



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

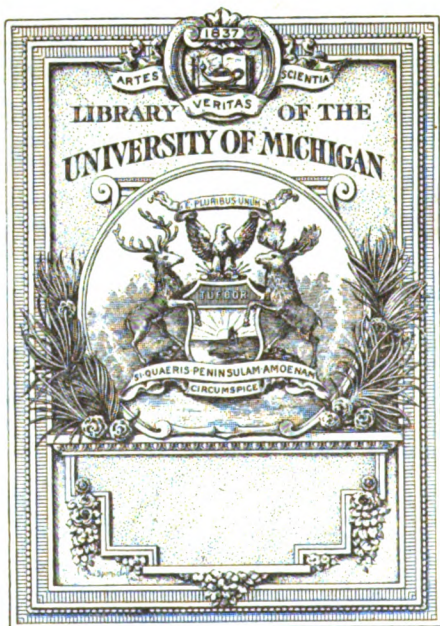
Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

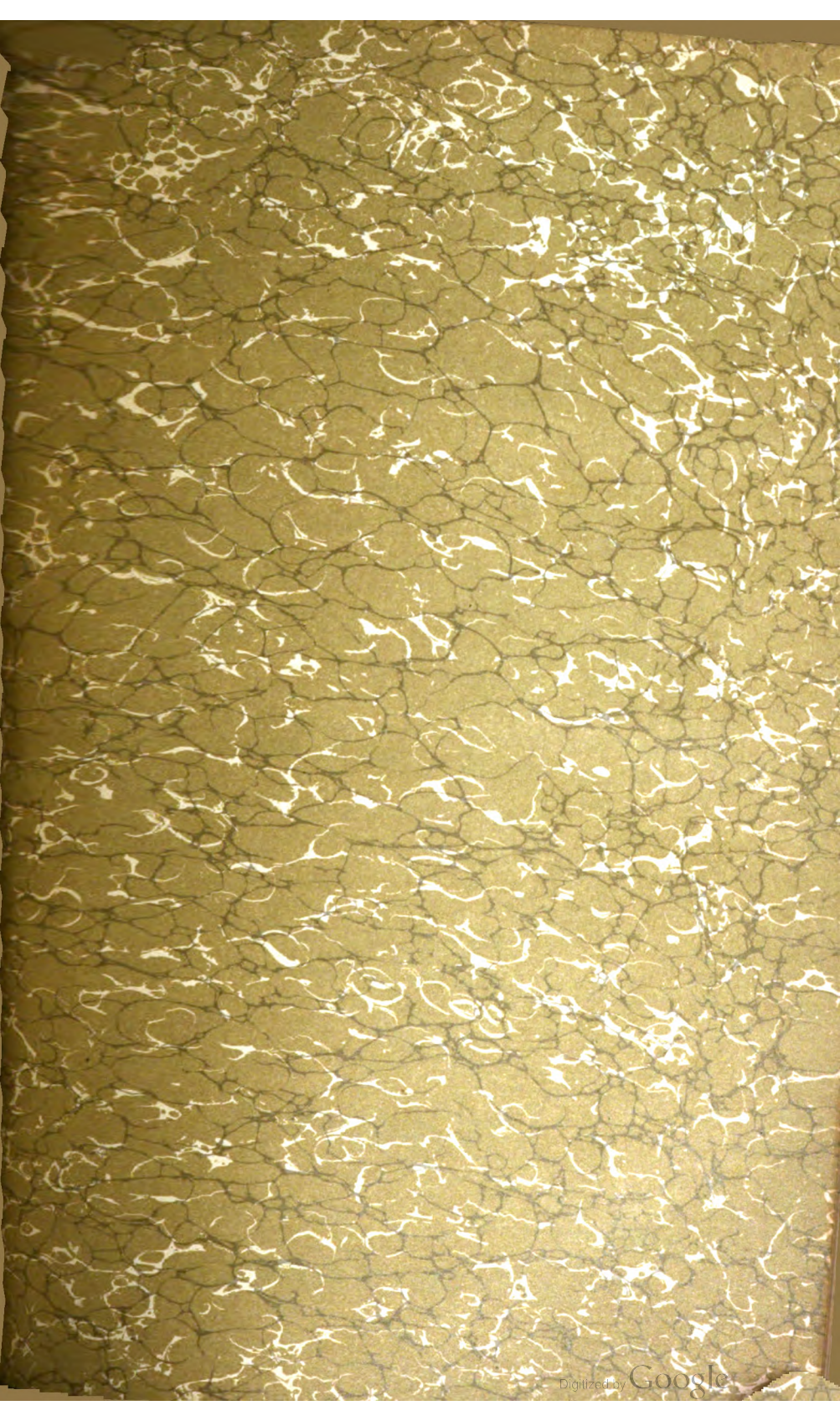
- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

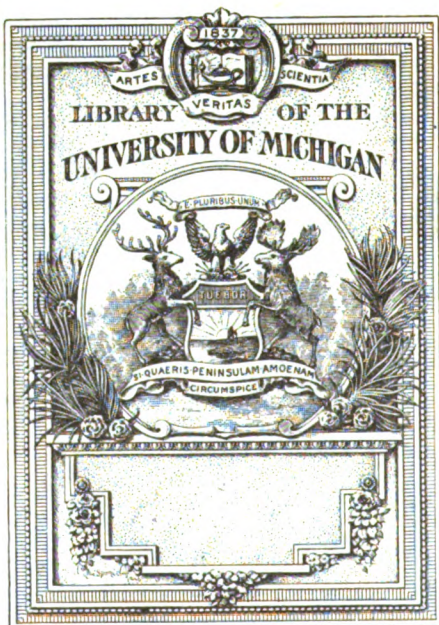
Über Google Buchsuche

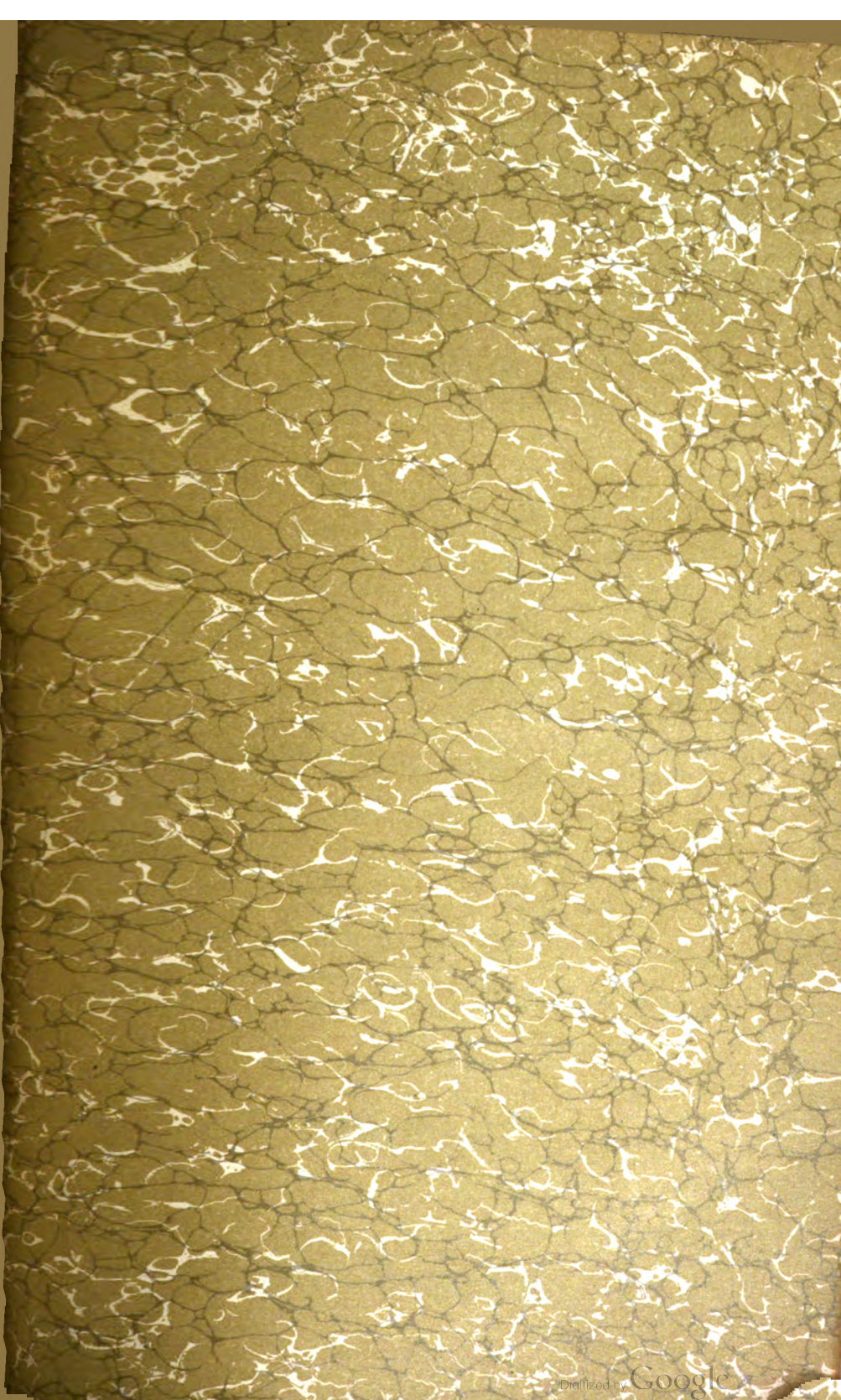
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.

Zentralblatt für Nervenheilkunde... und Psychiatrie









610,5

Z6

N46

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. Dr. Professor **Serger** (Breslau), Professor **Flumenkohl** (Krakau), **Behn** (Hamburg), Professor **Homanski** (Krakau), **Eisenlohr** (Hamburg), **Engelhorn** (Winnenthal), **Goldstein** (Aachen), **Halber** (Bendorf), **Pinz** (St. Petersburg), **Karrer** (Erlangen), **G. Koch** (Wiesbaden), **Kohlmann** (Remagen), **Kraus** (Oberdöbling bei Wien), Professor **Hirthheim** (Bern), **Möbius** (Leipzig), **Müller** (Graz), **Neuendorff** (Sonnenstein), **Nieden** (Bochum), **Obersteiner** (Wien), **Rabow** (Pankow), **Reinhardt** (Königslutter), **Rosenbach** (Breslau), **G. Salomon** (Hamburg), **Fr. Schultze** (Heidelberg), **Smoler** (Prag), **Sonnenburg** (Strassburg i. E.), **Sury-Sienz** (Basel)

herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. Erlenmeyer,

dirig. Arzt der Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkrankte
zu Bendorf bei Coblenz.

II. Jahrgang 1879.



Commissionsverlag von Georg Böhme in Leipzig.

Verzeichniss der Originalarbeiten.



1. Eine bemerkenswerthe Beobachtung über die Wirkung der statischen Electricität bei einem Falle von hysterischer Lähmung, vom Herausgeber pag. 1.
2. Vorläufige Mittheilung über Metalloscope und Metallotherapie, von Dr. Franz Müller in Graz pag. 26.
3. Zur Balneotherapie psychosenartiger Zustände, von Sanitätsrath Dr. F. Richter in Sonneberg pag. 49
4. Ueber Sehnenreflexe, von Professor Dr. Berger in Breslau pag. 73.
5. Chorea magna, von Paul Julius Möbius in Leipzig pag. 97.
6. Idiopathische subacnte Muskellähmung und Atrophie, von Dr. C. Eisenlohr in Hamburg pag. 100.
7. Ueber Kleinhirngeschwülste, von Professor Dr. M. Rosenthal in Wien pag. 122.
8. Ein Fall von Hemianaesthesia hysterica, von Medicinalrath Dr. von Hesse in Darmstadt pag. 145.
9. Fall von Tumor (hydrops cysticus) glandulae pinealis, von Dr. N i e d e n in Bochum pag. 169.
10. Die diagnostische Bedeutung der Reflexe, insbesondere des Bauchreflexes, von D. Ottomar Rosenbach in Breslau pag. 193.
11. Neuropathologische Notizen, von Professor Dr. O. Berger in Breslau. 1. Binnengeräusche im Ohre bei peripherer Facialisparalyse und bei cerebraler Hemiplegie pag. 217. 2. Zur electrischen Behandlung des Tic convulsif und der Chorea minor p. 220.
12. Die vierte Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Heidelberg am 17. u. 18. Mai d. J. von Dr. Möbius in Leipzig pag. 241.
13. Die Section für Psychiatrie und Nervenkrankheiten der diesjährigen Naturforscher-Versammlung zu Baden-Baden pag. 250.
14. Neuropathologische Notizen, von Professor Dr. O. Berger in Breslau.
3. Zur Semiotik der cerebralen Hemiplegie p. 266. 4. Nachtrag zur ersten Mittheilung pag. 271.

15. Die durch den Stockschnupfen erzeugte Hirnreizung, die dadurch bedingte Gemüthskrankheit und deren Heilung, von Dr. A ug. Deyes in Hannover pag. 290.
16. Ueber das Verhalten der Muskelkerne bei progressiver Muskelatrophie und amyotrophischen Lähmungen, von Dr. Wladimir Roth pag. 313.
17. Nachtrag zu dem Aufsätze : Eine bemerkenswerthe Beobachtung über die Wirkung der statischen Electricität bei einem Falle von hysterischer Lähmung. Offener Brief an Herrn Dr. Romain Vigouroux in Paris, vom Herausgeber pag. 315.
18. Die Selbstmorde in Preussen pag. 385.
19. Die 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Baden-Baden pag. 433. pag. 464. pag. 509.
20. Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis, von San.-Rath Dr. Richter in Sonneberg pag. 457.
21. Ueber das Saliviren bei Geisteskranken, von Dr. Reinhard in Königslutter pag. 481.
22. Die Recidive der Morphiumsucht, vom Herausgeber pag. 505.
23. Ueber ein absolutes elektrisches Mass-System, von Medicinalrath von Hesse in Darmstadt pag. 530.
24. Ueber Dehnung grosser Nervenstämmе bei Tabes dorsalis. Vorläufige Mittheilung von Dr. Karl Langenbuch in Berlin pag. 445.



Ein genaues alphabetisch geordnetes Inhalts-Verzeichniss findet sich am Ende des Blattes.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

1. Januar 1879.

Nro. 1.

INHALT.

ORIGINALIEN. Dr. A. Erlenmeyer: Eine bemerkenswerthe Notiz über die Wirkung der statischen
Electricität bei einem Falle von hysterischer Lähmung.

REPERATE. 1) Charcot: Ueber die Localisationen der Gehirnkrankheiten. 2) Huguenin (Zürich):
Ein Beitrag zur Physiologie der Grosshirnrinde. 3) A. Hughes Bennett: Metalloscopy
and metallotherapie. 4) Dumontpallier: Insensibilisation bei Nichthysterischen. 5) Val-
pian A.: Maladies du système nerveux. 6) L. Caradec: Observation de fracture du crane
avec enfoncement du pariétal gauche, pouvant servir à élucider l'histoire des localisations
cérébrales etc. 7) Charcot & Galezowsky: Schätzungen bei Hysterischen und hyste-
rische Accomodationskrämpfe. 8) H. Cohn (Breslau): Amblyopie und Augenmuskellähmung
bei Diabetes mellitus. 9) Aneshänzel (Lörrach): Zur Casuistik des s. g. Quersalanten-
wahnsinns. 10) Theodor Fäaux: Ueber den hallucinatorischen Wahnsinn. 11) Otto
Schwartzler (Budapest): Die Bewusstlosigkeitszustände als Strafausschliessungsgründe im
Sinne der neuesten deutschen, österreichischen und ungarischen Strafgesetzgebung. 12)
Enrico Toselli e Zavattazzo Giuseppe: Tödtung der eigenen Frau und noch vier
anderer Personen in einem Anfall von „impulsiver Monomanie“ auf epileptischer Basis.
13) Tarchini Bonfanti: Ist es zweckmässig und möglich, das Gutachten der Gerichts-
ärzte für die Richter resp. Geschworenen bindend zu machen? 14) Medicinal-Collegi-
um der Provinz Schleswig-Holstein. Obergutachten über den Geisteszustand des
Mannens K. aus Gr.-B.

VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 15) R. H. Pierson's: Compendium der Electrotherapie. 16)
Brown-Sequards Antritts-Vorlesung.

Eine bemerkenswerthe Beobachtung über die Wirkung der statischen Electricität bei einem Falle von hysterischer Lähmung.

Von Dr. A. ERLENMEYER.

Zu dem Armamentarium jenes therapeutischen Verfahrens, das
unter dem Namen der „Metallotherapie“ im Laufe des letzten Jahres,
namentlich durch die in der Salpetrière in Paris angestellten Ver-
suche in weiteren Kreisen bekannt geworden ist, gehören neben den
Metallplatten noch Magnet und statische Electricität. Die letztere
wird in der Weise applicirt, dass die Patientin — es handelt sich
hier bekanntlich um Frauen mit hysterischer Hemianaesthesia —

auf einem Isolirstuhle sitzend electricisch geladen, und dass dann die in der Patientin angehäuften Electricität an den insensiblen Stellen durch Berührung mit einem anderen nicht isolirten Leiter zum Abströmen gebracht wird. Auf diese Weise kann unter denselben Erscheinungen (Transfert) wie durch das Anlegen von Metallplatten die Sensibilität wieder hergestellt werden.

Zu der statischen Electricität meine Zuflucht zu nehmen sah ich mich bei einem Falle von hysterischer sensibler und motorischer halbseitiger Lähmung veranlasst, da bei demselben die Anwendung der Metallplatten und des Magnetes die s. g. metallotherapeutischen Erscheinungen nicht hervorrief. Ich habe Gold, Silber, Neusilber, Nickel, Eisen, Blei, Zinn, Zink, Kupfer und Messing unter Beobachtung der nöthigen Cautelen applicirt, ich habe einen starken Hufeisenmagneten, der $1\frac{1}{2}$ Pfund zu tragen im Stande ist zur Anwendung gebracht, die Sensibilität, richtiger gesagt die Anaesthesia blieb aber, wie sie war. Die verschiedenen Modificationen und umgeänderten Versuchsanordnungen, deren ich mich hierbei bediente, will ich nicht alle aufzählen, nur betonen muss ich noch einmal, dass auf keine Weise das fehlende Gefühl aufgebessert, geschweige denn wiederhergestellt werden konnte. Auch die Wiederholung aller Versuche nach der Einspritzung von Pilocarpin, die absichtlich vorgenommen wurde, weil die Patientin nie schwitzte, und ich einen Zusammenhang zwischen dieser Anhydrosis und dem Ausbleiben der metallotherapeutischen Erscheinungen vermuthete, hatte keinen besseren Erfolg, obwohl 4 Minuten nach der Injection die Salivation begann, an die sich profuse Schweissabsonderung anschloss. Der statischen Electricität erging es nicht besser, da auch sie auf die Anaesthesia gar keine Einwirkung zeigte.

Dagegen kam ich in die Lage bei den fortgesetzten Versuchen mit diesem Agens eine andere Wirkung desselben beobachten zu können, die nicht nur für die Patientin sich höchst günstig gestaltete, sondern auch wegen ihrer *Eigenthümlichkeit* volle Beachtung zu verdienen scheint.

Auf den Fall selbst, den Herr Professor Dr. Erb im vorigen Frühjahr in meine Anstalt schickte, kann ich hier unmöglich eingehen; ich behalte mir die eingehende Veröffentlichung der höchst interessanten Krankheitsgeschichte für später vor, und will nur bemerken, dass es sich um eine 20jährige Jüdin handelt, die seit zwei Jahren von einer *vollständigen Gefühls- und Bewegungslähmung* des linken Beines befallen ist. Dass die Krankheit sich unter den Symptomen der Pseudoperitonitis mit Fieber einleitete, dass Ovarialhyperaesthesia bestand und noch besteht, dass die Patientin zwei volle Monate amaurotisch war, dass sie zur Zeit den Geruch gänzlich, den Geschmack in der linken Mundseite verloren hat, dass sie auf dem linken Ohre schwerer hört als rechts, auf dem linken Auge viel schwächer sieht (Hyperaemie der Papille), dass wochenlang zu derselben Stunde Blut erbrochen wurde, dass sie tagelang fast nichts genossen hat, dass kataleptisch-tetanische Convulsionen auftraten u. s. w. u. s. w. soll indessen in aller Kürze nebenbei berührt werden. Ebenso aber auch, dass jede Behandlung — Aetzung der

Oftoria, kalte Douchen, Galvanisation durch den Kopf, längs, quer und am Sympathicus, Faradisation, innerlich Goldchlornatrium und wer weiss was sonst noch alles — ohne allen Erfolg blieb.

Bei einer Consultation mit Herrn Professor Erb am 16. October vorigen Herbstes hierselbst kamen wir überein auch die statische Electricität zu versuchen. Die Patientin sollte auf ein grosses durch untergestellte Flaschen isolirtes Brett gesetzt, und dann, indem sie eine Hand auf den Conductor der Drehmaschine legte, geladen und die Funken durch Berührung am linken Bein wieder abgezogen werden. Schon oben habe ich erwähnt, dass die erwartete Wirkung auf die Anaesthesie ausblieb.

Da ich die Maschine nun einmal angeschafft hatte, indessen mit den einfachen Manipulationen nichts fertig brachte, ging ich einen Schritt weiter, ich lud eine Leitner'sche Flasche und applicirte sie, die äussere und innere Belegung gleichzeitig aufrückend, auf die gelähmte Extremität. Der Erfolg war ein doppelter; einmal entstand eine sehr energische Muskelcontraction und zweitens war dieselbe der Patientin schmerzhaft. Letzteres, durch wiederholtes Experimentiren sicher constatirte Symptom war mir zunächst die Hauptsache, denn ich hatte früher die Beobachtung machen können, dass mit starken faradischen Strömen auch Muskelcontractionen auszulösen seien, dass diese aber schmerzlos abliefen. Ich verband nun die äussere Belegung der Leitner'schen Flasche mittels eines Drahtes mit dem paralysirten Unterschenkel und zwar band ich denselben unter dem Fibulaköpfchen über dem Peroneus verlaufend fest; einen zweiten Draht schlang ich der Patientin um die Stirne, gab ihm einen isolirten Handgriff, indem ich ihn durch eine Glasröhre führte, und berührte mit dem Ende dieses Drahtes den von der inneren Belegung der Flasche stammenden, mit dem Conductor der Electricitätsmaschine seinerseits verbundenen Kupferdraht nach 4, 6, 8, 10 und mehr bis 20 Scheibenumdrehungen, wobei jedesmal kräftige Contractionen der Peroneusgruppe erfolgten. Bis durch verschiedene Versuche und Manipulationen diese Versuchsanordnung als brauchbar herausgefunden war, waren ungefähr 14 Tage vergangen, an denen täglich, namentlich zuletzt erhebliche electricische Reizungen der gelähmten Seite stattfanden. Jetzt wurde in dieser Anordnung täglich electricirt, wobei ich, nachdem die Maschine durch einen auf dem Conductor aufgesetzten Winter'schen Verstärkungsring von 20 Centm. Durchmesser kräftiger armirt worden, die Leitner'sche Flasche immer so stark laden liess, bis die mit der Contraction der Muskeln verbundene Empfindung fast unerträglich war; es genügten hierzu je nach der Witterung, 15—25 Scheibenumdrehungen.

Das erste neue Symptom, was sich nach wenigen Sitzungen einstellte, war leichtes Schwitzen der Planta pedis, was bislang am ganzen Körper der Patientin, ausser nach Pilocarpin-injection nicht vorgekommen war.

Nach der neunten Sitzung (28. Nov.) war die erste active Bewegung der kleinen Zehen möglich; es waren Excursionen der 2., 3. und 4. Zehe, fast unsichtbar, aber meine und

der Patientin Freude war gross, war es doch seit 2 Jahren der Krankheit und seit 7 Monaten meiner Behandlung das erste Zeichen beginnender Besserung. Mit jedem Tage wurden die Bewegungen umfangreicher und kräftiger, der grosse Zeh kam bald hinzu und die Patientin bekam mehr Herrschaft über die gewollten Bewegungen, die Anfangs oft versagten.

Jetzt stellte sich auch Gefühl wieder ein, zuerst an der Volarfläche der Zehen, dann in der Mittellinie der Sohle, Gefühl gegen stärkere Berührung und Nadelstiche.

Weiter bildeten sich die Hautreflexe wieder aus, und waren von allen Stellen der Haut des Beines auszulösen; sie waren bis dahin bei erheblich gesteigerten Sehnenreflexen vollständig erloschen.

Endlich war auch eine Wiederherstellung des Temperatursinnes zu constatiren, der bis dahin auch gefehlt hatte, und die subjective Temperatur des Fusses und Unterschenkels, die stets sehr niedrig war, hob sich merklich.

Die zunehmende Beweglichkeit wuchs von Tag zu Tag, und heute nicht ganz 5 Wochen nach der ersten Sitzung (in obiger Anwendung) kann die Patientin alle Zehen beugen und strecken, den Fuss leicht heben, senken und seitlich bewegen; ja es sind auch schon leise Andeutungen vorhanden von Bewegungen des ganzen Unterschenkels im Kniegelenk, gewiss ein erheblicher Erfolg, aber nur ein — auf Stunden beschränkter.

Denn, und dies ist, was ich oben die Eigenthümlichkeit der Wirkung nannte, es muss, damit die Patientin die genannten Bewegungen ausführen kann, immer erst in oben beschriebener Weise electricisirt werden. Es genügen 10 und meist weniger Schläge und die Patientin ist Herrin ihrer Bewegungen; ohne diese Schläge ist sie so lahm, wie zuvor. Ungefähr $\frac{3}{4}$ Stunden lang nach jeder Sitzung hält das Bewegungsvermögen an, es erlischt allmählig und ist 1 Stunde nach jeder Sitzung gänzlich erloschen. Es kann dann, jedoch nur in ganz minimaler Weise durch passive Bewegungen wieder hervorgerufen werden; ohne diese ist keine active Bewegung möglich. Es sei hier noch erwähnt, dass, wenn durch Electricisiren einmal die Bewegungsfähigkeit erregt ist, diese jedesmal und in sehr erheblichem Grade durch passive Bewegungen gesteigert werden kann; ich habe dieses auch therapeutisch consequent verwertbet, und jede tägliche Sitzung bestand aus Electricisiren und Passivbewegungen.

Trotzdem nun die Bewegungsfähigkeit jeden Tag neu erregt werden muss, um nach 1 Stunde wieder völlig erloschen zu sein, haben die Kraft und Breite der Bewegungen von Tag zu Tag zugenommen und nehmen noch täglich zu, und ich bin fest überzeugt, dass nach dem bisherigen Verlaufe zu urtheilen, in relativ kurzer Zeit die Bewegungsfähigkeit des ganzen Beines eingetreten sein wird.

Die farado- und galvanomusculäre Erregbarkeit der Muskeln am linken Bein war und ist in durchaus normaler Weise erhalten; beide Stromesarten vermögen aber nicht die spontane Bewegungsfähigkeit anzuregen, wie es die statische Electricität fertig bringt.

Die trophischen (Schweiss) und Gefühlerscheinungen haben sich constant erhalten und sind jetzt unabhängig von der Electricität und zu jeder Zeit nachweisbar.

Diese merkwürdige, das motorische Gebiet betreffende Erscheinung bei einer Kranken mit hysterischer halbseitiger Lähmung ist offenbar ein Analogon zu der bei gleichen Kranken beobachteten Beeinflussung der Gefühlssphäre durch aufgelegte Metallplatten, doch ich will durch eigene Erklärungsversuche Niemanden in der Auffassung dieser Erscheinung praecupiren, ich will nur ganz ausdrücklich hervorheben, dass an irgend welche hysterische Betrügereien oder Schwindeleien Seitens der Patientin absolut nicht zu denken ist.

Der einzige Schluss, der vor der Hand aus dieser kurzen Mittheilung zu ziehen ist, ist der, dass in dem beschriebenen Falle die Reibungselectricität eine anders qualificirte Wirkung entfaltet hat, als der constante und unterbrochene electriche Strom, eine Wirkung die dadurch charakterisirt ist, dass sie 1) überhaupt schnell, d. h. schon nach sehr kurzer Anwendung des Mittels eingetreten ist, 2) dass sie keinen dauernden Bestand hat, vielmehr täglich frisch producirt werden muss, und 3) dass sie trotz dieses nur temporären Bestandes immer kräftiger und umfangreicher auftritt.

Selbstverständlich werde ich die Beobachtungen dieser Erscheinungen fortsetzen; die heutige Mittheilung bezweckt nur die Collegen davon in Kenntniss zu setzen und zu gleichen Versuchen zu veranlassen.

Referate.

- 1) **Charcot:** *Ueber die Localisationen der Gehirnkrankheiten.* In's Deutsche übertragen von Dr. Berthold Fetzner.
Erste Abtheilung. (Stuttgart, Adolph Bonz 1878.)

Das den meisten Lesern aus dem Originaltexte bekannte Buch enthält in 12 Vorlesungen die Anschauungen und Erfahrungen des berühmten französischen Pathologen über eine Reihe wichtiger Fragen der pathologischen Anatomie und der klinischen Diagnostik der Krankheiten des Gehirns.

Zuerst wird ein kurzer Ueberblick über den Bau des menschlichen Gehirns in sehr anschaulicher Form gegeben, besonders über die Form und die Lage der Centralganglien und über Hauptfurchen und Hauptwindungen. Sodann wird die mikroskopische Structur der grauen Rindenschicht erörtert und dabei besonders die Entdeckung von Betz berücksichtigt, welche Charcot bestätigt, dass in der aufsteigenden Frontalwindung, ferner in der oberen Parietalwindung in ihrem oberen Ende sowie im Lobus paracentralis besonders voluminöse Ganglienzellen, die bekannten Riesenpyramidenzellen, sich vorfinden. Beim Hunde kommen diese Zellen nach Betz nur in den sogenannten psychomotorischen Centren vor.

Während nun im Rückenmark die „Systemerkrankungen“

vorwiegen, unterliegt das Gehirn mit Vorliebe anderen Erkrankungsformen und anderen pathologischen Verhältnissen; in ihm beherrscht das Gefässsystem die Situation. In Folge dessen ist ein eingehendes Studium des Gefässverlaufes unerlässlich; Ch. geht an der Hand der Untersuchungen von Duret und Heubner genauer auf die diesbezüglichen anatomischen Verhältnisse ein. Man unterscheidet das System der *Corticalarterien* (zugleich die nutritiven Arterien der Hirnrinde und der darunter liegenden Marksubstanz) und das *System der Centralganglienarterien*.

Beide Systeme entspringen aus den 3 Hauptarterien des Gehirns, sind aber völlig unabhängig von einander und communiciren an der Peripherie ihres Verbreitungsbezirkes nirgends miteinander, so dass man weder von den corticalen Aesten aus die centralen, noch von dem Centralarteriensystem aus die Corticales zu injiciren vermag. Vorzugsweise wichtig ist die mittlere der drei Hirnarterien, die *Arteria fossae Sylvii*, welche bekanntlich sowohl einen grossen Theil der Rindenbezirke, als auch der Centralganglien versorgt. Von den corticalen Arterien (Aeste der Art. Fossae Sylv.) nennt Ch. nach Duret hauptsächlich vier: 1) die *Arteria frontalis externa* (für die Broca'sche Stirnwindung); 2) die *Art. parietalis anterior* (für die aufsteigende Stirnwindung); 3) die *Art. parietalis posterior* (für die aufsteigende Parietalwindung) und schliesslich 4) ein Ast für die Sphenoidalwindung.

Von den Centralganglien versorgt die Sylvi'sche Arterie den grösseren Theil des *Corpus striatum*, den ganzen Linsenkern, die *Capsula interna*, und einen Theil des *Sehhügels*, während die vordere Gehirnarterie den Kopf des *Corp. caudatum* versorgt (*inconstant*) und die hintere Gehirnarterie die äusseren und hinteren Parthien des *Sehhügels*, ausserdem die Vierhügel und die obere Schicht der Hirnschenkel. Die Streifenhügelarterien der *Fossae Sylvii* zerfallen in *innere* und *äussere* Aeste, von denen die vorderen von Ch. mit dem Namen der *lenticulostricaeren*, die hinteren Zweige mit dem der *lenticulooptischen* belegt werden. Zu den ersteren Aesten gehört auch diejenige Arterie, welche eine praedominirende Rolle bei den Gehirnschlagflüssen spielt. Die lenticulooptischen Arterien treten zu der äusseren und vorderen Fläche des *Sehhügels*, während die innere Fläche desselben von der *Art. optic. posterior interna* (aus der hinteren Gehirnarterie) versorgt wird.

Die Arterien der Centralganglien sind sowohl nach Duret als nach Heubner Endarterien im Sinne Cohnheim's; streitig ist noch, wie die drei vaskulären *Rindenterritorien* der drei Hauptgehirngefässe sich verhalten. Während Heubner behauptet, dass zwischen diesen corticalen Systemen eine leicht durch Injection herzustellende Kommunikation bestehe, und zwar durch Gefässe, die nicht weniger als 1 Millimeter Durchmesser besitzen, findet Duret, dass nur durch viel kleinere Gefässe ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{8}$ Millimeter im Durchmesser) die Kommunikation stattfindet. Charcot stellt sich auf die Seite Duret's; es sind solche Fälle, in denen die Obliteration der Gefässe des Cortikalsystems keine deutlichen Symptome bei Lebzeiten und keine Spur von Erweichung post mortem erkennen

liess, die Ausnahme; jedenfalls sind die Anastomosen spärlich und ihre Anzahl sehr schwankend. Es lassen sich auch sehr wohl die einzelnen Territorien in gewissen Fällen allein injiciren; im Ganzen stimmen die Erfahrungen der Pathologie mit den Duret'schen Untersuchungen in diesem Punkte überein. —

Wird nun — und damit geht Ch. zur Pathologie über — das ganze System der Centralarterien, welche aus der Art. Fossae Sylv. hervorgehen, thrombosirt oder embolisirt oder durch eine Haemorrhagie zerstört, so resultirt die *gewöhnliche cerebrale Hemiplegie* mit *cerebraler Hemianaesthesia*. Die auf die *Centralkerne beschränkte* Erkrankung zieht eine *centrale motorische Hemiplegie* nach sich („centrale“ im Gegensatz zu der *corticalen* mot. Hemiplegie, welche auf *Bindenerkrankung* beruht). Diese letztere Hemiplegie ist aber im Allgemeinen *transitorischer Natur*, was nach Charcot damit zusammenhängt, dass die Kerne fast niemals in ihrer ganzen Masse zerstört werden, so dass man eine „functionelle Ergänzung“ zwischen den verschiedenen Theilen des Nucleus caudatus und Linsenkernes annehmen kann. Laesionen der *Capsula interna*, auch wenn sie nur auf diese beschränkt sind, führen ebenfalls zur cerebralen Hemiplegie; aber diese ist *sehr ausgesprochen* und mehr oder weniger *persistent*. Ausserdem zeigen diese Laesionen die Tendenz zu *tardiver Contractur*, besonders wenn sie tief nach unten gegen den Grosshirnschenkel hin ihren Sitz haben.

Betrifft die Laesion einen Punkt in den *beiden vordern Dritteln* der Capsel (Region zwischen dem vorderen Ende des Linsenkernes und dem Kopf des geschwänzten Kerns — Gegend der lenticulo-striären Arterien), so ergibt sich lediglich *motorische Lähmung*, während, wenn das *hintere Drittel* afficirt ist (Region zwischen dem hintern Ende des Linsenkernes und dem Sehhügel — Verbreitungsbezirk der lenticulo-optischen Arterien), *cerebrale Hemianaesthesia* erfolgt. — Meistens betrifft die Laesion sowohl motorische wie sensorische Partien der Capsula interna. Bei Haemorrhagien kommt sehr häufig durch Compression von Seiten des extravasirten Blutes mittelst Druckes auf die verschiedenen Theile der Capsula interna motorische oder sensible Hemiplegie oder beides zu Stande. Es folgt aber, auch wenn der Sehhügel oder der Linsenkern durch das ergossene Blut laedirt war, nicht, dass der Sehhügel etwa der Sitz des Sensorium commune oder der Linsenkern Sitz der willkürlichen Motilität sei; denn nach der Vernarbung der Apoplexie stellt sich bei Intactbleiben der Capsula interna trotz der Zerstörung der genannten Apparate die Function wieder her.

Es handelt sich demgemäss nach Charcot bei der regionalen Diagnostik der verschiedenen Parthien der Centralganglien wesentlich um Betheiligung oder Nichtbetheiligung der Capsula interna in ihren einzelnen Abschnitten. Die isolirten Erkrankungen jedes einzelnen der grauen Gehirnerne mit Ausschluss der Capsula interna ergaben bis jetzt noch keine pathognomische klinische Charactere.

(Schluss folgt.)

Fr. Schultze (Heidelberg).

2) Huguenin (Zürich): Ein Beitrag zur Physiologie der Grosshirnrinde.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. 1878. Nr. 22.)

Nach den Thierexperimenten von Ferrier und Munk war schon a priori anzunehmen, dass auch beim menschlichen Gehirn die centralen Endigungen des Opticus in der Rinde auf dem occipitalen Theile der Haemisphäre zu suchen seien — doch fehlen dafür ganz stricte Beweise, wenn auch einerseits die anatomischen Untersuchungen darauf hinweisen und anderseits zahlreiche patholog. Facta diese Ansicht unterstützen.

Es liess sich vermuthen, dass die Rindenuntersuchung bei Individuen, welche seit Jahren erblindet waren, eine Atrophie irgend eines Oberflächenterritoriums zeigen werde.

Huguenin untersuchte kürzlich 2 derartige Fälle: 1) Mann von 56 J., seit dem 3. oder 4. Jahre am linken Auge erblindet. Tod an Pneumonie. Linker Opticus sehr atrophisch, rechts normal. Linker Tractus etwa die Hälfte des rechten, dessen Volum nicht verändert erscheint. Linkes Pulvinar kleiner als das rechte; vorderer und hinterer Vierhügel links viel kleiner als rechts; linkes Corpus genicul. ext. viel kleiner und grauer (es fehlen die oberflächlichen, vom Tractus stammenden Faserschichten beinahe ganz); in der Grösse der beiden c. c. genicul. int. kein Unterschied bemerkbar. Die weisse Hirnsubstanz zeigt auf beiden Seiten keinen Unterschied im Volum. Dagegen zeigt die Rinde des Occipitalhirns auf beiden Seiten einen wesentlichen Defect. Dieselbe beschlägt die Stelle, wo die Fossa occipit. von der medialen Haemisphärenfläche nach oben ziehend in die Convexität der Haemisphäre einschneidet. Dieser Defect ist auf der rechten Seite viel grösser als links. Die Windungen sind auf der Oberfläche der rechten Haemisphäre im Umfange eines Fünffrankenstückes dünner, die Zwischenräume bedeutend grösser; die Rinde selbst ist dünner als in ihrer Nachbarschaft ($2\frac{1}{2}$ mm.), namentlich ist sie bedeutend dünner als nach vorn auf den Centralwindungen. Auf der medialen Fläche erstreckt sich die Atrophie ziemlich weit nach unten, doch sieht man im Gebiete des weiter unten gelegenen Sulcus hippocampi keine Ungleichheit mehr zwischen beiden Seiten. —

2) Frau von 42 J., hatte in früher Jugend Variola und sah in Folge deren an beiden Augen nur sehr wenig. Starb an Typhus.

Beide Optici ganz bedeutend verdünnt. Hinter dem Chiasma an beiden Tractus eine auf beiden Seiten gleiche Verdünnung. Die Pulvinaren beiderseits etwas schwächer als normal. Beide Vierhügel flacher als normal; das C. genicul. ext. auf beiden Seiten kleiner und grauer als normal. Deutlich und durchaus unverkennbar ist in diesem Falle wieder die Rindenatrophie und zwar an den oben schon bezeichneten Stellen. Wo die Fossa occipitalis von der medianen Haemisphärenfläche aufsteigend, in die Convexität einschneidet, sind beiderseits die Windungen und zwar ungefähr im Umfange eines 2 Frcs. Stückes dünner, die Sulci breiter. In durchaus gleichmässiger Weise erstreckt sich diese Atrophie auf

die mediale Hirnfläche bis zum Sulcus hippocampi hinab. Die Rinde der atrophischen Gegend hat eine Dicke von 3 mm.; andere scheinbar nicht atrophische Rindenstellen der Umgebung zeigen ebenfalls eine Dicke von 3 mm., dagegen die Rinde der Centralwindungen eine solche von 4 mm.

Huguenin enthält sich aller Schlüsse aus diesen 2 Fällen; hingegen bittet er alle Collegen bei Sectionen Blinder darauf sehen zu wollen; ebenso ist es von höchstem Interesse, bei *Taubheit* auf eine allfällige *Atrophie des Schläfenlappens* zu achten, die nach den Thierexperimenten Munk's zu erwarten wäre. Huguenin besitzt eine diesbezügliche Beobachtung, deren Veröffentlichung er sich vorbehält — in diesem Fall beschlug die Atrophie die I. Schläfewindung. —

Sury-Bienz (Basel).

3) A. Hughes Bennett: Metalloscopy and metallotherapie.
(Brain. Part. III. October 1878. Pag. 331.)

Nach einem Rückblicke auf die Vorläufer der Metallotherapie (die metallenen Ringe und Amulete der Alten, die Versuche von Paracelsus durch Auflegen metallischer Substanzen auf die Haut innere Krankheiten zu heilen, die Methode von dem 2 Jahrhundert später bekannten Pommé, nervöse Affectionen durch Kupferbäder zu beeinflussen, die Behandlungsweise von Perkins (im Anfange dieses Jahrhunderts), der Stücke von verschiedenen Metallen in den Körper einstieß, um electriche Ströme zu erzeugen, endlich die wohlbekanntete Methode von Raspail, Goldberger, Sage, Petermacher, werden als solche Vorgänger aufgeführt), schildert Verf. eingehender das Verfahren von Burcq und geht dann dazu über die Resultate seiner zahlreichen Versuche gewissermassen als Anmerkungen zu dem Texte, den Ergebnissen französischer und englischer Autoren geliefert haben, in geeigneter Weise vorzuführen.

1. Was die Behauptung betrifft, dass in gewissen Fällen von Anaesthesie und Analgesie die Application gewisser Metalle zu einer Rückkehr der Sensibilität führt, so muss Verf. dieselbe bestätigen. Dagegen muss er der Angabe entgegenreten, dass jedes Individuum von einem besonderen Metalle speciell beeinflusst wird; denn in einem sehr eclatanten Falle, in dem alle Metalle mit Ausnahme des Zinks nichts leisteten, während Zink eine Rückkehr der Sensibilität für mehrere Stunden bewirkte, leisteten am andern Tage alle Metalle das nämliche und in der Folge versagte das Zink oft seine Wirkung, während wieder ein beliebiges anderes Plättchen wirkte und das Metall, welches heut von Einfluss war, war morgen ohne jeden Effect. Um zu entscheiden, ob die beobachteten Phänomene von irgend einer besondern Eigenschaft der Metalle abhängen, applicirte Verf. Holzplättchen, welche ganz dieselben Resultate lieferten, wie Metallplatten. Bei einer Frau mit completen Hemianästhesien und Hemianalgesie, die bereits über ein Jahr bestand, waren die verschiedensten Metalle mit sehr inconstantem Effect gebraucht worden, bis die Application zweier Holzplatten auf dem Arme nach einer halben Stunde eine vollkommene Rückkehr der

Sensibilität in diesem Gliede bewirkte. Diese Heilung hält nun schon 3 Monate an, während die anderen Theile derselben Körperhälfte complett unbeeinflusst geblieben sind. Die oft wiederholten Experimente haben stets dieselben Resultate gegeben und die Wirkung der Holzplatten ist nach des Verfassers Erfahrung so sicher und constant wie die irgend eines Metalls.

2. Die Behauptung, dass in Fällen von Anästhesie, die am Dynamometer gemessene Muskelkraft bei der Application von wirk-samen Metallen wächst, ist in einem gewissen Grade richtig; denn es kann kein Zweifel bestehen, meint Verf., dass eine Hand, deren Sensibilität intact ist, eine grössere Kraft entfalten kann, als eine anästhetische; aber es ist im höchsten Grade fraglich, ob diese Wirkung einer speciellen Kraft des Metalles entspringt, da hölzerne Scheiben denselben Effect haben. „Um es kurz zu sagen, so weit meine Beobachtungen reichen, habe ich gefunden, dass weit eher eine Beziehung zwischen Muskelkraft und Sensibilität (aus welcher Ursache sie auch immer alterirt sein mag) als zwischen jener und dem angewendeten Metall besteht.“

3. Was die Beobachtung betrifft, dass nach dem Auflagen von Metallen, wenn die anästhetische Haut wieder sensibel geworden ist, Nadelstiche eine Blutung hervorrufen, während vorher aus den Stichöffnungen kein Blut floss, so hat Verf. Gelegenheit gehabt dieselbe wiederholentlich zu bestätigen, aber der daraus gezogenen Folgerung, dass die Metalle einen Einfluss auf die Circulation ausüben, kann er sich nicht anschliessen, denn er hat nie gesehen, dass dieselben Stichkanäle, welche vor der Manipulation nicht bluteten, nachher geblutet hätten und um so weniger glaubt er an eine specielle Wirksamkeit der Metalle als hölzernen Platten ganz dieselben Effecte hervorrufen. Zur Erklärung des Factums dürfte die Berücksichtigung der Beschaffenheit der beigebrachten Nadelstiche am meisten beitragen.

Bekanntlich bluten die Stichkanäle nie, wenn man die Nadel durch die ganze Dicke einer Hautfalte hindurch sticht, sobald man sich nur hütet eine Hautvene zu verletzen, wohl aber blutet die Haut immer bei leichten Nadelstichen. Da man nun, sobald man eine anästhetische Haut vor sich hat, stärker zu stechen pflegt, als wenn man weiss, dass der Patient gut empfindet, so ist es erklärlich, dass vor Application der Metalle, wo man tief sticht, kein Blut fliesst, während nach derselben, wo man mit grösserer Vorsicht vorgeht, leicht ein Tropfen Blut hervortritt. Die Röthe der Haut nach Application der Metalle rührt nach Verf. von den zum Zwecke der Sensibilität vorher angewandten Mitteln (Stechen, Kneipen etc.) her. Indessen muss auch zugegeben werden, dass höchst wahrscheinlich die Rückkehr der Sensibilität in einem Körpertheile einen Wechsel in der Capillarcirculation herbeiführt, und dass sensible Hautpartien eher zu Fluxionen geneigt sind als anästhetische.

4. Was das von Burcq „Anästhesie de retour“ benannte Phänomen anbetrifft, so hat Verf. nie den gleichen Wechsel zwischen hergestellter Sensibilität und Anästhesie gesehen. Seiner Erfahrung nach, kehrt nach Application von Metall- oder Holz-

scheibe die Sensibilität für eine gewisse Zeit zurück, um dann wieder gradweise zu verschwinden.

5. In Bezug auf das von Charcot entdeckte „Phénomène de transfert“, hat Verf. nie einen solchen genauen „Platzwechsel“ der Sensibilität gesehen als genannter Autor. Gelegentlich schien allerdings die Sensibilität auf der gesunden Seite geringer zu werden, wenn die Heilung auf der kranken bewerkstelligt war, aber häufig war keine Veränderung der normalen Verhältnisse zu constatiren.

6. Die von Charcot beschriebenen mit matematischer Regelmässigkeit auftretenden Veränderungen in der Perception von Farben hat Verf. nie mit Bestimmtheit nachweisen können. In einem Falle konnte Patientin mit dem rechten Auge keine Farben unterscheiden; Alles erschien grau. Wenige Tage später sah sie blau oder grün, grün oder blau etc., nach einer Woche kannte sie alle Farben ganz genau und dieser Zustand blieb beständig ohne jede Behandlung.

7. Zur „Metallotherapie“ bemerkt Verf.: „Nach den vorhergehenden Bemerkungen ist es einleuchtend, dass ich keine Gelegenheit gehabt habe bestätigende Beobachtungen zu machen, da ich nie einen Pat. fand, der durch ein besonderes Metall und nur durch dieses allein beeinflusst worden wäre“. In einem Falle, in welchem Zinkplatten die Anaesthesie hoben, wurde Zincum Valerianicum einen Monat ohne jeden Erfolg gebraucht; in einem Falle, wo eine Anaesthesie des Beines durch Holzplatten beeinflusst wurde, gab Verfasser (zum Scherz) häufige Dosen reines Quassia-Infus und heilte die Patientin in einer Woche. In einem 3. Falle, in welchem eine kleine Zinkplatte die Sensibilität wieder herstellte, blieb eine grosse Platte desselben Metalls völlig wirkungslos. „Indessen, schliesst Verf., verdienen einige bemerkenswerthe von Burcq, Charcot, Thompson u. A. beschriebene Fälle Beachtung wegen der Autorität der Beobachter.“ In den Fällen des Verf. war jede Vorsichtsmassregel getroffen, um jeden absichtlichen oder unbewussten Betrug zu vermeiden. Den Patienten waren während der Dauer der Experimente die Augen verbunden und es wurde kein Wort in Bezug auf die Beschaffenheit des Experiments gethan, keine Ansicht ausgesprochen, und keine Frage wurde an den Kranken gerichtet, die irgend einen Wink hätte geben können.

Indem Verf. zum Schluss die Frage aufwirft, ob irgend eine besondere Wirkung gewisser Metalle, sei sie electricischer, sei sie anderer Art, im Spiele sei oder ob die erzielten Effecte abhängen von der Wirkung auf die Psyche, die ihrerseits wieder den Körper beeinflusst, weist er darauf hin, wie seit den frühesten Zeiten Wunderkuren durch sehr ähnliche Manipulationen gemacht worden seien, und dass, wenn auch einige zweifellos auf Wahrheit beruhten, die Zeit und die wissenschaftliche Forschung doch stets die Subjectivität solcher Vorgänge erwiesen haben, obwohl seine eigenen Untersuchungen entschieden auch diesem Gesichtspunkt einen Anhalt bieten, so will er doch, da seine eigene Erfahrung über „schwere Hysteria, gewiss nicht gross ist, weil in England solche Formen

seltener sind als bei der Romanischen Race vorläufig kein entscheidendes Urtheil über diese Frage abgeben, und will nicht bestimmt behaupten, dass nicht auch eine andere Erklärung als die seine richtig sein könne. Dennoch aber muss er aus seinen Untersuchungen den Schluss ziehen, dass die wohlthätigen Effecte der Metallothérapie eher psychischen Wirkungen der Cur als besonderen Eigenschaften der Metalle zu verdanken sind. Diese Annahme wird noch gestützt durch die Erwägung, dass 1) die geschilderten Phänomene meist bei Frauen beobachtet sind, und bei Leuten mit hysterischem Temperament, bei welchen zu oft plötzliche rapide Veränderungen durch Aufregung oder gespannte Erwartung hervorgerufen werden und dass 2) keine der durch Metalle erzielten Wirkungen unvereinbar ist mit den bekannten, oft constatirten Einflüssen der Psyche auf den Körper. „Demgemäss müssen wir uns vor der allzu bereitwilligen Annahme einer Theorie hüten, die obgleich von Autoritäten vertreten, nur die Wiederbelebung einer längst abgethanen zu sein scheint.“

Rosenbach (Breslau).

4) **Dumontpallier**, Insensibilisation bei Nighthysterischen.

(Vortrag, gehalten am 3. Novbr. 1878 in der Société de Biologie zu Paris.)

Verf. hat an Studenten im Hospital de la Pitié folgende Versuche angestellt. Er applicirte auf den rechten Arm mittelst des Pulverisateurs Aether und konnte an den aetherisirten Theilen eine allmählig sich entwickelnde Abnahme der Sensibilität, was ja bekannt, constatiren. *Gleichzeitig verminderte sich aber auch die Sensibilität am linken Arm, der nicht aetherisirt war, und zwar an genau der Stelle, die jener am rechten Arm entsprach.* D. hat auch dabei Thermometerbeobachtungen angestellt, doch geht das Resultat derselben nicht genau aus der kurzen Mittheilung über diese Angelegenheit hervor, die ich dem Progrès med. 1878. Nro. 49 entnehme.

Erlenmeyer.

5) **Vulpian A.**: *Maladies du Système nerveux. Leçons professées à la faculté de Médecine en 1877, publiées par le Dr. Bourceret.*

(Paris, 1878. 10 Livr.)

Von **Vulpian's** Vorlesungen aus dem Jahre 1877 sind bis jetzt 10 Lieferungen in der Redaction von Bourceret erschienen. Der berühmte Verfasser fährt darin fort die Erkrankungen des Nervensystems vom Standpunkt des experimentirenden Pathologen zu besprechen. Hatte er in den vorhergehenden Vorlesungen die Affectionen der peripheren Nerven besprochen, die Degeneration und Regeneration derselben nach Verletzungen, die an Nervenläsionen sich anschliessenden trophischen Störungen etc., hatte er in ihnen das centrale Nervensystem nur soweit berücksichtigt, als es bei peripheren Läsionen secundär erkrankt, so beginnt er jetzt seinen Cours mit Betrachtung der Rückenmarkskrankheiten. Er handelt zunächst von der Compression des Markes, sei diese durch Traumen oder durch Tumoren bedingt, sodann von der Spinalmeningitis und ihren Varietäten, von den intra- und extrameningealen Blutungen, von

den nekrobiotischen Erweichungen, von der acuten diffusen Myelitis und ihren verschiedenen Formen, von den interstitiellen eitrigen und hyperplastischen Myeliten, von den acuten und chronischen Systemerkrankungen: der Tabes, der Seitenstrangsklerose, der Kinderlähmung etc. Bis jetzt ist Vf. allerdings erst zu der Besprechung der Ataxie gelangt, es werden aber demnächst folgen die Heerdsclerose, die secundären Degenerationen. Auserdem wird die Pathologie des Hirns als zweiter Theil des Courses in Aussicht gestellt.

