
- 223) Lloyd, J.: Traumatic affections of the cervical region of the spinal cord, simulating syringomyelia. *Journ. of nerv. dis.*, juin.
- 224) Lunn, J. R.: A case of syringomyelia, with necropsy. *Lancet* Nr. 3690, may 19.
- 225) Mills, Ch.: Two cases of syringomyelia; one of unilateral type. *Journ. of nerv. dis.* Nr. 4, S. 237.
9. Myopathien (progressive Muskelatrophien, pseudo-hypertr. Paralyse, sonstige Atrophien).
- 226) Ascoli: Sull'emiatrofia della lingua. *Policlin.* Nr. 7 u. 8.
- 227) Ceconi: Alla simtomatologia della atrofia mosc. progressiva. *Riv. venet. di sc. med.* 1894.
- 228) Collins, J.: Progressive muscular atrophy associated with locomotor ataxia. *Journ. of nerv. and ment. dis.* Nr. 2, S. 92.
- 229) Huet, E.: Examen de l'excitabilité électrique dans la myopathie

- primitive progressive. Nouv. Icon. de la Salpêtr. Nr. 3.
- 230) Lloyd, James H.: Progressive muscular atrophy with arthropathies of the knee-joint. Journ. of nerv. dis. Nr. 3, S. 206.
- 231) Londe, P. u. Meige, H.: Myopathie primitive généralisée. Nouv. Icon. de la Salpêtr. Nr. 3.
- 232) Meige, H.: Les amyotrophies dans l'art. Nouv. Icon. de la Salpêtr. Nr. 3.
- 233) Merigot de Treigny: Des atrophies musculaires progressives. Revue génér. de clin. Nr. 7.
- 234) M'Gregor, A. N.: A remarkable case of unilateral hypertrophy in a child. Glasgow med. Journ. Nr. 3, S. 189.
- 235) Middleton, Geo. S.: Acute atrophic spinal paralysis in an adult. Glasgow medic. Journ., June, S. 416.
- 236) Plicque, A. F.: Les amyotrophies d'origine vasculaire, leur traitement préventif et curatif. Gaz. des hôp. Nr. 21.
- 237) Prautois, V. und Etienne, G.: Troubles trophiques dans un cas d'atrophie musculaire myélopathique. Revue de méd. Nr. 4, S. 300.
- 238) Rampoldi, V.: Di una forma frustra e atipica di pseudoipertrofia muscolare progressiva. Gazz. med. lomb., genn. 6.
- 239) Richer, P.: De la station et de la marche chez les myopathiques. Nouv. Icon. de la Salpêtr. Nr. 3.
- 240) Robertson, Alex.: Patient with rheumatic muscular atrophy. Glasgow med. Journ., June, S. 448.
- 241) Sacara-Tulbure: Contribution à l'étude clinique de la paralysie pseudo-hypertrophique. Rev. de méd., avril u. juin.
- 242) Savill, T.: Un cas d'amyotrophie primitive avec réactions électriques normales. Nouv. Icon. de la Salpêtr. Nr. 3.
- 243) Souques, A.: Un cas de myopathie primitive progressive avec attitudes vicieuses extraordinaires. Nouvelle Icon. de la Salpêtrière Nr. 3.
- 244) Thévenet, V.: Atrophie de plusieurs muscles de l'épaule consécutive à une pleurésie. Lyon méd. Nr. 5.
- 245) Turri, R.: Contributo allo studio delle amiotrofe. Atti dell'Accad. d. sc. med. e nat. in Ferrara, Jan.
- 246) White, Hale: Muscular dystrophy. Clin. Soc. of Lond. (B.) Lancet Nr. 3688, may 5.

c) Nerven und Nervenkerne.

1. Lähmungen.

Polioencephalitis, Bulbarparalyse.

- 247) Colman, W. S.: A case of pseudo-bulbar paralysis. Brain.
- 248) Londe, P.: Paralysie bulbaire progressive, infantile et familiale. Revue de méd. Nr. 3, S. 212.
- 249) Tollemer, C.: Contribution à l'étude des folies encéphalites supérieures. Paris, Steinheil.
- 250) Wiener, Alfred: A case of subacute unilateral bulbar palsy. Journ. of nerv. dis. Nr. 1, S. 63.
- 251) Wolfe, S.: Polioencephalitis superior acuta, with report of a case. Journ. of nerv. dis. Nr. 4, S. 229, ferner Nr. 292.

Augenmuskellähmungen.

- 252) Dodd, O.: Conjugate deviation of the eyes with middle ear suppuration. Journ. of the Amer. assoc. XXII., Nr. 6.
- 253) Dresel, G.: Ophthalmoplegia. Amer. Journ. of oph. Nr. 2, S. 52.
- 254) Jackson, Hugh: Intensification of lateral deviation of the eyes in

- case of hemiplegia during chloroform anaesthesia etc. *Lancet* Nr. 3687, april 28.
- 255) Jackson, Hugh: Further remarks on lateral deviation of the eyes. *Lancet* Nr. 3687, april 28.
- 256) Moyer, Harold: Congenital (unilateral) ptosis. *Medic. News.* Nr. 8, S. 207.
- 257) Baia, Vito: Three cases of partial paralysis of the ocular muscles from injury to the head. *Med. News.* Nr. 5, S. 130.
- 258) Spéville, de: Paralysis oculaire chez un enfant de quatre ans. *Revue des mal. de l'enf.* S. 124, mars.

Facialislähmung.

- 259) Boix, E.: De la paralysie faciale périphérique précoce dans la période secondaire de la syphilis. *Arch. génér. de méd.* févr.
- 260) Bacon, Giovanni, C.: Un caso di paralisi faciale in sorta nel decorso di un reumatismo muscolo-articolare con eritema essudativo multiforme. *Rif. med.* Nr. 22.
- 261) Chabbert: Sur un cas de paralysie faciale a frigore avec anesthésie superficielle du trijumeau et tumeur gazeuse de la parotide. *Paris, publ. Progrès méd.*
- 262) Goldzieher: Un symptôme inconnu de la paralysie faciale complète. *Revue génér. d'opht.* Nr. 1.
- 263) Gay, Will.: A case of peripheral paralysis following varicella. *Brit. med. Journ.*, march 31.
- 264) Venton, Maria: Peripheral paralysis. *Medic. News.* Nr. 1106, S. 309.

Trigeminus-Lähmung.

- 265) Jack, Wm.: Recurrent paralysis of the third nerve and hemiparesis. *Glasgow. med. Journ.* Nr. 4, S. 249.

Lähmungen einzelner Extremitätennerven.

- 266) Arias: Brève étude sur les paralysies radiculaires du plexus brachial. Thèse, Paris. 11. avril.
- 267) Audry, C.: Des paralysies hystéro-operatives de l'avantbras et de la main consécutives à des interventions sur le coude. *Le Mans, Monnoyer.*
- 268) Féré, Ch.: Note sur une paralysie nocturne provoquée par la chloralose. *Revue neurol.* Nr. 6, S. 164.
- 269) Joly: Paralysie radulaire supérieure du plexus brachial. ou paralysie Duchenne-Erb. Thèse. Paris, 18. avril.
- 270) Moyer, Harold: Traumatic paralysis of the leg. *Med. News.* Nr. 8, S, 207, Febr.
- 271) Spencer, H. A.: Bell's paralysis occurring with herpes joster. *Lancet* Nr. 3693, June 9.

Lähmungen, Varia.

- 272) Bannister, H. M.: General paresis a toxine disease? *Amer. Journ. of insanity,* april.
- 273) Moore J. W.: A case of associated paralysis of the right portio dura and pneumogastric nerves. *Dubl. Journ.* S. 315, apr.
- 274) Moorhouse, Ern.: Paralysis of the serratus magose and dislocation of the scapula. *Brit. med. Journ.*, jan. 27. Ferner Nr. 430, 446.

2. Krampf und Contractur.

- 275) Brissaud, E.: Tics et spasmes cloniques de la face. *Journ. de méd. pract.* Nr. 2.
- 276) Dickinson, Ch.: Obstinate singultus. *New-York. med. Rec.* Nr. 12, S. 367.
- 277) Frère, A., Hanbury: Handicraft spasm in a stone mason. *Brit. med. Journ.*, Jan. 27.

- 278) Froste, C.: *Maladie des tics convulsifs.* Hygiea Nr. 3, S. 201.
279) Humphry, G.: *Abnormal muscular contractions and their affects.* Lancet Nr. 3690, may. 19.
280) Meyer, Harold: *Spasm of the muscles of the fore-arm with trophic changes.* Med. News. Nr. 8, S. 207.
281) Weber, F. P.: *Muscular cramp in relation with the phenomena of angina pectoris and "intermittent claudication of the extremities".* Amer. Journ. of med. sc., mai. Ferner Nr. 529, 617, 624.

3. Tremor.

- 282) Giannelli, A.: *Un caso di tremore epilettico.* Riforma med., marzo 7.
283) Peterson, Fr.: *Notes upon kymographic tracings of tremor.* New-York med. Journ. Nr. 797.
284) Scales, J. W.: *Vertical nystagmus of one eye cured by shortening the superior rectus muscle.* Ophthalm. Record Nr. 10, S. 403.

4. Neuralgie.

- 285) Boulengier, O.: *La tarsalgie calcanéenne.* Presse médic. Nr. 5—7.
286) Duplay: *Névralgie faciale; névralgie des édentés.* Gaz. des hôp. Nr. 39.
287) Johnson: *Neuralgia of the great occipital nerve associated with symptoms of a destructive lesion of the cervical sympathetic.* New-York med. Joarn, may 5, Nr. 805.
288) Kirpatrick, R. C.: *Sciatica complication of carcinoma.* Montréal med. Journ. Nr. 9.
289) Le Gac: *Pathogénie du tic douloureux de la face; son traitement par la résection du bord alvéolaire.* Thèse, Paris, 18. avril. Ferner Nr. 454, 463, 487, 511, 517, 580, 581.

5. Neuritis.

- 290) Galleis, M.: *Contribution à l'étude des signes objectifs de la sciatique.* Thèse Nr. 920, Lyon, mai 2.
291) Gurgo, F.: *Due casi di pedinevrite con anasarea.* Biferma med., Juni 20 u. 21.
292) Higier, H.: *Polynévritis et polio-encéphalomyelitis anterior.* (Pbln.) Gazeta lekarska Nr. 17, 18, 20.
293) Johnson, A. B.: *Neuralgia of the great occipital nerve associated with symptoms of a destructive lesion of the cervical sympathetic.* New-York med. Journ. Nr. 805.
294) Monro: *Peripheral neuritis after measles.* Lancet, avril 14, Nr. 3685.
295) Montvalvo, J. B.: *El beri-beri en la Habana.* Habana, Miranda.
296) Meyer, Harold: *Neuritis following influenza.* Med. News. Nr. 8. S. 207.
297) Nepveu: *La relation clinique d'un cas de bérubéri et les résultats d'un examen histologique.* Marseille médical Nr. 12.
298) Pearce, Savery: *A case of multiple neuritis, simulating Landry's paralysis in the rapidity, or her and extent of paralysis.* Journ. of nerv. dis. Nr. 3, S. 163, 207.
299) Potts, Chs: *A case of multiple neuritis caused by arsenic used in the treatment of chorea.* Univ. med. Magaz. Nr. 7, S. 469.
300) Reich, A.: *A case of diabetic multiple peripheral neuritis.* New-York med. Rec. Nr. 2, S. 59.
301) Schreiber, J.: *Des différentes formes de la sciatique et leur traitement.* Mercredi médic. Nr. 17.
302) Vanlair, C.: *La mesoneurite nodéuse.* Arch. de neurol. Nr. 84, S. 81. Ferner Nr. 326, 594.

6. Varia.

- 303) Collet, J.: Névrome plexiforme de la face et du crâne avec éléphantiasis des parties molles. *Gaz. hebdom.* Nr. 7.
- 304) Féré, Ch. u. Batigne P.: Note sur quelques phénomènes de compression du nerf cubital, produits par l'apophyse sur-épitrochienne. *Revue neurol.* Nr. 3, S. 71.
- 305) Landowski, L.: Fibromes mous de la peau, fibromes des nerfs; pigmentation cutanée „généralisée“. *Gaz. des hôp.* Nr. 85.

d) Neurosen.

1. Allgemeines.

- 306) Goodhart, James: The common neuroses, or the neurotic element in disease and its rational treatment. London, Lewis.
Ferner Nr. 413, 715.

2. Epilepsie.

- 307) Bono u. Dotto: L'occhio degli epilettici. *Arch. di Ottalm.* I, 8-9, S. 277.
- 308) D'Anna, E.: Accessi epilettiformi per cicatrice deforme. *Pol. clin. junio* 15.
- 309) Deplats u. Didier: Deux cas d'épilepsie partielle sensitivo-sensorielle. *Journ. de sc. méd. de Lille* Nr. 7.
- 310) Donaggio: Indice dinamometrico, sviluppo degli arti e riflessi in 34 epilettici. *Riv. sperim. di fren.* Nr. 1.
- 311) Féré Ch.: Note sur un cas de sialorrhée épileptique. *Compt. rend. de la Soc. de biolog., mars.*
- 312) Giard: Cinq taenias, accès épileptiformes; expulsion provoquée par la décoction de racine de grenadier. *Gaz. médic. de Picardie,* février.
- 313) Larrabee, J. A.: Epilepsy. *Amer. Pract. and News.* Nr. 6, S. 208.

- 314) Macalester: Sur 250 cas d'épilepsie. *New-York medic. Journ.* Nr. 791.
- 315) Oliver, Th.: Epilepsy in a puerpera with hyperpyrexia; death. *Lancet* Nr. 3691, may 26.
- 316) Pitres, A.: Sur un cas d'épilepsie Jacksonienne avec accès de tachycardie paroxystique de nature épileptoïde. *Arch. clin. de Bordeaux* Nr. 3, S. 97.
Ferner Nr. 168, 282, 455, 458, 471, 534, 587, 631, 636, 662.

3. Eklampsie.

- 317) Baley, H.: Les symptômes prodromiques de l'éclampsie. *Courrier médic.* Nr. 4.
- 318) Comby, J.: Rapports entre le rachitisme et les accidents convulsifs chez les enfants. *Médecine infant.* Nr. 4.
- 319) Didier, A.: Etude sur l'éclampsie pleurale. *Journ. des sc. médic. de Lille,* Nr. 11, 12.
- 320) Mya, G.: Sulla patogenesi dell'eclampsia infantile. *La Pediatr.* Nr. 5.
- 321) Biggs, H. C.: Induced labor as related to puerperal eclampsia. *Med. News.* Nr. 10, S. 258.
- 322) O'Farrell: Sudden death of a boy from convulsiones following rupture of the stomach. *Lancet* Nr. 3690, may 19.
- 323) Waters, E.: A case of puerperal eclampsia following lead poisoning. *Brit. med. Journ.,* march 31.
Ferner Nr. 52, 472, 474.

4. Tetanie, Tetanos.

- 324) Giannelli, A.: Contributo allo studio della tetania. *Riforma med.* Nr. 82, 83.
- 325) Houques: Contribution à l'étude du tétanos céphalo-paralytique, tétanos céphalique avec paralysie faciale. *Thèse, Bordeaux,* Nr. 53.

326) Liégeois, Ch.: Un cas de tétanie par névrite du poplité externe. Progrès méd. Nr. 9.

327) Rossi, Doria: Contributo allo studio del tetano puerperale. Policl. Nr. 3, S. 44.

5. Chorea.

328) Baughman: A few considerations on the subject of chorea. The medic. and surg. Report Nr. 7, S. 229.

329) Dana, Ch.: On the microbic origin of chorea; report of a case with autopsy. Amer. Journ. of med. sc., S. 31, jan. Ferner Nr. 346, 457, 479, 486, 627.

6. Athetose.

330) Bézy: Contribution à l'étude de l'athétose double. Médecine infant. Nr. 4.

331) Pennato, Papinio: Sull'atesosi bilaterale. Arch. ital. di olin. med. Nr. 4, S. 703.

7. Schüttellähmung.

332) Norbury, F.: A case of paralysis agitans, showing unusual contractions. Journ. of nerv. dis., juin.

333) Lannois: Paralyse agitante chez un jeune sujet. Lyon médic. Nr. 14.

8. Neurasthenie.

334) Althaus, Jul.: On failure of brain power (encephal-asthenia); its nature and treatment, 4. edit. London, Longmans.

335) Baquis, E. u. Baduel, C.: Su alcuni interessanti fenomeni oculari subbiettivi verificati in un soggetto nevtrasthenico. Riv. sper. di freniatr. Nr. 1.

336) Bérillon, E.: Les phobies neurasthéniques envisagées au point de vue du service militaire. Revue de l'hypn. Nr. 8.

337) Borel, V.: Nervosisme ou neurasthénie, la maladie du scièole et

les divers moyens de la combattre. Paris, Alcan.

338) Browne, Ralph: Neurasthenia and its treatment by hypodermic transfusions (according to the method of Dr. Chéron). London, Churohill.

339) Dana, Ch.: On a new type of neurasthenic disorders: angioparalytic or „pulsating“ neurasthenia. Savannah med. Journ. Nr. 1, S. 8.

340) Dowse, Thomas Stretch: On neurasthenia or brain and nerve exhaustion, and the nervous sequelæ of influenza. London, Bailière.