Das Eigenthümliche von V's Darsellungsweise beruht darin, dass er sich überall auf den Boden des Experimentes stellt. Von hier ausgehend erklärt er die Entwicklungsweise, die physiologische Pathologie und den Mechanismus der therapeutischen Einwirkung bei den verschiedenen Krankheiten. Wohl vermag die experimentelle Pathologie nicht alles zu erklären, denn sie kann bei den Thieren nicht die Krankheiten des Menschen hervorrufen. Sie setzt Traumen, keine Krankheiten, die nach Entwicklung und Begrenzung eigenthümlich sind. Andererseits aber ist sie allein im Stande, den Mechanismus der Entstehung einer grossen Anzahl von Laesionen zu erklären. Sie dient der Klinik und verwandelt deren Meinungen soweit möglich in klare, wissenschaftliche Begriffe. Erkennt man diese Rolle der experimentellen Pathologie an, so wird man mit Freuden Vulpian als ihren Lehrer begrüßen, denn Wenigen verdankt diese Wissenschaft mehr als ihm. Fühlt man sich häufig zurückgestossen von der Planlosigkeit und Uneinigkeit der Experimentatoren, so folgt man hier gern der ruhigen und klaren Darstellung, die das Sichere vom Unsicheren zu scheiden und das Wesentliche aus dem Chaos der Thatsachen herauszuheben weiss. Man hört eben den Meister reden.

Nach der schulgerechten Darstellung des betreffenden Krankheitsbildes folgt die Beschreibung einiger prägnanter Fälle aus V's. Beobachtung und, soweit dies möglich ist, einiger bezüglichen Thierversuche.

Das Hauptstück ist die Schilderung der diffusen und der systematischen Myelitis, eine Unterscheidung, die Vulpian zuerst gemacht hat. Die systematischen Rückenmarkserkrankungen theilt V. in die Leukomyeliten und die Spodomyeliten (Tephro- oder Poliomyeliten), jene wieder in primäre und secundäre. Die zunächst und sehr ausführlich besprochene Tabes heist demnach bei V. Leucomyelitis primitiva-systematica posterior (primäre systematische Leukomyelitis der Hinterstränge). Flechsig's Untersuchungen scheint V. nicht zu kennen.

Leider verbietet die Rücksicht auf den Raum das Eingehen auf Einzelheiten. Möbius (Leipzig).

6) L. Caradec: Observation de fracture du crane avec enfoncement du pariétal gauche, pouvant servir à élucider l'histoire des localisations cérébrales etc.

(Gazette hebdomadaire 1878. Nro. 43.)

Die 25jährige Patientin war am 20. März 1877 bei Explosion einer Mine von einem Steine am Kopfe getroffen worden. Die Blu-

tung war bedeutend, es bildete sich ein Abscess am Ort der Verwundung nach einer Incision trat aber im Verlauf von 8 Tagen Verheilung der Wunde ein.

Die anderweitigen Störungen waren zweistündige Bewusstlosigkeit, Lähmung der rechten Gesichtshälfte und des rechten Armes, ferner Aphasie; Zunge nach rechts abweichend. Als Pat. Verf. im April consultirte, fand derselbe beträchtliche Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz, beträchtliche Sprachbehinderung; ausgesprochene Parese der rechten Gesichtshälfte; beträchtliche Abschwächung der Sensibilität und Motilität am rechten Arme und an demselben die Temperatur um 5° niedriger als Links. Ueber den vorderen und unteren Theil des linken Scheitelbeines verlief eine 5 Ctm. lange Narbe schräg von aussen nach innen, entsprechend dem Verlaufe der Centralwindungen, unter der Narbe fand sich eine napfförmige Vertiefung.

Bei dem übrigen Wohlbefinden und bei Abwesenheit von Fieber stand Verf. von einer Trepanation ab, die Möglichkeit der Besserung auch ohne diese in Aussicht stellend. Nach 8 Monaten war auch die Aphasie und Gesichtslähmung völlig verschwunden, die Lähmung des rechten Armes noch in geringem Grade vorhanden, der Händedruck war nicht so kräftig als links, und wenn Patientin einen Gegenstand in der Hand hielt und drückte so liess die Kraft bald nach und der Gegenstand entfiel ihr. Mittel-, Ring- u Kleinfinger waren am meisten gelähmt.

Die weiteren an die Mittheilung des Falles genüpften Bemerkungen bringen nichts Neues. Karrer (Erlangen).

7) Charcot & Galezowsky: Sehstörungen bei Hysterischen und hysterische Accomodationskrämpfe.

(Progrès med. 1878. Nr. 3.)

Verfasser geben als ein Hauptcharacteristicum der Sehstörungen bei Hysterischen die Beobachtungen an, dass die Farbenperception herabgesetzt wird und zwar in einer concentrischen Einengung des Gesichtsfeldes für die verschiedenen Farben. Violett zeigt die engste Grenze, ihm folgt grün, roth, dann orange, während blau und gelb die weitesten Gesichtsf. Grenzen aufweisen. Diese Störungen in der Farbenperception zeigen sich sowohl auf dem der kranken Seite entsprechenden Auge als auch auf dem gesunden, vorzugsweise allerdings auf ersterem.

Ein häufiger Befund bei diesen Störungen ist auch die einseitige Amblyopie und Amaurose, ohne dass ophthalmoskopisch etwas pathologisches nachzuweisen wäre. Muskelerkrankungen als Paresen oder Krampfstände der äusseren und inneren Augenmuskeln finden sich seltener verzeichnet. Nieden (Bochum).

8) H. Cohn, (Breslau): Amblyopie und Augenmuskellähmung bei Diabetes mellitus.

(Knapp's Arch. VII. 1. 83—42.)

Auf Grund von 6 Beobachtungen, bei denen in 4 die Diagnose auf Zuckergehalt des Urins erst aus dem ophthalmoskopischen Be-

funde resp. dem Verhalten der Augenmuskel - Thätigkeit gestellt wurde, stellt Verf. folgende Sätze auf:

1. Man untersuche bei jeder Amblyopie und jeder Augenmuskellähmung den Urin.
2. Das Aussehen der Kranken ist oft noch gar nicht verrätherisch, wenn schon die diabetische Amblyopie vorhanden ist.
3. In allen Fällen von Amblyopie handelt es sich schon um ein späteres Stadium der Krankheit.
4. In allen Fällen betraf die Amblyopie beide Augen, wenn auch in ungleichem Grade, dieselbe war stets allmählich entstanden.
5. Das Gesichtsfeld ist in den meisten Fällen nicht beschränkt.
6. Die diabetischen Augenmuskellähmungen können vollkommen heilen; die Vermuthung, dass Hämorrhagien in die Nervencheiden diese Lähmungen hervorrufen, hat viel Wahrscheinlichkeit, doch ist es vielleicht nicht Unrecht, hier daran zu erinnern, dass die centrale Ursprungsstätte der Augenmuskelnerven in der Hirnsubstanz liegt, die den Boden des Aqueductus Sylvii des vierten Ventrikels und den ihnen benachbarten Theile bildet.

N i e d e n (Bochum).

9) **Aeschhänsel (Lörrach):** Zur Casuistik des s. g. Quaerulantenwahnsinns.

(Aerztl. Mitth. aus Baden. 1878. Nro. 21.)

Die kurze Mittheilung des Verf. bezieht sich auf folgenden schalgerechten Fall:

Frau G., 30 Jahre alt, stammt aus einer Familie, in der Psychosen heimisch sind. Schon als sie noch die Volksschule besuchte, zeigte sie einen solchen Grad von Rechthaberei, Eigendünkel und Jähzorn, dass sie bei Widerspruch Krampfanfälle bekam, die so lang anhielten, bis sie ihren Willen durchgesetzt hatte. Durch spätere Verbringung in eine Erziehungsanstalt scheint dies in so fern etwas corrigirt worden zu sein, als sie mehr Selbstbeherrschung gewann. Sie verheirathete sich vor 10 Jahren, die Ehe war aber keine glückliche, sie soll sich damals öfters tagelang in ihr Zimmer eingeschlossen haben. Eine von ihr angestrengte Ehescheidungsklage wurde abgewiesen. Da sie ihrem Advocaten misstraute, so verlegte sie sich selbst auf das Studium der Gesetze und führte ihre Sache selber. In einer 3 Bogen ausfüllenden Schrift beantragte sie bei der Staatsanwaltschaft Untersuchung gegen ihren Anwalt, der in betrügerischem Einverständnis mit dem Angeklagten gehandelt habe, ebenso gegen dasjenige Mitglied des Gerichtshofes, welches als Gerichtsabgeordneter fungirt hatte und dem sie Parteilichkeit, betrügerische Handlungen und wissentlich falsche Beurkundung im Einverständnis mit dem Beklagten und dessen Anwalte vorwarf. Daraufhin beantragte die Staatsanwaltschaft Untersuchung gegen sie wegen Beleidigung eines Beamten mit Beziehung auf dessen Beruf. Als ihr dies eröffnet wurde, beschwerte sie sich über den Staatsanwalt bei dem Justizministerium und reichte bei dem Amtsgerichte

eine Schrift ein, worin sie bewies, dass nach dem R.-Str.-G. gegen sie keine Untersuchung eingeleitet werden könne, bevor nicht die von ihr beantragte geführt sei.

Es entstanden Zweifel bezüglich ihres Geisteszustandes und wurde desshalb ein gerichtsarztliches Gutachten über denselben erhoben. Auch dieses griff sie in der heftigsten Weise an, aber trotzdem wurde die Untersuchung auf Grund dieses Gutachtens eingestellt.

10) Theodor Féaux: Ueber den hallucinatorischen Wahnsinn.

(Inaugural-Dissertation, Marburg 1878, 89. 64 S.)

An der Hand von 18 mitgetheilten Fällen entwickelt der Verf. *Symptomatologie* der genannten mit der „primären Verrücktheit“ identischen Krankheit. Während bei der Melancholie und der Manie die Verstimmung der Gemüthslage die Krankheit characterisirt und Hallucinationen nur gelegentlich nebenbei vorkommen, zeigt sich beim hallucinatorischen Wahnsinn, der die primäre Entstehung mit jenen gemein hat, dieses Verhältniss geradezu umgekehrt. Die Hallucinationen bilden bei ihm die Ursache der krankhaften Vorstellungen, die Gemüthsstimmung hingegen kann nebenbei in der mannigfachsten Art alienirt sein. Gewöhnlich wechselt sie je nach dem jeweiligen Inhalt der Sinnestäuschungen, sowie auch aus demselben Grunde die scheinbar ganz entgegengesetzten Wahnvorstellungen der Verfolgung und der Grösse neben einander bestehen oder doch in rascher Folge einander ablösen können. Täuschungen des Gehörs sind am häufigsten (fast immer vorhanden), dann folgt Gesicht, Gefühl, Geruch, Geschmack. Der Inhalt der Hallucinationen ist mannigfach, häufig für die Betroffenen beleidigend, selten heiterer Natur, eher noch indifferent. „Meist trägt ferner der Inhalt der Hallucinationen eine geschichtliche Färbung.“ „Soweit die Vorstellungen der Kranken nicht von Sinnestäuschungen abhängen, können sie einen durchaus normalen Ablauf nehmen.“ Häufig bedingt aber die fortschreitende Beschäftigung mit den eingebildeten eine gewisse Gleichgültigkeit gegen die wirklichen Wahrnehmungen, die sich im Zurückziehen von Gesellschaft, Zerstretheit im Gespräche u. s. w. äussert. Einzelne sind sich des Krankhaften ihrer Wahrnehmung wenigstens zeitweilig bewusst, andere nie, viele suchen sich dem Einflusse der Hallucinationen zu entziehen, bald durch trotzige Verschlossenheit, bald durch angestrengte fleissige Arbeit; andere, oder auch dieselben Kranken in einer erregten Zeit geben sich rückhaltslos den durch die Hallucinationen erzeugten Affecten hin und werden durch irgend welche Rücksichten um so weniger aufgehalten, als das Gemüth bei den meisten eine Einbusse erlitten hat, insofern als ihnen Neigung der nächsten Angehörigen, Anstand u. dgl. gleichgültige oder gar widerliche Dinge geworden sind. Auffallend ist eine ganz allgemeine vorhandene Verlegenheit. So lange sie sich selbst beherrschen können, verheimlichen die Kranken meist sorgsam, dass sie halluciniren; zeitweise, weil ja der Inhalt der Hallucinationen häufig genug ihre geheimsten Gedanken klarlegt, theilweise, nur nicht für verrückt gehalten zu werden. Grössere

Aufregungszustände machen sie rückhaltloser, gute Remissionen auf richtiger.

Die *Entwicklung* der Krankheit erfolgt nicht selten ganz plötzlich, in der Mehrzahl der Fälle bereitet sich diese aber länger vor, häufig durch ein hypochondrisches Vorstadium, wobei die hypochondrischen Sensationen aber vielleicht auch schon als Hallucinationen der Gemeingefühlen aufzufassen sind. Solche Kranke fallen gewöhnlich nur durch Eigenthümlichkeiten, Zerstretheit, Sucht allein zu sein, Misstrauen etc. auf, bis gelegentlich einer grösseren Erregung bekannt wird, dass sie halluciniren.

„Der *Verlauf* des Wahnsinns ist wie der keiner anderen Form der Geisteskrankheiten gekennzeichnet durch Remissionen“. Diese, an Dauer und Qualität verschieden, können bedingt sein durch Nachlassen der Sinnestäuschungen oder geradezu durch eine energische Willensanstrengung von Seiten des Kranken, der dadurch die Herrschaft über seine Sinne wieder gewinnt.

Es kommt vor ein *Ausgang*: 1) in Heilung, wobei die Remissionen immer häufiger und gründlicher werden und schliesslich die Hallucinationen ganz verdrängen; 2) in definitive Besserung, die eine Heilung vortäuschen kann, die Kranken verbergen sorgfältig ihre noch vorhandenen aber selten gewordenen Sinnestäuschungen, werden geschäftsfähig, gelten gewöhnlich nur als Sonderlinge; 3) bei anderen lassen die Hallucinationen zwar an Intensität nach, aber die Remissionen werden kürzer und seltener und es kommt schliesslich zu einem mässigen Grad von psychischer Schwäche; 4) bei anderen geht die psychische Umbildung noch einen Schritt weiter. „Es erfährt die eigene Persönlichkeit allmählig eine Umsetzung in Majus, sie erhält eine gewisse Wichtigkeit, während die Umgebung verfälscht und degradirt wird“. Die Kranken sind dann auf einem Standpunkt angelangt, den wir mit „Verrücktheit“ bezeichnen.

Aetiologisch scheint das weibliche Geschlecht und das jugendliche Alter, dann in zweiter Linie der altjungferliche Zustand und das Climacterium am meisten zu praedisponiren. Erbliche Belastung kommt oft vor. Masturbation, in den Aufregungsstadien häufig, ist eher Folge als Ursache der Krankheit.

Die *Prognose* ist um so günstiger, je widerstandsfähiger die Organisation der Centralorgane durch Anlage und Erziehung gestaltet ist, da ein energisches Mitwirken des Willens viel zur Unterdrückung der Hallucinationen mit beitragen kann, oder doch wenigstens die ursprünglich kräftigere Intelligenz sich länger erhält. Die plötzlich mit stürmischen Symptomen entstandenen Fälle haben günstigere Chancen als jene mit langsamer Entwicklung. Die *Neigung zu Recidiven* ist sehr gross.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

11) **Otto Schwartz** (Budapest): Die Bewusstlosigkeitszustände als Strafausschliessungsgründe im Sinne der neuesten deutschen, oesterreichischen und ungarischen Strafgesetzgebung.
(Tübingen 1878. H. Laupp 8^o, 114.)

Verf. ist Chefarzt der Privat-Heilanstalt für Gemüths- und Nervenranke in Budapest und wurde „durch vielfache Erfahrung zur

Ueberzeugung geführt, dass in Auffassung und Beurtheilung jener zweifelhaften Seelenzustände, welche in den obbezeichneten Strafgesetzgebungen als Zustände der Bewusstlosigkeit bezeichnet werden, sowohl bei Rechtskundigen, als bei Aerzten eine auffallende Unsicherheit und Divergens der Ansichten bestehe,“ er hat es daher versucht, „über diese Materie, soweit es in seinen bescheidenen Kräften steht, einiges Licht zu verbreiten, und glaubt hierdurch umso mehr einem thatsächlich bestehenden Bedürfnisse entgegenzukommen, als auch *die Literatur bisher nur äusserst Weniges aufzuweisen hat*, das zur Erhellung dieses dunkelsten Theiles des dunkeln Gebietes der Zurechnung zu dienen vermöchte. Von seinem Standpunkte als Arzt war er bestrebt, *den neuesten, fortschrittlichen Erfahrungen* in Naturwissenschaft überhaupt und Seelenkunde insbesondere den berechtigten und berichtigenden *Einfluss auf die Strafrechtspflege* zu wahren.“

Fürwahr, in wenigen Worten ein umfassendes und Achtung gebietendes Programm, umso mehr, als Derjenige, der es unternimmt, ein entscheidendes Wort in einer seiner Ansicht nach srittigen, sehr dunklen Materie mitzusprechen, unseres Wissens das erste Mal dieses Gebiet betritt.

Sehen wir nun zu, welcher Art die Aufgabe ist, deren Lösung Vfr. sich unterzogen, und wie er diese Aufgabe gelöst hat.

Dr. S. hat sich aus dem Tenor der über Schuldausschliessungsgründe handelnden Paragraphen des deutschen und österr. St.-G.-B., sowie der Entwürfe neuer Strafgesetzbücher für Oesterreich und Ungarn die Ueberzeugung verschafft, dass der in denselben enthaltene Begriff „Bewusstlosigkeit“ ein verfehelter ist, weil Bewusstlosigkeit jedwede Actionsfähigkeit, und daher auch jede strafbare Handlung ausschliesst, und weist folgerichtig nach, dass die Gesetzgeber jenen Begriff irrigerweise mit dem der „Bewusstseinstörung“ identificirten. Diese Wahrnehmung ist eine ganz richtige, nur ist dieselbe nicht neu, sie ist vielmehr in allen Handbüchern und besonders bei *Krafft-Ebing* zu finden, der die Streitfrage mit der ganz einfachen Gleichung „Bewusstlosigkeit-Aufhebung des Selbstbewusstseins“ kurz und bündig erledigt. Vfr. glaubt aber eine neue Entdeckung gemacht zu haben, und führt deshalb in dem besonderen Theile seines Buches alle jene Zustände vor, welche auf Störung des Bewusstseins beruhen und daher als Straf- (soll eigentlichen heissen) Schuldausschliessungsgründe gelten müssen. Zu diesen Zuständen zählt er: die Sinnestäuschungen, die Berausung, die Schlaftrunkenheit, die Affecte und Leidenschaften, die *Mania transitoria* u. s. w. alles wahr und richtig, nur haben schon *Andre*, und namentlich *Krafft-Ebing* nicht nur in seiner forens. Psychopathologie, sondern speciell in seinen Abhandlungen über Sinnesdelirien, *Mania transitoria* und über die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins darüber besser und ausführlicher geschrieben.

Hat nur Vfr. eine Abhandlung über transit. Störungen des Bewusstseins schreiben wollen, und hat er thatsächlich ein Compendium „jenes dunkelhaften Theiles des dunkeln Gebietes“ zu Stande

gebracht, so war er keineswegs berechtigt zu behaupten, dass die Literatur in dieser Beziehung bisher ein äusserst Weniges aufzuweisen hat, denn der Umstand, dass er dem Leser die Literatur vorenthält und die Nennung irgend eines Namens seiner Vorarbeiter sorgfältig vermeidet, beweist ja noch gar nicht, dass eine Literatur nicht vorhanden ist, oder dass eine solche ihm unbekannt war, und dieses umsoweniger, als wir auf jeder Seite seines Buches nicht nur in dem Ideengange, sondern sogar in einzelnen Ausdrücken alte Bekannte wiederfinden, denen wir schon irgend einmal und besonders in *Krafft-Ebing's* Schriften, begegnet sind.

Wir wären aber ungerecht, wenn wir nicht zugäben, dass in dem Buche Dr. S's Abschnitte unterlaufen, in denen wir auf einen neuen Ideengang stossen. Aber diese Abschnitte sind auch die schwächsten.

Neu ist jedenfalls die Deduction, dass der unfreie Wille ausschliesslich aus der Beschränkung des Unterscheidungsvermögens entspringt und dass sich kein Fall von Willensfreiheit *denken lässt*, bei dem nicht auch das Unterscheidungsvermögen zwischen Recht und Unrecht gelitten hätte. Vfr. weiss für diese Behauptung nur ein Beispiel anzuführen, welches weder seiner eigenen Erfahrung entnommen (Nachahmung des Abrahamsopfers), noch beweisend ist; dafür ist jeder pract. Gerichtsarzt in der Lage, durch aus dem Leben gegriffene Fälle die unhaltbare Theorie des Vfr. über den Haufen zu werfen. Und trotz seiner eigenen Theorie gibt Vfr. der Fassung des § 56 des österr. Strafgesetzentwurfes den Vorzug vor jener des § 51 des deutschen St.-G.-B., weil ersterer nach dem Grundsatz: „*superflua non semper nocent*“ auch das Unterscheidungsvermögen betont. Hätte sich Vfr., der eine besondere Vorliebe an den Tag legt, Juristen in ihrem wohlverschanzten Lager anzugreifen, bevor er an die Kritik des erwähnten Paragraphen ging, in dem deutschen St.-G.-B. besser umgesehen, oder hätte er den Motivenbericht des österr. Entwurfes gelesen, so würde er sich die Ueberzeugung verschafft haben, dass in den §§ 56 u. 58 des ersteren das Unterscheidungsvermögen betont wird, dass in dem § 56 des österr. Entwurfes eigentlich nur 3 Paragraphen des deutschen St.-G.-B. zusammengefasst werden, und dass überhaupt alle Bedenken, deren Vfr. post festum Ausdruck verleiht, zur gehörigen Zeit, nämlich vor Abfassung der betreffenden Gesetzbücher und Entwürfe in verschiedenen Collegien und Deputationen reiflich erwogen werden.

Ebensowenig als der p. 25 gegebenen, allzu populären Definition der Hallucinationen, können wir der Behauptung zustimmen, dass das Vorkommen der *Mania transitoria* durch „vielfache“ Erfahrung beglaubigt ist. Da Vfr., trotzdem er Chefarzt einer Anstalt für Gemüths- und Nervenranke ist, nicht so freundlich war, sein Buch mit irgend einem selbstbeobachteten Falle zu illustriren, so wäre uns wenigstens seine „vielfache“ Erfahrung über *Mania transitoria* sehr erwünscht und belehrend gewesen.

Da „*superflua interdum nocent*“, so billigen wir es nicht, dass Vfr. die 3 Grade der Trunkenheit rehabilitirt, welche nach seiner Meinung in *forenser* Beziehung wichtig sein sollen. Wir wissen

nichts davon und halten vielmehr die Auffrischung alter Sünden, wie dieser unseliger 3 Grade, oder die Reactivirung alter Invaliden, wie der Mania ebriosa und der Excandescencia furibunda für überflüssig und schädlich.

Wie endlich unter die transitorischen Bewusstseinsstörungen auch Abschnitte über *Nothwehrüberschreitung*, über *Todtschlag* hingerathen sind, können wir nicht gut begreifen; wenn aber Vfr. gar über *Todtschlag an Blutsverwandten*, über *Tödtung auf Verlangen des zu Tödtenden* über *Concurrenz von Prämeditation und Affect bei Tödtung* schreibt und diesen Fragen besondere Abschnitte widmet, so haben wir für diese Juristerei eines Arztes schon gar kein Verständniß. Der Arzt muss in solchen Fragen stets Dilettant bleiben und geräth leicht auf Abwege; so z. B. erklärt Vfr. (p. 91), dass er die Ansicht des Juristen, dass die *Kindestödtung* ein eigenes qualificirtes (soll heißen: privilegiertes) Verbrechen bildet, keineswegs theilen könne und dass der Begriff *Kindesmord* gegen Logik und Sprachgebrauch verstösst, da doch auch ein Vater Kindesmörder genannt werden kann. Nun die Jurisprudenz wird sich blutwenig darum kümmern, ob College Schwartzler irgend ein Verbrechen qualificiren oder privilegiiren will oder nicht, die Medicin aber hat auf ihrem eigenen Territorium mehr als genug zu schaffen, um solche Excursionen auf fremdes Gebiet zu billigen.

Im Ganzen genommen, halten wir die Schrift für ein zu spät erschienenenes Opus; auf dieser Arena ist schon viel Sand aufgewirbelt worden, wer sie betreten will, muss zum allerwenigsten neue Beobachtungen bringen.

Blumenstock (Krakau).

12) **Enrico Toselli e Zavattazo Giuseppe**: Tödtung der eigenen Frau und noch vier anderer Personen in einem Anfall von „impulsiver Monomanie“ auf epileptischer Basis. Gerichtl. Gutachten.

(Riv. sper. di fren. e d. med. leg. 1878. IV. I. pp. 188 ff.)

Das ausführliche Gutachten betrifft einen durch die Ueberschrift genügsam charakterisirten Fall, in welchem die *epileptische Natur* der Psychosen, trotzdem hier der *erste* scharf charakterisirte Anfall des Individuums vorliegt, so klar und zweifellos ist, dass eine ausführliche Wiedergabe des überzeugend abgefassten Gutachtens nicht weiter nöthig erscheint. Das für Unzurechnungsfähigkeit des Angeklagten und vorläufige Internirung desselben in einer Irrenanstalt plaidirende Resumé hatte bei den Geschworenen vollen Erfolg.

G. Salomon (Hamburg).

13) **Tarchini Bonfanti**: Ist es zweckmässig und möglich, das Gutachten der Gerichtsärzte (oder mediz. Sachverständigen) für die Richter resp. Geschworenen bindend zu machen?

(Riv. sper. d. fren. e d. med. leg. IV. I. S. 189 ff.)

Der Verf. bespricht diese wichtige Frage anschliessend an eine Schrift A. Raffaele's, in welcher über die unwürdige Stellung der italien. Gerichtsärzte Klage geführt und Abhilfe dagegen ver-

langt wird. Er kommt jedoch zu dem Resultate, dass die obige Frage verneint werden müsse, und zwar 1. weil die medizinischen Sachverständigen keine andere Stellung beanspruchen könnten als andere Sachverständige, ferner weil damit die Verantwortlichkeit der Geschworenen illnsorisch würde, 3. weil die Aerzte keineswegs unfehlbar wären, 4. weil es in praxi nicht durchführbar sei, endlich weil es die Advokaten nie zugeben würden, die dadurch ein grosses Hemmniss in der Vertheidigung fänden. Er schlägt aber vor, die Geschworenen sollten jeder einzeln, ohne zu berathschlagen, ihr Ja oder Nein auf *einen* Zettel, und die Motivirung des Urtheils auf einen andern schreiben, welche letzteren dann miteinander verglichen werden möchten. (Man sieht nicht ein, welchen praktischen Zweck dies haben solle. Ref.) Verf. scheint ferner geneigt, die Entscheidung über den Bericht des Sachverständigen in die Hand des Richters allein zu legen. (Es liesse sich auch bei uns über diese Frage so manches sagen. Noch vor kurzem kam hier in Hamburg der Fall vor, dass ein Mensch, welcher bereits über zwanzig Mal unsittliche Attentate auf Knaben ausgeübt hatte, der schon deshalb im Zuchthaus gesessen, der sehr stark hereditär belastet war, der an Wahnvorstellungen litt, und der schliesslich einen Knaben, nachdem er denselben missbraucht, auf eine entsetzliche Weise ermordet und verstümmelt hatte, der dann von *sämmtlichen* zur Verhandlung hinzugezogenen *Aersten*, darunter solchen, die ihn lange Zeit beobachtet und u. A. bei seiner Psychose behandelt hatten, für unzurechnungsfähig, — von dem *Inspektor* eines Detentionshauses aber, der ihn einige Monate unter Aufsicht gehabt hatte, für geistig gesund erachtet worden war, — von den Geschworenen des Mordes schuldig erklärt und in Folge dessen zum Tode verurtheilt worden ist. *Facta loquuntur!* —

G. Salomon (Hamburg).

14) **Medicinal-Collegium der Provinz Schleswig-Holstein.** Obergutachten über den Geisteszustand des Maurers K. aus Gr.-B.

(Eulenbergs Vierteljahrschrift 1878, October.)

Das Med.-Collegium war aufgefordert worden ein Obergutachten darüber zu erstatten, ob der Maurer K. zur Zeit der That in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit sich befunden habe, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen sei. (§ 51 unseres R.-Str.-G. d. Ref.)

Vom Maurer K. 45 Jahre alt, ist über eine erbliche Anlage zu Geisteskrankheiten nichts festzustellen. Bis zum Jahre 1874 konnte aus seiner Lebensgeschichte das nachgewiesen werden, dass er im Militärdienste wie auch bei verschiedenen Arbeitgebern sich gut geführt hat, dass er ferner nach Aussage seiner Frau seinen Schnaps in mässigen Quantitäten trank, aber dabei arbeitete und sich gut mit ihr vertrug. Allein seit 1874 steigerte sich das Trinken, so dass er sich faul und arbeitsscheu umhertrieb; aber an Säuferwahnsinn hatte er nicht gelitten. In den Acten von diesem Jahre (1874) heisst es K. sei beständig betrunken, so dass er mit seiner Frau in Zwist lebe und sie sich vor ihm ver-

bergen müsse. Auch wurde derselben oftmals etwas gestohlen, u. A. Bohnen welche sie im Bette ihres Mannes wiedergefunden hätte. Auch tobte und lärmte er die Nächte hindurch, bisweilen auch am Tage und setzte Alle in Schrecken. Bei einem Streite mit seiner Hauswirthin (Ende 1873) wobei er diese und seine Frau beschuldigte ihm seine Sachen entwendet zu haben, schlug er nach beiden mit einem Beile und verwundete seine Hauswirthin am Arme. Im Verhör gab K. an, in der Nothwehr gewesen zu sein und man habe ihn mißhandelt. In der weiteren Krankengeschichte des K. folgt nun eine lange Liste von Lügen und Beschuldigungen desselben der verschiedensten Art, die er zum Theil auch über seine Frau vorbrachte.

Alle seine Angaben trugen aber dasselbe Gepräge: gestützt auf unhaltbare, ja gradezu verrückte Erfindungen und in höchst unklarer Weise suchte er sich als den Geschädigten hinzustellen und beabsichtigte insonderheit seine Frau des Diebstahls zu verdächtigen. Im Jahre 1875 bekam er nach Abbüßung einer Strafe wegen Diebstahls von der Gefängnis-Inspection das Zeugniß: Führung sehr mangelhaft; mit Rücksicht auf seinen geistigen Zustand wurde ihm fast Alles nachgesehen. Das sollte wohl heissen, dass K. für geisteskrank gehalten und deshalb nachsichtig behandelt wurde. In demselben Frühjahr musste er wegen Lärmen und Toben in das Gefängniß gebracht werden. In demselben beging er verschiedene Mißhandlungen von Gefängnisbeamten, auch eine Brandstiftung (er steckte seinen Strohsack in seiner Zelle an), wobei nach den in den Acten gegebenen Beschreibungen ernstliche Gefahr vorhanden war, dass die hölzerne Decke der Zelle Feuer fangen und ein grosser Brand entstehen würde, wobei er nicht mit Bestimmtheit darauf rechnen konnte entkommen zu können, vielmehr Aussicht hatte lebendig zu verbrennen. Der Gefängnisarzt hatte ihn als der Simulation verdächtig zu beobachten und erklärte ihn für gesund, obwohl manche Wunderlichkeiten in seinem Benehmen auffielen und er seine Unternehmungen manchmal falsch zu berechnen scheine. Vor dem Schwurgerichte wurde er gleichfalls für zurechnungsfähig erklärt und dann zu 1½ Jahr Zuchthaus verurtheilt. Bei seiner Einlieferung wurde er vom Gerichte dem Director desselben als ein Mensch geschildert, „der für manche seiner Handlungen gar kein ersichtliches, vernünftiges Motiv habe, trotzdem aber als völlig zurechnungsfähig erscheine“. Während seines Aufenthaltes in der Anstalt glaubte der Arzt derselben eine unzweifelhafte Disposition zu periodischer Geistesstörung nachgewiesen zu haben; der Anstaltsgeistliche meinte, der K. sei vielleicht wegen Verücktheit unzurechnungsfähig.

Anfangs 1877 aus der Strafanstalt entlassen, führte K. ein vagabundirendes Leben und kam im März wegen Diebstahls wieder in das Gefängniß zu L.

Sowohl in diesem als auch in dem Gefängniß zu L., wohin er später gebracht wurde, verübte er uuzählige Gewaltthätigkeiten. K. leugnete alle diese Excesse vollständig ab; seine Erzählungen waren verworren und schon an sich ganz ungläublich. Er sprach dabei in der Regel in klagendem Tone, sprang mitunter auf, gesticulirte lebhaft und schilderte in ruhmrediger Weise, wie er sich gewehrt und seine Gegner geschädigt hätte. Im Allgemeinen litt K. seit lange an Schlaflosigkeit und hatte eine Dosis Chloral bis zu 4 Gramm mit etwas Morphinum versetzt, nicht die geringste Wirkung bei ihm getobt.

Die Untersuchung seines Körperzustandes ergab keine wesentlichen Abnormitäten. Misbildungen des Schädels fanden sich nicht vor.;

In einem erstatteten Gutachten des Physicus heisst es: der Explorat erzähle immer mit Einschaltungen, so dass Unklarheit entstände; einmal insonderheit habe er so unklar erzählt, dass nichts davon zu verstehen gewesen wäre. Seine Excesse werden als „wunderlich“ bezeichnet, es fehle dabei eine umsichtige, gut berechnende Überlegung: man habe überall bei ihm keine Handlung kennen gelernt, welche „irgend einen klaren, festen Gedankengang oder Plan voraussetzte“.

Das Medicinal-Collegium führt nun aus, dass der Physicus den Exploraten nicht auch für geistesgesund erklären konnte, derselbe sage, er habe bei K. nie kranke Gedanken oder Vorstellungen wahrgenommen; er habe aber hierbei wahrscheinlich nur an Wahnideen und Sinnestäuschungen gedacht, sonst müsste man einwerfen, dass die Reden, die ohne Zusammenhang und unverständlich sind, gesunde Gedanken und Vorstellungen unmöglich entwickelt werden könnten.

Der Physicus wolle ferner bei dem K. keine Zeichen von Eussenwahn gefunden haben, habe aber dessen Ruhmredigkeit sehr anschaulich geschildert und von seinen vermeintlichen Erfindungen gesprochen. Wer sich aber einbilde, ein grosser Erfinder zu sein, leide doch wohl an Grössenwahnsinn oder wenigstens an einer solchen Art von Selbstüberhebung, wie sie bei erregten und mehr oder minder verwirrten Geisteskranken häufig vorkomme. Es könne nicht zugegeben werden, dass die falschen Anschuldigungen, die K. immer vorgebracht habe, nicht auf Sinnestäuschungen beruhten, ja klar, dass sie wissentlich erlogen waren, ohne dass damit zugleich bestanden würde, dass keine Geisteskrankheit vorläge. „Wenn ein erregter Geisteskranker irgend welchen Excess begeht und ihm die Folge dessen irgend etwas Unangenehmes zugefügt wird, so kann man sicher darauf rechnen, dass er die Reihenfolge umkehrt und vielmehr behauptet, er sei durch das ihm zugefügte Unangenehme in den Excess veranlasst worden.“ Das Medicinal-Collegium führt nun u. A. weiter aus, dass die Krankheit des K. nicht aus einer akuten Manie sich herausgebildet habe. Bei Säufern sei der Verlauf ein anderer. „Unter fortgesetztem Missbrauche geistiger Getränke“, sage Magnus Huss (Chronische Alcoholskrankheit. Aus dem Schwedischen. 1852. p. 356) „unter wiederholten, gewaltsamen Anfällen, mit oder ohne einen dem Delirium tremens ähnlichen Anfall von (sc. acuter) Manie bildet sich endlich die wirkliche Manie aus, anfangs mit längeren Pausen zwischen den Anfällen, in welchen die Geisteskräfte durchaus frei sind; später stellen sich die Anfälle immer häufiger ein, der Geisteszustand stumpft sich in den Zwischenzeiten immer mehr ab, bis sich endlich Dementia ausbildet.“ Das wichtige Symptom der Schlaflosigkeit datire K. selbst im Jahre 1873 schon; zu Ende dieses Jahres sei er zum ersten Male mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen und rechne auch im Jahre 1874 an eine wesentliche Veränderung in seinem Verhalten, es sei daher anzunehmen, dass sich die Krankheit des K. schon damals entwickelt habe und dass die wiederholten Anfälle von Säuferswahnsinn in jenen wiederholten gewaltsamen

(d. h. mit maniakalischer Erregung verbundenen) Rauschanfällen bestanden, von denen Magnus Huss spreche.

Das Medicinal-Collegium gibt daher sein Gutachten dahin ab:

Dass der Arbeiter K. seit Jahren an einer chronischen Manie leidet, wodurch seine freie Willensbestimmung stets ausgeschlossen war und noch ausgeschlossen ist.

Kohlmann (Remagen).

Verschiedene Mittheilungen.

- 15) Von R. H. Pierson's, Compendium der Electrotherapie, Leipzig, Ambrosius Abel. 2. Auflage 1878, mit 13 Holzschnitten 189 S. erscheint demnächst eine russische Uebersetzung; eine italienische liegt bereits vor. Das Buch empfiehlt sich dadurch sehr.
16. Brown-Sequard, auf dem Lehrstuhle der Physiologie am Collège de France der Nachfolger Claude Bernard's hat in seiner am 2. December 1878 gehaltenen Eröffnungsvorlesung allen gegenwärtig herrschenden Ansichten über die Function des Gehirns, in Sonderheit der Lehre von der Localisation im Gehirn den Krieg erklärt; er will im Laufe seiner Vorlesungen den Beweis liefern, dass alle Anschauungen über die genannten Fragen falsch sind, und zwar gedenkt er dies zu thun an der Hand von Thatsachen die er in grosser Zahl gesammelt, nicht mit Hülfe von Experimenten, denn „Experimente über diesen Gegenstand“, sagt er, „sind schwierig, weil sie auf Reizungen beruhen und sehr häufig misslingen.“ Im speciellen wird er discutiren den Einfluss des Hirns auf das Mark, sodann die Frage, ob der Mensch ein Gehirn habe, oder deren zwei. Er selbst steht zu der letzteren Ansicht und behauptet, dass jede Gehirnhälfte sämtliche Functionen des ganzen Gehirnes besitze, und befähigt sei zu allen motorischen Impulsen, zur Aufnahme aller sensiblen Eindrücke. Die Decussation sämtlicher Nervenfasern der rechten Körperhälfte nach links hinüber und umgekehrt erklärt er für eine unabweisbare Nothwendigkeit und sagt, dass jede Gehirnhälfte alle Eindrücke beider Körperhälften zu percipiren im Stande sei. Ueber die Localisationsfrage äussert er sich wörtlich: „Ich glaube an die Existenz der cerebralen Localisationen, aber ich bin der Ansicht, dass sie nicht an einem bestimmten Punkte des Gehirns bestehen; sie setzen sich vielmehr aus Elementen zusammen, die im Gehirn zerstreut (Disséminés) vorkommen, so dass jedes Centrum sich aus Ganglien mit sehr verschiedenen Functionen combinirt.“ Im Anschlusse daran bringt er Thatsachen vor, welche die Existenz des bekannten Broca'schen Sprachcentrums der hintren Partie der 3. linken Hirnwindung in Abrede stellen.

Ich werde später auf diese vielversprechende Vorlesungen zurückkommen.

Erlenmeyer.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Sogen Mark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Pettizelle oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band. 15. Januar 1879.

Tr. 2.

INHALT.

ORIGINALIEN. Dr. Franz Müller: Vorläufige Mittheilung über Metalloscope und Metallotherapie-
REPERATE. 1) Charcot: Ueber die Localisationen der Gehirnkrankheiten. (Schluss.) 2) Wern-
her: Verletzung des lobus frontalis der rechten Gehirnhälfte. 19) Eulenburg (Greifswald):
Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 20) H. M. Bannister (Chicago): The diagnostic signifi-
cance of the Tendon reflex. 21) Moeli (Rostock): Zum Verhalten der Reflexthätigkeit. 22)
O. F. Wadsworth & J. Putmann (Boston): Intraoculäre Circulation. Rhythmisch eintre-
tende Veränderungen im Venenpuls auf der Sehnervenscheibe. 23) Horner (Zürich). 24)
Hirschberg (Berlin): Ueber Intoxications-Amblyopien. 25) Daster & Morat: Ueber
gefässerweiternde Innervation. 26) Lasalle; 27) Lossen; 28) Braun: Die Behandlung
der Supramaxillareuralgie durch Resection. 29) Hayes Agnew: Trepanation mit Er-
folg bei einem Epileptischen. 30) Wharton Sinkler: Cannabis indica in der Behandlung
der Epilepsie. 31) Julius Glax: Ueber den Einfluss der Faradisation der Bauchmuskulatur
auf Resorption und Harnausscheidung. 32) Korczynski (Krakau): Ein Fall von Unweg-
samkeit des Darmtractus. 33) Laskiewicz-Friedenfeld (Wien): Ein Fall von Psychose
bei einem Tabakfabrikarbeiter und über die schädlichen Wirkungen des Nicotins auf das
Nervensystem überhaupt. 34) Kowalewsky (Charkow): Fall von Gesichtshallucinationen
bei vollständiger Blindheit. 35) Broadmoor criminal lunatic asylum. Annual Report for the
year 1877. 36) Surrey county lunatic asylum at Brookwood. Tenth and eleventh report. 37)
Solaville (Poitiers): Gutachten über den Geisteszustand von Theodor H., angeklagt wegen
Morddrohungen. 38) v. Krafft-Ebing (Graz): Facultätsgutachten über den zweifelhaften
Geisteszustand eines wegen Cassadefect in Untersuchung stehenden Steuerbeamten.

ANZEIGEN.

Vorläufige Mittheilung über Metalloscope und Metallotherapie.

Von Dr. FRANZ MÜLLER,

Secundararzt des allgemeinen Krankenhauses zu Graz.

Bei dem regen und allgemein getheilten Interesse für Metal-
loscope und Metallotherapie dürften die folgenden Zeilen gerade
jetzt, wo von englischen Autoren in lebhaftester Weise gegen eine
physicalische Erklärung der metalloscopischen Phänomene geeifert
wird, nicht wenig zur Klärung und Erweiterung des angezogenen
Gebietes beitragen. H. Bennett, Donkin und ganz jüngst
Carpenter suchen wie Hammond für die bekannten Wir-

kungen der Metallplatten bei Hysterischen (wiederkehrende Sensibilität, Schwinden der Amyosthenie und Transfert) ausschliesslich die „attention expectant“ verantwortlich zu machen und stützen sich hierbei in Ermanglung von eigenen experimentellen Untersuchungen — nur von Bennet ist im British Medical J. vom 23. November eine einschlägige Beobachtung mitgeteilt — grösstentheils auf aprioristische Gründe und Annahmen, die besser einem Philosophen als einem beobachtenden Arzte zustehen würden. Der Tenor sämtlicher englischen wie americanischen Publicationen besteht in dem Vorwurfe, dass Charcot seine Experimente immer und immer wieder an denselben Patienten mache und zwar ohne hiebei gewisse Vorsichtsmassregeln anzuwenden um die gesteigerte, die Erwartung spannende Aufmerksamkeit auszuschliessen. Es kann nicht meine Aufgabe sein, mich des Weiteren über die weltbekannten Experimente Charcots hier auszulassen — die Commission der Societé de biologie hat sie vollinhaltlich verificirt. Ich will nur anführen, dass ich während eines 3 monatlichen Aufenthaltes auf der Salpêtrière durch die Güte Charcots Gelegenheit fand die *Unwirksamkeit indifferenten Stoffe*, die ich in mannigfacher Weise unter allen Cautelen applicirte, zu constatiren. Ganz ähnliche Beobachtungen konnte ich jüngst an Kranken des hiesigen Krankenhauses machen. Eine vorläufige Notiz über die Resultate einer grösseren Reihe von einschlägigen Versuchen dürfte nicht ohne wesentliches Interesse sein.

Letzere zeigen, dass, obgleich die der Metalloscope unterworfenen Personen nie etwas von Metalloscope geschweige denn von der von Charcot beobachtenden Reihenfolge der eintretenden Symptome gehört hatten, auf der anästhetischen Körperhälfte die allgemeine Sensibilität sowie die der Specialsinne *jederzeit und ausnahmslos längstens innerhalb 30 Minuten* wiederkehrte bei gleichzeitigem *vollständigem Transfert*. Hierdurch unterscheiden sich meine Beobachtungen nicht unwesentlich von denen Westphal's. Ich muss noch bemerken, dass sämtliche Versuche anfangs bei verbundenen Augen angestellt und von der Umgebung nichts gesprochen wurde, was die Patienten Zweck und Absicht der Application hätte errathen lassen können.

Bei diesen Cautelen zeigte sich die Wiederkehr der Sensibilität immer nur bei Application eines und desselben Metalles — das aber auch wieder stets versagte, wenn centralwärts von demselben andere als homologe Platten aufgelegt wurden.

Zahlreiche und in mannigfacher Weise vorgenommene Substitutionen des wirksam gefundenen Metalles durch sogenannte *schlechte Electricitätsleiter* erwiesen sich — unter sonst gleichen Versuchsbedingungen — als *unwirksam*, geradeso wie einfache Pressions- und Umschnürungsversuche.

Hingegen erhielt ich sämtliche Phänomene, wie sie die Metallapplication zeigte, auch durch Anlegung eines Magneten und zwar jederzeit schon nach einer bedeutend geringeren Anzahl von Minuten — was mit einer an mich gelangten brieflichen Mittheilung Charcot's, „*die Wirkung des Magnetes scheint nach meinen Er-*

fahrungen allgemeiner und rascher zu sein als die der Metallplatten⁴ sich vollkommen deckt.

Andererseits fand ich, dass die Wirkung der Metallplatten nicht unbedeutend präcipitirt wird, wenn die Epidermis der Applicationsstellen zuvor mit einem Electrolyten befeuchtet wurde.

Das Gesetz des Transfert gilt nicht nur allein für die Sensibilität und Contractur (R. Vigouroux), sondern auch für vollständige Lähmungen, wie ich es für die *Hemiparaplegie* constatirte, und in einer *Versammlung des Vereins der Aerzte in Steiermark* nebst der ganzen Reihe der *metalloscopischen Phänomene ad oculos demonstriren konnte*.*)

Ich glaube nun nach den Ergebnissen meiner unter allen nur denkbaren Cautelen angestellten Versuche, deren Publication in extenso nebst einschlägigen metallotherapeutischen positiven Resultaten demnächst erfolgen wird, die von englischen Aerzten beliebte Erklärung der metalloscopischen Phänomene als eine Wirkung der „*Attention expectant*“ mit aller Entschiedenheit als unhaltbar wenigstens für die von mir beobachtenden Fälle bezeichnen zu müssen.

Diese englische Annahme fusst wohl mehr auf einem rein theoretischen Raisonnement als auf experimentellen Wahrnehmungen.

Wenn die in Rede stehenden Phänomene in Graz in derselben Reihenfolge, mit derselben Promptheit und Constanz in die Erscheinung treten wie an Kranken in Paris, so dünkt mich hierin wohl die sicherste Gewähr für die Richtigkeit der gewonnenen Resultate zu liegen — man müsste denn der Annahme sich hinneigen, dass die betreffenden Kranken eigene Specialstudien getrieben hätten.

Referate.

17) Charcot: *Ueber die Localisationen der Gehirnkrankheiten.* In's Deutsche übertragen von Dr. Berthold Fetzner.

Erste Abtheilung. (Stuttgart, Adolph Bons 1878.)
(Schluss.)

Als Stütze für seine Auffassung des hinteren Abschnittes der Capsula interna als sensible Leitungsbahn führt Ch. die bekannte Angabe von Meynert an, welcher Faserzüge beschrieb, die von den Hirnschenkeln — und schliesslich von den Hintersträngen des Rückenmarkes aus — ohne in die grauen Kerne einzudringen, nach rückwärts zur Corticalis des Lob. occipitalis ziehen (eine Angabe, die bekanntlich von Flechsig lebhaft bestritten wird). Der Hauptbeweis ruht aber in den *klinischen Erfahrungen*, und zum Theil auch in hierhergehörigen Experimenten von Duret und Veysière, welche bei Hunden durch Zerstörung der hinteren Abschnitte der innern Kapsel Hemianästhesie der entgegengesetzten Körperhälfte erzielten. Ob umfangreiche Läsionen der Occipitallappen beim Menschen Hemianästhesie zur Folge haben, ist nicht festgestellt. —

*) Es ist das die erste öffentliche Demonstration der metalloscopischen Phänomene, die ausserhalb der Salpêtrière (Paris) gemacht wurde.

Die auf der genannten pathologisch-anatomischen Grundlage beruhende cerebrale Hemianästhesie erstreckt sich nur auf die sensorielle Apparate des Gehirns, besonders auf die optischen und olfactorischen Sinnesqualitäten, völlig wie bei der bekannten hysterischen Hemianästhesie.

Die vorhandene *Amblyopie* hat beide Male die Charaktere einer mehr oder minder ausgeprägten Verminderung des Sehvermögens bei normalem Augenhintergrunde, ferner concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, besonders auch für die Farbenempfindung (Landolt). Die *Amblyopie* ist ferner dem Läsionssitze *contralateral*, übrigens nicht in exclusivem Sinne, da auch das andere Auge in freilich viel geringerer Weise mitzuleiden pflegt.

Graefe hatte behauptet, dass absolut unilaterale Gehirnaflectionen zu homologer lateraler Hemioptie führen. Dem widerspricht somit Charcot entschieden; nach ihm *bedingen diejenigen Läsionen* der Grosshirnhemisphären, welche zu *Hemianästhesie* führen, zugleich *gekreuzte Amblyopie*, aber keine laterale Hemioptie.

Wird allerdings der eine oder andere Tractus opticus von einer Läsion betroffen, oder etwa durch Compression bei gleichzeitiger Affection centralwärts gelegener Theile mitgetroffen, so ist laterale Hemioptie die Folge, eine Thatsache, die mit der Hypothese der Semidecussation gut übereinstimmt. Sobald aber die Läsion centralwärts vom Kniehöcker angreift und keine Mitbetheiligung der Tractus optici stattfindet, tritt contralaterale Amblyopie auf. Um diese klinische Thatsache mit der Semidecussationshypothese in Einklang zu bringen, supponirt Ch., dass diejenigen Fasern, welche sich im Chiasma bereits gekreuzt haben, später ihren Lauf centralwärts ohne neue Kreuzung weiter fortsetzen, während die peripher ungekreuzten Fasern, bevor sie sich in die Tiefe der Hemisphären einsenken, an irgend einem Punkte, vielleicht in den Vierhügeln, sich kreuzen. Anatomische Beweise für die Richtigkeit dieser Hypothese fehlen allerdings noch bisher.

Die häufige Coincidenz zwischen unilateraler Amblyopie und Hemianästhesie erklärt Ch. aus dem Contiguitätsverhältnisse zwischen den vorher erwähnten Meynert'schen Faserbündeln und den *Sehstrahlungen* Gratiolet's an einer bestimmten Stelle der Capsula interna. Weiterhin geht er dann des Näheren ein auf die Ursprungsgebiete des Sehnerven im Gehirn und kommt dabei auch auf die Beziehungen der beiden *Vierhügelpaare* zu den optischen Fasern zu sprechen.

Er unterstützt die Anschauungen Huguenin's, dass die innere Wurzel des Sehnerven mit den hinteren Zweihügeln in Verbindung stehe, durch eigene Beobachtungen, welche er bei atactischen und amaurotischen Kranken machte, dass nämlich die vorhandene Induration und Atrophie des Sehnerven sich bis zu den Kniehöckern und zu beiden Vierhügelpaaren inclusive dieser erstreckte.

Ob eine einseitige Erkrankung der Vierhügel zu contralateraler Amblyopie führt (wie in einem vereinzeltten Falle von Bastian — also entsprechend der oben angeführten Charcot'schen Hypothese), oder ob eine laterale Hemioptie die Folge ist, ist bisher noch nicht

genügend festgestellt. Ebenso ist noch zu entscheiden, ob nicht bei gewissen pathologischen Lokalisationen in einer Grosshirnhemisphäre anstatt der gekreuzten Amblyopie, Hemiopie eintreten könne. Fälle, in denen rechtsseitige laterale Hemiopie zugleich mit Aphasie auftrat, und wo ausserdem Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der rechten Körperhälfte sich zeigten, sind in ihrer pathologisch-anatomischen Grundlage noch dunkel. In einem solchen Falle fand sich ein *Stirnlappentumor*, der zugleich den Tractus optic. sin. comprimirt; in andern handelte es sich um Formen von Hemiplegie, also um völlig transitorische Zustände.

Zum Schlusse verbreitet sich Charcot über das Verhalten der *secundären Degenerationen* zu Läsionen der lenticulostrüären Regionen und der sogenannten psychomotorischen Centren.

Er bestätigt die Angaben Türk's, dass selbst weit ausgedehnte Läsionen der grauen Kerne (des Corp. caudatum und des Linsenkerne) keine sekundären Degenerationen erzeugen, welche aber stets entstehen, falls die motorischen Abschnitte der Capsula interna ergriffen sind. Ch. fand ferner, dass solche Läsionen der Corticalregionen der beiden Centralwindungen und der angrenzenden Abschnitte, die zugleich die anliegende Marksubstanz mitbetreffen, stets deutliche consecutive Sclerosen bis in die lumbalen Abschnitte der Seitenstränge des Rückenmarkes hinein erzeugen, während sehr oberflächliche Affectionen der Rinde und tiefgehende Zerstörung anderer Lappen des Grosshirnes niemals absteigende Sclerosen zur Folge habe. Seine Theorie, dass diese Sclerosen die permanenten Contracturen der dauernd Hemiplegischen verursachen, ist bekannt.