341) Kulneff, N.: Neurastheni, nedsjunkning af bukorgan och gastro-intestinal atoni. Lund. Neur., viscerale Krisen und gastro-intestinale Atonie.)

342) Love, J. N.: Neurasthenia. Buffalo med. and surg. Journ. Nr. 391.

343) Mathieu, A.: Neurasthénie (épuiement nerveux). Paris.

344) Montenis: Neurasthénie et arthritisme. Revue gén. de clinique Nr. 9.

345) Patricopoulo: Neurasthénie d'origine traumatique. Thèse, Paris, juin 6.

9. Hysterie.

346) Boeri, G.: Spasmo isterico dello sterno-oleido mastoideo, anosmia, emicorea postemiplegica. Riforma med, marzo 9 u. 10.

347) Colin: De quelques cas d'anesthésie généralisée dans l'hystérie. Paris, mars 15.

348) Denusé: Des troubles de la marche (astasis-abasia) consécutifs au phimosis congénital. Journ. de méd. de Bordeaux. Nr. 13.

349) Deroye: Hystérie chez un homme, guérie par la suggestion. Bourgogne méd. Nr. 1.

350) Drenne: Contribution à l'étude de l'hystérie; du begayement chez les hystériques. Thèse, Paris, mai 9.

351) Grasset: Etiologie infectieuse de l'hystérie. Nouv. Montpellier méd., mai 26 u. juin 2.

352) Lumeau, S.: Studio sopra un caso di spasmo della glottide da isterismo. Gazz lomb. Nr. 14.

353) Martel: De l'hystérie toxique. Thèse, Paris, mai 10.

354) Mitchell und Schweinitz: A further study of hysterical cases and their fields of vision. Journ. of nerv. and ment. dis., jan.

355) Rendu, H.: Atrophie musculaire dans la paralysie hystérique. Journ. de méd. pract. Nr. 3.

356) Roufflange: Associations du tabes et de l'hystérie. Paris, Steinheil.

357) Sapotis, S. de: Su due casi d'isteria maschile associata a pazzia morale. Policlin., Juni 1.

358) Smith: A case presenting the group of symptoms termed astasia abasia. Johns Hopkins Hosp. Bullet. Nr. 37, jan.-febr.

359) Vibert, Ch.: Observations de mensonges ou prétendus mensonges des hystériques. Ann. d'hyg. Nr. 2, S. 171.

Ferner Nr. 217, 385, 485.

10. Basedow'sche Krankheit.

360) Berger, E.: Névroses de sécrétion de la glande lacrymale, larmoyement et sécheresse de la conjunctive dans le goître exophtalmique Arch. d'Ophtalm. Nr. 2, S. 101.

361) Booth, A.: Exophtalmic goitre; thyreoidectomie. New-York med. Journ. Nr. 12 (790); S. 375.

362) Booth, J.: Some clinical notes on 8 cases of exophtalmic goitre. Manhattan Eye and Ear hosp., jan.

363) Canter, C.: Myxœdema et goître exophtalmique. Annat. de la Soc. médico-chir. de Liège Nr. 1; S. 12.

364) Chamberlain: De la maladie de Basedow. Paris, Joove.

365) Craig, J.: An unusual case of Grave's disease. Dublin. Journ. of med. sc., june, Nr. 252, S. 508.

366) Crook, J. K.: Clinical lecture of exophtalmic goitre. New-York med. Journ. Nr. 801.

367) Herskind: Om den kirurgiske behandling og patogenesis af morbus Basedowii. Bibl. f. Lagev. S. 204.

368) Joffroy, M. A.: Nature et traitement du goître exophtalmique (suite). Progrès méd. Nr. 10, S. 161.

369) Paterson, B.: Note on the etiology of Grave's disease. Lancet Nr. 3692, june 2.

370) Putnam, James: Recent observations on the functions of the thyroid gland, and the relation of its enlargement to Grave's disease, also remarks on the therapeutic use of steeps thyroid and of other organic extracts. Boston med. and surg. Journ. Nr. 7, S. 153.

371) Taylor, J. Mad.: Exophtalmic goitre. Journ. of nerv. dis. Nr. 2, S. 132.

372) Vandervelde u. Le Bouf: Le goître dans la maladie de Basedow. Journ. de Bruxelles Nr. 9, S. 129.

Ferner Nr. 475.

11. Akromegalie, Myxœdem.

373) Blocq, B.: De l'acromégalie. Gaz. hebdom. Nr. 2.

374) Delacour: Observation de chiro-mégalie. Bull. de la Soc. (méd. de l'ouest III, Nr. 2.

375) Dreschfeld: Acromegalie. Brit. med. Journ. Nr. 1723, S. 4.

376) Lavielle, Ch.: Un nouveau cas d'acromégalie. Paris, Dax.

- 377) Mézel: Contribution à l'étude des troubles oculaires dans l'acromégalie; essai sur la pathogénie de cette affection. Thèse, Paris, mai 16.
- 378) Parsons, Ralph: Report of a case of acromegaly. Journ. of nerv. dis. Nr. 2, S. 120.
- 379) Rampoldi, Vitt: Caso di acromegalia. Gazz. lomb. Nr. 11.
- 380) Sales-Cohen: A case of acromegaly with remarks on treatment by desiccated thyroid gland Med. and surg. Report, may, S. 740.
- 381) Tyson, W. J.: Myxœdema and allied diseases. Medic. Magaz. Nr. 11, may.
Ferner Nr. 491, 492, 495, 498.
- 12 Migräne, Hemicranie, Kopfschmerz, Schwindel.
- 382) Bonnier, P.: Le vertige Paris' Rueff.
- 383) Gradle, H.: The causes and treatment of migraine. Medic. News Nr. 1130, S. 230.
- 384) Mackenzie, Stephan: Remarks on the nature, diagnosis, prognosis and treatment of orural vertigo, with notes of a case. Brit. med. Journ., may 5, S. 953.
Ferner Nr. 454, 460, 468, 481.
13. Trophische und vasomotorische Neurosen (Sclerodermie, Erythromelalgie, Raynaud'sche Krankheit etc.).
- 385) Bayet: Gangrènes, disséminées et successives de la peau d'origine hystérique. Ann. de dermatologie, mai.
- 386) Cortlett: A case of circumscrip sclerodermia. Journ. of out. dis. Nr. 2.
- 387) Crisafulli, G.: Ulcera gangrenosa del prepuzio in un diabetico. Riforma med., mai 17.
- 388) Deck, Henry: A case of Raynaud disease. Brit. med. Journ., jan. 27, S. 187.
- 389) Dercum, Fr.: A case of scleroderma of traumatic origin. Journ. of ment dis. Nr. 3, S. 198.
- 390) Giletti, A.: Cheratodermite simmetrica palmare e plantare da trofoneurosi. Torino, Fodratti.
- 391) Huchard, H.: Des œdèmes nerveux. Revue gén. de clin. Nr. 4.
- 392) Lancereaux: Des trophonévroses des extrémités ou arotrophonévroses. — Trophonévrose nécrotique ou gangrène névropathique. Semaine médic. Nr. 33.
- 393) Laurenti: Un caso di gangrena simmetrica di origine spinale da influenza. Rif. med. Nr. 34.
- 394) Mensi: Gangrena cutis in rosolia (Masern) Gaz. med. di Torino Nr. 19.
- 395) Mourro, T. K.: On a complicated case of Raynaud's disease etc. Glasgow. med. Journ. Nr. 4, S. 267, apr.
- 396) Morlot, E. u. Gallois, M.: Adipose localisée d'origine trophonévralgique. Bourgogne méd., mars.
- 397) Rocher, de: Un cas de sclérodemie et son traitement. Journ. des malad. cut. Nr. 1.
- 398) Solis-Cohen, S.: Vasomotor ataxia, a contribution to the subject of idiosyncrasies. Amer. Journ. of the med sc., febr.
- 399) Vaquez, H.: Des névropathies d'origine cardiaque. Mercredi méd. Nr. 10.
- 400) Verchère: Eczéma phénique aigu de la paume de la main: troubles trophiques consécutifs. France médic. Nr. 7.
Ferner Nr. 425, 608.
14. Traumatische Neurose und Verwandtes.
- 401) Bremer, L.: Traumatic neuroses'