Schultze (Heidelberg).

18) **Wernher**: Verletzung des lobus frontalis der rechten Gehirnhälfte. Ein Beitrag zur Pathologie der Gehirnverletzungen und zur Localisation der Gehirnfunktionen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurg. X. 5. u. 6., S. 453.)

Ein Mann (22 Jahre) wurde beim Eisenbahnbau durch einen schweren scharfkantigen Stein an der rechten Seite des Kopfes getroffen (Folge einer ca. 100 Schritt entfernt stattfindenden Dynamitexplosion). Der Verletzte war hingestürzt, aber nur einen Moment betäubt gewesen, dann aber vollkommen bei Besinnung und im Stande den grösseren Theil des Weges zu Fuss zurückzulegen und die hohe Treppe des Hospitals ohne Unterstützung zu ersteigen. Befund: 2 $\frac{1}{2}$ Zoll lange Wunde vom Keilbeinflügel zum Stirnbein verlaufend, $\frac{1}{2}$ Cm. breite, etwas längere Knochenspalte deutlich zu fühlen. Die innere Glastafel etwa in der Grösse eines Thalers abgesprengt, und in der ganzen Dicke des Knochens nach innen eingedrückt. Pulsationen des Gehirns nicht bemerkbar. Der Schädelbruch kreuzte mithin das Verbreitungsgebiet der Art. men. media (daher auch die anfänglich starke Blutung) und die Fossa Sylvii. Keine Störungen der Sinnes- und Bewegungskräfte. Temperatur und Puls normal. Da Patient jeden operativen Eingriff ablehnt, so begnügt man sich mit einem einfachen Wundverband mit Eisblase.

Nach zwei Tagen begann Patient *aphasisch* zu werden, ausserdem traten eigenthümliche *convulsivische Erscheinungen*, die stets genau auf *einzelne Muskelgruppen begrenzt* blieben auf, und zwar erst links und nachher vorwiegend *rechts*. Die Gebiete, welche sie einnahmen, waren: Die kleinen von dem Facialis versorgten mimischen Muskeln des Gesichts und des Halses. Die Sprache blieb durchaus rein und klangvoll. Ebenso wurden zitternde halbseitige Bewegungen am Platysma beobachtet. Die tieferen Halsmuskeln waren nicht betheilig. Ferner krampfhaftige Bewegungen an den Extensoren und Flexoren der Finger. Die Pronatoren und Supinatoren, der Flexor des Carpus blieben unbetheiligt. Das Ellbogengelenk wurde nicht bewegt. Gleiche Bewegungen wie am Vorderarme kamen auch am Unterschenkel vor. Die Muskeln des Oberarmes und des Oberschenkels blieben vollständig unbetheiligt.

Am folgenden Morgen (während der Nacht waren die Krämpfe sehr heftig gewesen) war Pat. völlig sprachlos. Puls 130. Temp. 39,0°. Nach einigen Stunden liessen die Krämpfe nach, die Glieder lagen wie gelähmt, Anrufen u. s. w. riefen keine Reactionen mehr hervor. Wegen der vermutheten, beginnenden Gehirnentzündung wurde jetzt noch die Erhebung der eingedrückten Knochen ausgeführt. Der operative Eingriff änderte in den functionellen Störungen nichts Wesentliches. Desgleichen blieb ein Aderlass ohne Wirkung. 4 Tage nach der Verletzung stirbt der Kranke. Temp. 41,5. Lungenhypostase.

Section: Die *Dura mater* ist, unter einer dünnen Eiterschichte, auf beiden Seiten von einem haemorrhagischen Exsudat bedeckt. Keine Perforation. Auf der *Arachnoidea* rechts mehrere flache Eiterherde. Darunter *Gehirn hyperaemisch, oberflächlich erweicht*. An den Rändern der *Gyri*, namentlich der mittleren an der Fossa Sylvii anstossenden, einige apoplektische Sugillationen. *Gehirn* blutreich, ödematös. Art. meningea in ihrem Sulc. zerrissen. Diastase der Coronalnaht.

Verf. erinnert an eine frühere, ganz ähnliche Beobachtung von ihm (Arch. für pathol. Anat. Physiol. u. Klin. Medicin Bd. 56. H. 3.) in beiden Fällen decken und ergänzen sich die Symptome der klinischen Beobachtung und die Resultate des Experimentes. Beim Menschen sind offenbar Centren der Bewegung bestimmter Muskelgruppen in der Oberfläche der Windungen des Vorderlappens des Grosshirns ebenso angeordnet und finden sich in derselben Zahl vor, wie sie bei dem Hunde nachgewiesen worden sind. Endlich macht der Verf. noch darauf aufmerksam, dass die Aphasie nach einer Verletzung der *rechten* Kopfseite eintrat.

Sonnenburg (Strassburg i. E.).

19) Eulenburg (Greifswald): *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*.

(Zweite Aufl. II Bände. Berlin, A. Hirschwald, 1876.)

Die zweite völlig umgearbeitete und erweiterte Auflage von Eulenburgs Lehrbuch liegt nach soeben erfolgter Ausgabe des zweiten Bandes nunmehr vollständig vor. Es hat die Verlagsbuchhand-

lung von Hirschwald den Verehrern des Verfassers durch diese Ausgabe eine wahre Weihnachtsfreude bereitet, denn Viele sahen der Vollendung des Werkes mit Spannung entgegen.

Auch bei der neuen Auflage ist die Absicht des Vfrs. dahin gegangen, einmal den gegenwärtigen Bestand des neurologischen Wissens, soweit dieses ein gesichertes ist, darzustellen und andererseits „den vielfach noch luftigen Bau der Nervenpathologie auf der Basis der heutigen physiologischen Forschung und einer mit allen Hilfsmitteln der Gegenwart bereicherten klinischen Beobachtung fester zu begründen“. Höchste Aufgabe erscheint ihm, eine Vereinigung zwischen der pathologischen Beobachtung einerseits und den Ergebnissen physiologischer Forschung andererseits herzustellen; für den klinischen Befund (und auch für die Deutung pathologisch-anatomischer Befunde) eine möglichst directe experimentale Basis oder wenigstens den Anschluss an vorhandene ältere und neuere experimentelle Thatsachen zu gewinnen. Es ist also der Grundgedanke des V. wesentlich derselbe, auf welchem Vulpian's Leçons sur les maladies nerveuses, über welche wir jüngst in diesem Blatte berichteten, aufgebaut sind. Was aber den deutschen Autor vor dem französischen auszeichnet, ist das Systematische, wir möchten sagen Philosophische der Darstellung. Schon äusserlich spricht sich dies dadurch aus, dass die neue Auflage E's. in zwei Theilen erscheint, deren erster die allgemeinen Formen pathologischer Innervationsstörungen, deren zweiter die speciellen Krankheitszustände der peripheren Nerven und Ganglien, des Rückenmarks und des Gehirns darstellt. Es wird durch die vorausgeschickte systematische Darstellung der Innervationsstörungen eine breite Unterlage gewonnen, auf welcher das Einzelne später den gebührenden Platz finden kann, ohne ermüdende Wiederholungen und abschweifende Analysen der mannigfaltiger Localisation vorkommenden Störungsformen zu erheischen. Andererseits wurde hierdurch die Möglichkeit geschaffen, dem speciellen Theile einen einheitlicheren Aufbau und zwar auf rein anatomischer Basis, zu geben.

Vfr. theilt nun die pathologischen Innervationsstörungen in Störungen jener Theile des Nervenmechanismus, welche die von der Aussenwelt oder dem eigenen Organismus empfangenen Reize den centralen Perceptionsapparaten zuleiten und in Bewusstseinsinhalt umwandeln (Sensibilitätsstörungen); oder jener Theile, welche die Entstehung und Ausführung von Bewegungsimpulsen vermitteln (Motilitätsstörungen); oder endlich jener, welche den Beziehungen des Nervensystems zur Gestaltung des eigenen Leibes, zu den Vorgängen der An- und Rückbildung, der Ernährung und Absonderung als Grundlage dienen (nervöse Nutritionsstörungen). Es handelt also der erste Abschnitt von den „Aesthesioneurosen“, der zweite von den „Kinesioneurosen“ und der dritte von den „Trophoneurosen“. Um eine Vorstellung von der Darstellungsweise des Vfr. zu ermöglichen, geben wir die Architectonik der Trophoneurosen wieder. Zuerst werden die elementaren Formen der nervösen Nutritionsstörung besprochen: Hypertrophie und Atrophie, trophische und secretorische Hemmungsneurosen, Para- und Dystrophien, tro-

phische Reflexneurosen. Dann folgen die Formen der Ernährungsstörung geordnet nach den einzelnen Organsystemen: cutane, muskuläre, articuläre und ossäre, glanduläre, viscerale Trophoneurosen. Die Nutritionsstörungen der Haut und Epidermoidalgebilde, z. B. erhalten erst eine allgemeine Charakteristik, dann folgen die einzelnen Ausschläge neurotischen Ursprungs, Erythem, Herpes, Purpura, Sclerom etc., die Pigmentanomalien der Haut, Lepra nervorum, der Decubitus acutus und verwandte Zustände, die Trophoneurosen der Nägel und Haare, die Secretionsneurosen der Haut. Bei jeder einzelnen Form wird zunächst eine möglichst erschöpfende Definition gegeben, eine Angelegenheit, um welche Vfr. sich ein besonderes Verdienst erworben hat, sodann die Prüfungsmethode, die allgemeine Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie, welche letztere in ansiebiger Weise gewürdigt wird.

Eine systematische Darstellung muss der Natur der Sache nach dogmatisch sein, sie wird um so schwieriger, je mehr der Gegenstand in Bezug auf Gewissheit von der Mathematik verschieden ist. Dass die Neuropathologie nun in dieser Hinsicht nicht mit der Mathematik concurriren kann, dürfte zweifellos sein. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn man in ihrem System manche Dogmen trifft, die in Wirklichkeit Hypothesen sind. Die Lehre von den Trophoneurosen ist z. B. in manchen Punkten höchst problematisch, V. baut manches auf die bis jetzt unbewiesene Hypothese Bernstein's, dass die Empfindung zu Stande komme durch Ueberwindung eines Widerstandes, welchen die sensible Leitung in gewissen Ganglien finde, und was dergleichen Einzelheiten mehr sind.

Andererseits muss jedoch betont werden, dass bei der jetzt bestehenden Neigung der Forschung, sich in speciellste Einzelfragen zu verlieren und den Zusammenhang des Ganzen zu vergessen, das Bestreben des Vfrs. nach systematischer, wenn auch vielleicht nur vorläufiger Zusammenfassung vollste Anerkennung finden muss. Auch er weiss, dass oft der Boden unsicher ist, auf dem er steht, aber ebenso weiss er, dass die Bausteine nicht auf einen Haufen geworfen werden dürfen, sondern dass ein Haus aus ihnen gebaut werden soll.

(Schluss folgt.)

Möbius (Leipzig).

20) H. M. Bannister (Chicago): The diagnostic significance of the Tendon reflex (Knee phenomenon of Westphal).

(Chicago Journal of nervous and mental disease. Vol. V. Oct. 1878. Nr. 4. p. 656.)

Verf. hält das Fehlen des Patellarreflexes bei gesunden Individuen für kein allzu seltenes Vorkommniss; denn unter 3 Dutzend Untersuchten vermochte er zweimal und zufälligerweise gerade bei dem ersten zu prüfenden Individuum kein Patellarphänomen zu constatiren. Ausserdem war es in einigen Fällen nur mit Mühe, oft erst nach wiederholten Versuchen hervorzurufen, bei anderen war es in hohem Grade verstärkt und bisweilen schien es dem Verf. als ob es bei denselben Personen zu verschiedenen Zeiten verschiedene Stärke zeigte. In der Mehrzahl der Fälle von loco-

motorischer Ataxie fehlte das Patellarphänomen, in einem Falle von halbseitigen, wahrscheinlich durch ein Hirnleiden verursachten ataktischen Symptomen fehlte es (auf beiden Seiten? Ref.).

Endlich referirt Verf. kurz zwei Krankengeschichten von seiner Auffassung nach sicherer Ataxia locomotoria, in denen das Erb-Westphal'sche Zeichen vermisst wurde: Ein 42jähriger Mann hatte, angeblich nach einer Erkältung ein Gefühl von Taubheit und Schwere in den Waden bemerkt, das sich allmählich über die Hinterfläche der Unterextremitäten ausbreitete. Zugleich traten hartnäckige Verstopfung und Störungen in der Thätigkeit des Blasen- und Mastdarmsphincters ein; dabei war der impetus coeundi sehr erhöht. Eine zeitlang litt er an heftigen neuralgischen Schmerzen am rechten Auge, über deren Veranlassung er keinen Aufschluss zu geben vermochte. Schmerzen längs der Wirbelsäule oder Gürtelgefühl waren nie bemerkt worden. Die einmalige Untersuchung des wohlgenährten Patienten, der keine Lähmungen zeigte und dessen Klagen sich nur auf eine erhöhte Empfindlichkeit bei Einwirkung von Kälte und auf leichte Ermüdung beim Gehen bezogen, ergab keine Abnormität in dem Verhalten der oberen Extremitäten. In den unteren dagegen schien eine Verminderung der Muskelkraft und Incoordination zu bestehen, denn Pat. schleppte das linke Bein etwas, hob auch das andere nicht so hoch, wie es Tabiker zu thun pflegen und konnte bei geschlossenen Füßen, ohne Controle der Augen nicht stehen. Er vermochte nicht in einer geraden Linie zu marschiren und das Gehen bei geschlossenen Augen war erschwert. Das Patellarphänomen war sehr verstärkt und konnte durch Klopfen auf irgend eine Stelle des quadriceps fast eben so stark hervorgerufen werden, wie durch Klopfen auf die Sehne selbst. Die Sensibilität der unteren Extremitäten war in Bezug auf alle Empfindungsqualitäten vermindert und zwar rechts mehr als links. Die Untersuchung der Sinnesorgane ergab, abgesehen von einem gewissen Grade von Farbenblindheit, den Verf. nicht in direkte Beziehung zu dem Bilde der Tabes bringen will, nichts abnormes. Da es sich, meint Verf., in dem erwähnten Falle sicher um eine Degeneration der Hinterstränge im Lenden- und Dorsalmark handle, so könne das Fehlen des Patellarphänomens keine pathognomonische Bedeutung beanspruchen und selbst, wenn man annehme, dass nur die ersten Stadien der Tabes vorliegen, verliere es seine Bedeutung als *frühes* Symptom des genannten Leidens.

Für noch beweisender hält Verf. seinen zweiten Fall, da derselbe ein typisches Bild der Ataxia locomotoria mit erhaltenem Patellarreflex repräsentiren soll. Eine 40jährige Wäscherin, die vor längeren Jahren von einem Collegen des Verf. wegen tabischer Symptome (Ataxie, charakteristischer Gang, Neuralgien etc.) behandelt worden war, kam, nachdem sie sich geraume Zeit der Beobachtung entzogen hatte, unter den Erscheinungen der acuten aufsteigenden Paralyse in das Hospital. Pat. war plötzlich von heftigen Schmerzen und starkem Opressionsgeföhle in dem oberen Theile der Abdomen sowie von Schwäche in dem linken Beine befallen worden. In wenigen Tagen wurde auch das rechte Bein ergriffen, so dass

das Gehen unmöglich wurde; die Lähmung betraf auch die Bauchmuskeln, die Sphincteren und die Athemmuskeln; allmählich wurde die Arme paretisch, Sprechen und Schlingen wurde erschwert und Pat. ging zu Grunde. Wenige Tage vor dem Tode der Pat. sah Verf. sie zum *erstenmale* im Zustande völliger Lähmung der oberen Extremitäten mit mühsamer Athmung und erschwerter Respiration und constatirte, dass die Sensibilität nicht wesentlich alterirt und dass das Kniephänomen deutlich und bequem hervorzurufen war. Obwohl die Autopsie nicht gemacht wurde, so glaubt Verf., dass die Diagnose auf Degeneration der Hinterstränge im vorliegenden Falle an Exactheit nichts zu wünschen übrig lasse, und dass man deshalb vor der Alternative stehe (da man unmöglich annehmen könne, dass sich das Kniephänomen erst unter dem Einflusse der letzten intercurrenten Erkrankung wieder eingestellt habe), entweder die anderen Symptome der Tabes für unverlässlich zu halten oder zuzugestehen, dass der Patellarreflex auch bei degenerirten Hintersträngen vorhanden sein könne. Selbstverständlich müsse man sich für das letztere entscheiden und zu dem Schlusse gelangen, dass das Fehlen des Kniephänomens kein pathognomonisches Zeichen für Tabes sei, da es in seltenen Fällen bei Entartung der Hinterstränge der Patellarreflex bestehen bleibe.

(Die Beobachtungen des Verf. sind jedenfalls nicht beweisend, da die Fälle viel zu kurz referirt, viel zu wenig und unter zu ungünstigen Umständen beobachtet sind, und da Bestätigung der Diagnose durch die Section fehlt. Gerade bei der Prüfung eines so wichtigen Symptoms ist eine genaue anatomische Untersuchung doch das einzig Ausschlaggebende, um so mehr, da die Mittheilungen des Verf. in klinischer Beziehung viel zu wünschen übrig lassen. Ref.)

Rosenbach (Hreslan).

21) Meell (Rostock): Zum Verhalten der Reflexthätigkeit.

Deutsches Archv. f. klin. Med. 22 Bd., 3.—4. H., S. 279.

Vrf. beklagt, dass im Gegensatz zur Untersuchung der Sensibilität die Prüfung der Reflexthätigkeit, bei der nicht die durch Reizung sensibler Nerven erregte Empfindung, sondern die durch Uebertragung auf motorische Bahnen ausgelöste Bewegung das Object der Beobachtung bildet, in neuerer Zeit nur geringe Aufmerksamkeit gefunden habe, und beleuchtet zunächst die Schwierigkeiten, welche einer solchen klinischen Prüfung entgegenstehen. Die Graduirung der Reizstärke fehlt fast ganz, nur der Inductionsstrom leistet einiges, die Beobachtung des Reizerfolges ist meist nur eine abschätzende und was technische Schwierigkeiten mehr sind. Wichtigter noch und störender ist der uncontrolirbare Einfluss der Centralorgane, Empfindung und Willensthätigkeit des Patienten. Vrf. experimentirte nun in folgender Weise. Er verwandte den „Bauchreflex“ und registrirte den intraabdominalen Druck. Zu letzterem Zwecke band er auf einen mitteldicken elastischen Katheter, dessen Spitze etwas cachirt war, das obere Drittel eines Kautschukcondoms fest auf, führte den Katheder per anum hoch hinauf,

blies den Condom auf und setzte den Katheter mit einem Manometer in Verbindung. Oder auch, er liess die reflektorischen Bewegungen der vorderen Bauchwand durch eine an der Stelle der Einziehung angebrachte Platte auf die Trommel des Marey'schen Instruments aufzeichnen. Als Reiz benutzte er das lose Ueberfahren der Bauchdecke mit einem Bleistiftende oder dgl. Die Versuche bezogen sich zunächst auf die Wirkung örtlicher Anästhetika. Eine totale Aufhebung der Reflexerregbarkeit, wie sie schon durch das Gesicht erkannt wird, gab natürlich sehr schroffe Unterschiede in den Curven. Aber man vermochte auch noch bei so hochgradiger Verminderung der Reflexthätigkeit, dass die directe Beobachtung eine Contraction nicht mehr wahrnahm, dieselbe durch die Zeichnung deutlich zu erkennen.

Vrf. versuchte sodann den Einfluss gleichzeitiger Reizung sensibler Nerven auf den Bauchdeckenreflex zu prüfen, war jedoch nicht im Stande, bei intactem Nervensystem einen solchen wahrzunehmen. Pathologische Beobachtungen dagegen haben mehrfach Reflexhemmung von sensiblen Nerven aus constatirt und auch Vrf. konnte analoge Vorgänge bei mehreren Kranken constatiren. In einem Falle von Neuritis des Armgeflechts liess sich die abnorm gesteigerte Reflexthätigkeit durch leichte Reizungen eines bestimmten Hautgebietes ganz aufheben. Die Galvanisation längs der Wirbelsäule wirkte ebenfalls hemmend. Betreffs letzteren Umstandes ist Vrf. der Ansicht, dass die Erfolge der Galvanisation, welche bei erhöhter Reflexerregbarkeit öfter beobachtet worden sind, als von Reizung sensibler Nerven abhängig zu betrachten seien.

Um die Reflexerregbarkeit bei einseitigen Erkrankungen des Hirns zu prüfen, hat Vrf. eine Anzahl Fälle von Hemiplegie untersucht. Er führt 29 Fälle in einer Tabelle auf, in welcher sich Angaben über Motilität, Sensibilität, Hautreflexe, Sehnenreflexe, Verlauf und Sektionsresultat finden. 10 Fälle, welche innerhalb der ersten 14 Tage untersucht wurden, zeigten sämmtlich eine Herabsetzung der Reflexthätigkeit auf der kranken Seite. Die Beeinträchtigung der Reflexthätigkeit stand in keinem constanten Verhältniss zur Störung der Motilität. Von den später beobachtenden Kranken zeigten 5 keinen Unterschied zwischen beiden Seiten: es waren diejenigen, welche die deutlichste Besserung erfahren hatten. Die Reaction der Pupillen war eine beeinträchtigte. Bei einer auf die kranke Seite applicirten Reizung zuckte die gesunde Seite entweder allein oder stärker als die andere. Dabei gewann man den Eindruck, als ob die auf der gesunden Seite auftretende Muskelaction absolut erhöht sei, es scheint also die Suspendirung des Reflexapparates einer Seite fördernd auf den der anderen einzuwirken. Weniger häufig trat eine Aenderung der Zuckungstform und eine grosse Erschöpfbarkeit auf der kranken Seite ein. Nie hat Vrf. gesteigerte Reflexthätigkeit der gelähmten Seite beobachtet.

M ö b i u s (Leipzig).

22) O. F. Wadsworth & J. Putnam (Boston): Intraoculäre Circulation. Rhythmisch eintretende Veränderungen im Venenpuls auf der Sehnervenscheibe.

(Journ. of nerv. and ment. diseases October 1878.)

Die Verfasser stellten an sich eine Reihe von Experimenten an, um den Einfluss der Compression der Hals, Venen und Arterien sowohl als den der Amylnitrit-Inhalationen auf die Circulations-Verhältnisse in den Retinal-Gefässen zu studiren. Zu diesem Zwecke atropinisirten sie sich und richteten ihr Hauptaugenmerk bei der ophthalmoskopischen Betrachtung der Sehnervenscheibe im aufrechten Bilde auf diejenige Stelle der physiologischen Excavation der Papille, wo der Hauptast der Vena centralis in dieselbe eintrat und hier lebhafte Pulsation zeigte.

Wurde nun die Circulation in den *Jugular-Venen*, durch ein um den Hals geschnürtes Halstuch gehemmt, so konnten die Beobachter keine Veränderung in den Gefässen des Augenhintergrundes speciell der Sehnervenscheibe wahrnehmen: die Venenpulsation ging ungestört weiter. — Anders, wenn die Carotis der einen Seite durch Fingerdruck comprimirt wurde. In demselben Augenblick der Compression hörte jeglicher Venenpuls auf und das Caliber der Venen verengerte sich. Hörte der Druck auf, so traten in demselben Momente die alten Verhältnisse wieder ein. Verfasser glauben diese Erscheinung in Einklang bringen zu müssen mit der von Donders aufgestellten Theorie des Venenpulses, wonach die *Vene*, in dem Momente der Arterien-Diastole, an ihrer Eintrittsstelle der Sehnervenscheibe einen Druck erleidet, in Folge dessen Blutstauung im Venenrohr und damit die sichtbare Pulsation eintritt. Wird nun durch die Compression der Carotis die Arterien-Diastole aufgehoben, so kann keine Stauung, demnach auch keine Pulsation im Venenrohr statthaben. —

Nach Inhalation von Amylnitrit zeigten sich nach den ersten 2—3 Athemzügen, wenn noch nicht der volle Effect auf die sensorielle Thätigkeit zu bemerken war, dass das Venen-caliber sich an der Eintrittsstelle plötzlich verengte, die Pulsation geschah ungewein rasch, oft unbemerkbar, während in dem übrigen Gefässsystem der Retina keine Aenderung beobachtet werden konnte. Bald darauf trat eine starke Füllung und Ausdehnung des Rohres an der oben bezeichneten Stelle ein, die Pulsation wurde wieder sehr deutlich.

Verfasser beobachteten ausser *diesen* Pulsphänomenen noch eine andere Veränderung des Venenrohres, indem periodische Schwankungen in der Ausdehnung des pulsirenden Theiles der Vene constatirt werden konnten, ganz ähnelnd den rhythmischen Veränderungen in der Spannung des *Arterienrohres*, wie sie von Traube, Hering, Cyon, S. Meyer beschrieben worden sind. Nach je 5 Respirationen nämlich tritt eine Veränderung im Caliber des Venenrohres ein, so dass dasselbe manchmal sich auf das Doppelte seines Durchmessers auszu dehnen im Stande ist. Diese periodische Schwankungen nehmen nicht genau, doch approximativ den Zeitraum von 5 Respirationsbe-

wegungen ein, und konnten bei jedem Individuum, doch nicht immer eben leicht gesehen werden.

Im 2. Stadium der Amylnitrit - Wirkung bleibt nun die Venenwandung für einige Secunden lang auf der höchsten Stufe der Ausdehnung bestehen, während die normale Pulsation der Vene dieselbe bleibt, um dann wieder zur Norm zurückzukehren. Wurden die Inhalationen längere Zeit fortgesetzt, so blieb die Vene so lange verengt, als die Wirkung des Mittels auf die sensorielle Thätigkeit bemerkbar war, um gleich wieder in den Zustand der Dilatation überzugehen, wenn die subjectiven Symptome nachliessen.

N i e d e n (Bochum).

Ueber Intoxications - Amblyopien.

23) **Horner** (Zürich): Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte 1878 Nr. 13.

24) **Hirschberg** (Berlin): Deutsche Zeitschr. f. pract. Medicin Nr. 17, 18. 1878.

Horner verbindet die beiden Formen von Amblyopie, verursacht durch unmässigen Genuss von Alcohol und Tabak; während **Hirschberg** klinisch und prognostisch die Schnaps- von der Tabaks-Amblyopie getrennt haben will. Zuerst hat **Förster** auf die Nothwendigkeit dieser Scheidung aufmerksam gemacht. **Horner** fand das Leiden im 28. Monate der Beobachtungszeit 68 mal oder in 0,7% aller in dieser Zeit behandelten Augenranke. **Hirschberg** kommt nahezu mit seiner Tabak-Amblyopie zu denselben Resultaten unter 22,500 Fällen waren 112 oder 0,6% mit diesem Leiden notirt. Am häufigsten tritt das Uebel bei Männern, im 40—50. Lebensjahre auf, nur selten im 20—30. Jahre. Die Symptome sind prägnant und meist schon aus den Symptomen ist die Diagnose ohne ophthalmoskopische Untersuchung zu stellen.

Meistens tritt die Sehstörung rasch auf, auf beiden Seiten gleichmässig, oft bis zu einem Grade, wo nur Fingerzählen in kurzer Entfernung mehr ermöglicht ist. In der Dämmerung oder im Schatten vermögen die Patienten besser zu sehen. Die Gesichtsfeldgrenzen zeigen meist normale Ausdehnung, die Sehstörung beruht aber auf einem centralen Scotome, das vom Fixirpunkte nach dem **Mariotte'schen** Flecke reicht, und innerhalb dessen namentlich bei Empfindung für Roth aufgehoben ist, während an der Peripherie des Gesichtsfeldes Roth und Grün noch normal erkannt werden. Die Perception der Blau-Gelb-Reihe bleibt dabei ganz intact. **Hirschberg** giebt allerdings an, dass in den hochgradigsten Fällen *reiner Tabaksamblyopie* auch das Blau in der Perception fehlt.

Der Augenspiegel liefert bei beiden Formen in der ersten Zeit keinen pathologischen Befund, im späteren Stadium findet man den medianen Theil der Papille schmutzig roth, trüb; später weissgrünlich, abstechend gegen das übrige porzellanweiss verfärbte $\frac{2}{3}$ der Sehnervenscheibe, während bei der progressiven Atrophia n. optic. die ganze Fläche die charakteristische stahlgraue Farbe zeigt.

Eigenthümlich ist für beide Formen der Amblyopie, dass sie nur dann erst in die Erscheinung treten, wenn die betr. Individuen durch Zuziehung eines Magenatarrh's an allgemeinen Verdauungs-

störungen und Appetitlosigkeit zu leiden beginnen. Aller Wahrscheinlichkeit nach haben wir in der mit dem Magen-Darmcatarrh Hand in Hand gehenden Herabsetzung der allgemeinen Ernährung das causale Moment für die Erkrankung zu suchen. Dabei wird die directe Wirkung der toxischen Substanzen: des Nicotin oder Alcohol auf die Nervelemente oder auf die Blutgefäße in Mitgeltung zu bringen sein. Als reines Ermüdungs-Scotom ist die Sehstörung nicht aufzufassen; da dasselbe zwar ein relatives, bei verschiedenen Versuchsbedingungen eine etwas verschiedene Grenze ergebendes ist, aber doch ein fixes genannt werden muss, welches zu einem bestimmten Zeitpunkt mit demselben Gesichtsobjecte auch bei 3—4maliger Prüfung nach einander genau *dieselben* Grenzen ergibt. Offenbar ist, wie Griesinger auch annimmt, die Individualität von besonderer Bedeutung für die spätere oder frühere Manifestation des Leidens nach *abusus spirit. et nicot.* — Prognostisch ist die Restitutio ad integrum stets dann ermöglicht, wenn das Gesichtsfeld noch normale Ausdehnung aufweist und die Patienten noch characterstark genug sind, um sich *vollkommene* Abstinenz von Alcohol oder Tabakgenuss auflegen zu können. Die Therapie besteht lediglich in Regelung der Diät und Darreichung von Tonicis. Die quantitativen Verhältnisse des Tabaks-Verbrauchs resp. Missbrauchs betreffend, so kommt in Deutschland jährlich 2,4—3 Pf., in England 1,2 Pf., in Frankreich und Oesterreich 1,7—1,8 Pf. auf den Kopf der Bevölkerung. Somit kann in Deutschland etwa $7\frac{1}{2}$ —10 Pf. Taback jährlich auf den erwachsenen Mann, und da die nicht-rauchenden Männer bei uns eine kleine Minorität darstellen, so können immerhin durchschnittlich 10—12 Pf. Tabak auf jeden rauchenden Deutschen gerechnet werden. Von wesentlichem Einfluss ist allerdings auch die Art der Einverleibung, die Modalität des Rauchens und vor allem der Nicotingehalt des Tabacks. Eintritt von totaler Amaurose ist bisher bei den reinen Formen dieser Intoxicationen ohne Complicationen nicht beobachtet worden.

Nieden (Bochum).

25) Dastre und Morat: Ueber gefässerweiternde Innervation.

(Vortrag geh. in der Société de Biologie (Paris), am 23. Nov. 1878.)

Die Untersuchungen der Vrf. haben sich an jene angeschlossen über den gefässerweiternden Einfluss des Sympathicus und der Extremitätennerven, und führen zunächst zu dem Schlusse, dass der Ischiadicus und alle Nerven gleicher Ordnung, die aus dem Cervical- oder Briachalplexus entspringen, *keine peripheren Vasodilatoren* haben. Dieser Befund steht mit anderen in Widerspruch, und die Verf., von der Ansicht ausgehend, dass die Vasodilatation ein physiologisches, meist mit der Function und der Ernährung der Nerven verbundenes Phänomen sei, haben sich dann auch die Frage vorgelegt, wo die Vasodilatoren zu suchen seien und deren Beantwortung zunächst am Bauch- und Halsympathicus begonnen. Hier haben sie Reizungen applicirt *ober- und unterhalb der Ganglien* (zwischen unterm Cervical- und oberstem Brustganglion) und dem-

entsprechend die Effecte auf die Gefäße studirt und haben gefunden, dass Reizung *unterhalb* (peripher) eines Ganglion *vasodilatatorisch*, *oberhalb vasoconstrictorisch* wirken. Hiernach erklären sie auch die Function der sympathischen Ganglien, die sie nur ansehen als eine Vereinigungsstätte gefässerweiternder-verengernder Fäden. Die Vasodilatoren für den Ischiadicus suchen sie zwischen Mark und den Ganglien des Bauchsympathicus.

Erlenmeyer.

Die Behandlung der Supramaxillärneurälgie durch Resection.

- 26) **Lasalle** (Thèse de Paris 1878, Cit. im Bulletin de Therapeutique 1878 30. November.)
27) **Lossen** (Centralblatt für Chirurgie 1878. 5.)
28) **Braun** (Centralblatt für Chirurgie 1878. 10.)

Lasalle proponirt eine intra-orbitale Resection (N. infraorbitalis). Die Ausführung der Operation ist leicht und ohne jede Gefahr und es kann auf diesem Wege fast die ganze Totalität des Supramaxillaris extirpirt werden; die Exstirpation zieht er der einfachen Durchschneidung vor. Ein in dieser Weise operirter Fall mit completem und dauerndem Erfolg illustriert die Arbeit.

Lossen hat von der Fossa speno-maxillaris aus mit Bildung eines Weichtheil-Knochenlappens reseziert. Hierbei muss der Masseter losgelöst werden, was eine Behinderung in der Oeffnung des Mundes verursacht. Er schlägt deshalb folgendes, von ihm bis jetzt nur an der Leiche geübtes Verfahren vor: 1) Schnitt vom äusseren Orbitalrande zum unteren Rande des Jochbeins; 2) Durchsägung des Jochbeines, 3) Schnitt rechtwinklig vom oberen Ende des ersten Schnittes nach dem Jochfortsatz des Schäfenbeins, 4) Durchsägung resp. Durchmeisselung des letzteren, und Umklappen des so entstandenen Lappens nach unten.

Braun hatte aus gleichen Gründen wie **Lossen** ein neues Verfahren gesucht und war zu demselben Resultate gekommen mit dem einzigen Unterschied, dass er den Jochbogen am Schläfenbein nicht durchsägt, sondern nur einknickt, um dessen Herabsinken beim Einheilen zu verhüten. Uebrigens scheint der Grund, der die beiden letzten Autoren zur Aufsuchung eines neuen Operationsmodus veranlasst hat, die oben bereits erwähnte Unbeweglichkeit des Unterkiefers, kein stichhaltiger zu sein, da in dem Falle **Braun's**, der nach der alten Methode (Lücke) operirt worden, sich nach 1½ Jahren diese Anfangs entstandene Schwerbeweglichkeit des Unterkiefers vollständig verloren hatte. In beiden Fällen hatte sich die nach der Operation eingestellte Anaesthesie mit der Zeit verloren; die Neuralgie blieb dauernd beseitigt.

Braun legt Werth darauf ausser dem Stamm des II. Astes des Quintus auch noch den Infraorbitalis zu entfernen, was dann auf **Lasalle's** Vorschlag hinausläuft.

Erlenmeyer.

29) Hayes Agnew: Trepanation mit Erfolg bei einem Epileptischen.
(Philad. Med. Times 1878 September.)

Der 45jährige Kranke war im Secessionskriege Januar 1873 durch einen Granatsplitter am Kopfe verwundet worden. Der Verwundung folgte längere Bewusstlosigkeit, die Heilung verlief ohne besondere Zwischenfälle, Wunderysipel ausgenommen; mehrere Knochensplitter stiessen sich los. Nach 8 Monaten stiess Patient wieder zur Armee, völlig genesen und blieb gesund bis zum Jahre 1869. Von nun an bekam er Epilepsie, die sich in den letzten 2 Jahren mit Gedächtnisschwäche verband.

Da man bei Pat. über dem rechten Scheitelbeine unter einer $2\frac{1}{4}$ Zoll langen Hautnarbe eine $1\frac{1}{2}$ Zoll lange, $\frac{1}{3}$ Zoll tiefe und ebenso breite Knochendepression fand, entschloss man sich zur Trepanation.

Die Kühnheit war auch vom Erfolg begünstigt. Es wurden zwei Scheiben des beträchtlich verdickten Knochens weggenommen, — die gesammte Verdickung konnte nicht entfernt werden — die Wundheilung verlief rasch und günstig und nach 6 Wochen konnte Patient geheilt entlassen werden. Karrer (Erlangen.)

30) Wharton Sinkler: Cannabis indica in der Behandlung der Epilepsie.

(Philadelphia Medical Times 1878 September.)

Ausgehend einerseits vom Nutzen der Cannabis indica bei Neuralgien, andererseits von der Verwandtschaft der Neuralgie und Epilepsie, wandte Verf. bei einem 10jährigen Knaben, der seit April 1877 an Epilepsie mit häufigen hauptsächlich nächtlichen Anfällen litt, Extract Cannabis an, nachdem ohne Erfolg schon Bromkali, Bromnatrium, Ergotin und Zinkoxyd gegeben worden waren. Die Dosis war $\frac{1}{8}$ grain (0,010 grmm.), der Beginn des Gebrauchs am 26. Juni 1878. Nachdem noch eine Woche lang täglich Anfälle aufgetreten waren, blieben sie dann aus. Bis Mitte September 1878 war Pat. frei von denselben geblieben. Mit der Beseitigung der Anfälle trat auch eine beträchtliche Besserung des geistigen Zustandes ein. (Der Kranke litt an Stumpfsinn, war sehr reizbar und gewalthätig.)

Ebenfalls mit günstigem Erfolg wandte Verf. das Mittel bei einer 19jährigen Patientin, die seit 7 Jahren an Epilepsie litt, und in letzter Zeit gedrückte Stimmung mit Selbstmordtrieb zeigte, in Dosen von $\frac{1}{4}$ grain (0,016 grmm.) an.

Die Beobachtungszeit war aber bei der Veröffentlichung des Aufsatzes eine kurze. Karrer (Erlangen).

31) **Julius Glax**: Ueber den Einfluss der Faradisation der Bauchmuskulatur auf Resorption und Harnausscheidung.

Deutsches Archiv f. klin. Med. 22. Bd., 5.—6. H., S. 611.

Glax hat in mehreren Fällen, deren eingehende Beschreibung er mittheilt, durch Faradisation der Bauchdecken Ascitesflüssigkeiten zum Schwinden gebracht und die Harnausscheidung angeregt. In einem Falle (Lungenemphysem mit Insuffizienz der Mitrals) stieg die Harnmenge von 900 ccm. nach der Faradisation auf 2900 ccm., und war nach wenig Tagen Ascites und Oedem geschwunden. Die Electroden wurden auf die motorischen Punkte der Bauchmuskeln aufgesetzt und jeder Muskel zu 50—100 Zusammenziehungen gezwungen.

M ö b i u s (Leipzig).

32) **Korczyński** (Krakau): Ein Fall von Unwegsamkeit des Darmtractus. Heilung mittelst des inducirten Stromes.

(Preglad lekarski 1878. Nr. 39.)

Ein 42jähriger Bäckergeselle seit 10 Jahren links und seit 2 Jahren auch rechts mit einer Inguinalhernie behaftet, bekam nach Einführung des Bruches und Anlegung eines passenden Bruchbandes in stehender Stellung Symptome, welche mit zwingender Nothwendigkeit auf eine Unwegsamkeit des Dünndarms hinwiesen. Hegar'sche Infusion und Einpressung der Luft mit einer Leiter'schen Pumpe blieben ohne Erfolg. Man applicirte nun percutan auf die Bauchwände einen starken Induktionsstrom. 24 Stunden darauf bedeutender Nachlass sämmtlicher Symptome, so dass man den Gedanken an die in Aussicht genommene Laparotomie gänzlich aufgab. Circa 48 Stunden nach der ersten Electrification hat man im Zeitraume von einigen Stunden zweimal den inducirten Strom angewendet: das erste Mal percutan, das zweite Mal, indem man die eine Electrode an die Bauchwand anlegte, die zweite aber hoch in den Mastdarm einführte. Man hat dabei ein von Bewegung eines flüssigen Inhaltes herrührendes Geräusch vernommen. Nachts gingen Winde ab. Am folgenden Tage hat man trotz beginnender Peritonitis den electricischen Strom auf die zuletzt angegebene Art applicirt und hatte die Freude noch am Abend desselben Tages den Abgang von 3—4 Esslöffeln halbflüssiger Faeces zu sehen. Von dem Augenblicke an besserte sich der Zustand des Kranken so, dass er zwei Wochen später gänzlich geheilt ohne linkseitige Hernie aus der Klinik entlassen werden konnte.

In den epicritischen Bemerkungen vergleicht der Vrf. den obigen Fall mit bezüglichen Erfahrungen älteren und jüngeren Datums und gelangt zu dem Schlusse, dass ohne die diagnostische und therapeutische Skepsis zu weit zu treiben der electricische Strom ein Mittel ist, dass bei inneren Einklemmungen jedenfalls eines Versuches würdig ist.

D o m a n s k i (Krakau).

38) Laskiewicz-Friedenfeld (Wien): Ein Fall von Psychose bei einem Tabakfabrikarbeiter und über die schädlichen Wirkungen des Nicotins auf das Nervensystem überhaupt.

(Psych. Centralbl. 1878, Nro. 4 u. 5., p. 107—117.)

Ein 40jähr. Grieche, der vor 3 Jahren ein selbstständiges Tabakgeschäft in Konstantinopel besessen hatte, musste sich nach grossen Geldverlusten als einfacher Arbeiter in einer Tabakfabrik in Wien fortbringen. Er galt als fleissiger Arbeiter, war auch in der Fabrik beschäftigt, schlief auch dort und rauchte passionirt. Seit einem Jahre litt er an Magenkatarrh, in der letzten Zeit strengte er sich geistig sehr an, weil er durchaus nach der Grammatik deutsch lernen wollte und damit nicht vorwärts kam. 2 bis 6 Wochen vor seiner Ueberbringung in die Anstalt, veränderte sich sein Charakter, er wurde gleichgültig, zerstreut, schlief am Arbeitstisch ein etc.

Bei seiner Aufnahme zeigte sich die rechte Pupille etwas weiter, der linke Facialis etwas schwächer, unbedeutender Tremor der Zunge und Hände, leichter (wahrscheinlich angeborener) Sprachfehler, keine weiteren Erscheinungen von Magenkatarrh, nur neuralgische Schmerzen und Hypochondrium. Nach 46 Tagen wurde er entlassen, zeigte sich späterhin nochmals, besser genährt und besser gestimmt.

Wegen des Mangels anderer ätiologischer Momente, die Geldverluste hatte er 3 Jahre gut vertragen, glaubt Vf. den Tabak beschuldigen zu sollen, und citirt bei dieser Gelegenheit was über den Einfluss desselben auf das Nervensystem bekannt ist.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

34) Kowalewsky (Charkow): Fall von Gesichtshallucinationen bei vollständiger Blindheit.

(Psychiatr. Centralbl. 1878, Nro. 4 u. 5, pag. 117—121.)

Ein 46jähriger Bauer, seit 5 Jahren syphilitisch, seit 9 Monaten wegen Atrophie beider Sehnerven total blind, wurde in höchst aufgeregtem Zustande in die Anstalt gebracht. Ein äusserst heftiger Tobsuchtsanfall dauerte immer genau von einer Mitternacht bis zur nächsten, hierauf folgte ebenso lange eine Art Stupor, um von neuem der Tobsucht Platz zu machen. Dieser Turnus fand 10 Mal hintereinander statt. Nach dem letzten Tobsuchtsanfall schlief der Kranke ruhig ein, und erwachte dann völlig gesund, ohne sich an das Vorausgegangene zu erinnern.

Während der Tobsuchtsanfälle hatte er immer Türken vor sich gesehen, die ihn in die grösste Wuth versetzten. Verf. ist nicht gesonnen, diesen Fall für eine Erklärung der Entstehung von Hallucinationen auf ausschliesslich centrale Wege auszubeuten, weil er andere Fälle kennt, die ebenso für den peripheren sprechen.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

35) Broadmoor criminal lunatic asylum. Annual Report for the year 1877.

(London 1878.)

Das *Broadmoor*-Asylum wurde 1863 gegründet, um geistes-
kranke Verbrecher aufzunehmen. Während damals die übrigen
Irren-Anstalten von England and Wales 1050 Verbrecher beherbergten
und in Broadmoor erst 98 aufgenommen waren, änderte sich dieses
Verhältniss rasch dahin, dass die Mehrzahl der geisteskranken Ver-
brecher nach Broadmoor kam; im Jahre 1876 waren daselbst 546,
während in den übrigen Anstalten zusammen nur 338 waren.

Zu Gunsten der Anstalt spricht ausserordentlich die Tabelle
27 (auf S. 39 und 40), nach welcher in den 7 Jahren vor der Er-
öffnung bei der hiehergehörigen Classe von Irren in den Anstalten
von England und Wales 4.₅₉ Percent Todesfälle und 0.₆₃ Percent
Entweichungen vorkamen, in den darauf folgenden 13 Jahren in
den anderen Anstalten 5.₈₄ und 0.₈₃, in *Broadmoor* selbst aber nur
2.₉ und 0.₀₇. Bei einer Gesamtsumme von 6,686 Kranken dieser
Classe nur 5 Entweichungen. Dabei waren bei durchschnittlich einem
täglichen Krankenbestand von 487 Patienten, durchschnittlich täg-
lich 116 Wärter angestellt.

Auf 37 Tabellen sind in dem vorliegenden Jahresberichte alle
möglichen Beweibungen statistisch dargestellt, wir beschränken uns
hier darauf einen kleinen Theil der Tabelle 21 mitzutheilen.
Nach derselben hatten von den 481 am letzten Dezember 1877 in
der Anstalt befindlichen Kranken 213 einen Mord begangen, 113
Mordversuch mit schwerer körperlicher Verletzung, 12 Todschlag,
1 Kindesweglegung, 5 Raub, 6 räuberischen Ueberfall, 7 widerna-
türliche Verbrechen, 3 Verrath und Aufruhr, 6 Ueberfall, 19 Ein-
bruch, 2 Schafdiebstahl, 1 Pferdediebstahl, 21 kleinere Diebstähle,
1 Betrug und Veruntreuung, 2 Hehlerei, 3 Brandstiftung, 2 bos-
hafte Beschädigung, 1 Falschmünzerei, 1 Desertion, 4 Felonie, 3
Uebersendung von Drohbriefen, 3 Unterschleifung, 19 Insubordina-
tion, 2 Selbstmordversuch. Von der Gesamtzahl waren 380 männ-
liche, 101 weibliche Kranke; von diesen letzteren stehen fast alle
in den ersten 3 Rubriken, Mord, Mordversuch und Todschlag, nur
7 hatten Diebstahl und 5 verschiedene andere Vergehen begangen.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

36) Surrey county lunatic asylum at Brookwood. Tenth and
eleventh annual report

(1877 und 1878.)

Ende 1875 waren 799 Kranke in der Anstalt, Ende 1876—957,
Ende 1877—1026. Im Jahre 1876 wurden 451 aufgenommen,
1877—387, geheilt entlassen wurden 124 und 147, ungeheilt 21
und 64, gestorben sind 148 und 107. 1876 wurden 7 als nicht
geisteskrank zurückgeschickt, einer weil sein Zeugnis nicht von

einem dazu befugten Arzte ausgestellt war, einer entsprang. 1877 wurde 13 die Aufnahme verweigert wegen Raummangel, 2 wegen ungenügenden Zeugnissen, 11 wurden als nicht geisteskrank zurückgeschickt.

Dem 10. Jahresbericht ist die (damals) neue Vorschrift beigegeben, wie und von wem ärztliche Zeugnisse gültig ausgestellt sein müssen, auf die hin eine englische Irrenanstalt den betreffenden Kranken aufnehmen kann. Die Formel lautet:

Ich, der unterzeichnete (Art der Qualification, welche zur Praxis als Arzt, Chirurg oder Apotheker berechtigt, z. B. eingetragen als Mitglied des königl. Collegiums der Aerzte zu London) und wirklich Praxis ausübend als (Arzt, Chirurg oder Apotheker) bestätige hiermit, dass ich am zu (Strasse und Hausnummer) in der Grafschaft (für den Fall als mehr als ein ärztliches Zeugnis durch diesen Akt verlangt wird schreibe unabhängig von einer anderen Sanitäts-Person) A. B. (Wohnort und Beschäftigung) persönlich untersucht habe und dass der genannte A. B. (geisteskrank, blödsinnig, oder eine Person mit krankem Verstande) ist, und daher geeignet in Obhut genommen und unter Aufsicht und Behandlung gehalten zu werden, und ich habe mir diese Meinung aus folgenden Gründen gebildet:

1. Von mir selbst beobachtete Thatsachen, welche Geistesstörung anzeigen (folgen diese Thatsachen).

2. Andere auf Geistesstörung deutende Thatsachen, die mir von Anderen mitgetheilt worden sind (welche und von wem).

Unterschrift.

Ort.

Am . . . Tag des eintausend achthundert und
Krueg (Oberdöbling bei Wien).

37) Solaville (Poitiers): Gutachten über den Geisteszustand von Theodor H. angeklagt wegen Morddrohungen.

(Annales méd. psych. 1878. V.)

Am 10. Juni 1877 bedrohte Theodor H. seinen Bruder auf offener Strasse mit einem Revolver, wenn er ihm nicht sofort Geld gebe. Dabei verhaftet, wurde der Thäter einer psychiatr. Expertise des Verf. unterstellt.

Th. H., 29 J. alt, ist der Sohn eines tüchtigen, allgemein geachteten Arztes; seine Mutter war eine sehr reizbare, nervöse Frau die nach allgemeinem Urtheil vor Jähzorn oft förmlich raste. Diesen Character der Mutter erbte Expl.; er war sehr intelligent, aber dabei von erster Jugend an schlecht, widerspenstig, rachsüchtig — er liebte Niemand, misshandelte ohne jedes edlere Gefühl, Menschen wie Thiere — kurz in jeder Beziehung das Kreuz seiner Familie. Diese Charaktereigenschaften änderten natürlich seine Carrière voll-

ständig; er hatte keine Freunde — mit seinen Vorgesetzten lag er auch immer in Streit und Zank, so dass er schliesslich wieder ins elterliche Haus zurückkehrte; dort gab es täglich Streit mit dem Vater den er sogar misshandelte. Nach des Vaters Tode bemächtigte er sich eigenmächtig des gesammten Nachlasses — über den es dann natürlich zu Prozessen mit den Brüdern kam, die er auch sämmtlich verlor. — Sein kleines Erbtheil ging auch schnell verloren — hauptsächlich durch schlechte Geschäfte. — Von da an wurde sein Zustand immer ärger — er wurde drohend, strengte einen Prozess nach dem andern an und wurde durch deren Verlorengehen natürlich immer erbitterter — er schrieb an alle Leute Drohbriefe, (er brauchte darin *frsichgebildete*, unverständliche Wörter), und kaufte schliesslich noch einen Revolver, den er überall öffentlich zeigte, wobei er gegen alle angesehenen Leute lebensgefährliche Drohungen aussprach. Schliesslich kam es dann zum oben erwähnten Mordanfall.

Das Gutachten schliesst natürlich auf bestehende Geistesstörung, spricht sich für Unzurechnungsfähigkeit aus, verlangt aber die dauernde Versorgung des gemeingefährlichen Irren.

Sury-Bienz (Basel).

38) v. Kraft-Ebing (Graz): Facultätsgutachten über den zweifelhaften Geisteszustand (Geistesschwäche) eines wegen Cassadefect in Untersuchung stehenden Steuerbeamten.

(Friedreich's Blätter f. ger. Med. 1878. VI. Heft.)

Am 18. Dez. 1877 ergab eine Revision der Kasse des Steueramts M. ein Manco von fl. ö. w. 3795 in Banknoten, während die Silbergelder dieser Casse in voller Ordnung waren.

Der sofort entlassene Steuereinnnehmer D. S. gab an, er leide seit 20 J. an starken Haemorrhoidalbeschwerden, die namentlich in den letzten Jahren theils durch enorme Blutverluste, theils durch fürchterliche Schmerzen ihn oft derart verwirrt hätten, dass er sehr oft beim Verkauf die grössten Verluste gemacht. Am 31. Octbr. 1877 habe er der Kasse fl. ö. w. 3888 in Banknoten entnommen und auf den Schreibtisch gelegt, um sie zu zählen und vorschriftsgemäss zu verpacken. Bei dieser Arbeit habe er plötzlich unter furchbarsten Schmerzen starken Stuhl drang bekommen, so dass er nur schnell ohne zu sehen und zu überlegen die ersten besten Papiere zusammengerafft, um dieselben dann auf dem Abort zur Reinigung zu benutzen; nachher habe er die besudelten Papiere, ohne sie weiter zu untersuchen, nach seiner Gewohnheit auf dem Steinboden des Aborts verbrannt. — Am andern Tag entdeckte er das Fehlen der Banknoten auf dem Schreibtisch kam sofort selbst auf den Gedanken, er habe in seiner Verwirrung die Banknoten besudelt und verbrannt — statt die Sache anzuzeigen beschloss er den

Defect aus Eigenem decken zu können — ehe ihm dies aber gelang, kam die Kassenrevision und er wurde verhaftet.

Die Zeugenaussagen worunter Gutachten mehrerer Aerzte, schildern einstimmig den Explor. als durchaus brav, sehr solid und moralisch brav — andererseits aber ebenso sicher als nervös, hypochondrisch und seit langen Jahren vollständig beherrscht von Wahnideen, die ihn vielfach mit Geistern verkehren lassen; er verkehrte mit diesen letzteren als Medium und schrieb all ihre Mittheilungen nieder. Er ging ganz in seinem Verkehr mit der Geisterwelt auf, lebte nur in Ideen über das künftige Leben, das Universum etc. und wurde dadurch und durch sein schwächendes, schmerzhaftes Haemorrhoidal-leiden in Wille und Gedächtniss schwach, in seinen Gedanken confus.