- Journ. of the amer. med. assoc.
Nr. 2.
- 402) Isnard, Edm.: Névroses traumatiques chez l'enfant Thèse Nr. 917, Lyon, avril 28.
Ferner Nr 270, 345, 389.
- 15 Varia.
- 403) Chatain: Un cas de narcolepsie. Arch de méd. et de pharm mil. Nr. 2, S 132.
- 404) Coulon, G: Observations d'ictère émotif chez les enfants. Médecine infant. Nr. 4.
- 405) Forbes, C: The „sleeping sickness of West-Africa“. Lancet Nr. 3689, may 12.
- 406) Hayem: Gastrite hyperpeptique; forme commune et forme névropathique. Bulletin médic Nr. 31 und 35
- 407) Hayem: Rapports de la gastrite hyperpeptique et d'une manière générale des gastropathies avec les névroses. Bullet. méd. Nr 45.
- 408) Hirschberg, R.: Névrose par-esthésique chez un dégénéré héréditaire. Revue neurol. Nr. 6, S. 161.
- 409) Lemoine, G. u. Linossier, G.: Contribution à l'étude de mérycisme chez l'homme. Revue de méd. Nr. 3. S. 177.
- 410) Reed, Boardman: A fatal of hyperemesis gravidarum. Med. News Nr. 2, S. 47.
- 411) Wächter, C.: Spermatorrhoea. New-York med. Rec. Nr 7, S. 203.
- 412) Wolff, L.: Bidrag til de nervöse magsjukdomarnes patologi (Beitrag z. Pathol. der nervösen Magenkrankh.). Upsala läkareförs. förhandl., S. 266.
- e) Intoxicationen.
1. Syphilis.
- 413) D'Elia, Alf.: Un caso di precoce malattia sifilitica della mi-
- della spinale. Gaz. degli ospid. Nr. 45.
- 414) Fournier: Des étapes ultimes de la syphilis. Bullet. médic. Nr. 33.
- 415) Fournier: Les affections parasymphilitiques. Paris, Rueff.
- 416) Gourlay, du: Syphilis oculaire tardive et syphilis cérébrale, Ann. d'oculist. 2. S. 112.
- 417) Henriquez: Contribution à l'étude de la syphilis médullaire. Paris, thèse, juin 14
- 418) Jorand: Un cas d'hémiplégie spinale avec anesthésie croisée d'origine syphilitique. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr., avril, Nr. 113.
- 419) Massart: Syphilis médullaire aiguë guérie. Année méd. de Caen Nr. 5
- 420) Lamy, H.: Un cas de pachy méningite cervicale syphilitique. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. Nr. 2.
- 421) Ozanne: Un cas de syphilome cérébral compliqué de glycosurie chez un arthritique. Mercredi méd. Nr. 22.
- 422) Raymond, F.; Etude de la syphilis du système nerveux. Archiv de neurol. Nr. 83, 84. S. 1, 113.
- 423) Sottas, J.: Contribution à l'étude anatomique et clinique des paralysies spinalis syphilitiques. Paris, Steinheil.
Ferner Nr. 148, 178, 180, 198, 206, 210, 259, 607, 611.
2. Andere organische Gifte (Influenza, Malaria, Typhus, Rabies, Pellagra, Lepra, Beri-beri, Diphtheritis etc.).
- 424) Daddi, G.: Di un caso di meningite da bacillo tifico. Sperimentale. Juni. 27.

- 425) Laurenti, G.: Un caso di gangrena simmetria di origine spinale da influenza. *Rif. med.*, febr. 10.
- 426) Osler, W.: On the neurosis following enteric fever known as „the typhoid spine“. *Amer. Journ. of the med. scienc.*, jan.
- 427) Tiotine, J.: Contribution à l'étude des méningites et des abcès produits par le bacille de la typhoïde. *Arch. de méd. expér.* Nr. 1, S. 1.
- 428) Babes, A.: De la morvine. *Roumanie méd.* Nr. 1.
- 429) Delépine: Un cas de morve chez l'homme. *Normandie méd.* Nr. 6.
- 430) Goldschmidt: Une épizootie et une épidémie aiguës de rage à Madère. *Ann. de l'Institut. Pasteur*, janv.
- 431) Pellizi und Tirelli: Etiologia della pellagra in rapporto alle toxine del mais guasto. *Archiv. di psichiatr.* Nr. 3.
- 432) Douglas Heath: A case of anæsthetic leprosy. *Lancet* Nr. 3695, june 23.
- 433) Holmberg: Lepra anæsthetica. *Finska läkares. handl.* Nr. 1, S. 27.
- 434) Bœnning, H.: Eight cases of beri-beri. *Amer. Journ. of med. sc.*, mai.
- 435) Kirchberg, E.: Relation de trois cas de bérubéri. *Gaz. des hôp.* Nr. 1—4.
- 436) Gayton, W.: A case of paralysis following diphtheria of the genitalis only. *Lancet* Nr. 3691, may 26.
- Ferner Nr. 78, 80, 108, 137, 175, 189, 263, 294, 295, 296, 297, 340, 393, 394, 604.

3. Alcohol, Tabak.

- 437) Bessim-Omer: Le nicotinisme en Turquie.

- 438) Kerr, Norman: Inebriety or narcomania; its etiology, pathology, treatment and jurisprudence. London, Lewis.
- 439) Lardier: L'intoxication alcoolique maladie endémique. *Revue médic. chirurg. de la province* Nr. 2 u. 3.
- 440) Shepherd, J. M.: Alcoholic paralysis with fatal hematemesis. *Univ. med. Magaz.* Nr. 7, S. 456.
- 441) Toulouse, E.: De la stupeur cataleptique dans le délire alcoolique aigu. *Tribune méd.* Nr. 6: Ferner Nr. 99, 478, 518, 652, 685.

4. Anorganische Gifte, (Blei, Quecksilber, Phosphor, Arsenik).

- 442) Lombard, Ch.: Sur un cas de cécité passagère consecutive à l'intoxication saturnine. *Revue méd. de la Suisse rom.*, mars.
- 443) Vallon, Ch.: Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique. Paris.
- 444) Mathieu: Arsenicisme chronique; pigmentation cutanée tachetée; gastro-entérite; pseudo-tabes. *Gaz. méd. de Paris* Nr. 14.

5. Morphium, Cocain.

- 445) Buccelli: Cocainismo e delirio cocainico. *Riv. sperim. di fren.* Nr. 1.
- 446) Gianelli, A.: Sui disturbi prodotti dal sulfonale. *Rif. med.* Nr. 65.
- 447) Weisenburger: Considération sur la morphinomanie. Thèse, Paris mai 10.
- Ferner Nr. 268, 400, 606.

6. Autointoxicationen.

- 448) Bonardi, E.: Autointossicazione di origine gastrica e tetania. *Gazz. degli osped* Nr. 10.

- 449) Grande, Em.: Contributo allo studio clinico delle nevrosi da autointossicazione. *Gaz. lomb.* Nr. 5.
450) Wilcox, R.: Uræmic hemiplegia. *Amer. Journ. of med. sc.*, mai. Ferner Nr. 1032.

7. Varia.

- 451) Macewen, William: Pyogenic infective diseases of the brain and spinal cord (meningitis, abscess, infective sinus thrombosis. *Glasgow. Maclehose.*
Ferner Nr. 72, 83, 173, 272, 351.

6. Therapie.

a) Allgemeines.

- 452) Ashmead, A.: Traditional treatment of leprosy in Japan and China. *Journ. of amer. med. Ass.*, apr. 28.
453) Charteres: The treatment of sea-sickness. *Lancet* Nr. 3686, april 21.
454) Corning, J. L.: A treatise on headache and neuralgia, including spinal irritation and a disquisition on normal and morbid sleep. *New-York*, 275 Seiten.
455) Cortot: Contribution au traitement de l'épilepsie. Thèse, Paris, mai 16.
456) Dreyfus-Brisac: Thérapeutique du diabète sucré. Paris, Doin.
457) Dujardin-Beaumez: Examen critique du traitement des chorées. *Bull. de thérap.* Nr. 10, S. 193.
458) Gibier, P.: On a new agent in the treatment of epilepsy. *Savannah med. Journ.* Nr. 1, S. 10.
459) Golowin: Zur Behandlung der Ptosis congenita. (Russ.) *Wjestnik oftalm.* 2, S. 184.
460) Gradle: Causes et traitement de la migraine. *Médecine mod.*, mai 19.

- 461) Grasset und Ranzier: *Traité pratique des maladies du système nerveux.* 4. Aufl.
462) Hayem, G.: *Les agents physiques et naturels: agents thermiques, électricité, modification de la pression atmosph. etc.* Paris, Masson.
463) Hedley, S.: The treatment of trigeminal neuralgia. *Lancet* Nr. 3695, june 23.
464) Kruse: *Traitement de l'asthme bronchique ou nerveux.* *Revue des sc. méd.*, avril 15.
465) Lagrange, Ferd.: *Du surmenage chez les diabétiques.* *Revue des malad. de nutrit.* Nr. 4.
466) Le Gendre, P. und Broca, A.: *Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants.* *Revue des mal. de l'enf.*, S. 78, févr.
467) Macalister, Don.: The treatment of nocturnal enuresis. *The Practitioner.* may.
468) Dulmont: *Traitement de la migraine.* *Bullet. médic.* Nr. 34.
469) Phelps, A. M.: *Treatment for contracted tendons following infantile paralysis.* *New-York med. Journ.* Nr. 795.
470) Plicque, A. F.: *Traitement d'une attaque de convulsions chez l'enfant du premier âge.* *Gaz. de Paris* Nr. 12.
471) Ranney, A. L.: *The eye treatment of epileptics.* *Amer. Journ. of ophthalm.* Nr. 2, S. 59.
472) Simon: *Traitement des convulsions chez les jeunes enfants.* *Gaz. des hôp.* Nr. 23.
473) Summers, O. Th.: *Therapeutic indications of rheumatic pathology.* *Journ. of the amer. med. assoc.* Nr. 4.
474) Tarnier: *Traitement de l'éclampsie.* *Journ. des sages femmes* févr. 1.