Auf Grundlage dieser geistigen und körperlichen Abnormitäten wurde S. schon vor Jahren quiescirt aber schon nach Jahresfrist reactivirt und sogar auf den sehr schwierigen Posten von M. versetzt. Der hier sehr angestrengte Dienst verschlimmerte das ganze Leiden; das Gedächtniss wurde immer schwächer, die Confusion immer grösser, namentlich da S. sich nur mehr dem spiritistischen Treiben hingab; schliesslich that S. gar Nichts mehr, ohne vorher seine Geister zu befragen und ohne Weisungen einzuholen, besonders nachdem ihm dieselben noch verborgene Schätze versprochen etc. namentlich in den letzten Monaten vor dem Cassadefect wurde es immer schlimmer; vor Allem auch der körperliche Zustand. S. litt damals oft 7—9 Tage lang an heftigen Haemorrhoidalbeschwerden, war während dieser Anfälle nie ganz bei sich, gab dann ganz verkehrte Antworten und brachte ganze Nächte in Verkehr mit den Geistern am Tische schreibend zu. Er ging 5—6 mal täglich auch Nachts, auf den Abort, verweilte dort stundenlang; der Abort war dann mit Blut ganz besudelt. Arzneien wollte er nie dagegen nehmen unter dem Vorwande die Geister liessen es nicht zu.

Die Facultät, in deren Namen Prof. v. Krafft-Ebing spricht sprach sich in Uebereinstimmung mit den primären Experten aus: „S. leidet an erheblicher Geistesschwäche, die sich namentlich in Schwäche des Gedächtnisses und mangelnder Besonnenheit kundgibt, indessen eine gewohnheitsmässige Besorgung seiner Berufsschäfte noch ermöglichte.“

„Die von ihm zur Motivirung des Cassadefects angegebenen Handlung ist aus seinem geschwächten psychischen Mechanismus im Zusammenhang mit einer temporären Sinnesverwirrung, bedingt durch Schmerz und Blutverlust, erklärlich und medicinisch wahrscheinlich.“

Sury-Bienz (Basel).

Anzeigen.

Verlag von E. d. Loll's Nachf. in Elberfeld.

Von hervorragender Wichtigkeit für Aerzte, Verwaltungsbeamte, Techniker etc. ist die in obengenanntem Verlage erscheinende Zeitschrift:

Gesundheit,

Zeitschrift für öffentliche und private Hygiene.

Organ des Internationalen Vereins gegen Verunreinigung der Flüsse, des Bodens und der Luft.

Unter Mitwirkung der bedeutendsten deutschen und ausländischen Fachgelehrten herausgegeben und redigirt von

Professor Dr. med. et phil. CARL RECLAM in Leipzig.

IV. Jahrgang 1878/9.

Monatlich 2 Nummern im Umfange von 2 Bogen mit Illustrationen und Beilagen.

Preis vierteljährlich 4 Mark.

Bestellungen werden von allen Buchhandlungen und Postanstalten, sowie von der Verlagsbuchhandlung entgegen genommen. Probenummern gratis.

Abonnements-Einladung

auf die in Frankfurt am Main erscheinende

Deutsche Bade-Zeitung „UNION“

ältestes seit 1856 bestehendes Specialorgan für das Kur- und Badeleben, für Reisende und Touristen.

Jede Nummer enthält eine kurzgefasste Zusammenstellung der vorzüglichsten Kur- und Badeorte, klimatischen Sommer und Winterstationen, deren Lage, Heilmittel, Sehenswürdigkeiten, Hôtels und Verkehrsmittel, Eisenbahnen, Dampfschiffe etc., sowie die neuesten Nachrichten aus den Kur- und Badeorten, mit einem Feuilleton balneologischer und touristischer Skizzen.

Die „UNION“ erscheint das ganze Jahr hindurch, während der Saison wöchentlich. Abonnements à 3 Mk. pro Quartal nehmen alle Postanstalten, sowie die Expedition in Frankfurt entgegen. Inserate werden mit 20 Pf. die gespaltene Petitzeile berechnet und zu gleichen Preisen von sämtlichen Inseraten-Bureaux angenommen.

Die Expedition der „UNION“ in Frankfurt a. M.

Einladung zum Abonnement.

Mit dem 1. Januar 1879 beginnt das

Centralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

Dr. L. v. Lesser, Dr. H. Schede,
Leipzig Berlin

Dr. H. Tillmanns, Leipzig

seinen 6. Jahrgang und wird wie bisher in wöchentlichen Nummern von mindestens einem Bogen gross 8° zum halbjährlichen Preise von M. 10. erscheinen.

Centralblatt für Gynäkologie

herausgegeben von

Dr. H. Fehling und Dr. H. Fritsch
Stuttgart Halle

seinen 3. Jahrgang und wird wie bisher alle 14 Tage in Nummern von mindestens 1½ Bogen gross 8° zum halbjährlichen Preise von M. 7. 50 erscheinen.

Alle Buchhandlungen und Postanstalten nehmen Abonnements darauf entgegen und stehen Probenummern und Prospective gratis zu Diensten; auch vermittelt jede Buchhandlung die Einsicht in complete Exemplare der früheren Jahrgänge.

Leipzig, Dezember 1878.

Breitkopf & Härtel.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG
RECUEIL MÉDICAL ET SCIENTIFIQUE.
1879. 38. Année.

Rédacteur en chef: M. le Dr. JULES BOECKEL.

La *Gazette médicale* de Strassbourg paraît en fascicules de 16 pages in 4^o le 1^{er} de chaque mois. Prix de l'abonnement: 10 fr. par an, 5 fr. pour six mois, 1 fr. le numéro.

La *Gazette médicale* annonce dans son Bulletin bibliographique les ouvrages dont deux exemplaires sont adressés à la Rédaction.

Les envois peuvent se faire soit directement au rédacteur en chef, M. Jules BOECKEL, place de l'hôpital, 2, soit à la librairie R. SCHULTZ et Cie. (successeurs de BERGER-LEVRAULT), à Strassbourg.

Commissionnaire à Paris M. O. LORENZ, rue des Beaux-Arts, 3 bis.

Erscheint in 180 Lieferungen à 50 Pf.

6. Auflage
mit zahlreichen Karten
und Illustrationen.

Wörter
Universal-Lexikon.

ist das vollständigste, beste und
billigste Wörterbuch dieses Art.

In 12 eleg. geb. Halbfranzbänden à 7 Mk.
In Calico à 6 Mk. 50 Pf.

In **Denike's Verlag** in **Berlin** erschien:

DER
MEDICINISCHE WUNDERGLAUBE

und die

Incubation im Alterthume.

EINE AERZTLICH-ARCHAEOLOGISCHE STUDIE

von

Dr. Gottfried Ritter von Rittershain,

Professor an der Universität Prag.

80. Preis 2,50 Mk.

Oesterreichische ärztliche Vereinszeitung.

Blätter für ärztliches Vereinswesen u. öffentliche Gesundheitspflege.

Organ des oesterr. Aerztevereinsverbandes.

Herausgegeben und redigirt von

Dr. **Carl Kohn** in Wien.

Erscheint am 1. und 15. eines jeden Monats mindestens 1 Bogen stark.
Jahrespreis: 6 Mark (3 fl. Ö. W.). Man pränumerirt bei der Administration in
WIEN, Oberdöbling Alleeasse 7.

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. —
Druck von Ph. Werle in Coblenz.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

VON

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Sogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

1. Februar 1879.

Nro. 3.

INHALT.

ORIGINALIEN. Dr. F. Richter: Zur Balneotherapie psychosenartiger Zustände.

REFERATE. 39) Eulenburg (Greifswald): Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 40) Herterich
(Würzburg): Zur Lehre der Paralysis agitans. 41) Curtis (Boston): Ein Fall von Hydro-
phobie, nebst Bemerkungen über die pathologische Physiologie dieser Krankheit 42) Put-
nam (Boston): Die physiologische Pathologie des hydrophobischen Anfalles. 43) von Nuss-
baum: Operation einer Intercostal-Neuralgie. 44) A. Erlenmeyer (Bendorf): Ueber einen
Fall von Reflexschwindel aus bisher nicht beschriebener Ursache. 45) Sée: Behandlung der
Basedow'schen Krankheit. 46) Chateaufort: Contribution à l'étude de la Méningite
spinale. 47) Brigidì: Veränderungen des Plexus coeliacus bei perniciosser Anämie. 48)
James Sawyer: Clinical lecture on the causes and cure of Insomnia. 49) Die Geistes-
Kranken in den Irren-Anstalten während des Jahres 1876. 50) Boettger: Bericht über die
Privat-Heilanstalt für Gemüths- und Nervenkranken, Asyl Carlsfeld bei Halle a. d. Saale in
den Jahren 1862—1877. 51) v. Krafft-Ebing (Graz): Facultätsgutachten über eine Mis-
shandlung mit nachfolgender Geistesstörung.

MITTHELUNGEN DER REDACTION. 1) Personalien. 2) Neueste Literatur. 3) Abwehr gegen
Herrn Dr. Schwartzers.

Zur Balneotherapie psychosenartiger Zustände.

Von Sanitätsrath Dr. F. RICHTER,

Besitzer der Wasserheilanstalt Sonneberg i. Th.

Wenn auch die Behandlung der Psychosen nicht zur eigent-
lichen Spezialbeschäftigung des Einsenders dieser kleinen Skizze
gehört, so ist es doch selbstverständlich, dass dem sich mit dem
Studium der chronischen Nervenkrankheiten überhaupt Befassenden,
vielfach psychosenartige Zustände vorkommen. Es ist dies meist
unter dem Bilde der Hypochondrie, Neurasthenie, Hysterie &c. der
Fall, welche Affectionen schon ihrem gewöhnlichen Auftreten nach
bis zu einem gewissen Grade unter die Psychosen gerechnet werden
können, in erhöhtem Masse aber noch Aehnlichkeiten mit denselben
in symptomatischer und anatomischer Hinsicht bei den sogenannten

Uebergangsformen darbieten. Vor Kurzem erschien als 16. Band von Ziemssens Pathologie das Handbuch für Geisteskrankheiten von Schüle. Dasselbe führt uns die Psychiatrie nach den neusten Forschungen vor und gehört in wissenschaftlicher und practischer Hinsicht zu den gediegenen Leistungen. Nur unter den dort angegebenen Grundsätzen, in welcher Weise das Wasserheilverfahren bei den Psychosen anzuwenden sei, fand ich einiges von meinen Ansichten Abweichende und erlaube mir hier dies kurz durchzusprechen, unter Angabe der hauptsächlich bei psychosenartigen Zuständen in Frage kommenden balneotherapeutischen Methode.

Schüle führt erstens S. 660 die lauwarmen Bäder, unter welchen er solche von 26—28° R. versteht, unter der ableitenden Methode an. Die Wirkungsweise sei höchst wahrscheinlich eine directe, insoferne durch ausgiebige Eröffnung des Capillargebietes der Haut eine ableitende Strombahn geschaffen werde, wodurch die für die Innenorgane, speziell für das Gehirn, verfügbare Blutwelle gemässigt werde. Dazu komme noch eine direct beruhigende Wirkung durch gleichmässige Erregung der Hautnerven. Kalte Ueberschläge über den Kopf unterstützten in wirksamer Zweckmässigkeit diese Medication. Verf. spricht sich hierauf günstig über den Einfluss verlängerter Bäder von der angegebenen Temperatur aus, welcher ein beruhigender sei. Die betreffende Application könne man unter Umständen bis zu 3—4 Stunden ausdehnen.

Zweitens bespricht Schüle S. 680 &c. die Anwendung modificirter Kaltwasserkuren, in Form von temperirten Abwaschungen des Rückens, oder Kopfdouchen. Die Indication für erstere seien chronische melancholische Torpiditätszustände. Es werden Morgens nach dem Erwachen Waschungen des ganzen Körpers, speziell des Rückens, in einer Wanne vorgeschlagen mit Wasser von 18° R., indem man mit der Temperatur langsam bis auf 12° herabgeht, mit nachherigem tüchtigen Frottiren, im Anfang mit nachfolgendem 1—1½ Minute langem Betaufenthalt. Im Sommer könne man statt dieser Methode die gleichartig wirkenden Flussbäder bei derartigen Patienten wählen. Auch feuchte Einpackungen mit nachheriger kalter Abreibung und Frottirung fand Verf. bei den psychischen Torpiditätszuständen sehr zuträglich.

Während die Rückendouche ganz verbannt sei, wende Verf. die Kopfdouche noch zeitweilig an, aber nur bei der Indication eines secundären psychischen Schwächezustandes, oder bei Dementia acuta und zwar erst nach vollständigem Ablauf des acuten Stadiums und nur als Regendouche, die der Arzt selbst appliciren müsse und zwar nie bis zur Beklemmungsreaction des Kranken. Schliesslich wird noch grösste Vorsicht angerathen. (S. 681.) —

Ich würde nun vorschlagen, die Badesformen bei psychischen Erkrankungen, je nach ihren mehr beruhigenden, anregenden, oder resorbirenden Wirkungsweisen, wie solche durch die verschiedene Temperatur und Mechanik der Bäder hervorgebracht werden, möglichst zu trennen. Wir können unterscheiden:

I. Die ausschliesslich beruhigende Methode.

Sie besteht in Application von fast warmen Vollbädern von 27 bis 28° R. — Temperaturen, die man auch indifferente nennt — unter möglichst ruhigem Verhalten des Patienten im Bade. Es ist bekannt und durch die Schüller'schen Experimente erwiesen, dass Bäder mit Wärmegraden, welche mit denen des Körpers nicht stark differiren und etwas niedriger als diese sind, unter Vermeidung von Temperaturschwankung und von Verrückung der Wassertheile, einen beruhigenden Effect auf das Nervensystem ausüben. Dadurch, dass eine gewisse Abstumpfung der sensibeln Endorgane der Haut, eine Hemmung der Reizaufnahme, stattfindet, wird auch die Fortleitung des Reizes durch derartige Badeformen paralytirt. Ich meine hier Reizeindrücke, welche die Hautnerven unter gewöhnlichen Verhältnissen durch die stets wechselnden Tast- und Temperatureindrücke erfahren und nach den Centralorganen, indem sie auf diese erregend einwirken, fortleiten. Es üben daher die hier in Rede stehenden Bäder durch die beschriebene Einwirkung einen beruhigenden, retardirenden Einfluss auf die Thätigkeit des Molekularmechanismus*). Wie sich Schüle eine direct beruhigende Wirkung „durch eine gleichmässige Erregung der Hautnerven“ denkt, ist mir nach dem eben Gesagten nicht recht klar, es sei denn, dass derselbe einen unstimmdenden Einfluss auf eine pathologische Anordnung der Moleküle annehme, wodurch ein sedativer Vorgang erzielt werde. — Wenn ich nun Bäder von 26—27° R. ausschliesslich beruhigende nannte, so that ich dies, weil bei diesen, durch den geringen Unterschied mit der Körpertemperatur die Circulation und Resorption nicht angeregt und auch in so ferne keine Shok's gesetzt werden können. —

Da die meisten der hier in Betracht kommenden Kranken schwer auf längere Zeit ruhig in solchen Bädern sitzen und die Temperatur ebenfalls schwer auf längere Zeit gleichmässig zu erhalten ist, — wie auch Schüle anführt — so dürfte sich eher empfehlen, kürzere Applicationen von ca. 5—25 Minuten zu geben und, wenn nöthig, solche lieber nochmals an demselben Tage zu wiederholen.

Die Indicationen für ausschliesslich beruhigende Bäder bilden die acuten psychischen Reizzustände intensiveren Grades, wie krankhafte Zornmüthigkeit und Tobsuchten, active Melancholien, sowie auch psychische Schwächezustände, welche sich leicht in active Ausbrüche von Gereiztheit ergehen. Es ist selbstverständlich, dass solche hocheerregbare Kranke nur indifferente, an die warmen Applicationen grenzende Temperaturen vertragen, welche nach obiger Schilderung, sowohl jedes den Molekularmechanismus, wie die vasomotorische Sphäre erregenden Eingriffs entbehren.

II. Beruhigende Applicationen nebst deren Uebergangsformen zu den die Circulation leicht erregenden und tonisirenden Proceduren. Diese bestehen

*) Siehe über diese Vorgänge die Experimente von Schüller (D. Arch. f. klin. Med. 14. Bd. 5. 6. Heft), sowie meine Arbeit in der deutsch. Zeitschr. für pract. Med. Nr. 26, 1876 (Ueber neuropathologische Bedeutung physiologischer Einflüsse der Electro- u. Hydrotherapie.). —

in Badeformen von lauem Wasser, ohne Verrückung der Wassertheile und ohne Temperaturschwankung mit verschiedener Mechanik und grösserer, oder geringerer Wassermenge, zwischen 25° und 21° R. variirend. Durch diese Form wird, bei Anwendung der höheren der hier angegebenen Temperaturen, durch Hemmung der Reizaufnahme etc. von Seiten der Hautnerven, eine ebenfalls sedative Wirkung auf die Molekularbewegungen bezweckt und erreicht. Die niederen der angeführten Temperaturen sind schon kühl genug, dass sie eine Vermehrung der Circulation anbahnen und dadurch, sowie durch Hebung der Gesammternährung, schon tonisirend wirken können, sie sind aber nicht kalt genug um einen wirklich erregenden, sich weit fortpflanzenden Shok auszuüben, sondern sie setzen im Gegentheil erfahrungsgemäss die Nervenreizbarkeit, bei Anwendung der erwähnten Mechanik, noch herab.*)

Als Nüancen der angeführten Methoden sind zu nennen:

- 1) Vollbäder von 25—23° R., unter Umständen mit kühlem, oder kaltem Bedecken des Kopfes, von 5—25 Minuten Dauer.
- 2) Sitzbäder von 24—21°, 5—15 Min. lang, ebenfalls unter kühlem Bedecken des Kopfes.
- 3) Einwicklungen des Körpers, bis zur Erwärmung desselben, von 24—21°, unter kühlen Umschlägen auf den Kopf, entweder mit einem die Procedur schliessenden ganz kurzem Vollbad von 25—23°, oder mit einer der Einpackung folgenden kühlen Abreibung von 22—21°, ebenfalls unter kühlem Bedecken des Kopfes. —

Bei den Badeformen soll Pat. ruhig sitzen, bei den Abreibungen ohne Verrückung des Tuchs gerieben werden.

Die Proceduren würden so einzurichten sein, dass laue Voll- und Sitzbäder mit den höhern der angegebenen Grade für leichter erregbare, mit den niedern Graden für weniger erregbare Kranke zu wählen wären. Erst als nächste Stufe empfehlen sich für schon widerstandsfähigere Patienten die Einpackungen, welche wegen der geringeren in Anwendung kommenden Wassermenge, wodurch die Wirkung derselben milder wird, verhältnissmässig kühler wie die Vollbäder gewählt werden. Das nachfolgende Vollbad bildet wieder einen milderen Abschluss, wie die nachfolgende Abreibung.

Die Indication für die angeführten Badeformen, welche Schüle nicht bespricht, hat eine grössere Ausdehnung bei Erkrankungen des Nervensystems und kommen jene vielfach in ihren Nüancen mit

*) Die physiologische Erklärung des überwiegend beruhigenden Effektes bei einer theilweise doch anregenden Procedur liegt wohl darin, dass dieselbe allerdings in so weit die Hautnerven beeinflussen kann, dass dadurch der Blutgehalt der Haut alterirt und insofern der Stoffwechsel angeregt wird, dass aber dieser erste Eingriff der kühleren Temperatur nicht heftig genug wirkt, um bis in die Centralorgane fortgeleitet zu werden und diese alteriren zu können, so dass der dann folgende sedative Effekt der gleichmässig die Haut einhüllenden Wassermenge unter Hemmung weiterer Reizaufnahme und Hemmung der Fortleitung von Reizen während der Procedur die Oberhand gewinnt. Auch die eintretende mässige Abkühlung der Blutwärme, wodurch Depression der Nervenirritabilität herbeigeführt wird, kann als sedatives Moment hier in die Wagschale fallen. —

Nutzen zur Anwendung bei wirklichen Psychosen und bei verwandten Zuständen. Man gebraucht sie ebenfalls zur Beruhigung von psychischen und körperlichen Reizzuständen, doch bei einer geringeren Reizstufe, wie die fast warmen Bäder. In diesem Sinne finden sie Verwerthung bei melancholischen Zuständen und solchen der Manie, welche weniger activ auftreten, oder in der Reconvalescenz begriffen sind. Besondere Indicationen für laue Bäder geben die psychische Erkrankungen oft begleitenden körperlichen Reizzustände, Neuralgien und Krämpfe, ab, zu deren Bekämpfung sie sich sehr nützlich erweisen. Schlaflosigkeit wird am besten durch Sitzbäder paralytirt.

Besonders zu empfehlen sind auch diese lauen Applicationen bei dem grossen Heere der psychosenartigen Zustände, wie dieselben unter dem Bilde der Hypochondrie, Hysterie etc. oft mit erhöhter Reizbarkeit auftreten, welche Formen ja ebenfalls vielfach mit neuralgischen und krampfhaften Erscheinungen vergesellschaftet sind. Gehen diese Formen jedoch mit psychischer Energielosigkeit einher, so findet die zunächst anzuführende Anwendungsweise der Wasserkur bei ihnen Platz, nämlich:

III. Die anregende und resorbirende Methode, bestehend:

- 1) in Halbbädern von 22—18° R., von 3—5—8 Min. Dauer, unter kaltem Bedecken des Kopfes und Frottiren des Oberkörpers während des Bades.
- 2) in Abreibungen von 20—18°, ebenfalls unter kaltem Bedecken des Kopfes.

Bei den angeführten Badesformen ist ein schliessliches, gut ausgeführtes Trockenreiben selbstverständlich.

Die Thätigkeit des Molecularmechanismus und die Resorption regen wir bei chronischen Neurosen am besten durch mässig kalte Proceduren, unter Wechsel der Wassertheile, Frottiren etc. an. Wollen wir nicht nur *anregend*, sondern wirklich *erregend* einwirken, so müssen wir entschieden kalte, oder warme Proceduren wählen. Beide Formen können wir bei dem an sich leicht erregbaren und wenig widerstandsfähigen Nervensystem psychosenartiger Zustände nicht gebrauchen. Man muss daher Bedenken tragen, bei diesen Erkrankungen Bäder, von 28° R. aufwärts anzuwenden, da schon bei dieser Temperatur nach meiner Erfahrung aufregende Wirkung eintreten kann. Durch Application von 28° R. und höherer Grade würde allerdings, wie Schüle anführt, eine ableitende Strombahn des Blutes zur Entlastung der Centralnervenapparate geschaffen werden. Will man aber eine ableitende, resorbirende und anregende Wirkung bei chronischen Neurosen anbahnen, so erzielt man diese besser, dauernder und mit geringerem Risiko durch rationell angeordnete kühle, nicht kalte Proceduren*), und sind bei neurotischen Erkrankungen überhaupt Temperaturen von ca. 20.—15° R., bei psychosenartigen Zuständen aber nur solche von 22—18° zu diesem

*) Ueber den Vorzug der Anwendungsweise kühler Proceduren bei chron. Nervenkrankungen siehe meine Arbeit in der deutschen Zeitschrift für pract. Med. 1876, Nro. 26. S. 305.

Zwecke zu empfehlen. Badeformen von 18—12° R., wie solche Schüle bei Psychosen anrath, gehören nach unserem jetzigen Standpunkt schon zu den sehr eingreifenden Temperaturen und wird es wohl kaum einen rationellen Hydrotherapeuten geben, der heutigen Tags mit noch kälterem, oder ganz kaltem Wasser arbeitet, es sei denn, dass Ausnahmefälle vorhanden, oder Abhärtungszwecke bei sonst intactem Nervensystem angestrebt würden.

Eine Anwendung von Bädern bis zu 12° R. würde ich nicht nur bei Psychosen dringend widerrathen, sondern auch bei andern chronischen Neurosen erst sehr in Erwägung ziehen. Temperaturen unter 15° R. wende ich bei solchen, z. B. bei chron. Hirn- und Rückenmarksentzündungen fast nie an, da sie einerseits durch den Shok, welchen sie verursachen, schädlich, andererseits entbehrlich sind. Betrachten wir den grossen Unterschied zwischen der Wärmecapacität der Luft und des Wassers, so können wir daraus schon ersehen, welchen heftigen Eingriff hohe und niedrige Temperaturen von Badeformen auf den Organismus üben müssen. Schon in einer früheren Arbeit bemerkte ich (s. d. Arch. f. klin. med. 21. Bd., 4. Heft), ähnliche Vorgänge besprechend, dass während wir uns bei einer Temperatur von mehreren Graden Kälte ganz behaglich in der Luft bewegen, es dem menschlichen Körper unmöglich sein würde, den Wirkungen eines Bades von 1—3° Wärme länger zu widerstehen. Strenge Winterkälte müsste letal wirken, wenn die Luft gleiche Wärmecapacität mit der des Wassers hätte.

Hieraus ist ersichtlich, dass die angeführten milderen Temperaturgrade sich schon recht wirksam erweisen können — nicht allein durch hinreichende Anregung der Molecularthätigkeit, sondern auch der vasomotorischen Sphäre, wodurch die Circulation erhöht und trophische Effecte angebahnt — Stoffwechsel und Ernährung beeinflusst werden. Da die Ernährung der Nervencentra aber bei den hier in Betracht kommenden Erkrankungen vielfach gestört ist, so sind diese Wirkungsweisen der Hydrotherapie hier von grosser Wichtigkeit.*)

Der Rath Schüle's, statt modificirter Wasserkur, auch Flussbäder im Sommer geben zu lassen, muss mit Vorsicht aufgenommen werden, da solche oft wegen ihrer Temperatur und Wellenschlags wenig geeignete, zu erregende Einwirkungen sind und eine strenge Controle der Temperatur und des Wellenschlags, welche ja vielfach dem Wechsel unterworfen sind, nöthig ist, um nicht zu schaden. Wer, wie Verfasser dieses, oft Gelegenheit hatte zu sehen, wie die allerdings noch erregender wirkenden Seebäder schädlichen Effect bei chronischen Erkrankungen des Nervensystems überhaupt üben, wird sich bei Psychosen auch schon mit grosser Vorsicht der Flussbäder bedienen. —

Ausser der oben angegebenen Indication milder Kaltwasserkuren bei hypochondrischen und hysterischen Zuständen sind die

*) Ueber die Pathogenese trophischer Störungen der Centralorgane des Nervensystems ist zu vergleichen Schüle's vortreffliche Schilderung der Pathologie anämischer Psychosen (S. 333 &c.)

erwähnten Badeformen auch bei wirklichen Psychosen zu empfehlen und führt Schüle als solche, wo die genannte Indication vorhanden, an: Melancholische Torpeditätszustände chronischer Form, mit träger Verdauung, schlaffer Muskulatur, reducirter Ernährung, Müdigkeitsgefühlen, psychischer Energielosigkeit; Erschöpfungszustände nach Onanie. Als Contraindication gegen Kaltwasserbehandlung erwähnt Verfasser grosse Anämie, Inanition, subnormale Temperaturen. —

Schliesslich noch einige Worte über die Kopfdouche. Wenn Schüle dieselbe auch nur in seltenen Fällen, mit Anwendung grosser Vorsicht und unter wesentlichen Einschränkungen empfiehlt, so glaube ich, dass man die Anwendung dieses Mittels gänzlich verwerfen muss — vor Allem bei Psychosen. Bei chronischen Nervenkrankheiten funktioneller Natur, wenn dieselben auch einen ziemlich starken Erregungsimpuls vertragen, verwende ich die Douche bei kaum 5 Procent, bei leicht erregbaren Patienten dieser Classe, mit neuralgischen und krampfhaften Affectionen, schliesse ich diese Application gänzlich aus. Sehr selten wähle ich auch dieselbe bei centralen entzündlichen Affectionen, da ich von ihrer Anwendung bei diesen Fällen kaum einen Nutzen gesehen. Jedemfalls aber lasse ich unter allen Umständen die Application mit Ausschliessung des Kopfes vornehmen, welcher mit einem kühlen Umschlag geschützt wird.

Es ist bekannt, dass die Douche einen heftigen Reiz ausübt, bedingt durch mechanische Reibung und fortwährenden Wechsel der Wassertheile, sowie durch die hierdurch hervorgerufene heftige Wärmeentziehung bei Anwendung von kaltem Wasser. Reizt man die Nervenstämme am Kopf eines ganz Gesunden wiederholt durch Klopfen, oder andre mechanische Einwirkungen, so wird leicht Kopfweh &c. entstehen und würde ich mich verbindlich machen, durch wiederholte Kopfdouchen ganz gesunde Individuen zu Nervenkranken umzugestalten. Am wenigsten möchte ich daher solche, und Douchen überhaupt, bei Psychosen empfehlen, als bei Erkrankungen, die wegen ihrer geringen Widerstandsfähigkeit gegen Reize grosser Schonung bedürfen.

Ich verweise nochmals auf eine frühere Arbeit über Temperatur und Mechanik der Badeformen bei chronischer Myelitis (D. Zeitschr. f. pract. Med. 1875, Nr. 47), wo ich anführte, dass nach Stillestand von chronischen Entzündungen des Nervensystems und scheinbar voller Genesung, Brausen und Douchen längst in Vergessenheit gekommene Symptome wieder zurückführen könnten und dass die Anwendung dieser Badeform sogar ein Mittel zur Prüfung der Reizbarkeit des Nervensystems abgiebt. Sowohl bei einer anscheinend gesunden verheiratheten Dame, welche von einer hysterischen Mutter stammte, als auch bei einer blühend aussehenden, ebenfalls völlig gesund erscheinenden jungen Dame, welche sich als Begleiterin ihres an Paralysis agitans leidenden Vaters in meiner Anstalt befand, beobachtete ich jedesmal nach Application kühler Brausen, heftige Rückenschmerzen und Schwindelanfälle.

Referate.

39) **Eulenburg** (Greifswald): Lehrbuch der Nervenkrankheiten
(Zweite Auflage II Bände, Berlin, A. Hirschwald 1878.)

(Schluss.)

Im zweiten Theile des Buches hat Verf. den Versuch gemacht, das rein anatomische Eintheilungsprincip für den gesammten Umfang der speciellen Nervenpathologie zur Geltung zu bringen. Er verhehlt sich selbst nicht, dass bei diesem Versuche „einzelne Gewaltsamkeiten, Willkürlichkeiten, scheinbare Inconsequenzen“ vorgekommen sind, glaubt aber, dass diese nur durch die temporäre Unsicherheit unseres Wissens verursacht sind, und dass die vollständige Durchführung des anatomischen Princips nur eine Frage der Zeit sei. Dass jedoch dies nicht der Fall ist, möchten wir an einem Beispiele zeigen. Unter den Systemerkrankungen des Rückenmarks, speciell unter den Erkrankungen der vorderen grauen Substanz, werden neben der acuten und subacuten amyotrophischen Spinallähmung aufgeführt: die progressive Muskelatrophie, die Pseudohypertrophie der Muskeln, die wahre Muskelhypertrophie. Nun hat noch Niemand bei einem reinen Falle von Pseudohypertrophie, geschweige denn von wahrer Muskelhypertrophie eine Erkrankung des Rückenmarks nachgewiesen; dies gesteht Verf. zu und rechnet trotzdem die genannten Krankheiten zu den spinalen. Warum dies? hätte er den anatomischen Standpunkt festgehalten, so hätte er consequenterweise die Pseudohypertrophie von der Amyotrophie trennen müssen, wie dies *Hayem* gethan hat (*Rech. sur l'anat. pathol. des atrophies musculaires, Paris 1877*), welcher jene Krankheit neben der Schwielenbildung des Herzens bespricht. Verf. aber betrachtet die Pseudohypertrophie nur als eine Abart der progressiven Muskelatrophie, denn er weiss, dass beide Formen in einer Familie, ja an einem Individuum vorkommen, dass Entwicklung und Verlauf dieselben sind etc., kurzum er steht nicht auf dem anatomischen Standpunkt und kann nicht auf demselben stehen, denn dieser führt hier ad absurdum. Mit Recht zählt er die Pseudohypertrophie zu den Affectionen des centralen Nervensystems, denn ihre *Aetiologie*, ihr beinahe ausschliessliches Vorkommen bei erblich Belasteten, weist auf dieses hin, wenn auch die exacteste anatomische Untersuchung im Rückenmark nichts krankhaftes nachzuweisen hat.

Ein Theil des zweiten Bandes ist übrigens schon bekannt, da der Verf. in *Ziemssen's* Lehrbuch die vasomotorisch-trophischen Neurosen, sowie die tremorartigen Affectionen bearbeitet hat und natürlich der kurze Zeitraum, welcher seit dieser Publication verstrichen ist, keine wesentlich andre Darstellung bedingen konnte. Dagegen hat sich im Vergleich zur ersten Auflage der Stoff bedeutend vermehrt, da seitdem sowohl von deutscher, als auch von französischer Seite die Neuropathologie wesentliche Bereicherungen erfahren hat. Gerade die neueren französischen Auffassungen finden

bei dem Verf. grosse Anerkennung, er hat Charcot's Anschauungen in sehr vielen Punkten adoptirt.

Leider finden sich in dem Werke eine Menge von Druckfehlern. Auch ist der Mangel eines alphabetischen Registers zu bedauern. (Möbius, Leipzig.)

40) Herterich (Würzburg): Zur Lehre der Paralysis agitans.

(Inaug. Dissert. Würzburg, A. Stuber, 1879.)

Nach einleitenden Betrachtungen über die Natur des Zitterns berichtet Verf. folgenden Fall von Paralysis agitans.

66jähr. Weib. Nach einem im 57. Jahr überstandenen Typhus Schwäche in den obern und untern Extremitäten, zu der sich vor 3—4 Jahren Zittern zuerst in den untern, dann in den obern Extremitäten gesellte. Seit einigen Monaten zunehmende Heftigkeit des Zitterns, Affection der Sprache und des Schlingens. Bei der Aufnahme am 10. Sept. 1876 ist der Kopf nach vorn und links geneigt, fest gegen den Thorax gepresst, die Muskulatur hochgradig abgemagert. Contracturen in Knie-, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenken, letztere in charakteristischer Stellung. Hochgradiger Schütteltremor der obern Extremitäten (Trommelbewegungen); an den Beinen ebenfalls beständige Oscillationen, auch der Unterkiefer nimmt an dem Zittern Theil. Starrheit der Gesichtszüge, Sprache zischend, wie die Respiration rhythmisch unterbrochen. Die obern Extremitäten noch beweglich, die untern immobil. Durch interdirtte Bewegungen wird das Zittern nicht gesteigert, wohl aber durch Gemüthsbewegungen und electricischen Reiz; dasselbe dauert auch des Nachts in schwächerem Grade fort. Sensibilität und Sinnesnerven nicht gestört; die Sehnenreflexe mässig erhöht.

Das Zittern nahm während der Beobachtungszeit so zu, dass Pat. gar nicht mehr zum Schlafen kam. Auffallend war eine grosse Neigung zu Schweissen und ein starkes subjectives Hitzegefühl. Behandlung mit subcutanen Arseninjectionen, hatte gar keinen Erfolg.

Gegen Ende mehrfacher Decubitus, ausserdem hochgradige Zunahme des Tremor bis zum Tode, der unter Steigerung der Temperatur auf 40,4 erfolgte. Bei der 36 St. post m. angestellten Section fand sich fleckweise graue Degeneration im Halstheil des Rückenmarks, am obern Ende der Halsanschwellung keilförmig von der Peripherie einspringende graue Flecken in Hinter-, Seiten- und Vordersträngen, die z. Th. mit den Hinterhörnern confluirten; am meisten war der linke Hinterstrang und die Umgebung des linken Vorderhorns verändert, 2 cm. abwärts die Hauptmasse des linken Seitenstrangs und eine mittlere Zone degenerirt; daneben einige graue Heerde (2 Zeichnungen). Weiter unten nur spurweise Degeneration im linken Vorder- und rechten Seitenstrang. In der Mitte des Dorsaltheils nur unbedeutende graue Einsprengungen, im Lendentheil gelbe Fleckung der grauen Substanz im linken Vorderhorn. In der medulla oblongata narbige Vertiefung des Calamus scriptorius, Degeneration des Bodens der Rautengrube, die

2 mm. tief und ebenso weit nach allen Seiten sich scharf abgrenzt, weiter nach vorn Verdickung des Epemdyms, auffallend röthlich graue Färbung und Einsinken der Schnittfläche in der rechten Hälfte der medulla oblongata. Beim Uebergang in den Pons ein ziemlich umfanglicher grauröthlicher Erweichungsheerd am Boden des 4. Ventrikels rechts von der Mittellinie, der sich noch in den linken Hirnschenkel fortsetzt.

Leider fehlt die mikroskopische Untersuchung und ist desshalb sowohl die Natur der Veränderung als die genaue Begrenzung derselben im Rückenmark und med. oblong. nicht ganz sicher. Wenn wir auch mit dem Verf. gerne annehmen, dass es sich im Rückenmark und am Boden der Rautengrube um die „indurirend entzündliche Form der grauen Degeneration“, um Sclerose gehandelt, so scheint uns doch sein Raisonnement, dass im Halsmark die Aktivität des Processes vorherrschte, während in der medulla oblongata die degenerativen Vorgänge vorwiegend zur Geltung kommen, nicht einleuchtend, namentlich aber ist nach der makroskopischen Schilderung die Natur des Erweichungsheerdes an der Grenze des Pons gar nicht festzustellen. Ueber die Gefäße der Hirnbasis ist nichts gesagt.

In der Epicrise vergleicht Verf. zunächst die einzelnen beobachteten Erscheinungen mit dem anderweitig festgestellten Bilde der Paralysis agit. Zu der Angabe, dass es sich bei derselben, abgesehen von den späteren Stadien, nicht um paralytische Schwäche handle, ist zu bemerken, dass genaue dynamometrische Messungen Bourneville's allerdings in allen untersuchten Fällen, auch frischen Datums eine merkliche Herabsetzung der Muskelkraft ergaben. In des Verf. Fall ging Schwäche dem Zittern sogar voraus.

Die im 1. Fall öfter beobachteten geringen Temperatursteigerungen sucht Verf. (abweichend von Charcot) mit der fortwährenden Muskelunruhe in Verbindung zu bringen, die sub finem beobachtete Temp. über 40 mit dem excessiven Schütteln am letzten Tage. Die vermehrte Schweisssecretion und die Injektion der Hautgefäße leitet er von den Veränderungen am Boden des 4. Ventrikels ab.

Verf. geht dann ausführlicher zur Erörterung der Frage über, auf welche Theile des Nervensystems und welche Veränderungen das Hauptsymptom der Krankheit, das Zittern oder Schütteln zu beziehen sei. Er neigt zu der Anschauung, dass wir es bei dem Zittern mit einer *Reizerscheinung* zu thun hätten, einer Störung des normalen reflektorisch vom Rückenmark abhängigen Tonus der Muskeln, die durch eine gesteigerte Erregbarkeit der motorischen Centren selbst bedingt, durch Aufhebung oder Abschwächung der hemmenden Einflüsse des Gehirns begünstigt wird. Er macht den Versuch eine Theorie der Paralysis agitans aufzustellen, unterscheidet zwei Stadien, im ersten würde es sich um einen Vorgang *gesteigerter Reflexaktion* handeln, im zweiten würden sich Erscheinungen der *Lähmung* anschliessen. Als hauptsächlichster Beweis gilt ihm, dass die meisten positiven Befunde bis jetzt entzündliche Prozesse ergeben hätten, oder Vorgänge die einen Reizungszustand bedingen

können, oder auf einem solchen beruhen, und zur Erhöhung der Erregbarkeit beitragen. (Verf. vergisst, dass alle in den angeführten Beispielen notirten Prozesse unendlich viel häufiger Lähmungs Zustände als die charakteristischen Erscheinungen des Tremor hervorrufen. Wenn aber gar Veränderungen wie Obliteration des Centralcanals, Pigmentirung der Ganglienzellen, Amyloidkörper als bedeutungsvoll für die Pathologie der Paralysis agit. angesehen werden, macht dies einen sonderbaren Eindruck. Ref.)

Als fernere Stütze der Theorie werden vom Verf. die *causalen* Momente (Trauma, Schade etc.) angeführt.

In Betreff der Frage nach dem *Sitz* des Leidens, ob Gehirn oder Rückenmark, spricht sich Verf. für das Letztere aus und glaubt, dass die charakteristischen Erstlingssymptome der Paral. agit. von Affectionen der Med. spinal. und oblong. abhängig seien. Doch vindicirt er auch dem Gehirn einen gewissen Einfluss. Entzündliche Veränderungen des Rm., besonders der motorischen Reflexapparate sollen eine gesteigerte Erregbarkeit und erhöhte Erregung motorischer Nerven Elemente bedingen, deren Einfluss durch Aufhebung gewisser hemmender Bahnen vom Gehirn her noch gesteigert wird; mit dem Prädominiren von Atrophie und Degeneration soll Paralyse in den Vordergrund treten. — So wenig uns auch diese Ausführung genügend scheint, „die Theorie der Krankheit mit annähernder Sicherheit zu berühren“, so werthvoll ist doch der zu Grunde gelegte casuistische Beitrag für die Pathologie derselben. Er dient uns allerdings hauptsächlich zur Erläuterung der Thatsache, dass das Symptomenbild der Paralysis agitans auf Grundlage einer *disseminirten Sclerose* zu Stande kommen kann, eine Thatsache, die bereits durch einen von Schultze mitgetheilten Fall Virchow's Arch. 68. S. 12 des Sep.-Abdr.) begründet ist.

Eisenlohr (Hamburg).

41) **Curtis** (Boston): Ein Fall von Hydrophobie, nebst Bemerkungen über die pathologische Physiologie dieser Krankheit.

(The Boston medical and surgical journal XCIX. Band Nro. 19 u. 20.)

42) **Putnam** (Boston): Die physiologische Pathologie des hydrophobischen Anfalles.

(ibid. Nro. 21.)

Auf Grundlage eines genau beobachteten Falles von Hydrophobie, welcher 7 Wochen nach dem Bisse einer Katze zum Ausbruche gelangt war und trotz des Gebrauches von Curare tödtlich geendet hatte, bespricht Curtis die pathologischen Vorgänge im Centralnervensysteme, welche den heftigen Erscheinungen der Hydrophobie zu Grunde liegen können. Die in Rede stehende Krankheit charakterisirt sich hauptsächlich durch gewisse Paroxysmen, welche nur mit Unrecht convulsivisch oder spastisch — nach Art der tetanischen Anfälle — genannt werden. Hervorgerufen werden diese Anfälle 1) durch Versuche zu trinken (Hydrophobie) oder überhaupt zu schlucken. 2) Dadurch, dass der Speichel in den Rachen fließt. 3) Durch Luftzug (Aerophobie). 4) Durch Einwirkung

von Kälte oder Nässe auf die Körperoberfläche. 5) Durch verschiedene andere periphere Reize, beispielsweise die Application eines Clysmas. 6) Durch den Anblick leuchtender glänzender Gegenstände. 7) Durch verschiedenartige Gehörseindrücke. 8) Durch psychische Eindrücke (Pantophobie) und endlich 9) durch den Versuch tief Athem zu schöpfen.

Die Anfälle selbst, besonders so lange sie noch keinen hohen Grad erreicht haben, gleichen in auffallender Weise den Erscheinungen, die viele empfindliche Personen unter der Einwirkung eines kalten Sturzbades darbieten; sie sind zunächst aufzufassen als plötzliche Anfälle von paralytischer Apnoe, welche in Folge einer, durch periphere Reize bedingten, theilweisen oder vollständigen Hemmung des Respirationscentrums zur Entstehung gelangen. — Dieser Hemmungsreiz geht vor Allem von dem Verbreitungsbezirke des Nervus laryngeus sup. bei den Versuchen zu trinken oder den Speichel hinabzuschlingen, aus; — der genannte Nerv hat ja seine hemmende Wirkung auf das Athmungscentrum auch in experimenteller Weise bethätigt. In zweiter Reihe geht ein solcher Hemmungsreiz auch von den peripheren Enden des Nervus trigeminus, sowie von den verschiedenen übrigen sensorischen Nerven, sowie endlich von den Bewusstseinscentren selbst aus.

Eine weitere Frage die sich nun aufdrängt ist die, ob diese Reflexhemmung des Athmungscentrums ihren Grund hat in einer gesteigerten Leistung der Hemmungsreize oder vielmehr in einer verminderten Widerstandskraft des Respirationscentrums. Für die erstere Annahme lassen sich keinerlei Gründe vorbringen, hingegen scheint es viel plausibler eine constante Abschwächung des Respirationscentrums anzunehmen, welche ja einerseits schon durch die nachzuweisenden localen anatomischen Veränderungen bedingt und andererseits durch das Hinzutreten eines schwächenden Einflusses von Seite der krankhaft erregten Grosshirnhemisphären gesteigert sein kann.

Aus dieser Auffassungsweise des hydrophobischen Anfalles ergeben sich auch wichtige therapeutische Grundsätze, welche allerdings gegenwärtig noch grösstentheils negativer Natur sind.

Die bisherige Behandlungsmethode basirte auf der vollkommen unbewiesenen Annahme von dem convulsivischen Charakter seiner Krankheit. Demnach muss Curare, welches Curtis allerdings selbst ausschliesslich in Anwendung gebracht hatte, als nicht nur unwirksam, sondern als ein im Gegentheile höchst gefährliches, als absolut zu vermeidendes Mittel angesehen werden. — Es darf unter keiner Bedingung ein lähmender, es muss vielmehr ein anregender Einfluss auf das Athmungscentrum ausgeübt werden. Vorderhand muss sich die Behandlung darauf beschränken die Leiden des Kranken zu mildern, um ihm Nahrung beizubringen. Chloralhydrat und Belladonna in kleinen Dosen dürften vielleicht noch am ehesten diesem Zwecke entsprechen.

Im Anschluss an die eben besprochene Arbeit legt Putnam in Kurzem seine Ansicht über die Pathologie der Hydrophobie dar.

Nicht die Apnoe, oder wenigstens nicht die Apnoe allein ist

das wichtigste Symptom dieser Krankheit; ebenso grosse Bedeutung kommt jedenfalls auch der nie fehlenden grösseren oder geringeren psychischen Aufregung zu.

Was nun die Hemmung der Athmungscentren betrifft, so dürfen wir nicht vergessen, dass die Fähigkeit gehemmt zu werden, den Functionen geschwächter, ermüdeten oder erkrankter Nervencentren rasch verloren geht, wie wir beispielsweise im Zustande geistiger Ermüdung weniger gut im Stande sind Affectäusserungen zu unterdrücken. Da wir nun volles Recht haben in der Hydrophobie eine Ernährungsstörung des Athmungscentrums anzunehmen, so müssen wir auch die von Curtis aufgestellte Theorie einer Ueberempfindlichkeit dieses Centrums gegen hemmende Reize zurückweisen.

Es handelt sich vielmehr wirklich um eine Steigerung dieser inhibitorischen Reize, und zwar derjenigen, welche von der Bewusstseinssphäre in Form des beständig vorhandenen affectiven Aufregungszustandes ausgehen. — O b e r s t e i n e r (Wien).

43) von Nussbaum: Operation einer Intercostal-Neuralgie.

(Vortrag München 1878, Finsterlin.)

v. N. hat in einem Falle wiederum mit glänzendem Erfolge die Nervendehnung vorgenommen. Der betreffende Fall, bei dem ausserdem die Ursache des Leidens zweifellos eine centrale war, war in sofern höchst beachtenswerth, weil bei Intercostal-Neuralgien noch nie eine derartige Operation gemacht worden war. Der Patient litt seit zwanzig Jahren an dieser Neuralgie, gegen die bisher alle Mittel angewendet worden waren. Die Regio epigastrica zwischen proc. xiphoideus sterni und Nabel war der Hauptplatz des Schmerzes; die schmerzhaftesten Punkte befanden sich handbreit von der linea alba entfernt, gerade in der Mitte zwischen Sternum und Nabel. Ausserdem bestand krampfartige Spannung um den ganzen Körper während der Anfälle. Diese selber traten öfter auf, dauerten 2—3 Stunden, oft aber auch die ganze Nacht.

Es handelt sich um die Dehnung der abdominalen Endäste des 8., 9., 10. Nerv. interc. Zu dem Zwecke wurde zuerst handbreit vom äusseren Rande des linken Musc. rect. abdom. parallel mit diesem Rande, zwischen Sternum und Nabel ein 8 Cent. langer Schnitt gemacht. Nach sorgfältiger Praeparation sah man die 3 Stricknadeldicken Nerven aus dem Muskel herauskommen. Dieselben wurden centrifugal und centripetal gedehnt. Auf der rechten Seite wurden die betreffenden Nerven nicht so leicht gefunden. Auch war die Blutung hier bedeutender. Besonders mussten die beiden unteren Nerven stückweise aus den Muskeln hervorgezogen und nach allen Seiten hin gezerrt werden. Dabei stülpte sich bei einer kleinen Brechbewegung des Patienten das Peritonaem hervor, riss beim Repositionsversuch ein, es fiel ein nussgrosser Knäuel Netz vor, der aber zurückgebracht wurde. Darüber wurde das Peritonaem vernäht. Ueber die Wunde die durch diese Entspannungsnähte und Knopfnähte vereinigt worden war wurde ein Lister'scher Verband gelegt. Die Operation selber hatte unter Dampfspray stattgefunden. Schon die erste Nacht nach der Operation blieb schmerzfrei und

Die Schmerzen kehrten auch später nicht wieder. Am 25. Tage nach der Operation konnte der Patient mit einer leichten elastischen Leibbinde nach Hause entlassen werden.

Sonnenburg (Strassburg i. E.).

44) A. Erlenmeyer (Bendorf): Ueber einen Fall von Reflexschwindel aus bisher nicht beschriebener Ursache.

(Deutsche med. Wochenschrift Nr. 44. u. 45 1878.)

Verf. nimmt Veranlassung seine Auffassung des epileptoiden, resp. epileptischen Schwindels näher zu präcisiren. Mit *Samt* bezeichnet auch er die Form des Irreseins als entscheidend für das epileptische Irresein, nicht aber den Nachweis epileptischen Antecedentien. Es müssen für den Begriff „epileptischer Schwindel“ drei Forderungen erfüllt werden, welche in einer Aura, in unbewussten, unzweckmässigen Handlungen, resp. Reden, oder verworrenen Gedanken im Anfälle und endlich in einem somatisch-psychisch-depressiven Nachstudium bestehen. Alle übrigen Schwindelanfälle mit Bewusstseinsverlust ohne eines dieser Symptome haben mit Epilepsie nichts gemein.

Die Mittheilung des folgenden Falles von Reflexschwindel, welcher eine Stricturea urethrae als Ursache aufwies, wurde veranlasst dadurch, dass Verf. in den bekannten Werken über Schwindel eine ähnliche Veranlassung nicht verzeichnet fand.

In Betreff der Anamnese ist zu bemerken, dass Pat., ein 31 Jahre alter Kaufmann, nicht aus einer nervenkranken Familie stammt. Die ersten Symptome seines Leidens begannen vor 5—6 Jahren und bestanden in Schwere und Steifigkeit im linken Arme, welche sich ohne Schmerzen ab und zu einstellten. Allmählig wurde das linke Bein und der rechte Arm befallen. Hierzu kamen später Stirnkopfdruck und Schwindel, welches ein objectiver war. Keine Bewusstlosigkeit. Allein, ohne die Steifheit der Extremitäten, tritt der Schwindel beim Entleeren des Urins ein, welches der bestehenden Striktur wegen etwas behindert ist. Stadium melancholium. Aus dem von Verf. aufgenommenen stat. praes. heben wir hervor, dass Pat. beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt und auch subjectiv Schwindelgefühl dabei hat. Bewegungen der Arme und Beine ohne Ataxie. Die Theile über dem linken Halsympathicus sind auf Druck empfindlich, rechts nicht. Die Patellarsehnenreflexe beiderseits erheblich gesteigert. Die Diagnose, die anfangs zweifelhaft war, wurde aufgeheilt, als Pat. in London auf des Verf. Rath sich bougiren liess. Nach Beseitigung der Stricture hörte der Schwindel auf und cessirten allmählich die Anfälle von Gliedersteifigkeit. Eine 3 Monate später vom Verf. vorgenommene Untersuchung ergab noch objectives Schwanken und subjectives Schwindelgefühl bei geschlossenen Augen. Patellarsehnenreflexe wie früher. Alle anderen Erscheinungen waren geschwunden, Patient heiteren Gemüths.

Es lag hier also ein Fall von Schwindel vor, der reflectorisch von der Urethra aus angeregt wurde — vertigo ab urethra laesa, s. a. Stricturea. Die anfänglich ohne Schwindel aufgetretenen Steifigkeitsanfälle blieben unaufgeklärt. Goldstein (Aachen.)

45) **Sibb**: Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

(Franc. med. 1878 November.)

Die beste Behandlungsmethode ist nach Verf. die Hydrotherapie combinirt mit dem Verabreichen der Tct. veratr. virid. Er verordnet 10—12—20 Tropfen pro die, indem er diese Dosis auf 3—4 Male vertheilt. Das Mittel muss Wochen, ja Monate lang angewandt werden. Er sah mit dieser Methode u. A. eine junge Frau genesen, die seit 15 Jahren die 3 charakteristischen Symptome der Krankheit zeigte und in den letzten 3 Jahren jede Behandlung aufgegeben hatte.

Erlenmeyer.

46) **Chateaufort**: Contribution à l'étude de la Méningite spinale tuberculeuse.

(Thèse; Paris 1878.)

Chateaufort berichtet sehr ausführlich über einen Fall von tuberculöser Basilar meningitis, in welchem auch die Rückenmarkshäute untersucht wurden; welche ebenfalls tuberculöse Infiltration zeigten. Er bezieht die Rückenschmerzen, die irradiirten Schmerzen des Rumpfes und der Extremitäten, die Hyperaesthesien derselben, ferner die Rückensteifigkeit, die Steifheit der Extremitätenmuskeln, die nicht seltenen Paresen und Paralysen derselben auf die Affection der spinalen Meninge. Eine mikroskopische Untersuchung des Rückenmarkes fehlt. Ebenso wenig sind die Rückenmarkswurzeln genauer untersucht worden. Den grösseren Theil der Abhandlung füllt die ausführliche Mittheilung von 6 ähnlichen Beobachtungen anderer französischer Autoren. Die deutsche Literatur ist nicht berücksichtigt.

Schultze (Heidelberg.)

47) **Brigidi**: Veränderung des Plexus coeliacus bei pernicioser Anaemie.

(Lo sperimentali 1878, V. Allgem. Med. C. Z. 1878. 98.)

Verf. fand in einem Falle von pernicioser Anaemie den Plexus coeliacus verändert. Im frischen Zustande übermässige Kernwucherung mit Verdrängung der Nervenzellen und Pigmentirung derselben. Aus dem mikroskop. Befunde schliesst Verf. auf folgenden pathol. Vorgang: Die die Capseln der Ganglien auskleidenden Endothelien fangen an übermässig sich zu vermehren, erdrücken die Nervenzellen, bilden dann immer mehr Granulationen, von denen einige eine broncefarbene oder braune Färbung annehmen, andere sich in Fett verwandeln. Jemehr diese Fettbildung vorschreitet, desto mehr schwindet die Nervensubstanz, bis zuletzt bei zunehmender Kernproliferation die ganze Nervenmasse aufgelöst ist und Trümmer derselben sich in der neugebildeten Kernmasse vorfinden. Auch die in den Ganglien enthaltenen Nervenfasern sind mit der Zeit der fettigen Degeneration unterlegen. Die leer gewordenen Blutgefässe der Ganglien zeigen Endothelwucherung.

(Dieser Fall ist geeignet, die Ansicht derer zu stützen, welche die Addison'sche Krankheit für eine perniciöse Anaemie halten.

Erlenmeyer.

48) **James Sawyer**: Clinical lecture on the causes and cure of insomnia.

(The Lancet 1878 Juni.)

Verf. behandelt die Insomnia „per se“ d. i. die nicht durch anderweitige körperliche Störungen (wie Fieber, Athembeschwerden bei Lungen- und Herzaffectionen etc.) verursachte Schlaflosigkeit und unterscheidet drei Arten derselben, die psychische, toxische und senile Insomnie.

Seine Ausführung über den mechanischen Vorgang bei der Schlaflosigkeit ist in Kürze folgende:

Beim natürlichen Schlafe ist das Gehirn anaemisch, wird nun eine relative Hyperaemie unterhalten, so kann der Schlaf nicht eintreten. Die Hyperaemie ist nun entweder eine primäre, wie bei der toxischen und senilen Insomnie, oder eine secundäre, durch Hirnarbeit bedingte psychische. Hier würde oft dadurch, dass einzelne Zellengruppen ihre Thätigkeit nicht einstellten, der Eintritt der zum Schlafe nöthigen Anaemie verhindert. Durch länger andauernde Anaemieverhinderung käme es dann schliesslich zu vasomotorischer Lähmung und natürlich noch hartnäckigeren Schlaflosigkeit. Die Ursachen der psychischen Insomnie sind Gemüthserschütterungen und geistige Ueberanstrengung.

Anschaulich schildert Verf. den gemüthlichen und geistigen Zustand eines Examinanden und eines seine Praxis eröffnenden Arztes oder Rechtsanwaltes und der Ursachen ihrer Schlaflosigkeit. An psychischer Insomnie leiden hauptsächlich Männer und zwar Männer von nervösem Temperament. Dasselbe gibt sich in folgenden Zügen zu erkennen. Der Betreffende spricht mit einem ihm Unbekannten unruhig, macht dabei allerlei Bewegungen mit Händen und Füßen, er spricht rasch und verbessert sich häufig in den Worten sowohl, als den Redewendungen. Wenn unwohl, wird er durch die gewöhnlichsten Symptome erschreckt, gefühltes Herzklopfen erweckt ihm die Angst einer Herzkrankheit, er glaubt sein Gedächtniss nehme ab etc.

Andauernde Schlaflosigkeit erzeugt eine Reihe von Symptomen, die man zumeist unter der Hirnhypersaemie angeführt findet. Der Blick wird verdrüsslich, verliert seine Lebhaftigkeit, das Oberlid ist etwas gesunken und angeschwollen, die Gesichtsfarbe blass, Kopfschmerz tritt auf, bald als dumpfer vager Druck, bald als scharfer, schiessender Schmerz in einzelnen Absätzen; dazu manchmal leichter Schwindel; die Kopfhaut, besonders in der Umgebung der Sagittalnaht, wird empfindlich; Gehörstörungen als Ohrensausen und leichte Schwerhörigkeit, Gesichtsstörungen als leichter Schleier vor den Augen oder phosphorescirendes Leuchten kommen zur Beobachtung; endlich abnorme Hautempfindungen (Prickeln) und eine besondere Art Muskelkrämpfe — bei ruhigem Sitzen treten plötzlich Contractionen eines Muskels auf, besonders in den Unterextremitäten. Ausserdem beobachtet man noch häufig grosse Empfindlichkeit gegen äussere Eindrücke, wie helles Licht und Geräusch.

Bei der *toxischen* Insomnie ist die Hyperaemie eine primäre, hervorgerufen eben durch das Gift. Zwei Arten toxischer Substan-

zen sind zu unterscheiden, *äussere* wie Tabak, Alcohol, Thee, Kaffee*), und *innere*, im Organismus erzeugte, wie bei der Gicht und gewissen Nierenkrankheiten.

Bei den erwähnten äusseren toxischen Substanzen wirkt sowohl das allgemeine Uebermass im Genusse als auch die Ueberschreitung des gewohnheitsmässigen Verbrauches schädlich. Tabak und Alcohol wirken zuerst reizend, dann erschlaffend auf die Hirngefässe. (Die Bemerkung, dass Männer, welche langsam und überlegend sind, nur selten Raucher seien, mag für Deutschland kaum richtig sein Ref.)

Bei der *senilen* Form ist die senile Entartung der kleineren Gefässe, wodurch deren Elasticität und Contractilität vermindert wird, als Ursache anzunehmen.

Die *Behandlung* richtet sich natürlich hauptsächlich gegen die Ursachen. Körperliche Arbeit, Landaufenthalt, kalte Abreibungen etc. bei geistiger Ueberanstrengung, wie auch bei chronischer Insomnie; Roborantia, wo Bedürfniss vorhanden; in solchem Falle ist auch Alcohol oft von gutem Erfolge.

In schweren Fällen von Insomnie wendet Verf. mit Vorliebe Chloral an; bei Ueberanstrengung und gutem Ernährungsstande Bromkali in Verbindung mit Tinct. Ergotini oder Digitalis; bei Gicht Colchicum und salinische Abführmittel; bei seniler Schlaflosigkeit, die in der Regel hartnäckig ist, Bromide, Hopfen und Bilsenkraut.

Karrer (Erlangen).

49) Die Geisteskranken in den Irren-Anstalten während des Jahres 1876.

(Nach den Berichten von 52 öffentlichen und 73 Privat-Irrenanstalten; zusammengestellt durch das Königl. Preussische statistische Bureau.)

Die Krankenzahl im Allgemeinen belief sich während des Jahres auf 11151 Männer; hiervon war am Ende des Jahres 1875 ein Bestand von 7306

„ Zugang „ 3845 während 1876.

Weibliche Kranke wurden behandelt 9597; hiervon waren im Bestand 6603

„ Zugang 2994.

Von diesen litten an Melancholie

vom Bestande der Männer 454

„ Zugang „ „ 638

zusammen 1092

oder 9,79% der Totalsumme aller männlichen Kranken;

vom Bestande der Frauen 739

„ Zugang „ „ 638

zusammen 1575

oder 16,40% aller weiblichen Kranken.

In Summa litten also 26,19% an Melancholie.

*) Syphilis, Malaria? Red.

Hiervon wurden geheilt entlassen:

Männer 168

Frauen 259

zusammen 427

d. h. 15,39% der Männer

und 16,44% der Frauen.

Original: 15,49 Männer, 16,23% Frauen.

Diese Sätze weichen vom Original um 0, 1. resp. 0, 21. ab. Diese Differenzen sind entstanden durch nachträglich eingegangene Berichtigungen und durch das Hinzutreten neuer Anstalten. Deshalb ist auch der für den 1. Januar 1876 vorgetragene Bestand mit dem vom 31. Dezember 1875 nicht überall gleichlautend.

Gebessert wurden entlassen:

114 Männer = 10,43%. Original: 10,84%.

190 Frauen = 12,68%. " : 12,38%.

Einen günstigen Verlauf hatten also in toto

25,82% der Männer und

28,91% der Frauen, d. i.

von Melancholikern 27,41%.

An Manie litten vom:

Bestand 623

Zugang 547

zusammen 1170 Männer

während des Jahres 1876.

Weibliche Maniakalische waren

im Bestand 990

vom Zugang 743

zusammen 1733 Frauen.

In Summa: 2903.

Von den männlichen Kranken wurden von 1170, 198 geheilt, = 16,92% der Erkrankten.

Von den weiblichen Kranken wurden von 1733, 267 oder 15,40% geheilt.

Gebessert entlassen wurden von 1170 Männern 82, also 7%.

Von den 1733 weiblichen Kranken wurden 100 gebessert entlassen = 5,77%. Ein günstiger Verlauf der Krankheit wurde also erzielt bei den Männern

mit 23,92% bei den

Frauen 21,17%

zusammen 45, 9% Geheilte und Gebesserte.

Von der Summe der 427 Geheilten wurden 254 nach 3—12 monatlicher Anstaltsbehandlung entlassen = 59,4%. Von sämtlichen Aufgenommenen 9,29%. Es bleiben also für die anderen 173 in kürzerer oder späterer Zeit als der angegebenen Geheilten nur 6,52%.

Ueber die Krankheitsdauer vor der Aufnahme ist Folgendes mitzutheilen.

Mit 14tägiger Krankheitsdauer kamen zur Aufnahme 32 Personen, von denen 6 bis einen Monat, 8 bis zwei, 4 bis drei, 10 über

drei bis sechs, 3 über sechs bis zwölf Monate in Anstaltsbehandlung waren.

Ein Fall blieb über ein bis zwei Jahre in Behandlung.

Summa: 32 = 7,5% der Geheilten und 1,2% der Behandelten. Die frühe Aufnahme gewährt also die beste Prognose, denn die mit einer Krankheitsdauer bis zu einem Monat Aufgenommenen bedurften zu ihrer Genesung schon längerer Zeit.

Zwei wurden vor Ablauf eines Monats entlassen, einer vor Ablauf des zweiten Monats, fünf verblieben über 2 bis 3 Monat, 21 über 3 bis 6 Monat, 15 über 6 bis 12 M., 2 über 1 bis 2 Jahre, 5 über 2 bis 5 Jahre. Summa 51, = 11,9% der Geheilten und 1,9% der Behandelten.

Von den mit einer Krankheitsdauer von über 1 bis 3 Monaten aufgenommenen Kranken, genasen 2 im ersten Monat, 9 bis zum 2. Monat, 13 über 2 bis 3 Monat, 35 über 3 bis 6 Monat, 34 über 6 bis 12 Monat, 21 waren über 1 bis 2 Jahre in Verpflegung, 2 über 2 bis 5 Jahre. Summa 116 = 27,0% der Geheilten und 4,3% der Behandelten.

Mit 3 bis 6 monatlicher Krankheitsdauer vor der Aufnahme genasen 5 zwischen dem ersten und zweiten Monat der Behandlung, 6 während des zweiten und dritten Monats, 32 bedurften über 3 bis 6 Monate.

24 über 6 bis 12 Monat, 8 über 1 bis 2 Jahre und 2 über 2 bis 5 Jahre bis zu ihrer Heilung. Summa 77 = 17,9% der Geheilten und 2,5% der Behandelten.

Die Zahl der nach einer Krankheitsdauer von 6 bis 12 Monaten aufgenommenen Genesenen beträgt 47 = 11,0% der Genesenen und 1,8% der Behandelten, fällt dann bei den über 1 bis 3 Jahre vorher Erkrankten auf 27, über 3 bis 5 Jahre auf 7, über 5 bis 10 Jahre und über 10 Jahre beträgt sie je 1. „Langjährige“ wurden geheilt 3, von unbekannter Krankheitsdauer 65.

Auch bei der Manie trat bei den meisten der Genesenen das Aufhören der Krankheit nach einer Behandlungsdauer von 3 bis 6 (117) und 6 bis 12 Monaten (122) ein, was in der Summe einem Prozentsatz von 51,1 entspricht = 8,2% sämtlicher Aufgenommenen. Die Zahl der vor dem 3. Monat und einschliesslich desselben geheilten 109 Kranken, entspricht einem Prozentsatz von 3,7% von der Summe der an Manie Behandelten (2903) und 23,4% der 465 Geheilten.

Bei einem Aufenthalt von über 1 bis 2 Jahren in der Anstalt wurden 72 geheilt = 2,4% der Behandelten und 15,5 der Geheilten. Nach 2—5jähriger Behandlung wurden 28 geheilt = 0,9%, der an Manie Leidenden und 6% der Geheilten.

Durchschnittlich litten dieselben schon 2 Monate vor der Aufnahme an derselben Krankheit. Die Dauer derselben würde sich daher in mehr als der Hälfte der Fälle auf $8\frac{3}{4}$ Monate erstrecken.

Bei einer Krankheitsdauer von 14 Tagen vor der Aufnahme wurden vor dem 1. Monat 9, während des 2. Monats 10, während des 3. 12, über 3 bis 6 Monate 14, über 6 bis 12 Monate 10, über

1 bis 2 Jahre 13 behandelt = 12,4 % aller Geheilten und 2,3 % der Behandelten. Die längste Behandlungsdauer der am frühesten in eine Anstalt aufgenommenen Kranken erreicht nur 1 bis 2 Jahre als Maximum. Summa: 68 = 12,4 % der Geheilten und 2,3 % der Behandelten.

Von den mit einer Krankheitsdauer von über 14 Tagen bis 1 Monat Aufgenommenen genesen innerhalb des 1. Monat 65, im 2. Monat 5, im 3. Monat 3, nach dem 5. bis 6. Monat 21, nach dem 6. bis 12. Monat 18, nach 1 bis 2 Jahren 11, nach dem 2. bis 5. Jahre 5. Summa 68 = 12,4 % der Geheilten und 2,3 % der Behandelten.

Bei einer Krankheitsdauer von über 1 bis 3 Monat wurden während des 1. Monats geheilt 3, während des 2. 8, während des 3. 10. Nach dem 3. bis zum 6. Monat 38, nach dem 6. bis 12. Monat 35, nach dem 1. bis zum 2. Jahre 21, nach dem 2. bis zum 5. Jahre 8, Summa 124 = 26,6 % der Geheilten und 4,2 % der Behandelten.

Von jetzt ab findet sich nach längerer Krankheitsdauer nur 1 Fall der Genesung während des 1. Monats (5 bis 10jährige Krankheitsdauer). Die Summe der mit einer Krankheitsdauer von 3 bis 6 Monate aufgenommenen Genesenen beträgt 68, % (wie oben) und fällt von jetzt die Zahl der Geheilten fast constant. Vom 6. bis 12. Monat beträgt sie 42 = 9 % der Geheilten oder 1,4 % der Behandelten, vom 1. bis 3. Jahre 22 = 4,8 % der Genesenen und 0,7 % der Behandelten. Von 3 bis 5 Jahre 5, von 5 bis 10 Jahre 3, über 10 Jahre 2.

Die Anzahl der von secundärer Seelenstörung (60), Seelenstörung mit Epilepsie (28), paralytische Seelenstörung (7), Idiotie (2), Imbecillität (7), Geheilten ist so unbedeutend, dass durch sie nur die schlechte Prognose constatirt wird.

Schliesslich sei noch ein Wort über das Delirium potatorum gestattet. Es wurden zusammen während 1876 verpflegt 584, hiervon wurden geheilt bez. gebessert 441 oder 75,5 %.

von der Marck (Bendorf).

50) **Boettger**: Bericht über die Privat-Heilanstalt für Gemüths- und Nervenranke, Asyl Carlsfeld bei Halle a. d. Saale in den Jahren 1862—1877.

Dem vorliegenden Berichte, der 15 Jahre umfasst, entnehmen wir, dass in diesem Zeitraume 300 Patienten und zwar 190 Männer und 110 Frauen in der genannten Anstalt aufgenommen worden sind. Die Zahl der Aufnahmen war im Gründungsjahre der Anstalt am geringsten (8 M.), am höchsten 1870 und 1872 (jedesmal 30). Es waren hiervon verheirathet 116 (76 M. 40 W.), verwittwet 30 (11 M. 19 W.), unverheirathet 148 (99 M. 49 W.), geschieden 6 (2 M. 4 W.). Die Ledigen hatten demnach das Uebergewicht. Nach den Berufsarten der Männer vertheilen sich die Seelenstörungen wie folgt: Kaufleute und Gewerbtreibende 62, Beamte und Militärs 40, Landwirthe 35, Gelehrte 29, Künstler 10,

Rentiers 6, ausserdem Gymnasiasten und Schüler 8. Am häufigsten — auf alle Kranke berechnet — kamen Psychosen vor im Alter zwischen 30—40 Jahren (92 Mal); dann folgt die Zeit von 20—30 Jahren (81), dann die von 40—50 Jahren (59); die kleinste Ziffer weisst das Greisenalter (80—90 Jahre) auf (1).

Die Erkrankungsanzahl der Männer allein stimmt genau hiermit überein, während bei den Weibern sich das Verhältniss folgendermaassen gestaltet: 20—30 Jahren (39), 30—40 (26), 40—50 (18). Die Eintheilung der Krankheitsformen ist gegeben nach dem Schema der officiellen Zählkarten; ich gehe deshalb nicht näher darauf ein, bemerke nur, dass 100 Melancholien (50 M. 50 W.), 40 Manien (14 M. 26 W.) und 74 Paralysen (71 M. 3 W.) zur Behandlung kamen. Diese 74 Paralysen betragen die hohe Zahl von 24,6% der Gesamtkrankenzahl. Unter den Krankheitsursachen figurirt 3mal Insolation (2 M. 1 W.); die Psychose trat jedesmal als acute Manie auf und führten alle Fälle zur Genesung. Hereditäre Belastung wurde in 99 Fällen constatirt nach folgender speciellen Gruppierung:

- I. Fälle von erblicher Uebertragung einer ausgeprägten Psychose fanden sich 57mal und zwar eine directe Erblichkeit von Vater und Mutter 27 (13 M. 14 W.); Uebertragung von Seitenverwandten väterlicher oder mütterlicher Seite 26 (13 M. 13 W.); hereditäre Uebertragung, ungewiss von welcher Seite 4 (3 M. 1 W.).
- II. Fälle erblicher Uebertragung von Neurosen, Trunksucht, Suicidium etc. fanden sich 42mal und zwar direct von Vater und Mutter 25 (12 M. 13 W.), von Seitenverwandten 13 (7 M. 6 W.); ungewiss von welcher Seite 4 (4 W.).

Abgegangen sind in den 15 Jahren 274 Kranke (176 M. 98 W.). Hiervon sind genesen 90 (47 M. 43 W.), gebessert, so dass ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit möglich war 51 (29 M. 22 W.), ungeheilt 79 (50 M. 29 W.), gestorben 54 (49 M. 5 W.). In Relativzahlen ausgedrückt sind genesen 30%, genesen und gebessert 47%, gestorben 18%. Unter den Verstorbenen sind 30 paralytische Männer.

Er l e n m e y e r.

51) v. Kraft-Ebing (Graz): Facultätsgutachten über eine Misshandlung mit nachfolgender Geistesstörung.

(Friedr. Bl. f. ger. Med. 1878. VI. Heft.)

Am 19. März 1877 wurde Anton B. in nicht-trunkenem Zustande durch Faustschläge auf den Kopf misshandelt, so dass er umfiel, aber doch noch allein heimgehen konnte. Am andern Morgen machte ihm sein Dienstherr Vorwürfe, worauf B. grob wurde und seine Entlassung verlangte und erhielt; dieser Schritt scheint nach Zeugenaussagen schon längere Zeit beabsichtigt gewesen zu sein. — Am gleichen Tag besuchte er einen Freund, dem er seine Entlassung mittheilte, dagegen sagte er weder seinem Meister noch diesem Freund auch nur ein Wort über die Affaire vom Tage vorher.

Zwei Tage nachher kam er nach der Zeugenaussage seiner Schwester mit schmutzigen und zerrissenen Kleidern daheim plötz-

lich vom Dachboden herunter, erschien anders als sonst, sprach Nichts, war in grosser Furcht; auch hier kein Wort von der Misshandlung; er verlangte Geld, um in einer grössern Stadt Arbeit zu suchen. Dazu bedurfte er eines Passes, den er auf der Hauptmannschaft holen musste — bei dieser Förmlichkeit benahm er sich ganz richtig und ordentlich. Er verfügte sich nach der betr. Stadt und scheint auch dort noch bei Verstand gewesen zu sein — wenigstens wurde dort sein Militärpass richtig visirt.

Am 29. März erschien B. wieder bei seinem vorerwähnten Freund; er klagte Fusschmerzen und fiel Jenem durch eine gewisse Verwirrtheit auf; B. sagte z. B.: es solle Niemand mit ihm sprechen, er habe einen bösen Geist in sich.

In den nächsten Tagen steigerte sich die Krankheit bis zu völligem, acutem Verfolgungsdelirium, so dass eine Versetzung in das Spital nöthig wurde. Am 5. April wurde B. ruhig und klar und erklärte, er habe seit dem 19. März das Bewusstsein verloren; jede Erinnerung für die ganze Zeit vom Moment der Verletzung bis jetzt fehle.

Es entstand nun die forensisch wichtige Frage, ob ein directer Zusammenhang zwischen Misshandlung und Psychose bestehe oder nicht; ferner ob die Erinnerungslosigkeit für die Zeit vom Sturz auf den Boden am Abend des 19. März bis zum 5. April glaubhaft sei oder nicht.

Beide Fragen wurden von Krafft-Ebing, Namens der Facultät verneint.

Es wird in Bezug auf die erstere Frage hervorgehoben, dass Geistesstörung keine seltene Folge einer Misshandlung sei: eine solche kann mechanisch durch directe Beeinträchtigung des Organs der Seelenthätigkeit oder dynamisch durch die mit jener verbundene Gemüthsbewegung zu Stande kommen. Im erstern Fall entsteht die Psychose entweder sofort oder allmählich unter vermittelnden Erscheinungen von Blutüberfüllung oder schleichender Entzündung des Gehirns und seiner Häute; immer ist das Bild ein sehr schweres bei zweifelhafter Prognose. Im zweiten Fall von dynamischer Wirkung der Misshandlung wirkt der Affect, der sich fort und fort steigert und häufig von den begleitenden körperlichen Schmerzen unterhalten und getragen wird.

Beide Momente fehlen im vorliegenden Fall; wenn auch die dynamische Wirkungsform nicht absolut zurückgewiesen werden kann, so bleibt die Wahrscheinlichkeit einer solchen Annahme immerhin eine sehr geringe.

Die zweite Frage kann unbedingt verneint werden. Wenn auch möglich ist, dass für die eigentliche Psychose eine Amnesie angenommen werden dürfte, so kann ganz sicher behauptet werden, dass B. sich für die Zeit von der Misshandlung bis zum Ausbruch der Psychose erinnern kann; denn er hat sich ja während dieser Zeit mehrfach im Verkehr mit Amtspersonen ganz richtig benommen und ausserdem ist ja von Epilepsie keine Rede, so dass also auch diese Möglichkeit einer Erklärung von der Hand gewiesen werden kann.

Sury-Bienz (Basel).

Mittheilungen der Redaction.

1) Von verschiedenen Seiten ist an uns die Aufforderung ergangen, unser Blatt auch zu einem

Centralblatte für Personalien

der Neurologen, Irren- und Gerichtsärzte

zu machen, und in dasselbe Nachrichten über offene Stellen, Stellengesuche, Versetzungen, Ehrenbezeugungen, Todesfälle der Collegen u. s. w. aufzunehmen.

Bereits im vergangenen Jahre liefen diesbezügliche Anfragen ein, die wir aber bei dem monatlichen Erscheinen des „Central-Blattes“, wo derartige Mittheilungen nur geringen Werth haben, verneinend beantworteten. Jetzt, wo das Blatt alle 14 Tage ausgegeben wird, wollen wir denselben, sich erneuernden Bitten nicht widerstreben, und mit der nächsten Nummer die Rubrik „Personalien“ eröffnen. Dazu bedürfen wir aber allseitiger Unterstützung, und wir richten ganz besonders die

Bitte an alle Anstaltsdirectionen

uns über zu besetzende Stellen (sowie die näheren Bedingungen), Beförderungen u. s. w. u. s. w. Nachricht zu geben.

Die Aufnahme von „Personalien“ erfolgt kostenfrei.

2) In gleicher Weise soll der von mehreren Seiten eingelaufenen Bitte, die „Neueste Literatur“ wieder aufzuführen, entsprochen werden.

3) Herr Dr. Otto Schwartzer aus Budapest hatte auf das von Herrn Professor Dr. Blumenstock in Krakau verfasste Referat seines neuesten Werkes (1879 Nr. 1 dies. Bl. pag. 17) eine Entgegnung eingesandt, der wir aus sachlichen und aus Gründen des Anstandes die Aufnahme verweigert haben. Nichts von dem, was Herr Prof. Blumenstock in dem Referate an der Arbeit des Herrn Dr. Schwartzer aussetzt, wurde darin sachlich berichtet, wohl aber war die ganze Entgegnung (von 21 halben Quartspalten) in einem so persönlich gehaltenen und gereizten Tone abgefasst, und enthielt eine Auslese solcher, gelinde gesagt, unparlamentarischen Ausdrücke, dass schon desswegen a priori der Abdruck in unserem Blatte ausgeschlossen war.

„Derlei absprechende Arroganz ist nicht Erbtheil unseres Stammes“ schreibt Herr Dr. Schwartzer z. B.; er schreibt ferner, Prof. Blumenstock habe beim Durchlesen (was er an verschiedenen anderen Stellen überhaupt bestreitet) seines (Sch.'s) Buches „unwei-

felhaft an sehr bedenklichen Sinnesdelirien“ an „bedauerlicher Bewusstseinsstörung“ an „sonstiger psychischer Alienation“ gelitten; er bezichtigt Herrn Professor Blumenstock des „Falsificates“, der „Perfidie“, der „unverantwortlichen Schleuderhaftigkeit“, der „unverkennbaren Feindseligkeit“, der „Schmähsucht“ u. s. w. u. s. w.

Wir hätten gerne unsere verehrten Leser mit solchen Ergüssen die sich selbst hinreichend richten, verschont, da aber die von uns abgewiesene Entgegnung des Herrn Dr. Schwartz er als selbständige Broschüre soeben erschienen ist, mussten wir unsere Motive zu dieser Ablehnung hier mittheilen, was oben geschehen.

Der Ausfall, den Herr Dr. Schwartz er in der Broschüre — in dem uns eingesandten Manuscripte war er nicht enthalten — gegen die Objectivität unserer Herren Referenten zu machen sich erdreistet, kann von solcher Seite und in solchem Gewande keinen der geehrten Herren im geringsten tangiren. Wir haben dafür nur Verachtung, nein, nicht einmal diese, nur Mitleid.

Was Herr Dr. Schwartz er aus der Blumenstock'schen Kritik einer *gerichtsärztlichen Compilation* von Lombroso, die er für ein *selbständiges psychopathologisches* Werk zu halten scheint, in Anführungszeichen citirt, steht mit einer einzigen Ausnahme in dieser Kritik — *nicht*. Calumniare audacter!

Den von Herr Dr. Schwartz er auf der letzten Seite seiner Brochüre gerügten Druckfehler anlangend, der in der That vorliegt, und der nach den von ihm willkürlich und ohne Zusammenhang citirten Worten bedenklich erscheinen könnte, was er aber durchaus nicht ist, so können wir die geehrten Leser nur auf Nro. 1. pag. 19. Zeile 15 v. o. verweisen; selbst geringer Aufmerksamkeit kann es nicht entgehen, dass in dem Nachsatze, dessen Vordersatz von unfreiem Willen spricht, die Silbe *un* dem Druckfehlerteufel zum Opfer gefallen ist. Herr Dr. Schwartz er hat das allerdings nicht erkannt, und in seinem eingesandten Manuscripte auch hieran einen duftenden (?) Strauss seiner Schmähausdrücke gewunden. Wir können dazu weiter nichts thun, als die Herren Referenten wiederholt im Namen des Setzers und Correctors um deutlichere Schrift bitten. Uebrigens nimmt sich dieser Vorwurf in dem Pamphlete des Herrn Dr. Schwartz er doppelt komisch aus, da dies selbst von Druckfehlern wimmelt, ja nicht einmal die Namen derer, mit denen es sich vorzugsweise beschäftigt, richtig wiederzugeben im Stande ist. Wer selbst in einem Glashause sitzt, sollte doch nicht mit Steinen werfen.

Für die von Herrn Dr. Schwartz er unserem Blatte bereitete Reclame zum Schlusse unseren gebührenden Dank.

Die Redaction.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band. 15. Februar 1879.

Nro. 4.

I N H A L T.

I. ORIGINALIEN. Professor Dr. Berger: Ueber Sehnenreflexe.

II. REFERATE. 52) Vetter: Ueber die neueren Experimente am Grosshirn und die klinischen Resultate bei Hirnrindenerkrankungen des Menschen. 53) Mershejewsky: Bemerkenswerther Fall von Entwicklungshemmung des Gehirns. 54) Friedländer: Anatomische Untersuchung eines Falles von Bleiähmung. 55) Putjatın: Ueber die pathologischen Veränderungen der automatischen Nervenganglien bei chronischen Herzkrankheiten. 56) B. Marchand (Halle): Versuche über das Verhalten von Nervencentren gegen äussere Reize. 57) W. H. Kapp: On the anatomical and physiological effect of strychnia on the brain cord and nerves. 58) Adolf Strümpell (Leipzig): Beobachtungen über ausgebreitete Anästhesien und deren Folgen für die willkürlichen Bewegungen und das Bewusstsein. 59) J. Grasset & B. Apollinarie: Contribution à l'étude de la Sclérodémie et de ses rapports avec l'Asphyxie locale des extrémités. 60) Gaston Graux: Lähmung des Rectus externus mit deviation conjugée. 61) Nieden (Bochum): Ueber 40 Fälle von Nystagmus der Bergleute. 62) Carl Dittmar (Bonn): Vorlesungen über Psychiatrie für Studierende und Aerzte. I. Abth. 63) Zur Behandlung der Tabes. 64) Tilling (St. Petersburg): Ueber die Classification der Geisteskrankheiten. 65) C. Bonfigli (Ferrara): Unzurechnungsfähigkeit eines an epileptischem Schwindel leidenden Mörders.

III. NEUESTE LITERATUR. IV. PERSONALIEN. V. ANZEIGEN.

I. Originalien.

Ueber Sehnenreflexe.

Von Professor Dr. BERGER,

dirig. Arzt des Städtischen Armenhauses in Breslau.

Die „Sehnenreflexe“ haben innerhalb weniger Jahre eine gesicherte Stellung in der neuropathologischen Semiotik gewonnen. Sie verdanken diese Popularität nicht nur ihrer frappanten und präzisen Erscheinungsform, sondern vor Allem ihrem allgemein anerkannten diagnostischen Werthe. Bald in seiner ersten Arbeit hat Westphal die klinische Bedeutung der von ihm geschilderten Phänomene durch ein umfangreiches Material in ausgezeichneter

Weise illustriert, und insbesondere die wichtige und interessante Thatsache hervorgehoben, dass in allen Fällen mit dem ausgesprochenen klinischen Krankheitsbilde der *Tabes dorsalis* Fussphänomen und Unterschenkelphänomen „constant fehlen.“ Während Erb in seinem ersten Ansätze von diesem Verhalten der Sehnenreflexe bei der *Tabes dorsalis* Nichts erwähnt, — im Gegentheil wird unter den Rückenmarkskranken, bei welchen dieser Autor das Vorhandensein der Reflexe feststellte, auch ein Fall von „Ataxie“ genannt — hat er späterhin die Westphal'sche Beobachtung für alle typischen und wohlentwickelten Fälle von *Tabes* bestätigt. Auch ich habe kurze Zeit nach der Publication der Arbeiten von Westphal und Erb das Fehlen der Sehnenreflexe bei der Hinterstrangscleiose constatirt und dabei besonders hervorgehoben, wie diese Thatsache, in Verbindung mit dem Umstande, dass die mechanische Erregbarkeit der Muskeln vollständig erhalten bleibt, zu Gunsten der *reflectorischen* Genese der fraglichen Bewegungserscheinungen (Erb) verwerthet werden kann. Man kann in Fällen von *Tabes* mit völlig mangelndem Patellar- und Achilles-Sehnenreflex durch Klopfen auf den Quadriceps und auf den Triceps surae deutliche Muskelcontractionen mit entsprechenden *Locomotions-Erscheinungen* — durchaus nicht nur locale Zuckungen — hervorruufen. Seitdem hat Westphal das Fehlen des Patellarsehnenreflexes auch für die *initialen Stadien* der *Tabes* hervorgehoben, und so für diejenigen Fälle, in welchen die Diagnose auf Grund der übrigen Krankheitserscheinungen nur eine unbestimmte sein kann, der Prüfung des Phänomens den bedeutsamen Werth eines wichtigen, unter Umständen entscheidenden Hilfsmittels zur Erkennung der *beginnenden Tabes* vindicirt. — Ich habe seit dem Jahre 1875 dem Verhalten der Sehnenreflexe bei der *Tabes dors.*, und insbesondere in den frühesten Perioden dieser Krankheit, meine Aufmerksamkeit zugewandt. Unter 19 Beobachtungen von *Tabes incipiens*, d. h. solchen Fällen, in welchen zwar die Diagnose gesichert erschien (pathognostische Neuralgien, das eine oder andere cephalische Symptom, die von mir neuerdings betonte Anomalie der Schmerzempfindung u. A. m.), jedoch keine nennenswerthen Coordinationsstörungen nachweisbar waren, habe ich 17 Mal das absolute Fehlen des Patellar- und Achilles-Sehnenreflexes constatiren können. In mehreren dieser Fälle, die noch jetzt unter meiner Controle stehen, haben sich seitdem die ataktischen Erscheinungen eingestellt. Von grösserer Bedeutung erscheinen *drei Beobachtungen* in welchen die Kranken nur über die meiner Meinung nach allerdings sehr charakteristischen blitzenden Schmerzen in den unteren Extremitäten klagten, ohne dass die genaueste Untersuchung irgend ein anderweitiges *spinales* oder *cephalisches* Symptom ergab: Auch hier zeigte sich in geradezu frappanter Weise ein *völliger Mangel der Sehnenreflexe*. Zwei dieser Fälle haben sich seitdem durch das *Hinsutreten anderweitiger Symptome* (Atroph. n. opt., Blasenschwäche etc.) zu einer *zweifellosen Tabes* entwickelt. Auch Erb hebt neuerdings hervor, dass das Fehlen der Sehnenreflexe zu den frühesten Symptomen gehört, jedenfalls in der Regel bereits nachweisbar ist, lange vor dem Auftreten ausgespro-

ehner Ataxia. Dass diese Regel ihre Ausnahmen hat, geht bereits aus meinen obigen Angaben hervor. Darf aber der Mangel des Sehnenreflexes selbst für die Fälle von *vorgeschnittener Tabes* als ein *ausnahmslos* gültiges Symptom bezeichnet werden? Und gebührt ihm andererseits stets die Bedeutung einer *pathologischen* Erscheinung? Seit meiner Mittheilung i. J. 1875 habe ich in zwei Fällen von Tabes dorsalis mit *hochgradiger Ataxie* der unteren Extremitäten und dem ganzen Heer der übrigen charakteristischen Symptome das *Vorhandensein der Patellar- und der Achilles-Sehnenreflexe* constatirt; von einem dieser Fälle (mit Atrophia n. optici.) habe ich erst vor wenigen Wochen einer grösseren Zahl hiesiger Collegen demonstrirt. Eine Zusammenstellung aus meinen Krankenjournalen ergibt für den genannten Zeitraum im Ganzen 82 Fälle von *typischer Tabes*, demgemäss das Vorhandensein der P. R. in 2,4 p. c. Ich darf wohl nicht besonders hervorheben, dass bei dieser Rechnung alle nicht *absolut reinen* Fälle grundsätzlich ausgeschlossen sind, insbesondere diejenigen, in welchen das Bild der Tabes durch sogenannte Seitenstrangphänomene getrübt ist. Ob in den Fällen mit erhaltenem P. R. die für den Ausfall des Phänomens postulierte Ausbreitung der Hinterstrangscleiose bis in den *Lendentheil* des Rückenmarkes factisch vorhanden ist, dafür bin ich bisher allerdings nicht in der Lage, den *anatomischen* Beweis zu führen. Unter den 82 Beobachtungen befinden sich ferner 4 Fälle mit *nur einseitig* fehlendem P. R. (3 Mal links, ein Mal rechts), während er auf der anderen Seite *deutlich* ausgelöst werden konnte; ohne dass sich nennenswerthe Differenzen hinsichtlich der Krankheitserscheinungen an den Extremitäten nachweisen liessen. In einem dieser Fälle waren die Achilles-Sehnenreflexe (Zuckung im Triceps surae bei Percussion der durch leichte Dorsalflexion des Fusses gespannten Achillessehne) *beiderseits* deutlich und lebhaft, während der Regel nach *in allen Fällen von Tabes (mit Fehlen des P. R.) auch der Tricepsreflex vermisst wird*. In einem der oben genannten 4 Fälle war wenige Wochen zuvor noch das *beidseitige* Vorhandensein des P. R. constatirt worden. —

Um mir zur Beantwortung der zweiten, natürlich höchst wichtigen Frage, — ob auch bei *Gesunden* der P. R. fehlen kann, — ein eigenes Urtheil zu bilden, habe ich bereits im März v. J. unter Assistenz der Herren Dr. Dr. Köbner und Kroner eine grössere Zahl gesunder Individuen untersucht, und zwar im Ganzen 1409 Personen, darunter circa 900 Soldaten. Die Resultate dieser Untersuchung, soweit sie sich zunächst auf den *Patellarsehnenreflex*, als den weitaus am wichtigsten, beziehen, sind folgende:

1) Die Intensität des Patellarsehnenreflexes schwankt bei *Gesunden* innerhalb ausserordentlich weiter Grenzen. In *zahlreichen* Fällen ist er nur minimal entwickelt, so dass es schwer hält, und nur unter besonderen — allgemein bekannten — Cautelen gelingt, ihn sicher nachzuweisen. So wurden mir eine Anzahl Individuen vorgeführt, bei welchen er fehlen sollte, schliesslich aber doch ausgelöst werden konnte. Andererseits zeigt der Reflex in sehr vielen Fällen eine äusserst hochgradige Lebhaftigkeit, so dass nur

ein sehr geringes Klopfen mit den Fingerspitzen ausreicht, eine kräftige Bewegung hervorzurufen und gar nicht selten erhält man dann statt der einmaligen Zuckung mehrere, schnell auf einander folgende Flexions- und Extensionsbewegungen. Hier gelingt es auch durch die von Erb und Westphal angegebenen Untersuchungsmethoden die klonische Form des P. R. zu demonstrieren. Dem Gesagten gemäss erscheint es nicht statthaft, von einer pathologischen Steigerung oder Verminderung des Patellarsehnenreflexes zu sprechen.*) Nur das absolute Fehlen desselben — mit einer gewissen Einschränkung — und der Nachweis lebhafter Sehnenreflexe an verschiedenen anderen Muskeln, an welchen unter normalen Verhältnissen die Zuckungen weder regelmässig, noch sehr prägnant erfolgen, gestatten den Schluss auf ein krankhaftes Verhalten.

2) Der Patellarsehnenreflex fehlte bei 22 Gesunden, demgemäss in 1,56 %. Bei der klinischen Wichtigkeit dieses Befundes will ich nicht versäumen, besonders hervorzuheben, dass wir diese 22 Individuen nicht etwa nur ein Mal, sondern wiederholt, zu verschiedenen Zeiten, unter allen irgend möglichen Cautelen, untersucht haben. Niemals gelang es, das Phänomen auch nur spurweise hervorzubringen. Selbstverständlich wurden die Betreffenden auch nach allen Richtungen hin des Weiteren untersucht: Sie erschienen vollständig gesund — darunter 13 active Soldaten —, an den Knien waren keinerlei locale Anomalien vorhanden, die mechanische und electriche Erregbarkeit ihres Quadriceps. — letztere nur zum Theil geprüft — verhielt sich durchaus normal. So unerwartet mir selbst, — nachdem ich schon vor Jahren eine grössere Zahl gesunder Personen untersucht und dabei stets den P. R. gefunden hatte, — das Resultat war, so steht es jedoch nach meinen erneuten Untersuchungen fest, dass der P. R. — gegenüber der bisher allgemein gültigen Annahme. — auch bei bei völlig Gesunden fehlen kann. Ein einseitiges Fehlen desselben bei Gesunden habe ich bisher nie beobachtet.

3) Von allen anderen Sehnenreflexen kann man weitaus am regelmässigsten den Achillessehnenreflex mit Leichtigkeit nachweisen; immerhin haben wir ihn in 20 p. C. vermisst und öfters nur auf einer Seite deutlich demonstrieren können. Dagegen kommt das eigentliche „Fussphänomen“ (der charakteristische Reflexclonus des Fusses) nur ganz ausnahmsweise bei Gesunden vor. Ich habe dasselbe nur bei drei jungen Männern, übrigens in sehr prägnanter Weise, gesehen, von welchen jedoch der eine früher an Tic convulsif gelitten hatte. Alle drei waren über die merkwürdige Erscheinung gar nicht erstaunt, da ihnen von Kindheit an bekannt war, dass sie regelmässig von Tremor des Beines befallen werden, sobald sie beim Sitzen mit abgehobener Ferse nur mit der Fussspitze gegen den Boden stemmen. Den Adductorenreflex und die Reflexe von den Sehnen des Biceps und Triceps brachii haben wir nur bei einer beschränkten Zahl untersucht (445 resp. 364 Personen) und dabei

*) Natürlich gilt dies nicht für die halbseitige Intensitätsveränderung der Sehnenreflexe, wie sie z. B. bei Hemiplegischen gefunden wird. Eine analoge Differenz der beiden Körperhälften habe ich bei Gesunden nicht beobachtet.

gefunden, dass der erstere nur in 5 p. c. vorhanden war (dabei zwei Mal nur einseitig und einmal doppelseitige Contraction bei einseitiger Reizung), während die anderen bei 35, resp. 25 p. c. der Untersuchten nicht nachgewiesen werden konnten. Schliesslich habe ich bei vielen Gesunden auch noch andere Sehnen untersucht, ohne hierfür jedoch bestimmte Zahlenangaben machen zu können: Nur selten sind hier Reflexe in deutlicher Weise zu finden. Demgemäss wird in erster Reihe der *Patellarsehnenreflex* und allenfalls auch der *Achillessehnenreflex* bei der Prüfung der Sehnenreflexe überhaupt zu berücksichtigen sein.

4) Von verschiedenen Detail-Ergebnissen will ich nur hervorheben, dass wir mehrere Male bei mechanischer Reizung der Adductoren-Sehnen eine Contraction des Quadriceps eintreten sahen, und ein Mal Zuckung im Adductoren-Gebiet der entgegengesetzten Seite bei Percussion der Patellarsehne. Ein analoges Verhalten habe ich schon früher bei Hemiplegischen gefunden und beschrieben. —

Bei zahlreichen Kranken habe ich den *steigernden* Einfluss des *Strychnin* (in subcutaner Form) auf die Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe, besonders des Fussklonus, sowie die *beruhigende* Einwirkung des *Morphium* constatirt. — Westphal hat in seiner jüngsten Arbeit hervorgehoben, dass die Prüfung des P. R. für jene Fälle von besonderer Wichtigkeit erscheint, in welchen die Tabes mit Spinalamaurose, der sog. Atrophia alba n. optic. beginnt. Unter Umständen dürfte die Beantwortung der wichtigen Frage, ob es sich um ein selbstständiges Leiden, oder um das erste Zeichen einer sich entwickelnden Hinterstrangsclerose handelt, gerade durch die Untersuchung des P. R. ermöglicht werden.

Auf meiner Kranken-Abtheilung befindet sich eine 27jährige, seit 7 Jahren erblindete Frau (Atrophia n. opt.) mit *vollständig fehlenden* P. R. u. A. R. Die genaueste Untersuchung ergibt auch nicht ein einziges subjectives oder objectives Symptom eines Spinalleidens; die Kranke bewegt sich seit Jahren mit grosser Geschicklichkeit in den ihr geläufigen Räumen der Anstalt und ist unausgesetzt in dem Hauswesen thätig. Obwohl nun bekanntermassen die tabische Amaurose jahrelang allen anderen Symptomen vorausgehen kann, — Charcot namentlich spricht von Fällen, in welchen erst zehn und mehr Jahre nach dem Erscheinen der Sehnerven-Atrophie sich die Ataxie eingestellt hat — so kann ich mich doch nicht entschliessen, in dem erwähnten Falle anzunehmen, dass der Mangel der Sehnenreflexe ausreicht, um eine Hinterstrangsclerose des Lendenmarkes zu statuiren. Diese Annahme würde zur Bedingung haben, dass eine derartige Erkrankung vollständig symptomtenlos bestehen könne, bis auf den Ausfall der Sehnenreflexe, vorausgesetzt, dass dieser in dem gegebenen Falle als *pathologisch* aufzufassen ist. Ich habe Veranlassung genommen, bereits im Sommer v. J. die Insassen des hiesigen *Blinden - Instituts*, mit freundlicher Unterstützung des Anstaltsarztes, Herrn Collegen Reichelt, zu untersuchen. Es waren z. Z. 84 Blinde in der Anstalt, darunter 9 auf Grund von Atrophia n. opt. Von diesen (sonst gesunden) neun Individuen, im Alter von 14—18 Jahren, liessen *zwei* den P. R.

vermissen, während er in den übrigen 75 Fällen — Erblindung in Folge verschiedener Augenerkrankungen — nur ein einziges Mal fehlte. Gelegentlich füge ich hinzu, dass ich auch bei drei im kräftigen Mannesalter stehenden Personen mit doppelseitiger Amaurose durch Sehnerven-Atrophie, die keinerlei spinale Symptome darbieten, den P. R. in zwei Fällen sehr lebhaft fand, in dem dritten dagegen nicht nachweisen konnte. Dieses immerhin etwas auffallende Verhältniss kann natürlich sehr wohl auf Zufall beruhen, und nur weit grössere Zahlenreihen würden ein zuverlässigeres Urtheil gestatten. — In 4 Fällen von *diphtheritischer Ataxie* (nach vorausgegangener Gaumensegellähmung), mit vollständiger Integrität der *cutanen* und *muskulären* Sensibilität, constatirte ich ein *absolutes Fehlen* der P. R., während die Hautreflexe deutlich vorhanden waren. Kürzere oder längere Zeit nach der Wiederherstellung — in einem Falle erst nach c. 4 Monaten — waren die *Sehnenreflexe in sämmtlichen Fällen zurückgekehrt*.*) Die Coordinationsstörungen an den unteren Extremitäten boten dabei *keine* Aehnlichkeit mit der eigenthümlichen Form der *tabischen Ataxie*, — abgesehen von dem in allen 4 Beobachtungen vorhandenen *Romberg'schen* Symptom, — sondern glichen vielmehr in vieler Hinsicht der *cerebellaren Ataxie* (Gang eines Berauschten).**)

Bei der Mangelhaftigkeit unserer Kenntnisse von den *anatomischen* Grundlagen der Ataxieen nach acuten Krankheiten möchte ich nur die Thatsache hervorgehoben haben, dass auch in Fällen von *coordinatorischer Locomotionsstörung*, ohne die der *Tabes dorsalis* eigenthümlichen Attribute, der *Patellarsehnenreflex verschwinden kann*. Die in kurzer Zeit eingetretene Heilung beweist jedenfalls, dass wir es nicht mit einer degenerativen Veränderung zu thun haben und demgemäss *berechtigt das pathologische Fehlen der Sehnenreflexe an und für sich nicht zur Annahme einer schüceren Gewebsveränderung des Lendenmarkes*.

Die Beobachtungen von diphtheritischer Ataxie haben mir die Frage nahe gelegt, in wie weit nicht auch durch *ausserhalb des Lendenmarks* gelegene Läsionen des Centralnervensystems die das Kniephänomen bedingende Reflexübertragung — welche nach den experimentellen Untersuchungen von Schultze und Fürbringer und neuerdings von Tschirjew im Lendentheil des Rückenmarks, nach Burckhardt dagegen im Plexus oder in den Spinalganglien erfolgt — aufgehoben werden kann. Ich behalte mir weitere Mittheilungen darüber vor. — Zum Schlusse erwähne ich noch ein *anomal* Verhalten des Patellarsehnenreflexes, in einem Falle, den ich als eine *Tabes basalis* im Sinne Remak's auffasse. (Augenmuskellähmungen, Atrophia n. optic. mit allmählig vollständig gewordener Amaurosis, Anaesthesia des Trigem., erst nach einigen Jahren

*) Ein analoger Fall ist von Rumpff mitgetheilt worden.

**) In einem mit meinem Freunde E. Fränkel behandelten Falle von hochgradigster *Ataxia cerebellaris* waren die Patellarsehnenreflexe *sehr deutlich vorhanden*. (Der durch längere Zeit beobachtete Symptomencomplex verhielt sich so *pathognostisch*, dass an der Diagnose einer Erkrankung (Tumor) des Kleinhirns nicht gezweifelt werden konnte; die Obduction wurde nicht gestattet.)

charakteristische spinale Symptome, doch keine Anaesthesien.) Hier erfolgt beim Klopfen auf das Ligamentum patellae regelmässig eine intensive Flexionsbewegung im Hüft-, Knie-, und Fussgelenk, bisweilen auch noch eine Adductionsbewegung des Schenkels, niemals eine Contraction im Quadriceps; dabei zeigt die von dem Kranken willkürlich nicht zu unterdrückende Bewegung eine auffallende Verlangsamung ihres Eintritts, um 2 - 3 Sekunden. Eine ähnliche Beobachtung hat Eulenburg berichtet, welcher in einem Falle, in dem kurz vorher die Resektion des Nerv. cruralis ausgeführt worden war, nach der Percussion des Ligam. petellae eine jedesmalige deutliche Zuckung in den Beugemuskeln und Flexionsbewegung im Knie eintreten sah. —

II. Referate.

52) Vetter: Ueber die neueren Experimente am Grosshirn und die klinischen Resultate bei Hirnrindenerkrankungen des Menschen.

(Deutsches Archiv f. klin. Med. 22. Bd., 3.—4. H. S. 394 ff.)

Diese Arbeit bildet die Fortsetzung eines früher in demselben Archiv (Bd. 15., S. 350) veröffentlichten Referats „über die neueren Experimente am Grosshirn,“ in welchem V. die epochemachenden Experimente von Fritsch und Hitzig schilderte und die experimentellen Ergebnisse anderer Forscher (Ferrier, Braun, Nothnagel u. A.) anschloss. Seitdem ist eine Reihe neuer Experimente in gleicher Richtung, doch zu verschiedenen Zwecken gemacht worden, haben Hitzig's Ergebnisse durch anatomische Forschungen von Betz und Flechsig eine neue Stütze gefunden und haben die klinisch-pathologischen Befunde am Menschen, von einzelnen Krankengeschichten abgesehen, insbesondere durch Charcot's Zusammenstellung von 40 präzisen Krankheitsfällen von Hirnrindenerkrankungen ein erhöhtes Interesse gewonnen. V. referirt zunächst über die neueren experimentellen und anatomischen Untersuchungen am Grosshirn und fasst deren thatsächliche Ergebnisse zusammen. In einem zweiten Theile giebt er die pathologisch-klinischen Resultate mit besonderer Berücksichtigung Charcot's.

Wenn nun auch den Lesern des Centralblattes die Originalarbeiten sämmtlich bekannt sein werden, so glauben wir doch auf V.'s interessante und kritische Darstellung aufmerksam machen zu sollen. Leider hält er sich nur an die Hauptautoren und berücksichtigt die *dii minorum gentium* sehr wenig.

Zum Schluss giebt V. zwei bisher noch nicht veröffentlichte Fälle von Corticalaffectionen mit Sectionsbericht: eine eigene Beobachtung und eine von Birch-Hirschfeld. In jener handelt es sich um ein weisses Gliom des linken Scheitellappens, in diesem um einen apfelgrossen Erweichungsheerd der rechten Hemisphäre, welcher die graue Substanz der 1. Parietalwindung völlig einnahm, sich über die obere Hälfte der 2. Parietalwindung und zum Theil auch in die 2. Centralwindung und die derselben entsprechende Mark-

substanz erstreckte. Bemerkenswerth war in Birch-Hirschfeld's Fall eine eigenthümliche Alteration des Muskelgefühls im engeren Sinne: der Kranke klagte andauernd über das Gefühl excessiver Schwere in der betroffenen Körperhälfte, der (noch nicht gelähmte) Arm wurde als eine ungeheurere Last empfunden.

Möbius (Leipzig).

53) **Mershejewsky**: *Bemerkenswerther Fall von Entwicklungshemmung des Gehirns.*

(Sammlung von Aufsätzen über gerichtliche Medicin, gerichtliche Psychiatrie, medicinische Polizei, öffentliche Hygiene, Epidemiologie, medicinische Geographie und medicinische Statistik, herausgegeben vom medicinischen Departement (Russisch) II. Theil 1878, pag. 84—92.)