475) Thompson: Traitement diététique de la maladie de Graves. Revue des sc. médic, avril 15.
Ferner Nr. 301, 383, 384, 397.

b) Medicaments.

- 376) Bardet, G.: De la valeur thérapeutique comparée des hypnotiques. Bull. de thérap. Nr. 7, S. 37.
- 477) Beyer: Trional. Times and Register Nr. 810.
- 478) Breed, W.: Treatment of alcoholism by strychnin nitrate hypodermatically. Med. News. Nr. 14, S. 365.
- 479) Churton, T.: Treatment of severe chorea by chloroform and morphine. Brit. medic. Journ., march 24.
- 480) Clevenger, S. V.: The sleep, sleeplessness and hypnotics Journ. of amer. med. ass. Nr. 10.
- 481) Des principaux remèdes contre l'accès de migraine. Gaz. médic. de Liège, mai 10.
- 482) Grandferry: De la duboisine; son emploi en neuropathologie et en psychiatrie. Thèse, Paris, mars 15.
- 483) Hondaille, G.: Les nouveaux hypnotiques, étude expérimentale et critique. Paris, Baillière.
- 484) Pringle, Rob.: The effects of opium. Monthly Summary Nr. 3, march.
- 485) Rosser, O. H.: Apomorphin in treatment of hysteria. Times and Regist. Nr. 803.
- 486) Saint-Germain: Contribution au traitement de la chorée par le bromo-valerianate de zinc. Thèse, Bordeaux.
- 487) Thomson, Will.: Ergot in the treatment of periodic neuralgias. New-York med. Rec Nr. 1219, S. 334.
- 488) Valade: Traitement de l'atrophie optique par l'antipyrin en

injections hypodermiques. Semaine médic. Nr. 25.

Ferner Nr. 141, 299, 338.

c) Organotherapie, (Brown-Séquard'sche Methode), Serumtherapie.

- 489) Anton, G.: Results of a year's treatment of a case of sporadic cretinism by thyroid juice. Lancet Nr. 3687, april 28.
- 490) Cordier: De l'emploi des injections brown séquardiennes chez les aliénés mélancoliques. Thèse, Paris, mai 23.
- 491) Cowles, W. N.: A case of myxœdema treated by thyroid extract. Boston med. and surg Journ. Nr. 7, S. 167.
- 492) Crary, G.: Myxœdema, acquired and congenital, and the use of the thyroid extract. Amer. Journ. of med. sc, mai.
- 493) Felkin, R. W.: Note on the administration of organic extracts. Edinburgh med Journ. Nr. 8, S. 724.
- 494) Grigorescu, G.: Augmentation de la vitesse des impressions sensibles dans la moelle épinière chez les ataxiques, sous l'influence du liquide testiculaire. Arch. de phys., avril.
- 495) Little, James: Sequel of a case of myxœdema treated by thyroid juice. Dubl Journ. S. 293, april.
- 496) Mossé: La médication séquardienne; notes et réflexions Midi médic, janv. 7 n. 21.
- 497) Ryan, R. P.: Hypodermic injections of brain extract in mental diseases. Brit med. Journ., febr. 3.
- 498) Shattuck, Fred: Four cases of myxœdema treated by thyroid extract. Boston med. and surg. Journ. Nr. 8, S. 177.
- 499) Smith: Case of sporadic cretinism treated with thyroid gland.

Brit. med. Journ, June 2, S. 1178, 1180.

Ferner Nr. 370, 380.

d) Electrotherapie.

1. Electrodiagnostik,
electrische Apparate.

500) Bigelow: An international system of electro-therapeutics. London, Babman.

501) Debatat: Influence des différentes formes de l'électricité d'usage courant en électrothérapie sur la nutrition du muscle. Thèse Nr. 44, Bordeaux, auch Arch. d'électr. méd. Nr. 15.

502) Monell, S. H.: A new and original method of correcting the "reserve" of the positiv static charge. New-York med. Rec. Nr. 8, S. 236.

503) Rockwell, A. D.: A new electrode for the utilization of currents of high tension. New-York med. Journ. Nr. 796.

504) Rockwell, A. D.: The action of electricity on the pneumogastric. New-York med. Rec. Nr. 8, S. 236. Ferner Nr. 37, 229, 242, 696.

2. Electrische Behandlung.

505) Engelmann, G.: The interrupted high-voltage primary, or mixed, current. Med. News Nr. 5, S. 120.

506) Hedley, W. S.: The hydroelectric methods in medicine. London, Lewis.

507) Howard, J. C.: Electricity in the treatment of goitre. Amer. Pract. and News. Nr. 3, S. 90.

508) Laborie u. Bergonié: Traitement d'un cas d'aphonie nerveuse par l'électricité statique. Arch. de l'électr. méd. Nr. 16.

e) Hydrotherapie.

509) Beni Barde und Materne: L'hydrothérapie dans les maladies

chroniques et les maladies nerveuses. Paris, Masson.

510) Gandy: Les névropathes à Bagnères-de-Bigorre. Paris, Doin.

511) Glatz: Du traitement de la névralgie sciatique par l'hydrothérapie et l'électricité. Publ. du Progrès méd., Paris.

512) Huchard, H.: Un cas de guérison de goutte cérébrale par les bains froids. Bull. de thérap. Nr. 1, S. 261.

513) Joire: Chorée guérie exclusivement par l'emploi de l'hydrothérapie froide. Bull. méd. du Nord Nr. 8.

514) Verrier: Du traitement hydrothérapique dans quelques affections nerveuses. France médic. Nr. 6.

515) Weill: De la méthode hydrothérapique de Kneipp. Union méd. du Nord-Est Nr. 2.

f) Mechanothérapie, Massage.

516) Glorieux: Traitement mécanique de l'ataxie locomotrice. La Policlinique Nr. 3.

517) Verlhac: Traitement de la sciatique par le massage. Thèse, Paris, juin 14.

g) Suggestionstherapie Hypnose.

518) Bushnell, E.: The treatment of chronic alcoholism by hypnotic suggestion. The medic. News. Nr. 13, S. 337.

519) Choteau: Vomissements incoercibles de la grossesse traités avec succès par la suggestion. Revue de l'hypn. Nr. 8.

520) Christian, J.: Que faut-il penser de la télépathie. Arch. de neurol. Nr. 86.

521) Crocq; Les phases du sommeil hypnotique. La clinique Nr. 10.

522) Crocq: L'hypnotisme et le crime. Paris, Lamertin.