Das in diesem Artikel beschriebene Gehirn gehörte einem 3-jährigen, an Pneumonie im Elisabethkinderhospital gestorbenen Knaben an. Ernährung gut, der Schädel nach oben zugespitzt, die Kiefer stark entwickelt, Körpergewicht 9250 Gramm, Körperlänge 70 cm., Umfang des Kopfes 39, Diameter biparietalis $12\frac{1}{2}$, D. bitemporalis 9, D. fronto-occipitalis $13\frac{1}{2}$, D. mosto-occipitalis 15 cm., Gesichtsausdruck stumpfsinnig, Sprache unarticulirt, keine motorischen Lähmungen, zwischendurch auftretende eclamptische Anfälle, Hautsensibilität erhalten, Sitzen ohne Hülfe unmöglich. — Bei der *Section* ergab sich neben den Zeichen der Pneumonie: Oedem, Verdickung und Verwachsung der Pia mit den unterliegenden Hemisphären. Das Gehirn wurde zuerst in einer Lösung von dopp. chroma. Kali und später in 95% Alcohol gehärtet; sein Gewicht betrug darauf $221\frac{1}{2}$ Gramme gegen 1030 Gr. der Norm für 2—3-jährige Kinder. Dasselbe besteht aus scharf von einander geschiedenen Bezirken, die in Form von Hervorwölbungen durch mehr weniger tiefe Furchen getrennt sind; interessant ist es, dass Theile des Gehirns, welche von der Physiologie und Pathologie als speziellen Functionen vorstehend aufgefasst werden, hier von der Natur selbst abgegrenzt sind. Einige Urspalten, wie z. B. der sulcus Rolando sind gar nicht vorhanden, und doch treten die einzelnen Windungen schärfer hervor, als bei existirenden Urspalten und normalem Verhalten der Gyri, so besonders die Stirnlappen, die Insula, die Centralwindungen, die obere lobi parietales, die mit einander verschmolzenen untern Scheitel- und Schläfenlappen und die Occipital-lappen.

Stirnlappen. Der linke enthält 5, übrigens nicht scharf von einander geschiedene Windungen, welche durch einander fast parallele, von vorn nach hinten und von oben nach unten verlaufende Furchen getrennt sind. Die grösste Breite der einzelnen Windungen beträgt 7 mm. und ist eine jede derselben durch flachere Furchen in eine Menge secundärer Windungen getheilt, was an die Windungen an den Hemisphären des Delphins erinnert — der rechte Stirnlappen zeigt dasselbe Verhalten.

Der *Orbitallappen* ist vom frontalen nicht geschieden und stellt eine Fortsetzung desselben dar; auf ihm sieht man den sulcus olfactorius und den aus einer Reihe von getrennten Höckern bestehen-

den Gyrus rectus. Nach unten und seitlich geht der Orbitalappen durch den Gyrus rectus direct in den Insellappen über und ist auf ihm keine typische Windung und Furche, sondern nur eine Reihe grösserer und kleinerer Erhabenheiten zu constatiren.

Die Insel stellt eine bogenförmige Verbindung zwischen Stirn- und Schläfenlappen dar, enthält 8 fächerförmig gelagerte Windungen und bildet wie es scheint einerseits die Fortsetzung des Gyrus rectus, andererseits die des Gyrus Hippocampi.

Die Centralwindungen erscheinen als Vertiefung an der Grenze der Stirn- und Scheitellappen, haben auf ihrer Oberfläche keine ausgesprochene Furchen und secundäre Windungen, sondern nur unregelmässig vertheilte Höcker. Vorn und oben werden sie vom Stirnlappen durch eine tiefe, jäh von oben nach unten abfallende Furche geschieden, welche, wenn sich auch allmählich verwischend, doch eine scharfe Grenze zwischen den erhöhten Stirn- und den vertieften Centralwindungen darstellt. Nach hinten und oben werden sie durch den sulcus calloso-marginalis von den obern Scheitelwindungen geschieden, von den untern aber nicht, diese unterscheiden sich nur durch starkes Hervortreten an die Oberfläche der Hemisphäre und durch grössere Erhabenheiten von den mehr flachen und mit kleinen Höckern besetzten Centralwindungen.

Die obern Schädelwindungen sind beiderseits gut entwickelt, nur bieten sie gleichfalls eine höckerige Oberfläche, sind von den Centralwindungen durch den sulcus calloso-marginalis, von den Occipitalwindungen durch den sulcus parieto occipitalis und von den untern Scheitelwindungen durch den sulcus interparietalis geschieden.

Die untern Scheitel- und Schläfewindungen sind von einander nicht abgegrenzt und bestehen aus Höckern, nur die rechte zweite und dritte und die linke dritte Schläfenwindung sind deutlich zu erkennen.

Die Occipitalappen zerfallen in 3, recht regelmässig gelagerte und der Norm sich nähernde Windungen, auch ist ihre Oberfläche weniger höckerig.

Die Windungen an der inneren Hemisphärenfläche zeigen dasselbe höckerige Aussehen, wie an der äusseren Fläche nur in geringerem Grade.

An der Innenfläche der ersten Stirnwindung sind mehrere secundäre Längsfurchen zu sehen; der Gyrus fornicatus, der sulcus calloso-marginalis, der lobus paracentralis sind deutlich ausgeprägt. Der Praecunneus ist sehr gross und besteht aus 4, durch secundäre Querfurchen getheilten Windungen, der cunneus, sowie der lobus lingualis und fusiformis stark höckrig. Die Ventrikel und der Aqueductus Sylvii sehr ausgedehnt, sämtliche Hörner stark entwickelt, während die an der Oberfläche der Ventrikel befindlichen Ganglien nicht abgeflacht sind, sondern normalerweise hervortreten und in ihren Maassen durchaus den Miniaturmassen des ganzen Gehirns entsprechen; die das corpus striatum zusammensetzenden Theile treten auf dem Durchschnitt deutlich hervor.

Die Vierhügel, das Amonshorn und sämtliche Commissuren sind normal.

Die Structur und Vertheilung der grauen Substanz in den Hemisphären wichen auch bedeutend von der Norm ab. Auf dem Durchschnitt sieht man, dass die oberste graue Schicht hypertrophisch ist und dort auftritt, wo normaler Weise die tiefen Furchen, welche die einzelnen Lappen von einander scheiden, liegen, während am normalen Gehirn zwischen zwei Furchen nur eine Ausbuchtung der grauen Substanz besteht, finden sich an diesem Idiotengehirn deren mehrere. Die Ausdehnung der grauen Substanz ist deshalb eine enorme, da die Zwischenräume zwischen den Ausbuchtungen der Hemisphärenoberfläche durch die obere Schicht der grauen Substanz ausgefüllt werden, welche sackförmige Ausläufer in die Tiefe schickt und erhält man den allgemeinen Eindruck, als wenn die einzelnen kleinen Windungen vermittelst der grauen Substanz zusammengelassen wären.

Die Dicke der grauen Schicht ist an verschiedenen Stellen verschieden, im Allgemeinen aber grösser, als an regelmässig gebauten Gehirnen, an manchen Stellen erreicht sie $2\frac{1}{3}$, 4, sogar 7 mm. Diese Vergrösserung entsteht dadurch, dass die, die einzelnen Windungen unter einander verbindenden Fasern (fibrae arcuatae Arnoldi) nur in geringer Anzahl vorkommen und an ihre Stelle eine bedeutende Anzahl grosser runder Zellen mit sehr durchsichtigem Protoplasma treten, welche an embryonale Elemente erinnern. Es sind aber im Gegensatz zum Mangel an den obengenannten Fasern die Associationsfasern (Meynert), welche von einander weiter entfernte Windungen verbinden, sehr scharf ausgeprägt. Verf. illustriert diese Verhältnisse an einem, im Originale abgebildeten Frontalschnitt des Stirnlappens.

(Schluss folgt.)

Hinze (St. Petersburg).

54) Friedländer: Anatomische Untersuchung eines Falles von Bleilähmung, nebst Begründung der myopathischen Natur dieser Affection.

(Virchow's Archiv Bd. 75. Heft 1.)

Der Verf. berichtet über eine genaue anatomische Untersuchung der Muskeln und des Nervensystems bei einem 59jährigen Anstreicher, welcher mehrmals an Bleilähmung gelitten hatte, und der nach etwa 5 wöchentlichem Bestehen einer erneuten Radialislähmung beider Arme auf der Kussmaul'schen Klinik starb. Die Muskeln der Extensoren hatten bei der electricischen Untersuchung vollständiges Fehlen jeder Erregbarkeit ergeben; über etwaige Entartungsreaction ist nichts mitgetheilt. Der Kranke litt ausser der Lähmung an chronischer Bronchitis und Schrumpfnieren. —

Besonders die Pectorales maj., sowie die Extensoren der Vorderarme sind hochgradig atrophisch; an den letzteren auch die zutretenden Nervenfasern grau atrophisch. Histologisch zeigen die genannten Muskeln enorme Kernvermehrung und nur noch Reste von eigentlicher Muskelsubstanz; aber auch die makroskopisch normal erscheinenden, im Allgemeinen schwach entwickelten Muskeln des übrigen Körpers zeigen Veränderungen: Verhältnisse

ring der Muskelfasern, *Vermehrung der Muskelkerne* (oft 2, 3 oder mehr nebeneinander, oft sogar eine ganze Reihe derselben), hie und da eine geringe Quantität eines neugebildeten, zellreichen Bindegewebes. Auch in *sämmtlichen Muskelnerven* fanden sich stets einige degenerirte Fasern in wechselnder Anzahl; auch an den Nervenwurzeln zeigte sich eine Veränderung, nämlich eine grosse Zahl von schmalen Nervenfasern, besonders in den *hinteren* Wurzeln. Am stärksten sind natürlich die schon makroskopisch abnorm erscheinenden Parthien des Nervensystems degenerirt. Die mikroskopische *Untersuchung des Rückenmarkes* ergab ein *negatives Resultat*; besonders die Ganglienzellen der Vorderhörner völlig normal. —

Da auch in den ausserdem in der Literatur bekannt gewordenen 4 Fällen die *Medulla spinalis intact* gefunden wurde und da eine primaere Entstehung der Lähmung in den peripheren Nerven wegen der eigenthümlichen regelmässig wiederkehrenden Lokalisation derselben nicht angenommen werden könne, so fasst F. die *Bleilähmung* als eine primaer *myopathische* auf. Er stützt sich dabei auf Thierexperimente, welche von Harnack angestellt wurden, der bei *akuten* Bleivergiftungen rasche Ermüdbarkeit der Muskeln constatirte und darum dem Blei eine direct schädigende Wirkung auf die Muskeln zuerkennt. Er glaubt, auch bei der Bleilähmung des Menschen als das Primaere eine *Funcionsstörung des Muskels* annehmen zu müssen, welche weiterhin durch die verringerte Thätigkeit des Muskels zu Ernährungsstörungen, besonders zu Kernvermehrung und Faserverschmälerung führt, und zwar schon *vor* der Lähmung, wie auch das Vorhandensein von Entartungsreaktion an nicht gelähmten Muskeln bei der Bleilähmung (E r b) beweist. Die Degeneration der Muskelnervenfasern entsteht *sekundaer* und bringt dann die Lähmung, und als weitere Consequenz dieser die rapide Atrophie der Muskeln zu Stande.

Warum allerdings die Bleilähmung zu der bekannten typischen Lokalisation führt, vermag auch die Friedlaender'sche Hypothese nicht zu erklären.

Schultze (Heidelberg).

55) Putjatin: Ueber die pathologischen Veränderungen der automatischen Nervenganglien bei chronischen Herzkrankheiten.

(Virchow's Archiv Bd. 74. S. 461. ff.)

Untersuchungen über die Veränderungen der Herzganglien bei den verschiedenen Herzkrankheiten liegen bisher nur wenige vor. Putjatin selbst hat „3 Gruppen“ von Herzkrankheiten untersucht, deren erste und dritte durch je *einen* Fall vertreten werden. Mehr wie *ein* Fall dieser Gruppen wurde offenbar nicht untersucht.

Erste Gruppe: Bei einem Mann, welcher nach der Anamnese bei Lebzeiten an Anfällen gelitten haben soll, welche den stenocardischen ähnlich waren, und welcher plötzlich starb, und zwar in Folge von „Herzparalyse“, wie angenommen wird, fanden sich ausser ulceröser Endocarditis, Gehirn- und Lungenoedem eine stärkere Gefässfüllung in den automatischen Ganglien und „rundliche Granulations-elemente“

zwischen den Nervenkörper in geringer Quantität, ausserdem farblose Blutkörperchen um die erweiterten Gefässe vor; die Ganglienzellen etwas gequollen. —

Diese geschilderten Veränderungen erklären nach Verf. die primäre (hypothetische Ref.) Herzparalyse und können auch das Symptomenbild der Angina pectoris verursachen. Sie bilden „die erste Periode der pathologischen Veränderung der Herzganglien überhaupt.“ —

Zweite Gruppe: In zwei Fällen von Insuff. aortae und in einem Falle von chronischer Myocarditis mit Dilatation des Herzen fanden sich neben bindegewebiger und z. Theil fettiger Degeneration des Herzmuskels selbst atrophische Ganglienkörper mit erheblich vermehrtem Bindegewebe zwischen den einzelnen Zellen. In dem einen Falle war ausserdem Syphilis vorhanden. —

Dritte Gruppe: Bei einem Manne, welcher an Pneumonia chron. zu Grunde ging, fand sich ausgedehnte Atrophie der Muskelfasern des Herzens und bedeutende Neubildung von festem Bindegewebe; in der Adventitia der Aorta „tiefe chronische Entzündung.“ Auch hier fand sich der gleiche Befund an den Ganglien wie in der Gruppe II.

Der Verf. glaubt, dass durch derartige anatomische Veränderungen der automatischen Ganglien, Störungen in der rhythmischen Thätigkeit des Herzens erklärt werden können. In dem Falle der letzten Gruppe wird übrigens von derartigen Störungen nichts berichtet.

Schultze (Heidelberg).

56) **B. Marchand** (Halle): Versuche über das Verhalten von Nervencentren gegen äussere Reize.

(Arch. f. d. ges. Physiologie 18. Band 12 Heft 1878.)

Die Versuche sind am Froschherzen und am Rückenmarke angestellt worden. In Bezug auf das erstere ergab nach Entfernung des oberen Theiles durch einen Schnitt das so von den Ganglien befreite Praeparate auf mechanische Reizung nicht jene Reihe von Pulsationen, die Munk auf Reizung der an der Grenze des Ventrikels gegen die Atrien gelegenen Ganglien erhalten hatte, sondern nur *eine* Contraction. Die Präparate zu den Versuchen mit chemischer Reizung wurden so hergestellt, dass an dem aus dem Frosche herausgenommenen Herzen der Ventrikel durch einen nahe über der Grenze desselben durch die Atrien geführten Schnitte abgetrennt wurde. Angewendet wurde eine wässrige Lösung von Ammoniak, eine 10^otige Lösung von Kaliumhydroxyd und eine Lösung von 1 Vol. käuflich reiner Salzsäure in 60 Vol. aqu. dest. Die manichfachen chemischen Reize, auf die Ganglien des Ventrikels gebracht, rufen eine Reihe von Pulsationen desselben hervor, während die Herzspitze sich dadurch gar nicht in Contraction versetzen liess, nur einige wenige Zuckungen lieferte. Auch durch Temperaturveränderungen wurden Contractions des Ventrikels erzielt und zwar wurde hier eine Beruhigung der Zuckungen durch Abkühlung und eine Wiedererweckung durch Erwärmung

hervorgerufen. Ferner tritt eine Art Ermüdung auf, nachdem das Präparat auf 40° gebracht ist; die entstandene Ruhe in den Contractionen kann jedoch dann durch Hineinbringen in ein kühles Bad wieder gehoben werden. Im allgemeinen ist in Betreff der Erwärmung sicher zu constatiren, dass starke und sehr plötzliche Steigerungen der Temperatur erregend auf das die Ganglien enthaltende Ventrikelpräparat wirken, während an der Herzspitze weder durch allmälliche, noch durch plötzliche Erwärmung sich jemals Contractionen erhalten liessen. Bei der electricen Reizung wurden zwei feine Stahlnadeln, die als Electroden dienten, etwa an der Grenze des oberen gegen das mittlere Drittel der Vorderfläche des Ventrikels eingestossen. Die Reizung geschah mit dem inducirten Strome und die Curven wurden graphisch dargestellt. Das Resultat war: Auf eine einmalige Reizung durch einen Inductionsschlag von genügender Stärke, welcher die Gegend der Ventrikularganglien trifft, erfolgen mehrere Contractionen des Ventrikels die in ganz bestimmter Weise angeordnet sind. Auf die erste Pulsation folgt nämlich eine gewisse Pause, dann folgen 1 bis mehrere Pulsationen, die bei schwächeren Reizen sich in relativ grossen Zeitabständen befinden, die sich aber um so rascher folgen, je stärker der Reiz war. Als Gesamtergebnis der Versuche am Froschherzen ergibt sich der Satz, dass es gelingt, durch mechanische, chemische, thermische und electriche Reize, die im oberen Theile des Ventrikels gelegenen centralen Apparate zu erregen, und dass ein momentaner mechanischer oder electriccher Reiz eine anhaltende Erregung derselben auslöst, deren Gesamttintensität (bei electr. Reizen) mit der Stärke des Reizes wächst.

Die Versuche am Rückenmarke wurden meist an decapitirten und enthäuteten Fröschen angestellt. Es gelang durch einzelne recht starke Schliessungs-, oder besser durch Oeffnungsschläge die durch das Rückenmark in seiner Längsrichtung gesandt wurden, einen heftigen, mehrere Minuten anhaltenden Tetanus der vom Rm. aus innervirten Muskeln zu erhalten. Da der motor. Nerv auf solche Reize nur mit einer einzigen Zuckung antwortet, so glaubt Verf., dass dieser Tetanus auf die eigentlich centralen Apparate des Rückenmarkes zu beziehen sei, und dass hierdurch gleichfalls der Nachweis erbracht sei, dass centrale Apparate durch einen einmaligen, genügend starken Reiz in langhaltende Erregung versetzt werden können, die im allgemeinen mit der Reizstärke zunehme.

Goldstein (Aachen).

57) **W. H. Klapp.** On the anatomical and physiological effect of strychnia on the brain cord and nerves.

(Chicago Journal of nervous and mental disease. Vol V. October 1878 N. 4. pag. 619-)

Verfasser zieht aus den Ergebnissen seiner zahlreichen Experimente an den verschiedensten Thierspecies folgende Schlüsse:

1) Strychnin hat auf die Nervensubstanz keine bemerkbare, directe deletäre Wirkung, aber es ruft durch die unter Einwirkung des Giftes entstehende hochgradige venöse Stauung secundäre Ver-

änderungen in denselben (granular disintegration) hervor, die im Gehirn und Rückenmark ausgeprägter sind als in den peripheren Nerven. 2) Die nach Application von Strychnin auftretenden Krämpfe sind nicht cerebraler Natur und sie werden (wegen Entfernung der Setchenow'schen Centra) nach Extirpation des Gehirns bei weitem stärker. 3) Strychnin afficirt weder die sensiblen noch motorischen peripheren Nerven. 4) Seine krampferzeugende Wirkung beruht auf der Einwirkung auf die graue Substanz des Rückenmarkes. 5) In kleinen Dosen reizt Strychnin zuerst das vasomotorische Centrum und steigert so den arteriellen Druck, dann lähmt es dasselbe und bewirkt Druckerniedrigung. 6) In grossen Dosen lähmt das Gift sofort das vasomotorische Centrum. 7) Die der Application von Strychnin folgende Verlangsamung des Pulses wird weder bei Warmnooh bei Kaltblütern durch Reizung des centralen oder peripheren Vagusendes bewirkt, sondern bei erstern wirkt das Gift auf die exotomotorischen Herzganglien, bei letzteren auf die im Sinus venosus gelegenen. 8) Das hauptsächlichste vasomotorische Centrum liegt, wie die Strychninwirkung zeigt, in der medulla oblongata, aber auch im Rückenmark befinden sich vasomotorische Centra. 9) Strychnin lähmt die Vagi nicht und vermindert die Zahl der Athemzüge zuerst dadurch, dass zu wenig, zuletzt dadurch, dass zuviel Blut zum Athmungscentrum gelangt. 10) Künstliche Athmung mässigt immer die Krämpfe und bringt sie bisweilen zum Verschwinden, aber nur deshalb, weil sie die Sauerstoffaufnahme so lange ermöglicht, bis das Gift ausgeschieden ist und nicht in Folge irgend einer reflektorischen Erregung der Vagi. Rosenbach (Breslau.)

59) **Adolf Strümpell** (Leipzig): Beobachtungen über ausgebreitete Anästhesien und deren Folgen für die willkürliche Bewegung und das Bewusstsein.

(Deut. Arch. f. Klin. Med. XXII. Bd. 3. u. 4. Heft 1878.)

Der Verf. knüpft recht interessante Beobachtungen und Reflexionen an einen Fall von hysterischer allgemeiner Anästhesie, der sich auf der Leipziger medicin. Klinik befand.

Ein 15jähriger Schuhmacher, ohne hereditäre neuropathische Anlage, litt seit mehreren Jahren an Anfällen von Schwindel und Flimmern vor den Augen die mit Kopfschmerz und Erbrechen endeten. Nach einem solchen Anfall trat lebhafter Schmerz im Epigastrium und der Wirbelsäule, eine Attaque von Krämpfen, choriforme Bewegung der Extremitäten, allgemeine Erhöhung der Reflexerregbarkeit und anstossende Sprache auf. Nach einigen Wochen bedeutende Herabsetzung der Tast- und fast vollständige Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit auf der ganzen rechten Körperhälfte mit Einschluss der Schleimhaut des Mundes und der rechten Zungenhälfte; Herabsetzung des Gehörs und Geschmacks *rechterseits*, Amaurose des *linken* Auges, Erweiterung der linken Pupille, Zittern im rechten Arm, unterbrochen von choreatischen Zuckungen in beiden rechtsseitigen Extremitäten. Später Rigidität des rechten Beines, Streckcontractur und Muskelzuckungen, Lähmung der Fingerstecker der rechten Hand; dann Lähmung des rechten Beines unter Schwinden der Rigidität.

Januar 77 erhebliche Abnahme der Sensibilität der linken Körperhälfte, bald absolute Anästhesie der Haut des ganzen Körpers vom Scheitel bis zur Sohle für

alle Arten von Empfindungsreizen (farad. Strom, Temperatur, Gewichte), die sich auch auf die Schleimhäute erstreckt, Oesophagus, Harnblase, Mastdarm in gleicher Weise, wie Mund- und Nasenhöhle, Kehlkopf insensibel. Vollkommen fehlt das sog. Muskelgefühl, die Wahrnehmung passiver Bewegungen, das Ermüdungsgefühl, Geruch, Geschmack, Function des linken Auges und rechten Ohres vollkommen aufgehoben; das linke Ohr und rechte Auge sind die einzigen noch functionirenden Sinnesorgane, durch die der Kranke mit der Aussenwelt in Verbindung steht, Hungergefühl fehlt ebenfalls, Durstgefühl zweifelhaft. Der Sehlingsact erfolgt regelrecht; Stuhl- und Harndrang nicht vorhanden.

Die meisten Reflexe erhalten, doch fehlten einzelne z. B. Niesen, Husten, Würgen bei Berührung der Epiglottis. Die Störungen der Motilität waren wesentlich: Lähmung der Fingerstrecker rechts, Lähmung des rechten Beins, Abschwächung des übrigen Bewegungen der rechten obern und der linksseitigen Extremitäten. Am rechten Handrücken Atrophie der Muskeln (1).

Erst nach c. 1½ Jahr trat eine Besserung einzelner Erscheinungen ein, zunächst wurde das rechte Bein etwas beweglicher, das Zittern des rechten Armes hörte auf. Die Sensibilität der linken Körperhälfte kehrte allmähig und zwar der Reihe nach an verschiedenen Körperstellen zurück, wengleich unvollständig, die rechtsseitige Hemianästhesie fing jedoch erst viel später an, spurweise zurückzugehen. Für die linke Seite war bemerkenswerth, dass die *Druckempfindung* erst viel später wiederkehrte, als das Tastgefühl.

Zur Zeit der Publication ist die Sensibilität der linken Körperhälfte nahezu normal, rechts besteht noch Herabsetzung, doch nirgends mehr vollständige Anästhesie. Dagegen ist die Sehkraft des linken Auges und die Hörschärfe des rechten Ohres noch hochgradig alterirt. Die paretischen Erscheinungen erheblich besser,

Was nun die bei dem Kranken bezüglich der *Abhängigkeit der motorischen Innervation von der Sensibilität* angestellten Untersuchungen betrifft, so ist zunächst die fundamentale Beobachtung zu registriren, dass *unter Controle des Gesichts die Bewegungen der motorisch intacten Theile* (der linksseitigen Extremitäten) *Nichts von der Norm abweichendes zeigten*. Der Gang des Kranken war durch die Parese des rechten Beins beeinträchtigt, hatte aber durchaus Nichts eigentlich ataktisches. Sehr erhebliche Störungen der Motilität resultirten aber, wenn die Controle des Gesichts ausgeschlossen war. Die feinere Disposition und Beschränkung der Bewegungen hatte bei geschlossenen Augen vollkommen aufgehört. Planlose Mitbewegungen z. B. der Finger mischten sich in die intendirten, im Grossen und Ganzen richtig ausgeführten, ganz verkehrte, der verlangten entgegengesetzte Muskelactionen kamen zu Stande, wenn durch passive, vom Kranken nicht bemerkte Stellungsveränderungen der Glieder seine Orientirung verwirrt wurde.

Bemerkenswerth war die Ausdehnung, in der der Kranke bei Ausschluss des Gesichts sein Gehör als sensiblen Controlapparat zur Regulirung der Bewegungen verwendeten (beim Schreiben z. B. das Geräusch des Stiftes oder der Kreide). Dies vicariirende Eintreten einer Classe von Empfindungen für eine andere wird vom Verf. in allgemeinem Sinne als Stütze des empiristischen Standpunktes bezüglich der Beziehungen centripetaler Erregungen zur Bewegung betrachtet.

Die an dem 1. Fall gemachten Beobachtungen wurden dem Verf. an Fällen *halbseitiger Anästhesie* (es wird ein Beispiel einer hysterischen Hemianästhesie speziell aufgeführt) bestätigt; zugleich aber zeigt sich bei solchen Kranken in welchem hohem Grade die auf der gesunden Seite vorhandenen Empfindungen für die Controle der Bewegungen (bei Schluss der Augen) benützt werden.

Der Verf. hat ferner sehr beachtenswerthe Beobachtungen über den *Einfluss des Wegfalls der Empfindungen auf das Bewusstsein* angestellt. Schloss man die beiden einzigen Pforten, durch die das Sensorium des ersten Kranken mit der Aussenwelt communicirte, durch Verdecken des sehenden Auges, Verstopfen des hörenden Ohres, eliminirte man so alle äusseren Reize, *so versank der Kranke nach wenigen Minuten in festen Schlaf*. Mit Recht betrachtet der Verf. diese Thatsache als Bestätigung der Pflüger'schen Ansicht von dem Wesen des wachen Gehirnzustandes und des Schlafes. Durch den Wegfall der äusseren Erregungsquellen fiel auch die Möglichkeit der Erhaltung des wachenden Bewusstseins — speziell bei dem Kranken Strümpell's, dessen Vorstellungsinhalt eben wesentlich durch augenblickliche äussere Erlebnisse gebildet wurde. Charakteristisch ist der Ausspruch desselben: „Wenn ich nicht sehen kann, dann bin ich gar nicht.“

(Schluss folgt.)

Eisenlohr (Hamburg).

59) **J. Grasset & B. Apollinarlo:** Contribution à l'étude de la Sclérodémie et de ses rapports avec l'Asphyxie locale des extrémités.

(Extrait du Montpellier médical 1878.)

Verf. theilen einen Fall von Sclerodémie mit, der sowohl wegen seiner über einen langen Zeitraum sich erstreckenden genauen Beobachtung als auch wegen der Mannigfaltigkeit und Classicität der klinischen Symptome einer eingehenden Besprechung würdig erscheint.

Ein Mädchen von 17 Jahren — in der Kindheit deutliche Zeichen scrophulöser Diathese und vom 9—13. Lebensjahre eine hochgradige Chlorosis darbietend — hatte mit 13 Jahren sehr schmerzhaftes Perniones an *sämmtlichen* Fingern mit Schwellung der Gelenke.

Die Füße waren weniger extensiv ergriffen, nur an der Plantarseite der grossen Zehen zeigten sich Frostbeulen, die später Narben zurücklassend verschwanden.

Im nächsten Frühjahr verloren sich diese Affectionen, doch blieben die Finger steif und leicht flectirt.

Die Nägel der Daumen sowie die Muskeln der hyperaesthetischen Hände waren sichtlich einem atrophischen Prozesse anheimgefallen.

Anfangs 76 zeigten sich auf der Streckseite speziell im Niveau der Fingergelenke Eruptionen von pemphigoiden Blasen, die nach Entleerung ihres Inhaltes einen oberflächlichen Substanzverlust setzten und unter Narbenbildung heilten — bald Schwielen bald rothe auf Fingerdruck verschwindende Flecke zurücklassend. Zugleich bildet sich an den innern Handrändern ganz schmerzlos je eine Indurationsstelle.

Eine zweite Eruption von kleinen Pustelchen und Pemphigusblasen am Handrücken liess denselben bald theils von rothen Flecken theils von indurirten Stellen wie übersät erscheinen.

Unter zunehmender Muskelatrophie und Verminderung der Hautsensibilität wird die Haut flächenweise oder über grössere schmale Hautstrecken starr, indurirt, nicht faltbar, an die darunterliegenden Theile adhaerent und verkürzt.

Durch die Retraction der Haut in toto sowie auch durch bandartige Narbenstreifen kommt es zu eigenthümlichen Flexionsstellungen der Finger (zur maine en griffe). Die Haut erscheint leicht roth, hart, starr und glänzend schimmernd.

Der Process nahm nun an In- und Extensität zu und hatte bis Ende 1877 den ganzen Körper mit Ausnahme des Bauches, des Rückens und der Brust, welche Regionen absolut intact blieben, befallen, indem immer die homologen Theile beider Körperhälften ergriffen wurden.

Am stärksten sind die Läsionen an der linken Hand ausgesprochen. Der kleine Finger hat seine Endphalange durch Gangrän (s. d. Orig.) verloren.

Die Endphalangen der anderen Finger erscheinen stark atrophisch und gegen das freie Ende konisch. Thenar und Hypothenar sowie die musc. interosii beider Hände sind verschwunden.

Die Läsionen an den Oberarmen bestehen in nach Sitz und Dimensionen verschiedenen, vom Ellbogen bis zur Insertion des musc. deltoideus reichenden theils confluirenden theils von gesunden Hautpartien getrennten, in verschiedenen Entwicklungs- und Altersphasen befindlichen Plaques von brauner bis ganz dunkler Farbe. Manche Flecke prominiren nicht über die gesunde Haut — andere erheben sich wieder 1 Mm. über die Umgebung. Ganz ähnliche Veränderungen bieten die Füsse, Unter- und Oberschenkel dar, wenn auch in geringerer Intensität.

Unter dem progressiven Vorschritte der Krankheit wurde auch das Gesicht bilateral ergriffen.

Starre indurirte Stellen von mehr dunkelrother Tinction wechseln mit lebhaft rothgefärbten von wulstigen Ringen begrenzten Inseln ab.

Alle ergriffenen Stellen zeigen eine eclatante Dickenzunahme. Manche Plaques sind Sitz von Sensationen: Jucken, Prickeln und Formicationsgefühlen.

Sämmtliche geschädigten Hautstellen, ja sogar auch die Körperregionen, auf denen die Krankheit erst zu wuchern beginnt, sind *anaesthetisch*, wobei die Vertheilung der Sensibilitätslähmung als eine sehr diffuse und nicht gerade striete mit gewissen Nervenverzweigungsterritorien zusammenfallend erscheint.

Vermisst wird die Excision und histologische Untersuchung eines kranken Hautstückes.

Diese mitgetheilte Beobachtung muss als ein durch die Multiplicität der anatomischen Läsionen geradezu typischer Fall von Sclerodermie angesprochen werden, wie sie zuerst Thirial 1845 beschrieb.

Indem Verf. diesen Fall von Sclerodermie gegenüber halten den von Reynaud als eigene klinische Individualität angesehenen Fällen von localer symmetrischer Asphyxie der Extremitäten, constatiren sie die vollständige Conformität und Congruenz der klinischen Symptome inclusive der Gangrän beider Affectionen, und ziehen daraus den stringenten Schluss, dass die Sclerodermie und die

locale Asphyxie (Gangrän) der Extremitäten nicht zwei distincte, differente Krankheiten wie man bisher angenommen, sondern nur zwei mögliche Manifestationen, klinische Aequivalente einer Krankheit seien.

Noch ein Punkt bedarf besonderer Erwähnung. Die Anästhesie und die Paraesthesien der sclerotischen Stellen weisen nach der Ansicht des Verf. auf Beziehungen *der Sclerodermie zum Nervensysteme hin*. Ref. möchte hierin noch weiter gehen und die Sclerodermie geradezu als eine *Trophoneurose* bezeichnen, wofür ausser den bedeutenden Sensibilitätsstörungen und tiefgreifenden Alterationen des Knochen- und Muskelapparates noch ganz besonders das bilaterale Auftreten der Krankheit an symmetrischen Körperstellen zu sprechen scheint.

Noch eines Umstandes muss gedacht werden. Auffälliger Weise häufig wurde die Sclerodermie an chloranämischen Mädchen beobachtet, wie die 56 bis heute publicirten Fälle beweisen; vielleicht gibt die Chloranämie ein disponirendes Moment ab.

F. Müller (Graz.)

60) **Gaston Graux**: Lähmung des Rectus externus mit deviation conjugée.

In seiner Inauguralthese, die Verf. der Société de Biologique am 23. November 1878 vorgelegt hat, bespricht er eine besonders Form der Lähmung des Rectus externus, die durch folgende *Schlüsse* näher bezeichnet sind: 1) Auf dem Boden des IV. Ventrikels giebt es eine bestimmt abgegrenzte Partie, die Eminentia teres, die in pathologischer Veränderung eine Lähmung des Rectus externus des einen, und eine gleichzeitige Lähmung des Rectus internus des anderen Auges verursacht. 2) Diese gleichzeitig auftretende Lähmung des Internus ist jedoch nicht in allen Fällen gleich deutlich, da sie in ihrer Erscheinung abhängig ist von der Synergie des anderen Internus. 3) Wenn sie aber deutlich vorhanden ist, so bilden die beiden Lähmungen zusammen einen Beweis für das Ergifftensein des Kerns des 6. Paares, denn 4) bei peripherem Sitze der Externuslähmung tritt die gleichzeitige Internuslähmung auf der anderen Seite nicht auf. 5) Es gestattet daher die ganze fragliche Erscheinung einen Schluss auf den Sitz der Lähmung des Abducens (central oder peripher) indem bei centraler Abducenslähmung die Secundaerabweichung des anderen Auges einen Strabismus externus zeigt; bei peripherer dagegen Strab. internus. Anatomisch stützt Verf. seine obigen Schlüsse in folgender Weise 1) der Abducens-Kern versorgt nicht nur den Rectus externus, sondern er schickt auch einen Faden zu dem Internus des anderen Auges. Dieser wird innervirt vom Oculomotorius, und es läuft in der That ein Bündel longitudinaler Fasern unter dem Boden des IV. Ventrikels vom Abducenskern der einen Seite zum Oculomotoriuskern der anderen.

Erlenmeyer.

61) **Niedem (Bochum):** Ueber 40 Fälle von Nystagmus der Bergleute.

(Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1878, Nr. 46.)

Es handelt sich hier um eine im späteren Leben acquirirte, bei meist intacter Sehstärke periodisch auftretende Augenmuskelerkrankung der Bergleute, die sich namentlich bei *eutretender Dunkelheit* und der *Blickrichtung nach oben* als ein unendlich rasch erfolgendes Drehen und Rollen der Augäpfel um ihre Vertical- oder Diagonal-Axen kundgibt und durch diese unwillkürlichen Augenbewegungen bei den betreffenden Patienten Scheinbewegungen der betrachteten Objecte vortäuscht, wodurch dann ein Schwindelzustand des Individuums (objectiver Schwindel) hervorgerufen wird. Verf. hat in 4 Jahren 40 Fälle zur Beobachtung bekommen, und die Krankheit in ihren verschiedensten Stadien studirt. Bei der ausgebildetsten Form treten Zitterbewegung des Kopfes hinzu, ähnlich wie bei dem senilen Zittern, Verf. erklärt dies aber, besonders auf Grund eines Falles bei dem das Kopfzittern nach Aufhören des Nystagmus noch fort dauerte nicht für eine compensatorische Bewegung, um dem Schwindel dadurch entgegenzuarbeiten, sondern für den Ausdruck des Fortschreitens des krankhaften Processes von den Augenmuskeln auf andere Muskelgruppen. Entgegen seiner früher geäußerten Ansicht, die er jetzt fallen lässt, dass die fragliche Erkrankung immer durch Hemeralopie bedingt sei, und entgegen der Meinung anderer Autoren, die eine Intoxication mit gewissen Grubengasen supponiren, erklärt Verf. diesen Nystagmus für einen *Debitätszustand* des Nervensystems, in specie der Muskeln die den Bulbus nach oben drehen, hervorgerufen durch Ueberanstrengung dieser vom normalen Menschen überhaupt am wenigsten gebrauchten Muskeln bei spärlicher Beleuchtung, verbunden mit schlechter allgemeiner Ernährung. Zu dieser Erklärung der Krankheit wurde Verf. durch die Beobachtung geführt, dass nach seiner Erfahrung der Nystagmus der Bergleute *nur* vorkommt bei Arbeitern, welche *Hauerarbeit* verrichten. „Die Hauerarbeit vor der Kohle besteht meist darin, dass die Arbeiter häufig auf dem Rücken oder der einen Seite gelagert, seltener in knieender oder stehender Stellung über ihnen gelagerten oder hängenden Kohlenmassen durch Hacken oder Stemmen loslösen, wobei natürlich die Blicke nach oben gerichtet, es stets genauer Beobachtung des kleinen Arbeitsfeldes bedarf, — während die Umgebung nur von einem spärlichen, seitlich hängenden Grubenlichte beleuchtet wird. Zugleich findet sich häufig die Angabe, dass Patient grade in der letzten Zeit vor Ausbruch der Krankheit in einem sehr engen Flötze wochenlang angestrengt habe arbeiten müssen; die Augen also tagtäglich 8 Stunden lang die anstrengende Blickrichtung nach oben, rechts und links haben einnehmen müssen etc.“ — Heilung ist in allen Fällen erzielt worden, doch muss der Arbeiter Tagesarbeit annehmen; ausserdem sind Roborantien anzuwenden. — Im Original ist die Literatur über die besprochene Erkrankung erschöpfend mitgetheilt.

Erlenmeyer.

62) Carl Dittmar (Bonn): *Vorlesungen über Psychiatrie für Studierende und Aerzte. I. Abth.*

(Bonn, Emil Strauss, 1878.)

Wir sehen das wesentliche Verdienst dieses Werkes in der kritischen Behandlung des Stoffs. Seine Befähigung zu ihr hat der Vf. im Vorliegenden zunächst an der anatomischen, physiologischen und pathologischen Propädeutik der Psychiatrie dargethan. Die zahlreichen Voraussetzungen unserer heutigen Wissenschaft werden auf ihre Zulässigkeit geprüft und mit der fahrlässigen Art, in der die Ersteren gerne aufgestellt und adoptirt, die Letzteren angewendet zu werden pflegen, wird ernst ins Gericht gegangen.

Aber nicht bloss negativ kritisiren will Verf., sondern ist auch überall bemüht, Positives zu geben, oder wenigstens den Weg anzudeuten, auf dem eine geeignete Forschungsweise Solches gewinnen könnte.

In ersterer Beziehung erinnern wir an die consequente Uebertragung der Lehre vor der „*specifischen Energie*“ auch auf die Physiologie des „*psychischen Organs*“ und an die eigenthümliche Deutung dieses Begriffs vom Standpunkte der heutigen sogenannten mechanischen Naturwissenschaft aus (p. 24) — fruchtbare Gesichtspunkte, welche sich durch die vorliegende erste Abtheilung hindurchziehen und, wie es scheint, auch für die weiteren theoretischen Ausführungen des Vf. den Grundgedanken bilden werden. Wir sehen diesen Ausführungen mit um so grösserem Interesse entgegen, als der Vf. gerade der *Erfahrung* das letzte Wort (p. 20) und in einer der letzten Vorlesungen auch das erste Wort in unserer Wissenschaft eingeräumt wissen will und dadurch, wie auch durch die ganze Darstellung der ersten Abtheilung zeigt, dass er mit der „*naturwissenschaftlichen Methode in der Psychiatrie*“ nicht bloss „*in naturwissenschaftlicher Metaphysik*“ — und nicht bloss Phrasen, sondern gewissenhaft Ernst gemacht hat. Gerade diese ächt naturwissenschaftliche Gewissenhaftigkeit, welche sich bescheidet, die verschiedenen Möglichkeiten zu discutiren, und lieber einer zukünftigen Forschung die Entscheidung zwischen ihnen überlässt, anstatt ein abschliessendes Resultat vorzuspiegeln, bildet der bisherigen Behandlungsweise des Gegenstandes gegenüber einen Fortschritt, der, wenn es dem Vf. gelingt, auf dieser Höhe zu bleiben, eine bemerkenswerthe Etappe auf dem Wege bilden wird, den die Psychiatrie nach dem Ziele einer wirklich naturwissenschaftlichen Auffassung und Bearbeitung hin unternommen hat.

Das Werk erscheint in vier Abtheilungen. Die zweite und dritte Abtheilung desselben sollen die Pathologie und Therapie der wichtigsten Formen des Irreseins, die Letzte, die gerichtliche Psychopathologie enthalten. Die vorliegende Erste umfasst wie erwähnt, wesentlich nur die „*Grundlegungen*“ unserer Wissenschaft. Die Wurzeln der Psychiatrie ruhen in einem Boden, der bereits von einer Reihe anderer Wissenschaften eingenommen ist. Die von Jenen aufgenommenen Lebenssäfte in sich zu sammeln und zu einem homogenen Stoffe zu verarbeiten, ist ihre Aufgabe. Diesen Boden

hat der Vf. theils sondirt, theils umgearbeitet, an jeder geeigneten Stelle seine Wurzeln einsenkend. Mag auf den ersten Blick die Menge des Wurzelwerks auch wirt erscheinen; der Aufmerksame erkennt allenthalben die einem starken Ganzen zustrebende Tendenz. Hoffen wir, dass bald ein tüchtiges Stück des Stammes, der pathologisch-therapeutische Theil erscheinen möge! S.

63) *Zur Behandlung der Tabes.*

In der *Société d'Hydrologie medicale de Paris* fand am 4. November 1878 eine grössere Discussion statt über die *Behandlung der Tabes*, deren Ergebniss schliesslich von Bourdon in folgender Weise, fast als Resolution, zusammengefasst wurde: In dem Prodromalstadium, das sich anatomisch durch Congestion des R. M. kennzeichnet, ist durch geeignete Therapie Heilung der Krankheit zu erzielen, während in der Periode der ausgebildeten Krankheit, wo die Nervenfasern bereits zu degeniren begonnen haben, keine Hülfe mehr zu erwarten ist; hier kann nur dem Kranken symptomatisch Erleichterung geschaffen und ein Aufhalten des Krankheits-Processes erreicht werden. In keinem der beiden Stadien dürfen Douchen auf den Rücken applicirt werden, weder kalte, noch warme, weil sie den sclerotischen Process beschleunigen.

Erlenmeyer.

64) *Tilling* (St. Petersburg): Ueber die Classification der Geisteskrankheiten.

(Psych. Centbl. 1878, Nro. 3 p. 58—67 und Nro. 4 u. 5 p. 98—107.)

Theilweise im Anschluss an die neueren Ansichten von Kahlbäum, Westphal, Meynert etc. ist der Verf geneigt ausser der *allgemeinen progressiven Paralyse* folgende Gruppen von Geistesstörungen zu unterscheiden:

1.) Die *reine Melancholie* im engsten Wortsinne, mit Anschluss von Melancholie mit Stupor, oder mit Exacerbation, oder mit Wahneideen.

2.) Die *reine Manie* wieder in sehr eingeschränktem Sinne des Wortes.

3.) *Folie circulaire.*

4.) *Dementia generalis acuta* oder *subacuta*, wozu die Puerperal-Psychosen und alle ähnlichen mit grosser Verwirrung, heftigen Hallucinationen und Aufregung verlaufenden, auch bei Männern vorkommende Formen zu rechnen wären. Nach monatelanger Dauer kommt es oft ziemlich plötzlich zur Genesung. Aehnlich ist diese Form dem epileptischen Irresein und geradezu verwechselt kann sie werden mit dem Delirium acutum, welches letztere aber der allgemeinen Paralyse zuzuzählen ist.

5.) *Chronische Verrücktheit* (eine primäre Form). Der Hauptstock der Kranken jeder Anstalt, gewöhnlich als Verrückte bezeichnet, wäre hieher zu zählen. Ueber die Lostrennung oder Zuzäh-

lung einiger Formen ist Verf. selbst im Zweifel, doch möchte er die leichteren Fälle jener Formen, die man gewöhnlich als chronische Melancholie, oder als Melancholie mit Wahnideen und Exaltation oder Stupor bezeichnet hieher rechnen (als *deprimirt* Verrückte) während er die schwereren als

6.) Form *Dementia melancholica gravior* bezeichnet. Die *Katatonie*, wenn es überhaupt nöthig ist sie von den andern abzusondern, würde die 7.), die *Hebephrenie* dann die 8.) Gruppe bilden.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

65) C. Bonfigli (Ferrara): Unzurechnungsfähigkeit eines an epileptischem Schwindel leidenden Mörders.

(Revista sper. di freniatria e med. leg. 1878.)

Ein Mann erhielt in einem Wirthshause 2 Messerstiche und war in wenigen Augenblicken eine Leiche. Der Thäter stellte sich Tags darauf der Sicherheitsbehörde. Kein hinreichendes Motiv; erbliche Belastung väterlicher- und mütterlicherseits; nach in der Kindheit überstandener schwerer Variola längere Zeit dauernder Kopfschwindel, welcher einige Male in der Woche sich einstellte; in Bildung und Entwicklung zurückgeblieben und galt im Orte als Narr. Im Militärdienste verschiedene Extravaganzen, von den Camaraden für geistesgestört gehalten, ergab sich später dem Trunke und excedirte in Baccho auch einige Tage vor der That. Auffallendes Verhalten im Gefängnisse. Brachycephalie, träge Pupillenreaction, Erweiterung und Schlängelung der Netzhautvenen, starke Hyperämie des Sehnervenquerschnittes, Verengerung der Arterien. Auf Grund der Anamnese, einer sehr genauen Untersuchung und Beobachtung während der Haft spricht sich Verf. für Vertigo epileptica und Zurechnungsunfähigkeit des Angeklagten aus. Das Gutachten ist sehr gründlich motivirt, und Verf., der schon früher H a s s e's „Krankheiten des Nervensystems“ vom Deutschen ins Italienische übertragen, verräth hierbei eine sehr genaue Kenntniss nicht nur der französischen, sondern auch der neuesten, deutschen Literatur.

Interessant ist der Ausgang des Processes. Der Angeklagte wurde vor die Geschworenen gewiesen; dieselben zollten dem Gutachten Bonfigli's lauten Beifall, „aber so, wie man die wohl einstudirte Rede eines Vertheidigers applaudirt, wenngleich man von dem Gegentheile seiner Beweisführung überzeugt ist;“ — der Angeklagte wurde schuldig gesprochen und unter Zulassung lindernder Umstände zu 20jähriger Zwangsarbeit verurtheilt.

Bei uns sind laute Beifallsäußerungen untersagt, aber ein von den Sachverständigen für unzurechnungsfähig erklärter Mensch käme entweder gar nicht vor die Geschworenen, oder Letztere würden, wenn das Gutachten der Sachverständigen bei ihnen Beifall gefunden, gewiss im Sinne desselben ihren Wahrspruch gefällt haben.

Blumenstock (Krakau).

III. Neueste Literatur.

- 1) Bigler, Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere der Verletzungen des Rückenmarkes. Mit Hinblick auf das Haftpflichtgesetz. Berlin. G. Reimer. 8°. 124 pag. 2 M.
- 2) Eichhorst, Die trophischen Beziehungen der Nervi vagi zum Herzmuskel. Berlin. Hirschwald. 8°. 38 pag. mit 1 Tafel. M. 1.60.
- 3) Frommann, Untersuchungen über die Gewebsveränderungen bei der multiplen Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. Jena. Gustav Fischer. gr. 4°. mit 2 Tafeln. 51 pag.
- 4) Eberth, Die foetale Rachitis und ihre Beziehung zu dem Cretinismus. Festschrift. Leipzig. Vogel, gr. 4°. mit 3 Tafeln. 3 M.
- 5) Fournier, La syphilis du cerveau. Paris, Masson, 8°. 654 pag. 10 fr.
- 6) Ferrier, Die Functionen des Gehirns. Uebers. von Heinr. Obersteiner. Braunschweig. Vieweg & Sohn. gr. 8°. 347 pag. mit 68 Holastichen. M. 3.
- 7) Voisin, Traité de la Paralyse générale des aliénés. Paris, Baillière et fils. Lex. 8°. 540 pag. mit 15 color. Tafeln. M. 20.

IV. Personalien.

Ernannt. Dr. KRAUSE in Cassel, Dr. OHM in Münster, Dr. BOEHM in Magdeburg zu Medicinalrathen und Mitgliedern der betr. Medicinal-Collegien. — Dr. PLITT in Hofgeismar, Dr. COLD zu Gram zu Kreisphysikern. — San.-Rath Dr. KÖNIGSFELD in Düren zum Geh. Sanitäts-Rath.

Versorgen. Dr. VOIGT von Kisleben nach Rehme-Oeynhausen.

Niederlassung. Dr. GERLACH, Director der Irrenanstalt Marienthal bei Münster.

Todesfälle. Geh. San.-Rath Dr. B. STILLING in Cassel. — Geh. San.-Rath Professor Dr. KOEPPE, Director der Prov.-Irren-Anstalten zu Nietleben und Alt-Scherbits. — Kreisphys. San.-Rath Dr. MERBACH in Kalau. — Reg.- und Med.-Rath Dr. LAYMANN in Trier. — Geh. Med.-Rath Dr. MOLITOR in Karlsruhe. — San.-Rath Dr. OTTO LANGE in Duisburg.

Offene Stellen. Provinzialständ. Irrenanstalt Saargemünd: Director, sofort, 6000—6600 M. jährlich, freie Wohnung und Garten, kein Pensionsanspruch; Meldung bei dem Bezirkspräsidenten von Lothringen, Freiherrn von Reitzenstein. 2) Provinzialständ. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 3) Irren-Heilanstalt Sachsenberg (Mecklenburg): II. Assistenzarzt, 1. Mal, 1200 M. jährl., freie Station I. Classe, vierteljährl. Kündigung beiderseits. 4) Die durch den Tod KOEPPE'S vacante Stelle, in so weit sie nicht durch HITZIG besetzt wird. 5) Reg.- und Medicinalrathsstelle in Trier. 6) Die Kreisphysicate: Bromberg (Stadt u. Land, 900 M.; Meld. bis 1. März 1879); Bad-Schwalbach, Kalau.

Druckfehler.

Nro. 3 Seite 58, Z. 16 v. o. lies kamen statt kommen; Z. 29 in seinem Falle st. im 1. Falle; Seite 59 Z. 10 v. o. Schreck st. Schade.

V. Anzeigen.

Rehme-Oeynhausien.

Nach 15jähriger practischer Thätigkeit in Eisleben habe ich jetzt das Haus meines verstorbenen Freundes Dr. Braun in Rehme-Oeynhausien übernommen, um daselbst die badeärztliche Praxis auszuüben.

Dr. Voigt.

Erklärung.

Anlässlich meiner in Nro. 1 des Centralblattes für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtl. Psychopathologie erschienenen, streng objectiv gehaltenen Recension der Abhandlung über „Bewusstlosigkeitszustände als Strafausschlussgründe“ von Herrn Dr. O. Schwartz er in Budapest, hat Letzterer ein Pamphlet gegen mich gerichtet, welches, was persönliche Beleidigungen anbelangt, einzig in seiner Art dasteht. Anstand und Würde gestatten es mir nicht, Herrn Dr. Schwartz er auf den Weg zu folgen, den er einzuschlagen für passend fand; ich stelle daher getrost dem fachkundigen Leserkreise des Centralblattes das Urtheil über diese Schmähechrift, sowie die Entscheidung über die wissenschaftliche Berechtigung der Ausstellungen anheim, welche ich an der Schwartz er'schen Abhandlung gemacht habe, ohne der mir gänzlich unbekanntem und daher gleichgiltigen Person ihres Verfassers nahe getreten zu sein.

Prof. Blumenstock,
Krakau.

Oberwärterin.

In der Provinzialständischen Irrenanstalt zu Schwetz ist zum 1. April d. J. die Stelle der Oberwärterin zu besetzen. Gehalt 450 Mark jährlich, freie Station, Pensionsberechtigung. Meldungen mit Lebenslauf und Attesten nimmt entgegen

Der Director
Dr. WENDT.

Oberpflegerin-Stelle

in einer Irrenanstalt sucht eine gebildete Dame protest. Confession. Vorzügliche Empfehlungen. Gefäll. Offerten sub C. 2832 befördert

Rudolph Mosse in München.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Sogen Mark.

Dreis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
30 Pfg. für die durchgehende Petitspalt oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

1. März 1879.

Nro. 5.

INHALT.