- 523) Frigerio: Bari fenomeni osservati in una ipnotizzata ed in particolare della suggestione reciproca e della lettura ad occhi chiusi da essa presentati. Arch. di psich. Nr. 1 u. 2.
- 524) Mavroukakis: La suggestion indirecte. Revue de l'hypn. Nr. 9.
- 525) Regnault, F.: De l'hypnotisme dans la genèse des miracles. Revue de l'hypn. Nr. 9.
- 526) Rubio, E. B.: Hipnotismo y sugestión. 285 Seiten Barcelona.
- 527) Sturgis, R.: The use of suggestion during hypnosis of the first degree, as a means of modifying or of completely eliminating a fixed idea. Medic. Record Nr. 1215, febr. 15.
- 528) Wetterstrand, Otto: Om den nyarepsykoterapiens(hypnotismens) litteratur. (Übersicht der neur. Literatur über Psychotherapie.) Hygiea S. 609.
Ferner Nr. 394.
h) *Varia.*
- 529) Corning L.: Elaeomyenchisis or the treatment of chronic local spasm by the injection and congelation of oils in the affected muscles. New-York med. Journ. april 14, Nr. 802.
- 530) Lagrange: L'exercice et les maladies du système nerveux. France méd. Nr. 7.
- i) *Chirurgische Behandlung.*
1. am Gehirn und Schädel.
- 531) Annandale: On intracranial surgery. Edinbgh. med. Journ. Nr. 10, S. 898.
- 532) Antona, d': Nove casi di chirurgia cerebrale (epilessia). Policlin. Nr. 5, S. 83.
- 533) Aroolo, Eug.: Su di un caso di ferita d'arma da fuoco del cranio penetrante nel cervello; emiplegia, guarizione spontanea. Gazz. lomb. Nr. 12.
- 534) Carline: Case of trephining for traumatic epilepsy. Brit. med. Journ., febr. 24.
- 535) Ceresole, H.: Contribution à l'étude de la craniectomie dans la microcéphalie et l'idiotie. Thèse, Lausanne.
- 536) Cosh: Andrew Mc.: Report of four cases of brain surgery. Amer. Journ. of med. sc. Nr. 3, S. 235.
- 537) Chapman, John: Trephining as a cure for traumatic epilepsy. Med. News. Nr. 8, S. 204.
- 538) Chipault, A.: Chirurgie opératoire du système nerveux. Tome I. chir. cranio-cérébrale. Paris, Rueff.
- 539) Delorme: De l'inutilité et des dangers habituels de la recherche des balles de revolver du commerce dans les cas de pénétration du crâne et de l'encéphale. Gaz. des hôp. Nr. 25, 26, 31.
- 540) Delvoie, P.: Histoire, indications et contre-indications, technique et résultats de la trépanation crânienne. Bruxelles. Hayez.
- 541) Dupraz, Alfred: Plaie pénétrante du crâne au niveau du lobe frontal droit; issue de la substance cérébrale, guérison. Revue de chir. Nr. 1, S. 56.
- 542) Gallez, L.: La trépanation du crâne, histoire, technique opératoire, indications et contre-indications, résultats. Bruxelles.
- 543) Gee, W. J. Mc.: Primitive trephining, illustrated by the Munniz Peruvian collection. Bullet. of John's Hopkins Hospital V, Nr. 37.
- 544) Gosse, Will.: Perforative otto-rhœa; suppurative inflammation of the mastoid cells; deep cervical abscess; operation and recovery. Lancet Nr. 3687, april 24.
- 545) Koslinsky u. Weintraub: Fractura cominutiva a craniului in regiunea temporo-parietala drépta cu scufundarea fragmentelor trian-

- gulare; atriunea creierului corde-
spundetor; encefalocel traumatic
consicativ; resectiune a crurului,
vindecare. (Comminutiv - Fractur
des Schädels in der Temporo-parietal-
Region, Mitbetheiligung des
Gehirns, Verfall desselben, Resection,
Heilung.) Romania med., März 26.
- 546) Levi, G.: Un caso di rottura
dell' arteria meningea media; trepa-
nazione; guarigione. Riforma med.
febr. 16., 17., 19.
- 547) Linford, A. O.: Ett bidrag
till de medfödda hjärn bräckens
operations-Kasnistik (Beitrag zur
Operationskasnistik der angebo-
renen Gehirnbrüche.) Upsala, läkare-
förenings förhandl., S. 219.
- 548) Lyssenkow, N.: Behandlung der
cerebralen und medullären Hernien.
(Russisch). Chir. lietopiss. IV., 3.
- 549) Nuijens, F.: Du traitement
chirurgical de l'hydrocéphalie. Ann.
et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers.
avril-mai.
- 550) Packard, J.: Trephining for
extra-dural hemorrhage. Med.
News. Nr. 2, S. 45.
- 551) Pyle, J. P.: Opening the
cranial cavity with a new set of
instruments. New-York med. Rec.
Nr. 6, S. 163.
- 552) Rougé, Calixte: Simple note
sur la pénétration d'une balle de
revolver d'ordonnance dans le
crâne. Gaz. des hôp., Nr. 34.
- 553) Starr, Allan: Brain surgery.
London, Churchill. Variot, G.:
Le traitement chirurgical de la
méningite tuberculeuse. Journ. de
clin. et de thérap. infantiles Nr. 23.
- 554) Veyrat, Fr.: Essai sur le traite-
ment chirurgical de la méningite
tuberculeuse. Thèse Nr. 918. Lyon.
avril 28.
- 555) Vignol: Fracture du crâne
avec plaie du cerveau. Revue
général. de clin. Nr. 24.
- 556) Wallis u. Waterhouse: A case,
diagnosed as tubercular meningitis,
treated by trephining and drainage
of the subarachnoid space, recovery.
Lancet, march 10, Nr. 3680.
Ferner Nr. 121, 124, 136,
150, 176, 656.
2. am Rückenmark.
- 557) Binaud, J. W. u. Crozet, J.:
Sur deux cas nouveaux de trépa-
nation rachidienne pour paraplegie
consécutive au mal de Pott. Arch.
clin. de Bordeaux, Nr. 1, S. 1.
- 558) Broussolle: Opération de spina
bifida. Bourgoigne méd. Nr. 1.
3. an den peripheren Nerven
- 559) Armaignac, H.: Section du nerf
optique droit et éradure du globe
oculaire gauche par une balle de
revolver dans la tempe droit. Journ.
de méd. de Bordeaux Nr. 4 u. 5.
- 560) Eskridge u. Baker: Neuralgia
of the right cranial nerve of sixteen
years duration; excision of three
divisions at the Gasserian ganglion;
death. Americ. Journ. of the med.
so., Nr. 263, march.
- 561) Keen, W. u. Mitchell, J. K.:
Removal of the Gasserian ganglion
as the last of fourteen operations
in thirteen years for tic douloureux.
Philadelphia.
Ferner Nr. 289.
4. an sonstigen Organen.
- 562) Edes, Rob.: Ovariectomy for
nervous disease. Boston med. and
surg. Journ. Nr. 5, S. 105.
- 563) Hansell, Howard: Two cases
of functional nervous disease treated
by tenotomy of the superior and
inferior rectus muscles. Med. News.
Nr. 9, S. 237.
Ferner Nr. 361, 367.

B. Psychiatrie.

1. Allgemeine Psychopathologie.

a) Allgemeines.

564) Binet, Alfr.: Introduction à la psychologie expérimentale. Biblioth. de philos. contemp. Paris, Alcan.

565) Corning, J. C.: Some cultivated phases of psychology; considerations on the genesis of the feelings, or the relation of desire to the will function etc. New York med. Rec. Nr. 1221, S. 390.

566) De Sarlo, F.: Le basi della psicologia e della biologia secondo il Rosmini, considerate in rapporto ai risultati di scienza moderna. Roma.

567) Fullerton, G. Stuart: The psychological standpoint. Psychol. Review, march.

568) Godfernaux, A.: Le sentiment et la pensée et leurs principaux aspects physiologiques. Bibl. de la philos. contemp. Paris, Alcan.

569) Jastrow, Joseph: Community and association of ideas; a statistical study. Psychol. Review, march.

570) Manouvrier: La volonté. Rev. de l'hypn. Nr. 8.

571) Mathieu, Will.: A vindication of phrenology. Piccadilly, Chatto.

572) Moreau de Tours: Les excentriques; étude psychologique et anecdotique. Paris, Soc. d'édition scient.

573) Ribot: Les états affectifs et la mémoire. Revue neurol. Nr. 2, S. 88.

574) Sighele: La psicologia della complicità. Arch. di psich. Nr. 3.

575) Wibmer, Lightner: The psychological analysis and physical basis of pleasure and pain. Journ. of nerv. dis. Nr. 4, S. 209.

2. Pathologische Physiologie.

576) Bouchard, J. B.: De l'hypothermia chez les aliénés. Ann. méd.-psych. Nr. 2, S. 194.

577) Houston, J. A.: On the value of examination of the blood of the insane. Boston med. and surg. Journ. Nr. 3, S. 53.

578) Mingazzini: Sui disturbi del gusto negli alienati. Arch. di psich. Nr. 1 n. 2.

579) Roncœroni: Studi sui leucociti nei pazzi. Arch. di psich. Nr. 3.

580) Stefani: Sul peso specifico dell'urina nelle malattie mentali Riv. sperim. di fren. Nr. 1.

3. Pathologische Anatomie.

581) Campbell, Alfr.: A contribution to the morbid anatomy and pathology of the neuro-muscular changes in general paralysis of the insane. Journ. of ment. sc. april.

582) Colella, R.: Sur les altérations histologiques de l'écorce cérébrale dans quelques maladies mentales. Arch. ital. de biol. Nr. 2—3, S. 216.

583) Joffroy u. Pactet: Anatomie et physiologie pathologiques de la paralysie générale. Bullet. méd. Nr. 47.

584) Marie, P.: Étude comparative des lésions médullaires dans la paralysie générale et dans le tabes. Gaz. des hôp. Nr. 7.

4. Pathologie.

a) Lehrbücher, Allgemeines.

585) Straban, A. K.: Suicide and insanity. London, Sonnenschein.

586) Take, John Batty. On insanity. Eding. med. Journ. Nr. 8—10, S. 673, 761, 890.

b) Symptomatologie.

587) Colman, W.: Hallucinations in the sane, associated with local organic disease of the sensory organs. Brit. med. Journ., mai 12.

588) Dumas: La pensée dans la mélancolie. Thèse, Paris, juin 21.

- 589) Holm, Harald: Lidt om hallucinationer (über Hallucinationen). Norsk Magaz. f. Lagevid., S. 433.
 590) Régis, E.: Les hallucinations uni latérales; un cas d' hallucinations unilatérales sensoriomotrices. Journ. de méd. de Bordeaux Nr. 17.
 591) Séglas, J.: Des obsessions. Journ. de méd. et de chir. pract. Nr. 4.

c) Aetiologie.

- 592) Brandeis: L'état mental des oblorotiques. Thèse, Bordeaux.
 593) Burton-Fanning, W.: A case of oblorosis and amenorrhoea with symptoms of brain disease. Brit. med. Journ., June 23, S. 1354.
 594) Colella: La psicosi polineuritica. Annali di nevrol. Nr. 1 u. 2.
 595) Dagonet, H.: Folie puerpérale. Progrès méd. Nr. 14.
 596) Fowler, C.: The relation of pelvic diseases and psychical disturbances in women. University med. Magazine, S. 460, april.
 597) Goodait u. Craig: Insanity of the climacteric period. Journ. of ment. sc. april.
 598) Jacobsen, E.: Om autointoksikationspsychose. Bibl. f. Læger. S. 153.
 599) Jollye: A case of amenorrhoea with brain symptoms. Brit. med. Journ., June 23, S. 1354.
 600) Montyel, Maradon de: Des conditions de la contagion mentale morbide. Ann. med. psych. S. 260, mars-avril.
 601) Oldenburg, Th.: Et tilfolde af Jodoformpsychose. Hospitalstid. 4 R.. II. Bd.. S. 421.
 602) Stucky, T. H.: Case of paraldetide habit. Med. and surg. Report Nr. 1925.
 603) Thomson, Crawford: A case of chlorosis and amenorrhoea with

- symptoms of brain disease. Brit. med. Journ., May 19, S. 1073.
 604) Venturi, S.: Pricopatia blenorragica. Riforma med., apr. 24 u. 25.
 605) Verger, Henri: Hystérie et délire lypémanique consécutifs à des pratiques de spiritisme. Arch. clin. de Bordeaux Nr. 2, S. 68.
 606) Walsh, Tull.: Hemp drugs and insanity. Journ. of ment. sc., Jan. Ferner Nr. 357, 485.

2. Specielle Psychopathologie.

- a) Dementia paralytica.
 607) Chabbert: Sur un cas de paralysie générale à forme de tabes au début chez un syphilitique. Paris, Publ. du Progrès méd.
 608) Durant: Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale. Gaz. hebdom. Nr. 9 u. 40.
 609) Durante, G.: Des complications viscérales de la paralysie générale progressive. Gaz. des hôp. Nr. 24, 27.
 610) Elkins, Fr. Ashby: Remarks upon twenty-eight cases of adult female general paralysis admitted to the royal Edinburgh asylum during 1889—1893. Lancet Nr. 3694, June 16.
 611) Henri: Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale (paralysie générale juvénile, paralysie générale conjugale). Thèse, Bordeaux.
 612) Idanow, J.: De la paralysie générale chez la femme, étiologie et clinique. Ann. méd.-psychol., mai-juin.
 613) Magnan et Sérieux: La paralysie générale. Encyclop. scient. des Aide-mémoire. Paris, Masson.
 614) Middlemass, J.: Developmental general paralysis. Journ. of ment. sc., Jan.

- 615) Rendu, H.: Sur un cas de paralysie générale. Journ. de méd. pract. Nr. 3.
- 616) Sérieux, P.: Un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale. Arch. de neurol. Nr. 87, mai, S. 322.
- 617) Trenel: États spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale. Thèse, Paris, mai 23.
- Ferner Nr. 168, 207, 443, 563, 584.
- b) Sexuelle Psychopathie.
- 618) Furno-Dellino: Due casi di masochismo. Arch. di psichiatri. Nr. 1 u. 2.
- 619) Laurent, E.: Les bisexués, gynécomastes et hermaphrodites. Paris, 234 Seiten.
- 620) Morselli, Enr.: Esposizione accessuale degli organi genitale (asibizionismo) come equivalente epilettico. Bollet. della R. Accademia di Genova. IX. Nr. 1.
- 621) Poggi: Reo per paranoia sessuale. Arch. di psich. Nr. 1 u. 2.
- 622) Pouillet: Psychopathie sexuelle: De l'onanisme chez la femme. 6. édit. Paris, Bataille.
- c) Varia.
- 623) Bézy: La folie chez l'enfant. Médecine infant. Nr. 2.
- 624) Bompaire: Du torticolis mental. Thèse, Paris, 9. mai.
- 625) Bondurant, E. D.: Katatonia. Med. News. Nr. 10, S. 253.
- 626) Bouchand: Démence progressive et incoordination des mouvements dans les quatre membres chez deux enfants, le frère et la sœur. Rev. de neurol. Nr. 1, S. 2.
- 627) Brero, P. C. v.: Circulaire stupor met chorea bij een Kind. Geneesk. Tijdsch. v. Nederl. Ind. 1. blz. 28.
- 628) Crocq: La folie diabétique. Gaz. hebdom. Nr. 25 u. 26.
- 629) Dubourdien: Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire, de la dromomanie des dégénérés. Thèse, Bordeaux.
- 630) Farquharson: On melancholia; an analysis of 730 consecutive cases. Journ. of ment. sc., april.
- 631) Fort, S. J.: Psychological epilepsy. Med. and surg. Rep. Nr. 19332.
- 632) Gélimean, E.: Des peurs malades ou phobies. Paris.
- 633) Goldberg, S.: Hypochondria. New-York med. Journ. Nr. 803.
- 634) Hamilton, Allan: Insanities characterized by dominant concepts. Med. News. Nr. 3, S. 57.
- 635) Hannion: De la confusion mentale. Thèse, Paris, juin 14.
- 636) Lombroso u. Carrara: Soldato epilettico. Arch. di psich. Nr. 3.
- 637) Maupaté: Un cas de mélancolie débutant à 66 ans, guérison. Tribune méd. Nr. 21.
- 638) Mayberry, Chas. B.: Self-inflicted injury in a case of chronic mania, followed by a cephalæmatoma, facial erysipelas, incision into the blood tumor and a lucid interval. Journ. of ner. and ment. dis. Nr. 298.
- 639) Pontopidan, Knud.: Kvorulant forkykthed. Folie à trois. Hospitaltid. S. 325.
- 640) Potts, Ch.: A case presenting hallucinations of sight, touch, taste and smell. Journ. of nerv. dis. Nr. 3, S. 178, 200.
- 641) Séglas, J.: De la confusion mentale primitive. Arch. génér. de méd. mai u. juin.
- 642) Séglas, J.: De la mélancolie sans délire. Bullet. mééic. Nr. 30.
- 643) Vignoli, Tito: Sulla paramnesia o falsa memoria. Rendiconti del R. Istit. Lomb., 1894.
- d) Idiotie, Cretinismus.
- 644) Coutts, J. A.: Sporadic cretinism. Brit. med. Journ., jan. 27.

- 645) Itard: *Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, l'idiotie et la surdité.* Paris, Steinheil.
- 646) Noir, Jul.: *Étude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots.* Paris, Alcan.
- 647) Sollier, P.: *L'idiotie et l'imbécillité au point de vue nosographique.* Arch. de neurol. S. 33.
- 648) Voisin-Raymond Petit: *Périodes régulières d'excitation maniaque et de dépression mélancolique chez une idiote de huit ans.* *Bullet. médic.* Nr. 43.

Ferner Nr. 489, 499, 535.

3. Therapie.

- 649) Anderson, Edw.: *Insanity treated by quinine.* *Med. News.* Nr. 10, S. 270.
- 650) Blandford, Field: *Insanity and its treatment.* 4. Aufl., Oliver & Boyd, Edinburgh.
- 651) Dagonet u. Duhamel: *Traité des maladies mentales.* Paris.
- 652) Guépin, A.: *Traitement du délirium tremens.* *Gaz. de Paris* Nr. 6.
- 653) Herbert, Wm.: *The forssible feeding in the insane.* *Brit. med. Journ.*, march 3.
- 654) Neil, James: *Artificial feeding in acute melancholia.* *Brit. med. Journ.*, jan. 27.
- 655) Penberthy, Will.: *The forssible feeding of the insane.* *Brit. med. Journ.* march 17.
- 656) Regis, M. E.: *Sur la trépanation dans les maladies mentales.* *Bull. médic.* Nr. 26.
- 657) Russel, J. C.: *Artificial feeding in acute melancholia.* *Brit. med. Journ.*, march 10.
- 658) Schofield, Alfr.: *Mental therapeutics.* *Lancet* Nr. 3692, june 2. Ferner Nr. 490, 497.