- I. ORIGINALIEN.** 1) Dr. Paul Julius Möbius: Chorea magna? — 2) Dr. C. Eisenlohr: Idiopathische subacute Muskellähmung und Atrophie.
- II. REFERATE:** 66) Dario Maragliano: Die motorischen Centren in der Hirnrinde, hauptsächlich vom klinischen Standpunkte aus studirt 67) Marchand: Ein Fall von sogenanntem „Cystioercus racemosus“ des Gehirns. 68) Mershejewsky: Bemerkenswerther Fall von Entwicklungshemmung des Gehirns. 69) A. Vogel (Dorpat): Myelitis chron. hypertrophica. 70) Adolf Strümpell (Leipzig): Beobachtungen über ausbreitete Anästhesien und deren Folgen für die willkürlichen Bewegungen und das Bewusstsein. 71) M. Rosenthal (Wien): Ueber einen Fall von Syphilom des Pons, nebst Untersuchungen über halbseitigen Hirntumor bei Heerdaffectionen und bei Hysterie. 72) M. Bernhardt: Neuropathologische Beobachtungen. 73) Eichhorst (Göttingen): Die trophischen Beziehungen der nervi vagi zum Herzmuskel. 74) Thomas Inglis: Cases of Hystero-Epilepsy. 75) G. Seppilli & D. Maragliano: Beitrag zum Studium der Hystero-Epilepsie. 76) Byron Bramwell: Cases of intra-cranial Tumour. 77) Letourneau: Sur l'électrisation céphalique. 78) Lacassagne et Cliquet: De l'influence du travail intellectuel sur le volume et la forme de la tête. 79) Nicolson (Broadmoor): Ueber die Verantwortlichkeit des Individuums und des Staates bei Verbrechen. 80) James Maclaren: The Post Mortem Appearances in a Case of chronic Insanity: Hydrocephalus; Absence of Corpus callosum.
- III. PERSONALIEN. IV. ANZEIGEN.**
-

I. Originalien.

I.

Chorea magna?

Von PAUL JULIUS MÖBIUS.

Gustav F., 21 Jahre alt, Buchdrucker, stammt aus durchaus gesunder Familie. Er selbst war bis Ostern 1878, von unbedeutenden Leiden abgesehen, stets gesund gewesen. Am Charfreitag 1878 wurde er, nachdem er längere Zeit vorher sich in gereizter, ärgerlicher Stimmung befunden hatte, von einem Krampfanfall überrascht, welcher 2 Stunden lang dauerte und den später zu beschreibenden Anfällen glich. Im Juni trat er wegen eines acuten Ekzems am rechten Bein in ärztliche Behandlung. Während einer 4 wöchentlichen Beobachtung machten sich keinerlei nervöse Symptome bemerklich. Am 19. Juli traten 2

Krampfanfälle ein, die nur 15—20 Minuten dauerten, und von jetzt ab soll Pat. alle 2—3 Tage die Krämpfe in der Dauer von 15—60 Minuten gehabt haben.

Am 6. September sah ich den Kranken zum ersten Male. Er war ein wohlgebauter, kräftiger Mensch, von guter Intelligenz, doch wie es schien jähzornig und reizbar. Die Untersuchung des Körpers ergab durchaus normale Verhältnisse, keine Asymmetrie des Schädels, keine Narben, keine Spuren von Lues. Er gab an, sich vollkommen wohl zu fühlen und klagte nur über zeitweise auftretende Schmerzen an der Hinterseite des rechten Oberschenkels, an welchem weder Schmerzpunkte noch sonstige Abnormitäten sich fanden. Auf den faradischen Strom reagirten die Muskeln gleichmässig gut, ja so gut, dass eine Erhöhung der Erregbarkeit, zu deren genauerm Nachweis die Mittel fehlten, vermuthet wurde.

Am folgenden Tage konnte ich selbst einen Anfall beobachten. Pat. lag lang ausgestreckt auf dem mit Matrasen bedeckten Boden. Die Mehrzahl der willkürlichen Muskeln befand sich im Tetanus; die Augen und der Mund waren fest geschlossen, die knirschenden Zähne mit grosser Gewalt gegen einander gepresst. Beide Hände, zur Faust geschlossen wurden gegen die Brust gedrückt. Ebenso waren die Rückenmuskeln und sämtliche Beinmuskeln contrahirt, das ganze Bein war steif wie ein Stück Holz, man konnte den Patienten an den plantarflectirten Zehen anfassen und in Einem in die Höhe heben. Dieser Tetanus wurde etwa alle 30 Sekunden von bestimmten, blitzschnellen Bewegungen unterbrochen. Diese bestanden darin, dass Pat. einen kurzen Schrei ausstieß, den Kopf nach hinten beugte, die Arme streckte und mit ihnen kraftvoll zu beiden Seiten auf den Boden schlug, die Beine rasch beugte. Der Erfolg war ein Emporschnellen des Körpers vom Boden. *Ich habe gesehen, dass sich der Kranke auf diese Weise drei Fuss hoch in die Luft schnellte.* Unmittelbar danach schlugen die Fäuste wieder auf die Brust, die Beine streckten sich und Pat. lag still wie vorher. Einigemale ging den Zuckungen ein Dehnen des ganzen Körpers vorher, so wie ein müder Mensch sich reckt. Pat. reagirt auf die stärksten Reize nicht. Die Pupillen waren weit, reagirten kaum gegen Licht. Die Athmung war verhältnissmässig ruhig, nur wenig oberflächlich und rascher als gewöhnlich. Der Puls war klein, 100—110 Schläge in der Minute. Die Gesichtsfarbe war unverändert, die Zunge lag ruhig im Munde. Nach einer halben Stunde erschlafften langsam die Arme, dann die Beine, so dass Pat. einem Schlafenden glich. Der fortbestehende Trismus jedoch zeigte, dass der Anfall nicht beendigt sei und bald trat mit einem Schlage der allgemeine Krampf wieder ein. Indessen wurden die Pausen zwischen den einzelnen Zuckungen immer grösser und nach mehr als $\frac{3}{4}$ stündlicher Dauer des Anfalls trat Lösung der Starre ein und das Bewusstsein kehrte zurück. Eine alsbald vorgenommene thermometrische Messung ergab eine Körpertemperatur von 37,10 C.; der Harn erwies sich frei von Eiweiss. Die Erweiterung der Pupille hielt noch eine halbe Stunde lang an. Der Kranke wusste von Allem, was während des Anfalls geschehen war, nichts, er erwachte wie aus tiefem Schläfe, klagte über Mattigkeit, Schmerzen auf der Brust (da wo er mit den Fäusten aufgeschlagen hatte) und war nach Kurzem wieder vollkommen wohl. Ueber den Beginn des Anfalls wusste er nichts anzugeben, die Umgebung sagte, dass er im Bett liegend und sich unterredend plötzlich verstummt sei und sich zur Seite gewendet habe. Bei anderen Anfällen fiel er plötzlich ohne Schrei nieder. Seit dem beschriebenen hatte ich oft Gelegenheit Anfälle zu beobachten, sie glichen jenem und variirten

nur nach Heftigkeit und Dauer. Sie traten zu allen Tageszeiten ein. Die Behandlung hatte kein glänzendes Resultat: Bromkali war ohne jede Wirkung; Curare (0,1 : 10,0), im Beginn des Anfalls eingespritzt, milderte denselben etwas, ohne ihn abzukürzen und das krampffreie Intervall zu verlängern; Chloralhydrat (3,0 pro die) schien einen zeitlang günstigen Einfluss zu haben, die Anfälle wurden seltener, ja sie setzten 14 Tage aus, jedoch auch hier war die Wirkung keine dauernde. Schliesslich wurde eine indifferente Behandlung eingeleitet. Jetzt traten nur noch seltene und schwache Anfälle auf. Pat. hat seine Arbeit wieder aufgenommen.

Ich veröffentliche die vorstehende Krankengeschichte deshalb, weil mir eine analoge weder aus der Erfahrung, noch aus der Literatur bekannt ist.

Was soll man aus dem beschriebenen Symptomenbilde machen? Offenbar passt es in keinen der vorhandenen Rahmen. Der sachkundige Leser sieht sofort, dass es mit Epilepsie, Tetanus etc. nichts zu thun hat. Anfälle von tetanischen Krämpfen mit Bewusstseinsverlust, unterbrochen von coordinirten heftigen Zuckungen, eine halbe bis ganze Stunde dauernd, einen im übrigen gesunden jungen Mann befallend — wie soll man sie nennen? Einige ältere Aerzte, welche mit mir den Kranken sahen, sagten kurz: das ist Chorea magna. Ziemssen hat bekanntlich verlangt (Handbuch XII, 2. S. 397), dass man die sogenannte Chorea magna s. Germanorum vollständig aus dem System streiche. Nach seiner Ueberzeugung ist der als grosser Veitstanz bezeichnete Symptomencomplex keine Krankheit sui generis, sondern nur der Ausfluss ächter Psychosen und Cerebralleiden einerseits und andererseits der Hysterie und betrüglicher Simulation, wie selbige so häufig auf hysterischem Boden zur Zeit der Pubertätsentwicklung üppig emporwuchert. Als Grund seiner abweisenden Haltung giebt er an, dass in dem ganzen protensartigen Bilde, welches man von der Chorea magna entwirft, nichts charakteristisch sei, als die associirten Krampfbewegungen, welche oft mit einer gewissen Zweckmässigkeit, aber meist mit dem Charakter des Abenteuerlichen und Gewaltigen einhergehen. Wenn man nun die einschlagende Literatur durchgeht, so wird man in letzterer Hinsicht Ziemssen durchaus Recht geben müssen. Auch stellt sich heraus, dass in einem grossen, vielleicht dem grössten Theile der als Chorea magna bezeichneten Fälle ein Fehler in der Diagnose wahrscheinlich ist, dass eine palpable Hirnkrankheit, Hysterie oder Simulation vorlag. Aber es bleiben doch eine Anzahl Fälle übrig, bei denen dies nicht der Fall ist; die deshalb einen eigenen Namen fordern. Als ein Beispiel möchte ich meinen Fall betrachtet wissen. Dass in ihm keine palpable Hirnkrankheit, ein Tumor oder dgl., vorlag, scheint zweifellos zu sein, die absolut freien Intervalle, die relative Genesung u. s. w. sprechen dafür. An Simulation zu denken, war man nicht veranlasst; die Reactionslosigkeit der Pupillen im Anfall, würde die Annahme der Simulation widerlegen. Ohne Gewaltigkeit wird man den Fall auch nicht zur Hysterie ziehen können, denn er bietet durchaus keine Erscheinungen, die sonst der Hysterie eigenthümlich sind. Auf der andern Seite freilich ist mein Fall wieder wesentlich verschieden von den als Chorea magna

beschriebenen, ebenso wie diese es unter sich sind. Will man daher die Fälle von allgemeinen, associirten Krämpfen, welche nicht in die accreditirten Krankheitsformen passen und bei denen eine anatomische Diagnose vor der Hand nicht möglich ist, zusammenfassen, so darf man doch vielleicht den Namen Chorea magna brauchen, muss sich aber daran erinnern, dass man keine pathologische Species vor sich hat, sondern einen aus Zweckmässigkeitsgründen und ad interim geschaffenen Gattungsbegriff. —
Leipzig, 15. Januar 1879.

II.

Idlopathische subacute Muskellähmung und Atrophie.

Von Dr. C. EISENLOHR in Hamburg.

Die in neuerer Zeit von den meisten Neuropathologen gehegte Vorliebe, verbreitete Muskellähmungen und Atrophien auf Veränderungen der motorischen und trophischen Centren im Rückenmark zurückzuführen, scheint einer wesentlichen Restriktion zu bedürfen. Ist schon die Richtigkeit der Friedreich'schen Theorie von der peripheren Natur der progressiven Muskelatrophie für einzelne Fälle durch die Lichtheim'sche Beobachtung bestätigt, so stellen es die genauen anatomischen Untersuchungen Friedländer's über Bleilähmung ausser Zweifel, dass die letztere nicht von einer supponirten Erkrankung der Vorderhörner des Rückenmarks, sondern von ausgebreiteten Veränderungen der Muskeln und peripheren Nerven abhängt. Ich bin in der Lage, die Befunde Friedländer's durch das Ergebniss eigener Untersuchung eines Falles von generalisirter Bleilähmung zu bestätigen. Die histologischen Muskelveränderungen waren in dem gen. Fall noch weiter vorgeschritten und intensiver, die meistafficirten Muskeln beide Radiales- und Peroneusgebiete; auch die Supinatoren anatomisch merklich alterirt. Erhebliche atrophische Vorgänge an den Muskelnerven und Nervenstämmen (Nv. radial. median. ischiadici), vollkommen intaktes Rückenmark. (Nur die Rückenmarkswurzeln fand ich, abweichend von Fr. nicht durch besonders zahlreiche feine Nervenfasern ausgezeichnet).

Von besonderem Interesse scheint mir aber die Beobachtung einer *subacut auftretenden Paraparese mit rapider massenhafter Muskelatrophie*, ein auffällig mit dem einer subacuten Spinalparalyse übereinstimmendes Krankheitsbild, — während die anatomische Untersuchung vollkommene Integrität des Rückenmarkes und der Nervenwurzeln, dagegen hochgradige degenerative Vorgänge in sämtlichen Muskeln der Unterextremitäten und ebenso hochgradige Veränderungen der Nervenstämmen erwies.

Ein 25jähriger Musiker (Potator), der kurz zuvor erst an Brusterscheinungen zu leiden anfang, empfand nach einer starken Durchnässung am 18. 12. 77. beträchtliche Schwäche in den Beinen, so dass er beim Aufstehen einknickte. Die Schwäche nahm in den folgenden Tagen zu, seit dem 25. konnte er sich nicht mehr auf den Beinen halten. Bei der Aufnahme im Hamburger allgem. Krankenhause (27. 12.) wurde ausser einer rechtseitigen Pleuritis exsudativa und einer leichten Pericarditis, die ihm übrigens keine erheblichen Beschwerden

verursachten, eine hochgradige Lähmung beider untern Extremitäten constatirt, die besonders die Hüftbeuger und die Muskeln der Peroneus- und Tibialgebiete betraf, verbunden mit einer beträchtlichen Abmagerung der Muskulatur der Ober- und Unterschenkel. Die Muskeln fühlten sich vollkommen schlaff an und waren druckempfindlich. Die Atrophie nahm in den ersten Wochen noch zu, es bildete sich expulsive Varoequinusstellung beider Füße heraus. Der Kranke war von lebhaften spontanen, durch Druck zum Unerträglichen gesteigerten Muskelschmerzen besonders in den Oberschenkeln gequält, zu denen sich auch schmerzhaft Sensationen und starke Hyperästhesie der Haut der Fusssohlen (und nur dieser) gesellte. Die Sensibilität war, wie Blase und Mastdarm intakt, die Wirbelsäule nirgends empfindlich; die oberen Extremitäten vollständig frei. Die elektrische Prüfung (Januar 78) ergab eine eminente Herabsetzung der indirekten farad. u. galv. Erregbarkeit in sämtlichen Nervengebieten, beider Untere Extremitäten, Verlust der indir. und dir. farad. Erregbarkeit in den M. peroneis, Extensor. digitor. und den Gastrocnemiis, qualitative Veränderung der direkten galvan. Reaktion in den tibial. antic., peroneis und tricip. surae bei beträchtlicher quantitativer Herabsetzung, während Nerven und Muskeln der obern Extremitäten normal reagierten.

Die Paraplegie wurde keine vollständige, es trat sogar eine leichte Besserung einzelner Bewegungen ein, während die musculären Schmerzen nachliessen. Im Laufe der ersten Monate des Jahres 78 entwickelten sich dagegen bei dem Kranken unter unregelmässig remittirendem Fieber eine linksseitige Pleuritis, peribronchitische Prozesse in beiden Lungen, eine tuberculöse Peritonitis und rascher Kräfteverfall. Der Kranke starb am 26. Mai.

Die Section ergab eine verbreitete Miliartuberculose, tuberculöse Pleuritis und Peritonitis, zahlreiche peribronchitische Herde in beiden Lungen, einzelne Miliartuberkel in den Nieren und der Pia des Gehirns, am Gehirn und Rückenmark Nichts auffallendes.

Die Muskulatur der untern Extremitäten durchweg hochgradig verändert: atrophisch, verfärbt, besonders die Muskeln der Unterschenkel, sowohl der Beuge- als Streckseite, in theils gelbröthliche, theils grauweisse Massen umgewandelt. Von den Muskeln der Oberschenkel waren die Mm. sartorii, vasti interni und die Adductoren hauptsächlich ergriffen. Die Muskeln der obern Extremitäten und des Rumpfes, obwohl ebenfalls abgemagert, doch von ganz anderem rothbraunem Aussehen. Auch mikroskopisch zeigten die ersten nur geringe Grade einfacher Atrophie. Dagegen wies die mikroskopische Untersuchung der Musculatur der Beine überall hochgradige degenerative Prozesse, verbreiteten feinkörnigen und fettigen Zerfall, Umwandlung der contractilen Substanz in wachsglänzende Schollen, Verlust der Querstreifung, reichliche Vermehrung der Muskelkörperchen, ausgedehnte Neubildung feiner Fibrillen und grosser oblonger Zellenelemente im Perimysium intern. nach.

Ebenso ausgesprochen waren die degenerativen Veränderungen an den Muskelnerven und an den Stämmen der Nerv. ischiadici: einfache Atrophie der Fasern, körniger Zerfall des Markes, Umwandlung der Nervenfasern zu feinen, blassen, durch langgestreckte Kerne ausgezeichneten Fäden, Vermehrung der Kerne des Endoneurium. Keine bestimmten Anhaltspunkte für Regeneration. Die

minutiöse Untersuchung des Rückenmarks, speciell des Lenden- und Sacraltheils ergab durchaus keine Abweichung von der Norm, graue und weisse Substanz, Ganglienzellen der Vorderhörner und das Netz der letztere durchziehenden Nervenfasern vollkommen wohl erhalten. Ebensovienig boten vordere und hintere Rückenmarkswurzeln eine Alteration dar. Die Abwesenheit eines embolischen Vorgangs im Gebiete der Aorta abdominalis mag ausdrücklich erwähnt werden.

Es geht aus der skizzirten Beobachtung mit Sicherheit hervor, dass *genuine Muskellähmungen und Atrophieen acuter Entstehung mit dem scheinbaren Typus spinaler Paralysen, aber peripherer Localisation der anatomischen Ursache vorkommen*. Ob die Erkrankung der Nervenstämmen der des Muskels secundär, oder durch gleiche Bedingungen und gleichzeitig entstanden sei, wage ich vor der Hand nicht zu entscheiden. Ebenso wenig kann ich über das ätiologische Moment, ob Refrigeration, ob Alcoholismus, oder die acute tuberculöse Erkrankung im Spiele war, eine bestimmte Meinung begründen. Es dürfte aber Veranlassung gegeben sein, in Zukunft eine Reihe von Lähmungen, die man bisher unbesehen der acuten, subacuten oder chronischen atrophischen Spinalparalyse zuzuzählen gewohnt war, mit Berücksichtigung der mitgetheilten Thatsache und der *äussersten Rarität der sicheren positiven Rückenmarksbefunde*, zu beurtheilen.

Hamburg, den 27. Januar 1879.

II. Referate.

66) **Dario Maraglio**: Die motorischen Centren (*Localizzazioni motrici*) in der Hirnrinde, hauptsächlich vom klinischen Standpunkte aus studirt.

(Riv. sperim. etc. IV. II & III pp. 307 ff.)
(Fortsetzung und Ende.)

Im Verlaufe seiner Arbeit, über welche ich in Nro. 7 d. Bl. (1. Jahrg. S. 156 ff.) ausführlich berichtet habe, stellt der Verf. die verschiedenen seit der Arbeit von Hitzig und Fritsch in der Literatur, — hauptsächlich der französischen und italienischen, etwas weniger vollständig der deutschen, — dargelegten Anschauungen über die Existenz oder Nichtexistenz motorischer Rindencentren und über die Erklärung der entsprechenden Phänomene sehr eingehend zusammen, die verschiedenen Ansichten theils stützend theils bekämpfend. Das Resumée der umfassenden Arbeit ergibt sich aus folgenden Sätzen, die sich den bereits mitgetheilten anschliessen:

1. Die Hirnrinde ist an sich erregbar; die bei Reizung derselben beobachteten Bewegungen entstehen nicht durch Hinleitung zu tiefer liegenden Gebilden.

2. Die Schiff'sche Hypothese, dass es sich um Centra des taktilen Sinnes handle, und die von Hitzig und Nothnagel, welche die bei Zerstörung der Centra auftretenden Erscheinungen aus einer Alteration des Muskelsinns erklären, lassen sich mit der klinischen Erfahrung nicht in Uebereinstimmung bringen. (Hitzig

hat diese Ansicht nicht sowohl als positiv, sondern als Erklärungs-Versuch ausgesprochen. Ref.)

3. Die Ansicht Brown-Sequard's, der die Möglichkeit einer Lokalisation sowohl in der Hirnrinde wie in andern Hirnteilen leugnet, bedeutet nicht nur die Negation jeden wissenschaftlichen Fortschritts, sondern ist auch den experimentellen und klinischen Resultaten conträr entgegengesetzt; die vom ihm zur Stütze seiner Ansicht vorgebrachten Thatsachen können die Lehre von der Localisation nicht erschüttern.

4. Diejenigen Punkte in der Hirnrinde, deren Reizung motorische, und deren Zerstörung paralytische Symptome hervorruft, sind als *wahre motorische Willens-Centren* anzusehen; sie sind fähig auch ohne Mitwirkung eines andern motorischen Centrums die verschiedenen muskulären Apparate in Thätigkeit zu setzen.

5. Als Beweis für die Unabhängigkeit der Rindencentren von den Hirnganglien gilt auch der Verlauf der Hirn- und Rückenmarksfaserung; ferner gelten dafür die anatomisch-pathologischen Untersuchungen über absteigende Degeneration nach Rindenverletzung, über Rindenatrophie nach Gliederamputationen oder bei mangelhafter Entwicklung eines Gliedes, sowie der mikroskopische Befund der Struktur der motorischen Zone.

6. Beim Menschen kann bei Verletzungen der Rinde die eine Hemisphäre die andere ersetzen, zumal wenn die linke unverletzt ist; die Compensation geschieht vorwiegend, wenn nicht ausschliesslich, vermittelt derjenigen direkten Faserbündel, welche von der gesunden Hemisphäre zur gleichen Körperseite ziehen.

G. S a l o m o n (Hamburg).

67) **Marchand**: Ein Fall von sogenanntem „*Cysticercus racemosus*“ des Gehirns.

(Virchow's Archiv, Bd. 75. Heft 1.)

Ein 62jähriger Mann hatte zwei Jahre vor seiner Aufnahme in die Weber'sche Klinik in Halle anfallsweise an *Kopfschmerz* in *Stirn und Schläfen*, *Ohrrensausen*, *Schwindel*, *Mattigkeit*, *Nausen* gelitten, nachdem schon 8 Jahre vor diesen Anfällen einmal eine starke *Kopfcongestion* mit Gesichtshallucinationen und später bohrende Schmerzen in den Oberschenkeln sich eingestellt hatte, die bald wieder schwanden. Zu den beschriebenen Anfällen gesellte sich später *Doppelsehen*, plötzlich eintretende *Amayrose*, die zuerst wieder schwand, später aber persistirte, *Verlust des Geruchsinnes* besonders der rechten Seite. Niemals epileptische Anfälle. Ausser geringer Atrophie der rechten Papille kein positives Resultat bei der ophthalmoskopischen Untersuchung (G r a e f e). Gegen Ende des Lebens *Zuckungen* in Armen und Beinen, wechselnde *Lähmungserscheinungen* verschiedener *Augenmuskeln* mit Erweiterung der rechten Papille; zunehmende Apathie, kurze Zeit hindurch *Ptosis* rechterseits; *plötzlicher Tod*.

Die *Autopsie* ergab im Gehirne, abgesehen von den zahlreichen Resten anderer Blasen, etwa 10—12 grössere zusammengesetzte Blasen, die aus kleineren und grösseren Lappen bestehen und meistens

ein röhrenförmig stielartiges Gebilde besitzen. Sie erweisen sich bei näherer Untersuchung als *Cysticercusblasen*. Eine von ihnen liegt unmittelbar vor dem Chiasma optic. auf, hat das letztere nach hinten verdrängt, ausserdem stark abgeflacht und erweicht. Sie überlagert ferner den Anfangstheil des rechten Olfactorius. Der rechte N. opticus ist am stärksten verändert. Andere Blasen sitzen in der Fossae Sylvii, sich häufig mehrere Centimeter weit in die Maschen der Pia hineinstreckend; die Pia mater in der Umgebung der Hirnschenkel und des Pons stark verdickt und von Cysten durchsetzt; eine Cyste „sitzt in der Gegend der Decke des 4. Ventrikels in der Oberfläche der Medulla oblongata“, eine zweite ragt neben dem verlängerten Mark in den Spinalkanal hinein. Eine weitere Anzahl von Blasen findet sich in der Convexität der Hemisphären, besonders links; ihre Zahl auf der gesammten Hirnoberfläche etwa 20. Die Hirnsubstanz an einzelnen Stellen oberflächlich erweicht. Im rechten Streifenhügel ein abgestorbener Cysticercus, das Rückenmark und seine Häute frei. Die Form der Haken der Cysticercen beweist, dass sie zur *Taenia Solium* gehören.

Im Allgemeinen stimmt das wechselvolle Krankheitsbild des Falles mit der Griesinger'schen Schilderung der Krankheit überein, nur fehlten die epileptischen Anfälle.

Schultze (Heidelberg).

68) Mershejewsky: *Bemerkenswerther Fall von Entwicklungshemmung des Gehirns.*

(Sammlung von Aufsätzen über gerichtliche Medicin, gerichtliche Psychiatrie, medicinische Polizei, öffentliche Hygiene, Epidemiologie, medicinische Geographie und medicinische Statistik, herausgegeben vom medicinischen Departement (Russisch) II. Theil 1878, pag. 84—92.)

(Schluss.)

Die Anordnung der gangliösen Elemente in der grauen Substanz ist überhaupt selten eine typische, der Norm entsprechende, die Elemente selbst sind kleiner als gewöhnlich, was wohl dem Alter des Kindes zuzuschreiben ist. In der Mehrzahl der Windungen sind die Nerven nicht radiär zur Oberfläche des Gehirns gestellt, sondern liegen bald schräge, bald horizontal oder vertical und vollkommen unsymmetrisch. In der, mit der Gehirnoberfläche verwachsenen Pia, wie auch in der oberflächlichen Schicht der grauen Substanz sind die Gefässwände verdickt, die Körner und das Faser-netz sehr entwickelt, sicherlich in Folge des irritativen Processes, der in der Pia und der ihr benachbarten grauen Substanz sich abspielte.

Die grössten Ganglienzellen fanden sich im lobus paracentralis, bei welchen der Längsdurchmesser 0,030 mm., der quere 0,012 mm. betrug. Zellen solcher Grösse gab es nur wenige, die meisten maassen nur 0,012 resp. 0,003, die in der Tiefe der grauen Substanz an deren Grenze mit der weissen liegenden (embryonale Zellen) waren 0,018 lang und 0,010 breit.

Die Zellen der substantia ferruginea (Haube) maassen 0,020 mm. im Längs-, 0,010 mm. im queren Durchmesser.

Die Haube des Hirnschenkels ist stärker entwickelt als sein Fuss, ein nur Neugeborenen eigenthümliches Verhältniss; ich habe dasselbe ein Mal bei einem 50jährigen Idioten gefunden, an normalen Gehirnen ist es umgekehrt.

Es fanden sich in der grauen Substanz der hemisphären Kalkablagerungen in Heerden von verschiedener Grösse, von einer Länge, die zwischen 1½ und 6—7 mm. schwankte, sonst waren aber durchaus keine andere Folgeerscheinungen des irritativen Processes zu constatiren. In einigen Heerden konnte ich einige Ganglienzellen mit den sie umgebenden Kalkkapseln isoliren.

Die Untersuchung des vorliegenden Gehirns führt mich zu folgenden Schlüssen:

1) Von Reichthum an Windungen, an grauer Substanz der Hemisphären und an Ganglienzellen kann ein Idiotismus begleitet sein, doch sind in diesem Falle die Verbindungsfasern der einzelnen kleinen Windungen unter einander in ihrer Entwicklung gehemmt und dieser Mangel an Harmonie der einzelnen Elemente des Gehirns und die fehlerhafte Anlage der Leitungsbahnen, machen ein Organ functionsunfähig, das einerseits so reich, andererseits so kümmerlich ausgestattet ist.

2) Das von mir beschriebene Gehirn trägt den Character einer Bildungshemmung oder vielmehr Bildungsentartung, welche bereits in einer frühen Periode des embryonalen Lebens stattfand, was durch das Unbedecktsein der Insel bewiesen wird. Es ist schwer zu entscheiden, ob der in den Meningen auftretende irritative Process irgend einen Einfluss auf die Entwicklungsstörung gehabt habe, doch scheint er unzweifelhaft das Zusammenfliessen der kleinen Windungen und die unregelmässige Vertheilung der grauen Substanz im Gehirn verursacht zu haben.

Messungen wurden an der linken Hemisphäre ausgeführt, obwohl beide nahezu symmetrisch waren.

a) *Gehirn.*

1) Grösste Höhe des Gehirns im Gebiete der Stirnlappen	7,0	cm.
2) " " " " " " " " Schläfenlappen	8,7	"
3) " " " " " " " " Centralwindungen	7,5	"
4) " " " " " " " " Occipitallappen	7,3	"
Grösster Längsdurchmesser der Hemisphären	10,0	"
Grösster Breitendurchmesser beider Hemisphären im Gebiete der Stirnlappen	7,9	"
Grösster Breitendurchmesser beider Hemisphären im Gebiete der Centralwindungen und der Insel	6,0	"
Grösster Breitendurchmesser beider Hemisphären im Gebiete der Schläfe- und Hinterhauptslappen	9,0	"
Der grösste Längsdurchmesser der Brücke	1,4	"
Breite des Hirnschenkelfusses dicht an der Brücke	0,7	"
" " " " " " " " ein wenig weiter von ihr	1,2	"
Länge des verlängerten Markes	3,0	"
Breite des verlängerten Marks dicht hinter der Brücke	1,5	"
Breite der Pyramiden	0,2	"
Breite der Oliven	0,8	"

Verticaldurchmesser des rechten Seitenventrikels auf einem Querschnitt der Hemisphäre vor dem Chiasma	0,028cm.
Der Querdurchmesser des Ventrikels auf demselben Schnitt	0,021 "
Dicke der grauen, den Ventrikel bedeckenden Substanz auf demselben Schnitt	0,016 "
Der grösste Durchmesser der Gehirnsubstanz zwischen der freien Oberfläche des Nucleus caudatus und der Fläche der Inselwindungen	0,017 "
Grösster Verticaldurchmesser des rechten Seitenventrikels auf einem Querschnitt im Niveau der corp. mamillar.	0,022 "
Sein grösster Querdurchmesser auf demselben Schnitt	0,021 "
Auf demselben Schnitt der grösste Durchmesser der den Ventrikel bedeckenden Gehirnsubstanz von der freien Oberfläche der Windungen bis zur freien Fläche der Ventrikel im obenangeführten Gebiete (?)	0,012 "
Auf demselben Schnitt, der Verticaldurchmesser der Höhle des Unterhorns	0,023 "
Querdurchmesser derselben	0,011 "
b) <i>Kleinhirn.</i>	
Grösster Breitendurchmesser beider Hemisphären	0,075 "
Grösster Längsdurchmesser jeder Hemisphäre	0,070 "
H i n z e (St. Petersburg).	

69) A. Vogel (Dorpat): Myelitis chron. hypertrophica.

(Arch. für klinische Medicin Bd. 23 S. 198.)

Ein 28jähriger Soldat wurde, nachdem zeitweise wochenlang Schmerzen in der rechten Hacke sich gezeigt hatten, von Parese im rechten Fussgelenk befallen. Bei seiner Aufnahme zeigt sich das rechte Bein dünner als das linke; die Sensibilität vom rechten Fussgelenke an nach abwärts aufgehoben. Die elektrische Untersuchung wurde nur mit dem Inductionsapparat vorgenommen. Die Parese wandelte sich später in Paralyse um und ergriff die ganze rechte Unterextremität. Dabei sehr heftige in die Oberschenkel ausstrahlende Kreuzschmerzen 5 Monate nach seiner Aufnahme complete Paraplegie; die Sensibilität jetzt erhalten. Später erlischt dieselbe wieder, „Contracturen der Fusszehen“ treten ein. Ueber das Verhalten der Reflexe findet sich nichts erwähnt. Nach Entwicklung eines brandigen Decubitus, nach dem Eintritt von Incontinentia urinae und Cystitis Tod. — Die obere Extremitäten blieben stets frei. Eine Geschwulst des Nebenhodens im Verlaufe der Krankheit geht nach Einreibung von Unguinaereum zurück; keine Spuren von Syphilis nachweisbar. Dauer der Krankheit von Beginn der Schmerzen im rechten Fusse an gerechnet etwa 3 $\frac{1}{2}$ Jahre.

Die *Autopsie* ergibt eine 3—4fache, unregelmässig höckerige Verdickung des Rückenmarkes im Lendentheile in einer Länge von 10—12 Centim. *Oberhalb* der Cervicalschwellung keine sekundäre Degeneration der Hinterstränge nachweisbar; unterhalb der Halsanschwellung (nach den beigegebenen Figuren noch im unteren Theile der Halsschwellung selbst *Ref.*) graue Degeneration der Goll'schen Stränge. Im unteren Dorsalthelle und im Lendentheile eine enorme

Verdickung vorzugsweise der vorderen Hälfte der „Meningen“ (soll wohl heissen der *Pia mater* Ref.), die sich bis an die vordere Commissur wie ein Keil einschiebt. Die graue Substanz im Lendentheil stark verdickt, ebenso die weisse Substanz; in einer gewissen Höhe ist die linke Hälfte des Rückenmarkes völlig geschwunden. Einzelne Lücken der Substanz werden als Schrumpfungslücken angesehen. Die *mikroskopische* Untersuchung ergibt an der hypertrophirten Parthie in der weissen Substanz an der Stelle der stärksten Degeneration ein „wirres Gefüge von stärkeren und schwächeren Faserzügen“, in der grauen Substanz statt der „amorphen“ Grundsubstanz äusserst zarte, wellige Fasern mit spindelförmigen langgestreckten Zellen dazwischen. —

Vogel spricht diesen Befund als den „Ausgang einer *chronischen Myelitis*“ an. Neubildung und Gliom kann nach ihm durch den mikroskopischen Befund und wohl auch durch den klinischen Verlauf, zu lange Dauer der Krankheit, ausgeschlossen werden.

(Der letzte Grund ist dem Ref. völlig unverständlich, er stellt die Pathologie der Rückenmarkstumoren völlig auf den Kopf. Vom Standpunkte der pathologischen Anatomie aus ist die Auffassung Vogel's ebenfalls stark anfechtbar. Wie z. B. durch eine hypertrophirende chron. Myelitis die in den Figuren g u. h gezeichnete eigenthümliche Deformität der grauen Substanz erklärt werden soll, die übrigens dem Verf. nicht aufzufallen scheint, ist nicht recht einzusehen. Ob ferner die Höhle in Fig. Z als eine blossе Schrumpfungslücke anzusehen ist, ist angesichts anderer Erfahrungen über ähnliche Höhlenbildungen recht zweifelhaft. Dem Ref. erscheint, soweit die vom Verf. gezeichneten Figuren ein Urtheil zulassen, eine gliomatöse Wucherung im Lendentheile eines abnorm gebauten Rückenmarkes als die zutreffendste Annahme. Allerdings bleibt die enorme Hypertrophie der Pia recht auffallend; indessen ist der mikroskopische Nachweis, dass es sich um hypertrophische Pia handelt, leider zu liefern vergessen worden; die Querschnittsfigur u aus dem Lendentheil mit dem völlig abgetrennten hypertroph. Stück des hinteren Abschnittes der Pia hätte noch einer näheren Erläuterung bedurft; so ist sie unverständlich. Ref.)

Schultze (Heidelberg).

70) **Adolf Strümpell** (Leipzig): Beobachtungen über ausgebreitete Anästhesien und deren Folgen für die willkürliche Bewegung und das Bewusstsein.

(Deut. Arch. f. Klin. Med. XXII. Bd. 3. u. 4. Heft 1878.)

(Schluss.)

Ein dritter Fall von Anästhesie gibt dem Verf. Gelegenheit, auf die von Duchenne angeestellte *paralyse de la conscience musculaire* näher einzugehen.

Es handelte sich um ein 17jähriges Dienstmädchen, das wenige Tage nach einem Schreck von Krämpfen befallen wurde, der sich häufig und heftig wiederholte, durch Druck auf die linke Ovarialgegend immer rasch beendet wurden. Wenige Tage nach der Aufnahme trat eine vollständige Anästhesie der linken Unterextre-

mität für alle Arten von Reizen auf, die in der Folge auch auf die oberen Extremität, die obere Rumpfhälfte und die linke Seite des Gesichte übergieng, mit Verlust des Geschmacks der linken Zungenhälfte, des Geruchs auf dem linken Nasenloch, später auch des Gesichts und Gehörs der linken Seite. Motorische Parese des linken Beins kam später hinzu.

Bei offenen Augen waren alle Bewegungen im linken Arm gut ausführbar, beim Schliessen der Augen blieb der linke Arm vollkommen unbewegt, wenn der rechte Arm der Pat. an der Mithilfe verhindert wurde.

Auch den vorher erhobenen linken Arm sinken zu lassen, war der Pat. nicht möglich; das Ermüdungsgefühl der Muskeln fehlte vollständig. Plötzlicher Schluss der Augen während der Ausführung einer Bewegung hielt den linken Arm in der Stellung fixirt, die er in dem betr. Moment einnahm. Gestattete man der Pat. wieder hinzusehen, so fährt der Arm in der Bewegung fort. Ganz ähnliche Erscheinungen bot auch das linke anästhetische Bein dar. Ausserdem war — und zwar nur bei geschlossenen Augen — eine Art *kataleptischen Zustandes* vorhanden. Passive Bewegungen, die mit den anästhetischen Gliedern vorgenommen wurden, liessen dieselben in jeder beliebigen Position stehen.

Dieselben Erscheinungen wurden später constatirt, wenn bei *offenen Augen* der linke Arm durch ein darüber gedecktes Tuch dem Blick der Kranken entzogen wurde, es konnten active Bewegungen dann nicht ausgeführt werden. Bei einer gewissen Forcirung passiver Bewegungen liess sich eine starke Anspannung der entsprechenden Muskeln (also z. B. bei der Dorsalflexion der Hand der Extensoren), ein tonischer Krampf wahrnehmen, den zu überwinden einige Kraft erforderte.

Bei der Besprechung der Natur der von Duchenne sogenannten *Conscience musculaire* verwirft Verf. die Annahme D's, dass die erstere in den Muskeln selbst ihren Sitz habe und verlegt die Ursache der eigenthümlichen Störung, gerade wie die der halbseitigen cutanen Anästhesie ins Gehirn. Das Wesentliche dieser Störung beruht nach ihm auf einer Anomalie des durch jede Bewegung reflektorisch ausgelösten Muskeltonus. Beweis dafür ist ihm der erwähnte Umstand, dass durch eine forcirte festgehaltene Stellung der zur Erhaltung derselben nöthige Muskeltonus in weit beträchtlicherer Stärke hervorgerufen wird. Dieser Muskeltonus kann bei geschlossenen Augen durch die willkürliche Innervation nicht überwunden, d. h. die betr. Muskeln können überhaupt nicht bewegt werden. Dass bei offenen Augen alle Bewegungen ausgeführt werden konnten, hatte seinen Grund nach St. nicht etwa in der Summe von Erregungen die mit den Gesichtseindrücken in den reflexhemmenden Centren ausgelöst wurden, denn die tonischen Contractionen bei starken passiven Bewegungen blieben auch dann nicht aus, wenn die Kranke hinsah; auch wenn sie die Augen offen behielt, der Arm aber mit einem Tuche bedeckt wurde, konnte dieser doch nicht im Geringsten bewegt werden.

Die Annahme, dass die zu Bewegungen des linken Arms nöthi-

gen Innervationsstärken grösser als gewöhnlich sein mussten, bei geschlossenen Augen und fehlender Controle aber nur gewöhnlich und deshalb fruchtlose Impulse angewendet wurden, weist Verf. ebenfalls von der Hand, nach einem ad hoc angestellten Controlversuch. Wenn nämlich nach mehrmaligem Heben eines gewissen Gewichts, dasselbe bei nunmehr geschlossenen Augen unbemerkt entfernt wurde, brachte die Kranke, obgleich sie erfahrungsgemäss ebenso stark innervirte, wie vorher, trotzdem jetzt doch nicht den ganz unbelasteten Arm in die Höhe.

Verf. verlegt daher den Grund des Phänomens an den Anfang der willkürlichen Innervation, in ein Gebiet, das in nächster Beziehung zu der *willkürlichen Aufmerksamkeit* steht, ohne sich specieller über die Natur dieser die Anästhesie complicirenden weiteren cerebralen Störung auszusprechen. Eisenlohr (Hamburg).

71) M. Rosenthal (Wien): Ueber einen Fall von Syphilom des Pons, nebst Untersuchungen über halbseitigen Hirntorpor bei Heerdaffectionen und bei Hysterie.

(Arch. für Psych. u. Nervenkr. IX. 1.)

R. knüpft an einen Fall von Syphilom des Pons die Mittheilung von Untersuchungen an, welche darthun sollen, dass die bei manchen Hirnaffectationen, ebenso wie bei gewissen tiefer in das Hirnleben eingreifenden hysterischen Zuständen nachweisbare Hemianaesthesie und Herabsetzung der Sinneswahrnehmungen auf einen Mangel an Erregbarkeit der einen Hirnhemisphäre, sowie der bezüglichen Sinnesleitungen zurückzuführen ist.

In dem ausführlich im Original nachzulesenden Fall von Syphilom des Pons war an den beiden Vorderdritteln der linken Zungenhälfte der Geschmack vollständig erloschen, an dem hinteren Drittel, sowie am weichen Gaumen und Gaumenbogen die Wahrnehmung von Bitter erhalten.

Die mit dem Neumann'schen Rheophor vorgenommene galvanische Prüfung des Geschmacks ergab, dass an der anästhetischen, für schmeckbare Stoffe in den zwei Vorderdritteln unempfindlichen linken Zungenhälfte die galvanische Geschmacksreaction hochgradig herabgesetzt war. Die Durchströmung der rechten Hirnhälfte dagegen rief bei mässiger Stromstärke nebst anderweitigen Zeichen von Hirnreizung (Schwindel, Eingenommenheit, Blitzen) etc. rein Metallgeschmack hervor. An der kranken anästhetischen Kopfhälfte dagegen waren selbst durch beträchtliche Stromintensitäten nur leichte Reizungerscheinungen und schwacher galvanischer Geschmack zu erzielen.

Dasselbe constatirte R. in einem Fall von linksseitiger Hirnembolie mit rechtsseitiger Hemiplegie, Hemianaesthesie, Agäusie und Aphasie.

Identische Befunde machte R. auch bei zwei Hysterischen. Bei der ersten hatte die linke Zungenhälfte sowohl in ihrem vorderen, als auch hinteren Gebiete die Geschmacksempfindung eingebüsst. Auch bei einem Strome von 40 Sim. Elem. war weder an

der Zunge, noch an der Wange, noch am Kiefer eine galvanische Geschmackserregung wahrzunehmen. Selbst die metallische Stromwendung rief an der anästhetischen Seite weder Schmerz, noch Schwindel oder Geschmack, sondern nur ein leichtes Blitzen hervor.

Aehnliches constatirte R. in dem zweiten Falle. Die Prüfung der bisher kaum gewürdigten opto-galvanischen Reaction der Augen ergab in diesem letzten Falle Folgendes: am rechten Bulbus bei KaS und KaO (10 El.) röthlich-gelbes Lichtbild; bei AnS , noch lebhafter bei AnO blaue Scheibe mit gelblichem Hofe. Am linken Bulbus aber vermochte selbst ein Anoden- oder Kathodenstrom von 40 El. kein farbiges Lichtbild, keinen Schwindel, keine Geschmacksempfindung zu erregen. An diesem amblyopischen Auge wurde nur noch hellroth wahrgenommen, wie diess auch *Charcot* bei manchen Hysterischen beobachtete.

Es war demnach bei noch erhaltenem Reste von galvanischer Lichtperception (mässiges Blitzen bei Kopfdurchströmung) die galvanische Farbenempfindlichkeit (nebst der für alle gewöhnlichen Farben) verloren gegangen.

Durch die Uebereinstimmung dieser Erscheinungen mit dem früher dargethanen halbseitigen Verfall der Hirnerregbarkeit bei Heerderkrankungen glaubt *Rosenthal* bewiesen zu haben, dass die anästhetische Hemiplegie der Hysterischen in einer Erkrankung der entsprechenden Hirnhälfte begründet sei. Den *locus laesionis* verlegt R. in beiden Fällen in den hinteren Theil der innern Kapsel. Die metallo-therapeutischen Proceduren sind nach R. nur bei unvollständigen Formen der hysterischen Hemianästhesie von Erfolg, bei den schweren Formen kommt vor allem die galvanische Behandlung der Nervencentren in Betracht.

Seeligmüller (Halle a/S.).

72) *M. Bernhardt: Neuropathologische Beobachtungen. I. Periphere Lähmungen.*

(Deutsches Archiv f. klin. Med. 22. Bd. H. 3—4, S. 362 ff.)

B. referirt hier über die Fälle von peripheren Lähmungen, welche er von Ostern 1874 bis zu Ende des Jahres 1876 beobachtet hat. Allerdings sind die interessantesten Fälle schon in Specialaufsätzen veröffentlicht, sodass wir hier mehr eine Nachlese vor uns haben.

Bleilähmungen untersuchte B. 28mal, stets bei Männern. Das grösste Contingent stellten die „Maler“ (14 Fälle). 1mal waren die *Supinatoren* gelähmt. Fast alle Fälle wurden durch den constanten Strom geheilt.

Lähmung im Gebiet des N. radialis wurde 19mal beobachtet. Verf. schliesst hier einen Excurs an über seine Differenz mit *Erb* betreffs der beiden Fälle (*Arch. f. Psych. VII*, 593.), in welchen B. eine „besondere“ Form der Lähmung gesehen hatte. *Rheumatische Radialislähmungen* hat B. nicht gesehen, alle folgten auf ein Trauma.

Von *Lähmungen des N. ulvaris* kamen 14 Fälle vor, welche ebenfalls meist traumatisch waren, von denen des *N. medianus* 18

Fälle, des *N. axillaris* 5 Fälle, endlich 2 Fälle, bei denen sich fast sämtliche Armnerven lädirt fanden. Auffallenderweise kamen Affectionen peripherer Nerven an den unteren Extremitäten nur 2 mal vor, beidemal Neuritis.

Unter den Hirnnerven war es der *N. facialis*, welcher in seinen Lähmungszuständen am häufigsten studirt wurde; darunter 2 leichte Lähmungen, welche auf die Mundäste beschränkt waren, 1 Mittelform (schon publicirt), mehrere schwere Fälle. Interessant war die Untersuchung einiger alter, schwerer abgelaufener Lähmungen, bei denen sich Mitbewegungen, Contracturen, fibrilläre Zuckungen etc. fanden, gleichviel ob die Kranken sofort von kundigen Aerzten electricisch behandelt worden oder nicht.

Ausserdem *Augenmuskellähmungen* und *Atrophien des N. opticus* behandelt, ohne wesentlich neue Ergebnisse.

Zweimal behandelte B. Lähmungen im Gebiete des *N. hypoglossus*, die durch Trauma entstanden waren. *Diphtheritische* Lähmungen endlich kamen häufig vor und verliefen sehr günstig.

In sämtlichen Fällen wandte B. den constanten Strom an, zuweilen daneben den inducirten. Der Erfolg war immer mehr oder weniger gut, doch ist auch hier nichts Neues zu verzeichnen.

M ö b i u s (Leipzig).

73) **Elchhorst** (Göttingen): Die trophischen Beziehungen der nervi vagi zum Herzmuskel.

(Berlin 1879. Hirschwald. gr. 8. 38 p. mit 1 Tafel. M. 1,60.)

Verf. hat experimentell die Folgen der Vagusdurchschneidung auf das Herz in trophischer Beziehung untersucht und gelangte zu dem Resultat, dass sie bei Warmblütern (er experimentirte an Vögeln, Hunden und Kaninchen) stets eine Degeneration des Herzmuskels veranlasst, die den Tod der Versuchsthiere, wenn eine ausgedehnte Entzündung der Lunge ausgeschlossen bleibt, durch Herzparalyse herbeiführt.

Bei Vögeln trat niemals nach der Vagusdurchschneidung eine Pneumonie auf, wie sie bei Säugethieren stets beobachtet wurde. Nach dem Tode der Thiere, der meist plötzlich, nachdem vorher erschwerte Respiration und beschleunigte Herzbewegung verschwunden war, erfolgte, konnte Verf. constant makroskopisch eine auffallende Blässe und Brüchigkeit und eine fleckige, gestrichelte Oberfläche des Herzens und mikroskopisch eine hochgradige und weitverbreitete fettige Entartung der Herzmuskelfasern constatiren. Auch bei einseitiger Vagusdurchschneidung, besonders des nerv. vagus dext. liessen sich ähnliche Veränderungen am Herzmuskel nachweisen. — Bei Hunden, die gewöhnlich bis zum dritten Tag nach der Operation lebten, liess sich eine fettige Degeneration, allerdings weniger ausgedehnt als bei Vögeln, neben einer ausgebreiteten Pneumonie ebenfalls erkennen. Bei Kaninchen, die immer schon bald nach der beiderseitigen Vagusdurchschneidung an Pneumonie starben, konnte Verf. erst dann eine Entartung des Herzmuskels, die er geneigt ist als ein früheres Stadium der fettigen Degeneration anzusehen, nachweisen, wenn er die Thiere vorher

tracheotomirte und die Trachea gegen den Oesophagus abschloss, so dass kein Speichel und keine Speisereste in die Lungen gelangen konnten. Es kam dann zu keiner Pneumonie und die Thiere lebten viel länger, hierdurch war auch der Beweis geführt, dass die nach Vagusdurchschneidung auftretende Lungenentzündung, wie Traube annahm, eine Fremdkörper- oder Verschluckungspneumonie ist. Bei Vögeln kommt es zu keiner Pneumonie, weil sich diese Thiere nicht verschlucken.

Obwohl bei Säugethieren, besonders bei Hunden die Veränderungen am Herzmuskel nicht so auffallend sind wie bei Vögeln, nimmt Verf. doch an, dass auch jene Thiere an Herzparalyse sterben, weil der Herzmuskel durch Lähmung seiner trophischen Nerven bereits functionsuntüchtig geworden sein könne, bevor tiefgehende und nachweisbare morphologische Veränderungen eingetreten seien.

Verf. schloss aus seinen Versuchen, dass der nerv. vag. trophische Nervenfasern für das Herz führen müsse, deren Lähmung eine (fettige) Degeneration des Herzmuskels zur Folge habe. Mangelhafte Sauerstoffzufuhr, die nach H. Fränkel fettige Degeneration der Gewebe herbeiführt, glaubt er als Degenerationsursache ausschliessen zu müssen, da nach Voit nach der Vagusdurchschneidung die O Aufnahme und CO₂ Abgabe unverändert bleibt. Ebenso ruft eine tagelang durch Atropininjectionen unterhaltene Beschleunigung der Herzbewegung niemals eine Degeneration hervor. Auch den Einfluss vasomotorischer Nervenfasern auf die Degeneration des Herzens, die durch Atropin gelähmt werden, glaubt er gleichfalls ausschliessen zu müssen.

Da die die herzbewegenden Nervenfasern, wie Heidenhain nachgewiesen hat, vom Accessorius stammen, nimmt Verf. an, dass der nerv. vagus ausschliesslich der Ernährung des Herzens vorstehe, dass er also ein trophischer Nerv für das Herz sei.

Halbey (Bendorf).

74) Thomas Inglis: Cases of Hystero-Epilepsy.

(Edinburgh medical Journal 1878 Dezbr.)

Vortrag in der med.-psychol. Gesellschaft.

Der Fall „Simon Faser“ — derselbe ein „Somnambulist“, tödtete sein eigenes Kind, indem er dasselbe an die Wand schleuderte, anstatt der Bestie, welche er, hallucinirend, sich aufs Kind stürzen sah, — gibt Verf. Anlass, 2 Fälle von Hystero-Epilepsie mit somnambulistischen Erscheinungen mitzuthellen. Beide weiblichen Patienten 17 und 18 Jahre alt, litten an ausgesprochenen Anfällen von Hysteroepilepsie die eine auch an zeitweiser linkseitiger Hemianästhesie. Die „somnambulistischen“ Anfälle bestanden bei der einen in plötzlichen Bewusstseinspausen mit traumartigem Dahinschreiten, Bewegungen, als ob sie etwas aus dem Wege entfernen wollte, Nichterkennen der Wärterin und Erinnerungsmangel nach dem Zusichkommen; bei der andern waren „die somnambulistischen Anfälle nicht so ausgesprochen.“

Derartige Beobachtungen sind nach Verf. in England selten,

so zwar dass die Krankheit als solche noch angezweifelt wird und nur betrachtet als eine Wirkung der „expectant attention.“ Verf. möchte diese Varietät der Hysterie classificiren als epileptisches „Petit mal“ eingepropft auf und zugleich existirend mit schwerer convulsivischer Hysterie. Karrer (Erlangen).

75) G. Sepilli u. D. Maraglano: Beitrag zum Studium der Hystero-Epilepsie.

(Riv. sperim. d. fren. etc. IV. II und III p. 345 ff.)