4. Varia.

- 659) Meige, H.: *Les prossédées des dieux dans l'art antique.* *Nouv. iconogr. de la Salpêtr.* Nr. 1, S. 35.
- 660) Sémelaigne, R.: *Les grands aliénistes français.* Paris, Steinheil.

4. Anstaltswesen, Irrengesetzze, Irrenstatistik.

- 661) Aubry, P.: *La contagion du meurtre.* *Revue de l'hypn.* Nr. 10.
- 662) Craig: *colony for epileptics in the of State of New York.* *Lancet* Nr. 3695. June 23.
- 663) Dagoillon: *Impulsions homicides consécutives à la lecture d'un roman passionnel chez un dégénéré.* *Ann. médico-psych.* Nr. 3.
- 664) Giraud, A.: *La proposition de loi sur le régime des aliénés.* *Annal. méd.-psych.* Nr. 2, S. 185.
- 665) Hack, Tuke: *Allegred increase of insanity.* *Journ. of ment., sc.* april.
- 666) Harding, W.: *Mental nursing, or lectures for asylum attendants.* 2 edit. London, Scientif. press.
- 667) Hughes: *Insanity in relation to law.* *Alienist and Neurol.*, april.
- 668) *La nomination des médecins d'asiles d'aliénés par l'Etat ou par les communes.* *Bullut. médic.* Nr. 43.
- 669) Mercier, Charles: *Lunatic asylums; their organisation and monagement.* London, Griffin.
- 670) Sanborn, F. B.: *Is american insanity increasing?* *Journ. of ment. science.* april
- 671) Toulouse, E.: *Le problème de l'assistance des aliénés.* *Gaz. des hôp.* Nr. 22.
- 672) Weir, James: *Borderlands and crankdom.* *New York med. Rec.* Nr. 12, S. 360.

C. Criminal- und Degenerations-Anthropologie.

1. Geisteskrankheiten in forensischer Beziehung.

- 673) Aubry, P.: La contagion du meurtre. Etude d'anthrop. criminelle 2. edit. Biblioth. de philos. contemp. Paris, Alcan.
- 674) Bateman, Fr.: On criminal anthropology. Edinbgh. med. Journ. Nr. 8, S. 697.
- 675) Beaumont, Will. v. und Duke: The lewisham lunacy case Lancet Nr. 3696, June 30.
- 676) Benedikt, M.: The moral insanity and its relations to criminology. Meet. of Brit. Medic. psychol. Assoc. at Dublin (1894). Wien, Giestel.
- 677) Bourdon: De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime. Thèse, Paris, mai 23.
- 678) Caldwell, J.: On the responsibility of the graies. Med. and surg. Report. Nr. 1931.
- 679) Cassusset: Note sur un aliéné homicide. Arch. de neurol., S. 175. mars.
- 680) Dagonet, H.: L'expertise médico-légale en matière d'aliénation mentale. Annal. d'hyg. Nr. 2, S. 97.
- 681) Dedichen, H.: Forbrydelse og degeneration (Verbrechen und Degeneration). Ugeskr. f. Loger, S. 453 u. 477.
- 682) Dynamite et dynamiteurs. Annal. d'hyg. Nr. 4, S. 321
- 683) Fano: Criminali e prostitute in Oriente. Archiv. di psych. XV, 1 u. 2.
- 684) Geiel, Ch.: Den moralsk af-sindige og den fodte forbryder (der moralisch Wahnsinnige und der geborene Verbrecher. Ugeskr. f. Loger, S. 573 u. 597.
- 685) James, Henry: Inebriate responsibility. Monthly Summary Nr. 3, march.
- 686) Jelgersma, G.: De beoegeninf der Criminele Anthropologie. Utrecht 1894.
- 687) Jones, S. S.: Sterilization in criminology. New York, med. Rec. Nr. 6, S. 188.
- 688) Kime, J. W.: Insanity as a defense in homicide. Times and Register, Nr. 809.
- 689) Laschi: Delinquente-nato grassatore ed omicida. Arch. di psych., Nr. 1. u. 2.
- 690) Liégois: L'affaire Chambige, étude de psychologie criminelle. Revue de l'hypn. Nr 8.
- 691) Lombroso, C.: Uxoricide per gelosia. Arch. di psych. Nr. 1 u. 2.
- 692) Lombroso: Assassino monomane. Archiv. di psych. Nr. 1 u. 2.
- 693) Morel, Jules: Youthful offenders. Monthly Summary Nr. 3, march.
- 694) Morselli: Gli scandali bancari. Arch. di psych. Nr. 1 u. 2.
- 695) Ots u. Esquerdo: La locura ante los tribunales ó estudio médico-legal de la irresponsabilidad del loco. Madrid.
- 696) Ottolenghi u. Carrara: Un nuovo carattere rilevato nella scrittura dei criminali e degli alienati colla penna elettrica Edison. Arch. di psichiatr. Nr. 3.
- 697) Rigal: De la folie par commotion cérébrale et de ses rapports avec la législation militaire. Ann. d'hyg. Nr. 4, S. 340.
- 698) Rocchi, Rinieri de: Delinquente d'occasione. Archivio di psych. XV, Nr. 1 u. 2.
- 699) Roncoroni u. Bruni: Rei d'occasione. Archivio di psych. XV, Nr. 1 u. 2.
- 700) Royce, Josiah: The case of John Banyan. Psychol. Review., march.

- 701) Smith, Eugène: Reformation or retribution. Journ. of social Soc. Jan.; Monthly Summary Nr. 3.
- 702) Sorel: La psychologie du juge. Archivio di psych. XV, 1 u. 2.
- 703) Voisin, J.: Conformation des organes génitaux chez les idiots et les imbéciles. Ann. d'hyg. publ. juin.
- 704) Weir, James: Criminal anthropology. New York med. Rec Nr. 2, S. 42.
Ferner Nr. 762, 910, 918.
- 2. Degeneration, Genie und Aehnliches.**
- 705) Alvarado: Névroses de quelques hommes célèbres de Venezuela. Archiv. di psichiatri. Nr. 3.
- 706) Bergonzoli, G.: Note cranio metriche su 26 orani di prostitute. Torino, Bocca.
- 707) Blasio, de: Il tatuaggio dei camorristi e delle prostitute di Napoli. Archiv. di psichiatri. Nr. 3.
- 708) Bourdin: Un type d'héréditaire dégénéré. Archiv. de neurol. Nr. 85, S. 162.
- 709) Corre, A.: L'ethnographie criminelle, Paris, Reinwald.
- 710) Féré: L'oligodactylie cubitale dans l'hémiplégie infantile et dans la dégénérescence. Compt. rend. de la Soc. de biol. févr. 10.
- 711) Féré: Note sur le défaut d'indépendance des mouvements de la langue et sur la fréquence des stigmates physiques de dégénérescence chez les sourds-muets. Compt. rend. de la Soc. de biol. févr. 10.
- 712) Galton, Dougl.: Abnormal children. Monthly Summary Nr. 3, march.
- 713) Hirschberg, R.: Névrose parastésique chez un dégénéré héréditaire. Revue neurolog. Nr. 6, S. 161.
- 714) Lombroso, C.: Mancanza di tipo etnico negli uomini di genio. Archiv. di psichiatri. Nr. 1 u. 2.
- 715) Lombroso, C.: La nevrosi in Danto e Michelangelo. Archiv. di psichiatri. Nr. 1 u. 2.
- 716) Moraglia: La donna di fronte alle leggi penali. Archivio di psych. XV, 1 u. 2.
- 717) Moreau, P.: Edgard, Poë: étude de psychologie morbide. Ann. méd. psych. janv., févr.
- 718) Orchanisky, J.: Etude sur l'hérédité normal et morbide. Mem. de l'Acad. Imp. des scienc. de St. Petersbourg. XLII, Nr. 9. Petersburg 1894.
- 719) Penta: Sul significato onto-flogenetico del processo frontale nell'uomo. Ann. di nevr. Nr. 1 u. 2.
- 720) Raggi, A.: Le anomalie dei processi clinoidi negli alienati. Rendiconti del R. Istit. lomb. 1894.
- 721) Rossi: Su alcune anomalie anatomiche nei normali. Arch. di psichiatri. Nr. 3.
- 722) Santangelo, Spoto: Polidactilia e degenerazione. Archiv. di psych. XV, 1 u. 2.
- 723) Spoto, S.: Polidactilia e degenerazione. Arch. di psych. Nr. 1 u. 2.
- 724) Urguhart: Current opinion on medico psychological questions in Germany. Journ. of ment. science. april.