Die Verf. schildern sehr ausführlich einen Fall von Hysterie mit epileptoiden Anfällen bei einem 24jährigen Mädchen; es ist dieselbe Person, an der u. A. die von den Vff. mitgetheilten metalloskopischen und magnetischen Versuche angestellt worden sind, über die ich in Nro. 9 des vor. Jahrg. d. Bl. (S. 220 ff.) berichtet habe. Die Krankengeschichte ist in Kürze folgende: Schon in frühester Jugend choreaartige Bewegungen, bald darauf wahre Convulsionen mit kurzer Bewusstseinsstörung. Sehr wechselnde Stimmung, meist zornig, 16 Jahre alt kommt Pat. in's Hospital, dort fällt sie plötzlich in einem Schwindelanfall hin und ist linksseitig gelähmt. Die Lähmung ist nach 3 Monaten fast ebenso plötzlich geschwunden. Entlassen, wird sie bald wieder von der Familie zurückgeliefert, da ihre Zornausbrüche sie für die Umgebung gefährlich machen. Hier wieder sehr häufige Convulsionen, wieder linksseitige Lähmung, Verlust der Sprache, Unregelmässigkeit im Herzschlag und Athemtypus. Nach einigen Monaten kann Pat. plötzlich wieder gehen und sprechen, nachdem grosse Bromkaliumdosen gegeben und Inductionsströme applicirt waren. Jetzt tritt trockner Husten auf, Schmerzen überall am Körper, Hämorrhagien aus den verschiedensten Schleimhäuten, abwechselnd mit Erbrechen, Kopfschmerz, Herzklopfen etc. Die bis dahin reguläre Menstruation wird sehr unregelmässig und ist oft sehr reichlich. Die Haut ist bleich, die Constitution grazil. Die Sensibilität ist, — auch nach der Heilung der linksseitigen Paralyse, — auf dieser Seite *in allen Qualitäten* sehr erheblich alterirt, rechts nur abgeschwächt; ebenso verhält es sich mit *allen Sinnesorganen*. Bei Prüfung der Schmerzempfindung erweitern sich beide Pupillen. Längs der Wirbelsäule und in der Ovarialgegend lassen sich Schmerzpunkte ermitteln. Im Harn weder Eiweiss noch Zucker; die Quantität schwankt zwischen 1000 und 4000 Ccm. in 24 St. Die sphygmogr. Curve zeigt ausserhalb der Anfälle eine kleine und träge Pulswelle. Die Organe der Thorax lassen bei der Untersuchung nichts abnormes entdecken. Bei den früher mitgetheilten metalloskopischen Experimenten zeigte sich bei der Pat. das Phänomen der Heterotopie (Aesthesiotropie) ausgezeichnet; es ist der zweite der dort beschriebenen Fälle. Die früher gelähmt gewesene linke Seite erlangte nicht wieder die volle Kraft, sondern blieb etwas paretisch, die electromusculäre Contractilität aber war vollkommen erhalten. — Die Temperatur war Morgens 37 bis 37,2 und ging Abends auf 38, während der häufigen

Convulsions-Anfälle jedoch und noch einige Tage vorher blieb sie 37 oder ging noch etwas tiefer herunter. Vergebens wurde nach einer fiebererregenden Ursache geforscht; solche war nicht vorhanden, auch fehlten subjektive Fiebersymptome. Auch während des Auftretens blutiger Sputa liess sich keine Organerkrankung ermitteln. (Auf die Beschreibung dieses Phänomens und des Hustens verwenden die Verff. grosse Ausführlichkeit). Sehr sorgfältig werden ferner von den Verff. die psychischen Symptome und das auffallend wechselnde Benehmen der Kranken geschildert, doch enthalten die Angaben nichts wesentlich Anderes, als auch sonst bei Hysterischen beobachtet wird. Die Anfälle, deren oft 40 bis 70 an einem Tage sind, fangen meist mit kurzen Stössen der linken Körperseite an, die sich bald auf die andere Seite verbreiten und von plötzlichem Schreien begleitet werden; hierauf folgt ein tonischer Krampf in Flexionsstellung der Glieder und mit Trismus, — Schaum tritt vor den Mund, die Athmung steht still, das Herz schlägt stark und schnell, die Augen weichen nach links ab, und der Kopf dreht sich ebendahin. Hierauf folgt gänzliche Erschlaffung der Muskeln und eine stertoröse und tiefe Respiration. Nicht immer sind die Anfälle so vollständig und regelmässig; zuweilen sind sie abortiv, zuweilen anderer Art, indem sich z. B. der Körper unwillkürlich im Bett aufrichtet und nach vorn neigt, während der Kopf nach rückwärts geworfen wird und die Glieder uncoordinirte Bewegungen machen. Während solcher Anfälle findet eine Art „Delirium“ in Worten und Handlungen statt, ohne dass doch eine völlige Aufhebung des Bewusstseins beobachtet zu sein scheint. Ein comatöser Zustand ist nur einmal beobachtet worden; sonst folgte den Anfällen nur eine geringe Depression und Apathie, die in 24 St. schwand. — Die Verff. verbreiten sich nun des Weiteren über das Wesen der Hysterie, und vertheidigen die Bezeichnung dieses Falles als eines hysterio-epileptischen. Sie neigen zu der Ansicht, dass die Ursache der Anfälle ein Gefässkrampf sei, der von einem vasomotorischen „Centrum“ ausgehe, welches letztere reflectorisch von den Rindenzellen aus erregt werden. — Um die Anfälle zu mildern wurden mancherlei Mittel versucht, doch alle vergeblich, — hauptsächlich die von Charcot empfohlene Ovarialcompression und das Amylnitrit. Letzteres wurde während eines Anfalles an einem Tage versucht, an dem schon 40 Anfälle stattgehabt hatten. Nachdem drei Mal 10 Tropfen (enorme Dosis! Ref.) eingeathmet waren, liess der Anfall nach, die folgenden aber traten um so heftiger auf. Nach dem ca. 60. Anfälle wurde eine vierte Dosis gegeben, auf welche eine sehr intensive allgemeine Convulsion folgte, die dann endlich den Anfällen an diesem Tage ein Ende machte. — Die Autoren betonen schliesslich folgende Punkte: 1. Der hysterio-epileptische Anfall kann nur, wenn er sehr heftig ist, eine Temperatursteigerung, und dann nur von wenigen Zehntelgraden, machen. 2. Es giebt ein nervöses oder hysterisches Fieber mit abendlicher Temperatursteigerung ohne weitere Fieber-Symptome. 3. Dem Hysterismus gesellen sich, wie auch anderen Neuropathien, öfter blutige Sputa zu. 4. Die Hirnanämie ist die Grundlage des Anfalls, was

durch die Anämie der Retinal- Arterien und Venen bewiesen wird, welche auch im vorliegenden Falle constatirt worden war.

G. S a l o m o n (Hamburg).

76) **Byron Bramwell**: Cases of intra-cranial Tumour.

(Edinburgh med. Journ. 1878 October u. Dezember.)

(Fortsetzung; cf. Centralblatt Nr. 10. 1878.)

Bei beiden im Octoberhefte mitgetheilten Fällen handelt es sich um Diagnose am lebenden Patienten, eine bestätigende Autopsie fehlt noch.

Der erste Fall betrifft eine 19jährige Frau, welche im Februar 1874 durch einen Fall auf dem Eise einige Stunden bewusstlos war, dann im Sommer 1875 2mal vom Pferde stürzte und sich am Kopfe verletzte und dann einige Monate darnach an Kopfschmerz und epileptiformen Anfällen zu leiden begann. 1876 litt sie auch an Rachengeschwüren und Hautausschlag. Die Convulsionen beschränkten sich auf die linke Körperhälfte, gingen von den Fingern aus, verbreiteten sich dann auf den Arm, das Gesicht und schliesslich auch auf das Bein. Nach dem Anfälle war immer längere Zeit Aphasie vorhanden. Die Sprache war überhaupt behindert, langsam, schwerfällig, häufig häsitirend. Nur während des Anfalles und bei völliger Bewusstlosigkeit sprach Kranke manchmal ganz unbehindert. Pat. wurde vom März 1876 an durch Verf. behandelt und durch monatelangen Gebrauch grosser Dosen Jod- und Bromkali beträchtliche Besserung erzielt.

Verf. stellt die Diagnose auf *syphilitische Erkrankung am Gyrus postcentralis rechterseits* bestehend wahrscheinlich in Verdickung der Häute und Verwachsung derselben mit der Hirnrinde.

Ebenfalls eine syphilitische Heerderkrankung des Gehirns nimmt Verf. bei dem 2. Kranken an. Derselbe, ein 23jähriger Mann hatte schon 7 Jahre vor seiner Aufnahme (29. VIII. 1875) an secundären und tertiären Symptomen der Syphilis gelitten. Später traten Kopfschmerzen und epileptiforme Anfälle auf. Beide Augen erwiesen sich an Neuroretinitis erkrankt; auf dem linken Ohre bestand Taubheit. Die Convulsionen waren von zweierlei Art, einmal beschränkt auf die rechten Gesichts- und Zungenmuskeln ohne Bewusstseinsverlust, zum andern allgemeine Krämpfe, begleitet von Bewusstlosigkeit und gefolgt von rechtseitiger nachepileptischer Hemiplegie und nachepileptischer Aphasie. Jodkali und Jod erzielten auch hier bedeutende Besserung; auch bei erneuten Rückfällen. Bei dem letzten sehr schweren Rückfall 1877 trat die Besserung unter Strychningebrauch auf und hatte bis Juli 1878 Dauer.

Im Falle V (Dezemberheft) handelte es sich um einen 41jähr. Mann, der in Baccho und Venere excedirte und an Syphilis gelitten hatte. Seit einem Jahre vor der Aufnahme (12. XI. 1874) litt er an heftigen Kopfschmerzen, zu denen sich vor 3 Monaten plötzlich eine linksseitige Hemiplegie gesellte, die Pat. für einige Wochen ans Bett fesselte, allmählich aber soweit wich, dass er mit Hilfe eines Stockes gehen konnte. Seit einiger Zeit litt auch Pat. an Abschwächung des Sehvermögens. Bei der Aufnahme zeigte der

Kranke ausser der linkseitigen Parese vollständigen Mangel der Sensibilität links, beträchtliche Geistesschwäche mit Gedächtnissabnahme, syphilitische Choroiditis beider Augen mit Opticusatrophie; Tophi an den Schienbeinen. Unter Gebrauch von Jodkali trat zuerst etwas Besserung ein, dann aber erfolgte nach mehrtägigen heftigen Kopfschmerzen am 8. Dezember ein Anfall allgemeiner Convulsionen Coma und Tod.

Die Diagnose war in Rücksicht auf den plötzlichen Eintritt der Lähmung sowie auf die Art und Weise des tödtlichen Ausganges, dann aber auf die Anaemie und die übrigen Zeichen der Syphilis gestellt auf eine beträchtliche syphilitische Erkrankung des Gehirns verbunden mit Haemorrhagien in das erweichte Gewebe.

Die Section ergab einen wallnussgrossen, aus mehreren kleinen zusammengesetzten Tumor, der von der Dura mater entspringend, die rechte Hemisphäre in der Nachbarschaft der obern Parietalwindung comprimirte. Die Hirnsubstanz war im Bereich der obern und mittlern Parietal- und obern Occipitalwindung erweicht, ebenso auch noch ein beträchtlicher Theil der darunter liegenden Marksubstanz. Von Hirnhämorrhagie, alter oder frischer, war keine Spur vorhanden; das übrige Hirn normal. Der vollständige Mangel der Sensibilität ist (nach Verf.) durch den Sitz der Erweichung bedingt, während die Hemiplegie wahrscheinlich durch Ergriffensein eines weissen Faserzuges der zum Streifenhügel zog, zu erklären wäre.

Die VI. Beobachtung betraf einen 40jährigen Grubenarbeiter, der im Frühjahr 1874 eine Kopfverletzung durch ein herabfallendes schweres Stück Kohle erlitten. Zunächst war Pat. 14 Tage bettlägerig, erholte sich aber überhaupt nicht mehr völlig. Sein Character veränderte sich, er wurde reizbar und leidenschaftlich, dann traten heftiger Kopfschmerz und häufige epileptische Anfälle auf. Die Geisteskräfte nahmen ab; an einzelnen Tagen war Pat. stupider als an andern; Schlaf war gut, doch häufiges Zähneknirschen während desselben. Oft stürzte Pat. zusammen in Folge plötzlichen Kräftenachlasses in der linken Seite, doch blieb er beim Bewusstsein dabei und hatte keine Krämpfe. Erbrechen trat häufig auf.

Bei seiner Aufnahme am 22. März 1875 constatirte man eine Neuritis optica des linken Auges (das rechte war schon seit langer Zeit blind); eigenthümlichen Gang — Pat. macht einige hurtige Schritte nach links, dann nach rechts und fällt auch oft in einen kurzen Lauf — die Sprache war normal, ebenso die Sensibilität; die Reflexaction rechterseits stärker als links.

Die Behandlung mit Jodkali, Bromkali, Mercur, Ergotin etc. blieb ohne Erfolg. Im Mai machte eine kurz dauernde maniakalische Aufregung die Unterbringung in der Irrenanstalt nothwendig, wo er bald wieder in Stupor versank und nach 2tägigem Coma am 20. September 1875 starb.

Die Section ergab: Auf der Innenseite des Stirn- und beider Scheitelbeine eine Menge kleiner spitzer Exostosen, Verdickung der Dura; Stellenweise Verdickung und Verwachsung der Innenhäute, besonders über dem rechten Frontallappen. Die obere rechte Stirnwindung, sowie auch die unten liegende weisse Substanz in der

Mitte des rechten Stirnlappens von einem Gliom durchsetzt. Das sonstige Gehirn normal; nur von auffallend hohem Gewicht, 59 Unzen (= 1829 Gramm); Grosshirn = 50½ (1865 gr.) Kleinhirn 8½ (263,5).

Etwas hinter und 2 Zoll über dem rechten Ohre war eine mit dem Knochen verwachsene Narbe in der Kopfhaut gewesen, die Aussenfläche der Schädeldecke oben normal.

Karrer (Erlangen).

77) **Lefourneau**: Sur l'électrisation céphalique.

(Bull. gén. de Thérapentique etc. 15. September 1878.)

Der Hauptgedanke in L's Arbeit ist, dass man auf die Circulation im Hirn einwirken könne durch Application der Pole der Batterie auf den Nacken und die Gegend des obersten Halsganglions. Man soll während der Application „vasculäre“ und „pupilläre“ Symptome wahrnehmen, die den Einfluss des Stromes auf die Vasoconstrictoren und Iriserweiterer erkennen lassen. Verf. glaubt mit „seiner Methode“ gewisse Formen von Psychosen und die auf Hirnüberanstrengung folgenden Fluxionen behandeln zu können. Er empfiehlt eine Dauer der Sitzung von 5—10 Min., tägliche Sitzung, Ueberwachung der Herzthätigkeit. Nach durchschnittlich 40 Sitzungen soll der Erfolg eintreten. —

Die Franzosen scheinen in electrotherapeutischen Dingen durchaus nichts von andern Leuten lernen zu wollen; dem, der die deutschen Arbeiten über Sympatikusgalvanisation kennt, erscheinen Arbeiten, wie die von L., ausserordentlich naiv.

Möbius (Leipzig).

78) **Lacassagne et Cliquet**: De l'influence du travail intellectuel sur le volume et la forme de la tête.

(Bull. gén. de Thérapentique etc. 15. September 1878.)

Luys trug in der Académie de Médecine am 30. August 1878 die in der Ueberschrift genannte Broschüre vor. Die Verff. haben ihre Versuche an einer grossen Anzahl theils akademisch gebildeter theils mehr oder weniger ungebildeter Personen mit dem bekannten Kopfmesser der Hutmacher angestellt. Sie kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Der Schädel ist entwickelter bei geistig thätigen Menschen, als bei solchen, die geistig schwach sind, resp. deren Intelligenz geruht hat.

2. Bei Gebildeten ist die Stirngegend mehr entwickelt als die Hinterhauptsgegend. Verhält sich die Sache umgekehrt, so ist bei Gebildeten der Unterschied verschwindend, bei Ungebildeten beträchtlich.

In der Debatte machte Depaul darauf aufmerksam, dass nicht nur die Grösse, sondern auch die Qualität des Hirns in Betracht zu ziehen sei. Nach Cuvier's Tode wog man sein Gehirn und fand es sehr schwer. Zu gleicher Zeit war in der Nähe ein schlichter Wasserträger gestorben. Man mass sein Gehirn und es war grösser und schwerer als das Cuvier's.

Möbius (Leipzig).

79) **Nicolson** (Broadmoor): Ueber die Verantwortlichkeit des Individuums und des Staates bei Verbrechen. (The Measure of Individual and Social Responsibility in Criminal Cases.)

(The Journal of menth. sc. 1878. S. 1 bis 25 und 249 bis 273.)

Im ersten Theile seiner Abhandlung wendet sich Verf. gegen die veraltete Formel über die Zurechnungsfähigkeit von Geisteskranken, die ein Verbrechen begangen haben, nach welchem die Geschworenen befragt wurden, ob der Angeklagte im Momente der That im Stande war gut und böse zu unterscheiden, oder nicht. Er bringt Beispiele bei von zweifellos geisteskranken Personen, die aber nicht gut wussten, dass die That, die zu vollführen sie im Begriffe waren, unerlaubt sei; von anderen, die einen Mord geradezu nur deshalb begingen um sich die darauf stehende Todesstrafe zuzuziehen, die sich also sicher der Strafwürdigkeit ihrer Handlung bewusst waren und schliesslich als entschieden geisteskrank doch nicht dafür verantwortlich gemacht werden können. Er beantragt daher, dass der Formel wenigstens zuzusetzen sei, ob der Angeklagte unter einem unüberwindlichen Antriebe gehandelt habe oder nicht, somit nicht, wegen der unvollständigen Fragestellung, entweder die Wahrheit, oder der angeklagte Geisteskranke geschädigt werde.

Im zweiten Abschnitt führt er aus, dass, wenn ein Individuum, weil geisteskrank, für seine Handlungen nicht mehr verantwortlich gemacht werden könne, die Verantwortlichkeit zuerst auf seine Angehörigen, in letzter Linie aber auf den Staat (society) übergehe. Wieder an einer Reihe von Beispielen von durch Geisteskranke verursachten Unglücksfällen zeigt er, dass der Staat der auf ihm lastenden Verantwortlichkeit am besten gerecht werde, wenn er seine Geisteskranken rechtzeitig, bevor sie noch ein Unglück anrichten konnten in geeignete Pflege und Aufsicht bringt.

Der ganze Artikel scheint gegen die nach dieser Richtung übertriebenen Anschauungen der Engländer von persönlicher Freiheit, und gegen Angriffe auf die Anstalt für geisteskranke Verbrecher in Broadmoor gerichtet zu sein.

J. Krueg (Oberdöbling bei Wien).

80) **James Maclaren**: The Post Mortem Appearances in a Case of chronic Insanity: Hydrocephalus; Absence of Corpus callosum.

(Edinburgh med. Journal 1879 Januar.)

Die betreffende Patientin stammte von gesunden Eltern und Grosseltern, war das dritte unter sieben Kindern, von welchen das zweite an Hydrocephalus, das letzte, zu früh geboren, an Lebensschwäche starb. Ein Kind der gesunden älteren Schwester starb ebenfalls an Hydrocephalus. Kranke selbst kam durch eine ganz normale Geburt zur Welt, erkrankte mit 4 Monaten an einem Anfall von „Wasser im Kopf“ von dem sie sich nur theilweise erholte. Sie blieb geistesbeschränkt, bedurfte immerwährender Aufsicht. Vom 12. bis 20. Lebensjahre litt sie an epileptischen Anfällen, und von da an mit Aufhören der letzteren an zeitweiligen Aufregungs-

anfällen mit Gewaltthätigkeit gegen ihre Umgebung. 1872 wurde sie deswegen, 28 Jahre, ins Asyl verbracht. Nachdem im Juli 1876 aufgenommenen Status war sie eine gänzlich blödsinnige Person, unfähig zu sprechen und ohne Unterstützung zu gehen, ganz apathisch, sehr gefräßig, mit seltenen Anfällen von Aufregung, Beissen und Kleiderzerreißen. Der Schädel war klein, symmetrisch mit intelligent aussehender Stirn. Pat. starb 28. IX. (18?) an Bronchitis.

Die Section ergab einen fast vollständigen Mangel des Balkens, nur Vorn und Hinten waren ganz schmale Gürtel von $\frac{3}{4}$ resp. $\frac{1}{4}$ Zoll Dicke erhalten; der Gewölbekörper fehlte ebenfalls, die Schenkel entsprangen von den Ueberresten des Balkens: auch das Septum fehlte vollständig, an Stelle der fehlenden Gebilde überspannte eine dünne weisse Haut, seröse Membran, die sehr stark erweiterten Seitenventrikel, welche bei einem Längsdurchmesser von 7" links, 6" rechts und Querdurchmesser von $3\frac{1}{2}$ " links und 2" rechts ca. 8 Unzen helle klare Flüssigkeit enthielten. Der Gehirnmantel war wenig entwickelt, die weisse Substanz des Centrum ovale nur bis $\frac{1}{2}$ Zoll dick; die Windungen sehr schmal. Die Centralganglien rechts erweicht und von Lücken und kleinen Cysten durchsetzt, links nur erweicht. Das Gewicht des Gesamtgewicht betrug 52 Unzen (1617 Gramm) und nach Abfluss des Ventrikelinhaltes 43 (1337 Gramm).

Karrer (Erlangen).

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialstädt. Irrenanstalt Saargemünd: Director, sofort, 6000—6600 M. jährlich, freie Wohnung und Garten, kein Pensionsanspruch; Meldung bei dem Bezirkspräsidenten von Lothringen, Freiherrn von Reitsenstein. 2) Provinzialstädt. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 3) Irren-Heilanstalt Sachsenberg (Mecklenburg): II. Assistenzarzt, 1. Mai, 1200 M. jährl., freie Station I. Classe, vierteljährl. Kündigung beiderseits. 4) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a) Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage. Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. b) Volontairarzt, sofort; 600 M. jährlich, freie Station I. Classe, Verpflichtung auf längere Zeit. Meldung bei der Direction. 5) Eberswalde: Volontairarzt, vergleiche das Inserat in der heutigen Nummer. 6) Thonberg (Dr. Guentz) Assistenzarzt, sofort: 1200 M. und freie Station. 7) Pankow (Dr. Mendel) Assistenzarzt, sofort; 1200 M. und freie Station. 8) Reg.- und Medicinalrathsstelle in Trier. 6) Die Kreisphysicats: Bromberg (Stadt u. Land, 900 M.; Meld. bis 1. März 1879); Bad-Schwalbach, Kalau, Meldung bis 15. März bei der Kgl. Regierung in Königsberg.

Ernannt: Reg.- und Med.-Rath Dr. Pianka zu Marienwerder zum Geheimen Med.-Rath. Dr. Alter zum alleinigen Director der Irrenanstalt zu Brieg (die bisherige colleg. zusammengesetzte Direction derselben ist aufgelöst worden).

Todesfälle: Professor Dr. Koehler, Kr. W. A. in Halle a. S. Dr. Buck sen. in Hamburg. Med.-Rath Moppey in Karlsruhe.

V. Anzeigen.

Verlag von J. F. BERGMANN in Wiesbaden.

ARCHIV FÜR AUGENHEILKUNDE

herausgegeben
in deutscher und englischer Sprache
von
H. KNAPP in NEW-YORK und J. HIRSCHBERG in BERLIN.
Jährlich 4 Hefte mit Abbildungen. Preis: Mark 16. —

Zeitschrift für Ohrenheilkunde

herausgegeben
in deutscher und englischer Sprache
von
H. KNAPP in NEW-YORK und S. MOOS in HEIDELBERG.
Jährlich 4 Hefte mit Abbildungen. — Preis: Mark 14.

Kaiser. Dr. H., Compendium der Physiologischen Optik für Mediciner und Physiker. Geheftet. Mit 3 lith. Tafeln und 112 Holzschnitten. Preis 7 Mark 20 Pfg.

Knapp, Dr. H., Prof. in New-York, Die geschichtliche Entwicklung der Lehre vom Sehen. Ein populär-wissenschaftlicher Vortrag. Preis 80 Pfg.

Mauthner, Dr. L., Univ.-Professor in Wien, Vorträge aus der Augenheilkunde für Aerzte und Studierende. Erstes und zweites Heft: Die sympathischen Augenleiden. Preis ca. 3 Mark.

Pagenstecher, Dr. H., Die Operation des grauen Staars in geschlossener Kapsel. Preis 1 Mark 80 Pfg.

Moos, Dr. S., Prof. in Heidelberg, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Eustachischen Röhre. Geheftet. Octav. Mit 7 Tafeln. Preis 4 Mark.

Volontair-Arzt.

In der Brandenburgischen Landirrenanstalt zu EBERSWALDE soll die Stelle des Volontair-Arztes, dem ausser freier Station von der Anstalt ein jährliches Gehalt von 450 Mark und vom Königlichen Ministerium eine jährliche Renumeration von 600 Mark gewährt wird, zum 8. April l. Js. anderweit besetzt werden.

Bewerbungsgesuche sind unter Beifügung von Zeugnissen und der Approbation sofort und

längstens binnen 14 Tagen

an den Unterzeichneten zu richten.

EBERSWALDE, den 19. Februar 1879.

Dr. Zinn,

Königl. Geheimer Sanitätsrath.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Sogen Mark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
30 Pfg. für die durchgehende Pettzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

15. März 1879.

Urs. 6.

I N H A L T.

I. ORIGINALIEN. Professor Dr. M. Rosenthal: Ueber Kleinhirngeschwülste.

II. REFERATE. 81) David Ferris: Die Functionen des Gehirns. 82) S. Weir. Mitchell:
Some of the lessons of neurotomy. 83) J. C. Shaw: A case of progressive muscular atrophy
with sclerosis of the lateral columns. 84) Schwahn: Ueber das Schielen bei Verlet-
zungen in der Umgebung des kleinen Gehirns. 85) J. Balighian: Beiträge zur Lehre von
der Kreuzung der motorischen Innervationswege im Cerebrospinalsystem. 86) M. Landes-
berg: Zur Pathologie des Sympathicus. 87) Frommann (Jena): Untersuchungen über die
Gewebsveränderungen bei der multiplen Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. 88) Pin-
cus (Königsberg): Occulter Wahnsinn. Brandstiftung. Mord.

III. NEUESTE LITERATUR. IV. PERSONALIEN. V. ANZEIGEN.

Die

verehrten Herren Abonnenten

*werden ergebenst gebeten das Abonnement auf
das II. Quartal rechtzeitig zu erneuern, damit
in der Zusendung des Centralblattes keine Stö-
rung eintrete.*

I. Originalien.

Ueber Kleinhirngeschwülste.

Von Professor Dr. M. ROSENTHAL in Wien.

Das von der Neuzeit mit mehr Interesse und Sorgfalt gepflegte Studium der cerebellaren Erkrankungsformen hat die Pathologie des Kleinhirnes in ein mehr günstiges Licht gesetzt. Die klinische Beobachtung wird von dem Bestreben geleitet, die zahlreichen Lücken der Thierversuche mehr und mehr auszufüllen, und bei dem unterschiedlichen Baue des thierischen und menschlichen Kleinhirnes, durch genauer erhobene pathognomische Merkmale und autoptische Befunde die typischen Bilder der Erscheinungen zu fixiren.

Auch für die Localisation der Neubildungen in den Gebieten des Kleinhirnes wurden hieraus mehrfache Anhaltspunkte gewonnen, deren Sicherung und Verwerthung von physiologischem Interesse sind. Die in neuester Zeit von der Meisterhand Stilling's gelieferten geweblichen Darstellungen der verschiedenen Kleinhirnregionen dürften weiterhin zum Verständniss der feineren anatomischen Störungen und klinischen Eigenthümlichkeiten umschriebener cerebeller Krankheitsvorgänge beitragen.

Vor Allem verdient die Thatsache in den Vordergrund der Betrachtung gestellt zu werden, dass eine Anzahl von Neugebildeten des Kleinhirnes diagnostisch unzugänglich ist. Hierher gehören die an der Oberfläche der einen Kleinhirnhemisphäre, sowie die an der basalen Fläche derselben befindlichen Entartungen. Die im Hemisphärenmarke des Cerebellum eingebetteten Wucherungen verrathen sich meist im Leben eben so wenig, als die in ähnlicher Weise im Marklager der einen Grosshirnhälfte postirten Aftermassen. Auch multiple Geschwulstbildungen an der einen Kleinhirnhälfte entbehren oft jeglicher charakteristischer Erscheinungen. Selbst die krebsige Entartung des einen Kleinhirnthheiles (Fälle von R a m p o l d u. A.) kennzeichnet sich in keinerlei Weise.

Bei den von der Basis der einen Kleinhirnhemisphäre ausgehenden Neugebildeten, werden zumeist die cerebellaren Störungen von den Erscheinungen einer fortschreitenden Compression des Halsmarkes verdeckt. Der eigenthümliche Verlauf der Hirnnervenlähmungen, sowie die weitverbreiteten Schädigungen der Bewegung und Empfindung lassen den cerebellaren Ursprung der um sich greifenden Entartung nicht erkennen, wie dies die nachfolgende, ältere Beobachtung eines Kleinhirntumors bezeugen mag.

Bei einem in das hiesige allgemeine Krankenhaus aufgenommenen 48 jährigen Manne waren vor einem Jahr häufige Cephalalgien mit Unwohlsein (bei intactem Bewusstsein), sowie rascher Verfall der Beweglichkeit der Oberextremitäten und des Sprachvermögens eingetreten. Die acht Monate später vorgenommene Untersuchung ergab Atrophie und Lähmung der oberen Gliedmassen, die zum grössten Theil der Empfindung beraubt waren; an den Beinen bloss Parese, mit geringer sensibler Aeteration, doch gehen Stuhl und Harn unwillkürlich ab. Linkerseits sind überdies Ptosis nebst Parese der unteren Ge-

sichtsmuskeln vorhanden, die Zunge ist nur wenig beweglich, weicht beim Hervorstrecken nach links ab, die Sprache ist lallend, das Schlingen geht schwer von Statten, Speisen und Getränke regurgitiren zumeist. Die Affection wurde als basaler Tumor gedeutet, mit Druck auf das Halsmark.

Bei dem nach einigen Wochen unter heftigem Fieber, Decubitus und Cyanose des Gesichtes erfolgten Ableben des Kranken ergab die Section nachfolgenden Befund: die Basis der rechten Kleinhirnhemisphäre, mit Ausnahme der Flocke, des inneren Theiles der Mandel und des Lob. semilunar., durch eine äpfelgrosse, höckerige, derbe, am Durchschnitt nur wenig Saft entleerende Geschwulst ersetzt, die gleichmässig weiss, nur stellenweise fahlgelb gefärbt erscheint. An einer kaum haselnussgrossen Stelle durchbricht die Aftermasse die inneren Hirnhäute, und hängt fest mit der Dura mater am vorderen Umfange des grossen Hinterhauptloches zusammen. Ueberdies chronischer Hydrocephalus, obsolete Tuberculose der rechten Lungenspitze, und linksseitige Bright'sche Nieren vorhanden.

Die offenbar durch stetig wachsenden Druck auf das Halsmark bedingte cervicale Paraplegie, mit Atrophie und Lähmung beider Arme, nebst Verfall der sensiblen und reflectorischen Erregbarkeit, zählt zu den höchst seltenen Erscheinungen der Kleinhirnentartung. Selbst Paraplegien der Beine sind nur ausnahmsweise zu beobachten, auch die Hemiplegie ist kein häufiges Symptom. Die Lähmungserrscheinungen von Seite der Zunge und des Facialis, das erschwerte Schlingen, die Blasenlähmung sowie die terminale Cyanose und Dispnoe sind gleichfalls als eben so viele Zeichen von Compression der Oblongata, die cervicale Paraplegie als Fortschreiten der Druckwirkungen nach dem Halstheile des Rückenmarkes anzusehen. In einem Falle von Türck (hühnereigrosser Krebs des Unterwurmes) fanden sich gleichzeitig weitverbreitete Entartungen der hinteren Stränge und Nervenwurzeln.

In einem neuern von Leyden (Klinik der Rückenmarks-Krankheiten, II. Bd. S. 154) mitgetheilten Falle bot ein von der Kleinhirnbasis stammendes Cystosarkom bei Lebzeiten das Bild einer Bulbärlähmung. Wir sehen demnach, dass die von der unteren Fläche der Kleinhirnhemisphäre, vom Lob. semilunaris, cuneiformis, von der Mandel und Flocke nach abwärts wuchernde Neugebilde, ebenso die am Clivus Bl. abgehenden, die Oblongata, den Pons in den Bereich ihrer Druckwirkungen einbeziehen, ohne irgend welche cerebellare Symptome zu erzeugen.

Wesentlich anders gestaltet sich das Symptomenbild, wenn die Erkrankung vom Mittellappen des Kleinhirnes ausgeht, oder bei einem anderen Standorte den Mittellappen erst weiterhin erreicht. In derartigen Fällen treten die Erscheinungen der Kleinhirnaffectio, insbesondere die Coordinationsstörungen, im Leben mit charakteristischer Schärfe hervor. In neuester Zeit hat Nothnagel (Berl. kl. Wochschr. 15, 1878) diesen Umstand näher gewürdigt. Als weiterer Beitrag möge nachfolgender Krankheitsfall, den ich dem voriges Jahr in Wien anwesenden Collegen, Herrn Prof. Eulen- burg als Kleinhirntumor vorstellte, Platz und Verwerthung finden,

Ein am 17. März 1878 auf Zimmer 88 des hiesigen allgem. Krankenhauses aufgenommenes 18 jähr. Mädchen gibt an, seit einem halben Jahre an heftigem Hinterhauptschmerz, Schwindel, öfterem Erbrechen und Gesichtsverdunkelung zu leiden. Die Untersuchung der zart gebauten Patientin liess an den Brust- und Unterleibsorganen nichts Abnormes nachweisen. Die Exploration des Kopfes ergab an der Hinterhauptsgegend, die von zeitweiligen, heftigen Schmerzen durchzuckt wird, hochgradige Druckempfindlichkeit, mit punctis doloris an der Vereinigungsstelle der Hinterhauptschuppe mit den Seitenwandbeinen, an den Warzenfortsätzen, und an den obersten Halswirbeln. Ein stärkerer Druck auf diese Punkte, sowie das wiederholte Beklopfen des Hinterkopfes vermögen die Neuralgie zu wecken, selbst Ohnmachtsanfälle zu erzeugen, deren spontanes Auftreten nur zweimal beobachtet wurde.

Rechterseits ist Parese der mittleren Gesichtsmuskeln, hochgradige Amblyopie, mit ophthalmoscopisch erweislicher Neuritis optica vorhanden; links in geringerem Grade ausgesprochen, zeitweilen tritt vorübergehende Diplopie auf. Am rechten Ohre gibt die Kranke an, öfter heftiges Sausen zu verspüren, der otiatrische Befund ist ein negativer. Seit einem Monat zeigt sich häufiges Erbrechen, dem jedesmal ein wüthender Kopfschmerz vorangeht. Der Schwindel belästigt die Kranke in nicht geringem Grade, besonders beim Aufsetzen im Bette, ebenso beim Herumgehen. Die Bewegungen des linken Armes, der Händedruck sind matter, auch das linke Bein in seinen Excursionen schwächer und ungeschickter, was besonders von den kleineren Gelenken gilt.

Höchst eigenthümlich ist der Gang der Kranken. Sie stellt sich ungeschickt auf die Beine, wenn sie zu gehen anfängt, taumelt sodann wie im Rausche unsicher umher. Weist man sie an, mit gespannter Aufmerksamkeit die gerade Richtung einzuhalten, so kann sie dies mit sichtlicher Mühe nur einige Schritte weit thun, und kömmt es bald zu Krümmung des Rumpfes, zu unwiederstehlichem Zuge nach der linken Seite hin. Die Zehen schnellen häufig vom Boden auf, Muskelsittern und Schwindel machen sich mehr und mehr bemerkbar, bis weiteres Gehen zur Unmöglichkeit wird.

Während des späteren dreimonatlichen Krankheitsverlaufes wuchs der Kopfschmerz immer qualvoller an, und konnte nur durch öftere und steigende Dosen von Crotonchloralhydrat (in gummöser Mixtur) gemildert werden. Auch die Abmagerung und Hinfälligkeit der Kranken, machte rasche Fortschritte, und wurde sie bald ganz an das Bett gefesselt. Der Puls schwankte zwischen 90—96, die Temperatur betrug 34—36 C. Drei Tage vor dem Ableben stellten sich Nackencontractur, Sopor, Puls- und Temperaturerhöhung (auf 40,5°) ein.

Die *Autopsie* der am 8. Juni verstorbenen Kranken lieferte nachfolgenden Befund:

Schädeldach mesocephal, dünnwandig, an der Innenseite sehr rauh, die harte Hirnhaut stark gespannt, die inneren Meningen zart. Die Grosshirnwindungen durch Abplattung verstrichen, die Seitenventrikel und die mittlere Hirnkammer beträchtlich erweitert, mit klarem Serum gefüllt, das Ependym verdickt, die Hirnsubstanz zähe und blass. *In dem hinteren oberen und inneren Abschnitte der rechten Kleinhirnhemisphäre, und von da in den Wurm sich erstreckend ein hühnereigrosser Tumor*, der einerseits aus einer nussgrossen, gallertigen, gelblichen, graugefärbten Geschwulst, andererseits aus einer die übrigen Parthien des Tumors darstellenden, cystenartigen mit klarem, gelblichen Serum erfüllten Cavität besteht. Die Medulla oblongata stark abgeplattet. In den Lungen reichliches

Oedem die übrigen Organe blutreich, doch nicht verändert. Die von Herrn Assist. Dr. Chiari vorgenommene mikroskopische Untersuchung der Neubildung ergab die Elemente eines Myxo-Glioms: Kerne und spindelförmige Zellen, die in einer Grundsubstanz von zart reticulirtem Ansehen eingebettet sind.

Ogleich auch in diesem 2. Falle die autoptisch gefundene Abplattung des verlängerten Markes die im Leben stattgehabte Compression erwies, so waren doch frühzeitig die charakteristischen Merkmale der cerebellaren Erkrankung vorherrschend. Auch dient diese Beobachtung gleichsam als Illustration für die in Früherem betonte Thatsache, dass die bezeichnenden coordinatorischen Störungen erst dann in die Erscheinung treten, wenn der Mittellappen des Kleinhirnes in den Bereich der Affection gezogen, während die abseits in den Kleinhirnhemisphären gelegenen, und auf dieselben beschränkten Neugebilde, durch keinerlei cerebellare Störungen ihre Anwesenheit verrathen.

Den neuesten Untersuchungen Stilling's zufolge vermitteln die Faserzüge des horizontalen Astes des Arbor vitae die Verbindung des hinteren Theiles des Wurmes mit den vorderen, und die Verbindung der beiden Hemisphären mit dem Wurm durch schräg seitlich verlaufende Fasern. Es scheint als ob die pathologische Unterbrechung der gleichmässigen Innervation beider Kleinhirnhälften das Gefühl des Gleichgewichtes, die Sicherheit der Bewegungen schädigen würde.

Ob hieran die Alteration des 'Muskelgefühles' Schuld sei, wie Lussana meint, dessen mit Kleinhirnatrophie behaftete Kranke ansrief: *mi manca la terra sotto i piedi*; oder aber der centrale Einfluss auf die Fixation der Wirbelsäule beeinträchtigt sei, hierdurch bedenkliche Schwankungen des Rumpfes erfolgen, dies ist zur Stunde nicht ausgemacht. So viel steht jedoch fest, sowohl nach der Zeugenschaft experimenteller als auch pathologischer Laesionen des Kleinhirnes, dass letzteres Organ an der centralen Coordination einen wichtigen Antheil habe. Auch der Pons, minder erwiesen die Vierhügel, participiren an der Coordination der Bewegungen. Die Hinterstränge bilden blos die sensible Leitungsbahn für die im Klein- und Mittelhirn befindlichen Coordinationscentren.

Auch bei Versuchen an Thieren werden die motorischen Störungen erst dann auffällig, wenn die Kleinhirnhemisphären *und der Wurm* bis zu einer gewissen Tiefe abgetragen wurden. Es können hierbei auch die Ausstrahlungen der Kleinhirnschenkel betroffen sein, welche bekanntlich (als Faserung des mittleren Kleinhirnschenkel) an der Seite des Pons nach aufwärts ziehend und sich zum grössten Theil kreuzend, zu den unteren Schichten der seitlichen Kleinhirnlappen verlaufen.

Zum Schlusse sei noch die Bemerkung gestattet, dass initiale Formen von Kleinhirnaffectio leicht missdeutet werden können. So wurde bei einem 20 jährigen Mädchen, das seit Monaten an Kopfschmerzen, Streckkrämpfen, Amenorrhoe und öfteren religiösen Aufwallungen litt, das Leiden für Hysterie erklärt. Im Laufe des Jahres kam es zu Paralyse beider Recti superiores (mit Unmöglichkeit den Blick über die Horizontale nach aufwärts zu richten),

zu Insufficienz der R. interni (mit Diplopie), zu Anosmie, heftiger Occipitalneuralgie, weiterhin zu taumelartigem, zickzackähnlichem Gange, so dass die Kranke, um nicht auf der Strasse Aufsehen zu erregen, nur am Arm der Mutter eingehängt, sich zu bewegen vermochte. Nach einem ruhig verlebten Abend stellte sich in der Nacht plötzlich hochgradige Dispnoe, bald darauf stertoröses Athmen ein. Nach zwei Stunden verstarb die Kranke; die Section wurde nicht gestattet.

Die angeführten Symptome sprachen bei Leibzeiten für Kleinhirntumor; der rasche Verfall der Respiration sowie die Steigerung der Pulsfrequenz deuten auf Erlahmung der Thätigkeit des verlängerten Markes hin.

II. Referate.

81) David Ferrier: Die Functionen des Gehirns.

Antorisirte deutsche Ausgabe. Uebersetzt von Dr. H. Obersteiner. Braunschweig, 1879. Preis 8 M.

Ferrier's Arbeiten auf dem Gebiete der Gehirnphysiologie haben überall Aufsehen erregt, so dass sein Werk „The functions of the brain“ (1876), in welchem er die Ergebnisse seiner Spezialarbeiten zusammenfasste, auch ausserhalb der Grenzen England's mit grossem Interesse aufgenommen und bald in's Französische übersetzt wurde. Obersteiner hat sich nun das Verdienst erworben auch eine deutsche Ausgabe zu besorgen. Dieselbe ist keineswegs eine einfache Uebersetzung. Sowohl eigene Untersuchungen F's als fremde, welche seit 1876 erschienen, sind dem Ganzen eingefügt worden. Besonders die Arbeit F's: „The Goulstonian lectures on the Localisation of cerebral disease“ (Brit. med. Jour. 1878) bot reichen Stoff zur weiteren Ausführung einzelner Capitel.

Im 1. Capitel gibt Verf. eine kurze Uebersicht über die Anatomie des Centralorgans und bespricht in den folgenden in der Weise des Compendiums die Functionen des Rückenmarks, welche er, abgesehen von der einfachen Leitung, als „kentrokinetische“ (κέντρον der Reiz) bezeichnet, die Functionen des verlängerten Markes („synkentrokinetische“), des Mittelhirns („ästhetikokinetische“). Während nun diese Abschnitte weniger durch Mittheilung vom Verf. entdeckter Thatsachen, als durch geistreiche und klare Beurtheilung der Phänomene ausgezeichnet sind, bringt das nächste Capitel über die *Functionen des Kleinhirns* eine grössere Reihe eigener Beobachtungen. Die Resultate der zahlreichen Versuche, welche F. vorwiegend an Affen, dann an Kaninchen, Hunden, Katzen etc. anstellte, sind folgende. Wird der vordere Theil des Mittellappens verletzt, so stürzt das Thier häufig nach vorn, ist der hintere Theil getroffen, so wird der Kopf nach rückwärts gezogen und bei jeder Bewegung zeigt sich die Tendenz nach hinten zu stürzen. Bei ausgedehnter Zerstörung der Seitenlappen, sowie bei Verletzung der Brückenarme rollen die Thiere mit grosser Gewalt nach der verletzten Seite hin. Bei elektrischer Reizung des Kleinhirns treten

Bewegungen der Augen, des Kopfes, der Extremitäten ein und zwar nach der gereizten Seite, resp. bei Reizung der medianen Theile nach oben und unten, bei rechtsseitiger Reizung fällt das Thier nach rechts. Alle diese Bewegungen sind als compensatorische aufzufassen, sie sollen einer Störung des Gleichgewichts nach der entgegengesetzten Seite hin vorbeugen. Bei Zerstörungsversuchen dagegen treten Ausfallserscheinungen ein und die antagonistischen Centren überwiegen. Das Kleinhirn scheint demnach aus einer Anzahl differenter *Centren zu bestehen*, welche in gemeinsamer Thätigkeit die verschiedenen zur Erhaltung des Gleichgewichtes nothwendigen Muskelbewegungen reguliren. Jeder Versuch, das Gleichgewicht um eine horizontale, verticale oder sonst eine Axe zu verrücken, wirkt als ein Reiz für diese speziellen Centren, welcher die antagonistischen, compensatorischen Aktionen anregt. Die Thätigkeit des Cerebellum's ist eine ästhetiko-kinetische, geht ohne Bewusstsein vor sich, indessen können beabsichtigte Muskelactionen sie bis zu einem gewissen Grade vertreten. Die Centren des Kleinhirns werden auf dreierlei Art benachrichtigt, durch die Tastnerven, durch die Gesichtsnerven und die Nerven der halbcirkelförmigen Canäle. Daher bringen Verletzungen welche eine dieser Bahnen treffen, ebenso wie die des Centrums Gleichgewichtsstörungen hervor.

Demgemäss bestätigen F.'s Ausführungen, welche sich in erster Linie auf die elektrischen Reizversuche stützen, die bisher auch in Deutschland herrschende Ansicht von der Function des Kleinhirns. Die Hypothese, dass letzteres der Sitz des Geschlechtstriebes sei, weist Verf. entschieden zurück. —

Den weitaus grössten Raum nehmen in dem Buche die Untersuchungen über das *Grosshirn* ein. Zuerst giebt F. ein Resumé der Erscheinungen, welche er bei elektrischer Hirnrindenreizung beobachtet hat. Obgleich die betreffenden Untersuchungen schon anderweitig veröffentlicht worden sind, haben wir doch hier nicht nur eine Repetition vor uns. Vielmehr gebt Verf. vielfach auf streitige Punkte ein, wiederlegt ihm neuerdings gemachte Einwände, erweitert einzelne Angaben und fasst seine Anschauungen einheitlich zusammen. Er war bekanntlich nicht der erste, welcher die elektrische Erregbarkeit der Rinde erkannte; dies Verdienst gebührt Hitzig und Fritsch. Wohl aber hat er diese Entdeckung erfolgreicher verwandt, als sonst Jemand, seine Untersuchungen sind so vielseitig und vollständig zugleich, dass ihm hierin wohl kein anderer Autor gleichkommt. Eine besondere Wichtigkeit kommt F.'s Angaben deesshalb zu, weil er vorzugsweise am Affenhirn experimentirte. Sie sind mit ungleich grösserer Wahrscheinlichkeit auf den Menschen anwendbar, als die an Hunden etc. gewonnenen, weil einmal die Reaktionen des Affen menschenähnlicher sind als die anderer Thiere, zum anderen die Homologie der Hirnwindungen von Affe und Mensch gestattet, die an jenem gefundenen Centra auf die entsprechenden Windungen dieses zu übertragen. Den Reizversuchen stehen als Controle und Bestätigung die ebenfalls sehr zahlreichen Versuche gegenüber, in denen circumscribte Rindenabschnitte zerstört wurden. Es kann nicht versucht werden in diesem

kurzen Referate, einen Abriss der F.'schen Darstellung zu liefern, wir wollen uns begnügen anzugeben, wie weit nach F. die Bedeutung der einzelnen Windungen als bekannt zu betrachten ist.

Die *vordere Frontalregion* ist elektrisch nicht erregbar, ihre Zerstörung bewirkt eine Art geistiger Degradation, welche sich in letzter Instanz auf den Verlust der Aufmerksamkeitsfähigkeit zurückführen lässt.

An der *Vereinigungsstelle der obersten Stirnwindung mit der vorderen Centralwindung* ist das Centrum für die Vorwärtsbewegungen für Arm und Hand, z. B. um einen nach vorn gelegenen Gegenstand zu berühren.

Das *hintere Ende der 2. Stirnwindung* ist Centrum für die Lateralbewegungen von Kopf und Augen mit Erhebung der Augenlider und Dilatation der Pupillen.

Das *hintere Ende der 3. Stirnwindung* und untere Ende der vorderen Centralwindung enthalten das Centrum für die Bewegungen der Lippe und der Zunge (Broca'sche Windung: Aphasie).

An der *oberen Umsäumung der fiss. Rolando* finden sich die Centren für die verschiedenen complicirten Bewegungen des Armes und Beines (Klettern, Schwimmen etc.).

An der *vorderen Centralwindung* findet man absteigend das Centrum des Biceps (Supination und Beugung des Armes) und die Elevatoren und Depressoren des Mundwinkels.

Die *hintere Centralwindung* enthält die Centren für die Bewegungen der Hand und des Handgelenkes, an ihrem unteren Ende das Centrum des Platysma.

Das *obere Parietalläppchen* vertritt die Bewegungen des contralateralen Beines und Fusses, wie solche zu den Locomotionsbewegungen dienen.

Der *Gyrus angularis* enthält das Sehcentrum, Reizung desselben verursacht Bewegungen des Kopfes und der Augen nach der anderen Seite, Zerstörung: Blindheit des anderen Auges (also vollständige Kreuzung der Optikusfasern im Grosshirn!), Zerstörung beider Gyri angul. vollständige dauernde Blindheit.

Die *obere Schläfenwindung* enthält das Hörcentrum. Reizung dieser Windung ergiebt (beim Affen): rasche Retraction, Aufstellen des anderen Ohres, weites Oeffnen der Augen, Pupillendilatation und Wendung des Kopfes. Bei einseitiger Zerstörung der Inframarginalwindung reagirt das Thier noch auf Reize, Reactionen, welche nicht mehr erfolgen wenn das Ohr auf der Seite der Läsion verschlossen wird. Doppelseitige Zerstörung ergiebt vollständige Taubheit.

Die elektrische Reizung der *Hinterhauptslappen* ist erfolglos. Ihre Zerstörung ist ohne jeden Einfluss auf Motilität und Sensibilität, wohl aber geht durch dieselbe das Verlangen nach Nahrung verloren. Es ist daher wahrscheinlich, dass das Hungergefühl im Lob. occipitalis localisirt sei. Manches weist ferner darauf hin, dass die Occipito-Temporalwindungen, welche den unteren und inneren Theil des Schläfenlappens mit dem Hinterhauptlappen verbinden, den Sitz der sexuellen Empfindungen darstellen.

Reizung des *Gyrus uncinatus* ergab eine eigenthümliche Ver-

drehung der Lippen und theilweisen Verschluss des Nasenloches derselben Seite. Bei Zerstörung des Uncus und seiner Umgebung geht Geruch und Geschmack verloren. Eine Trennung des Riech- und Schmackcentrums war nicht möglich.

Die *Ammonshornregion* (grosser Seepferdefuss und Gyrus hippocampi) enthält das Centrum für die tactile Sensibilität. Reizung erregt allgemeine Unruhe; Zerstörung: Anästhesie der entgegengesetzten Körperhälfte.

Nach der Grosshirnrinde werden noch die Functionen der *Basalganglien* besprochen, deren Thätigkeit im Gegensatz zu der „noetiko-kinetischen“ der Grosshirnhemisphären als „hypo-noetiko-kinetische“ bezeichnet wird. Die Streifenhügel (geschwänzter Kern + Linsenkern), deren Zerstörung eine der Lähmung nach Läsion der motorischen Rinde gleichende Hemiplegie hervorbringt, sind als Centren für die automatische Organisation der Bewegungen anzusehen und die Sehhügel stehen in einem ähnlichen subordinirten Verhältnisse zu den sensorischen Rindencentren. Elektrische Reizung der Streifenhügel bei Affen, Hunden, Katzen etc. erzeugt einseitige tonische Contraction des Gesichts, Nacken, Rumpf, Extremitätenmuskeln, also Pleurosthotonus. Vollständige Zerstörung des Thalamus beim Affen vernichtet die Sensibilität der andern Seite und bewirkt Blindheit des anderen Auges. —

Das nun folgende Capitel über die psychischen Functionen des Grosshirns zeigt in erhöhtem Maasse, was jede Seite des Buches erkennen lässt; dass hier nicht nur der experimentirende Physiolog vom Fach spricht, sondern der in jeder Hinsicht mit dem Centralorgan Vertraute. Das Hauptproblem, welches sich durch das ganze Buch hindurchzieht, ist die Beziehung zwischen Reflexaction einerseits, Wahrnehmung und Willkür andererseits, das Verhältniss zwischen Bewusstem und Unbewusstem. Die klare und geistvolle Discussion aller hieraufbezüglichen Fragen ist nicht der geringste Vorzug des Werkes. Aber auch die Pathologie kommt zu ihrem Rechte, überall wird auf die klinischen Symptomencomplexe und die pathologisch-anatomischen Befunde Rücksicht genommen. —

Den Schluss machen ein schematischer Ueberblick und eine Darstellung des topographischen Verhältnisses des Schädels und der Hirnwindungen. —

M ö b i u s (Leipzig).

82) S. Weir. Mitchell: Some of the lessons of neurotomy.

(Brain, October 1878. pag. 287.)

Verf. stellt sich die Aufgabe 1) über die Indicationen und 2) über die Folgen der Nervendurchschneidung (resp. excision) seine zahlreichen Erfahrungen mitzutheilen und namentlich einige bis jetzt wenig oder gar nicht berücksichtigte wichtige Punkte zu erörtern. Die Nothwendigkeit einer Neurotomie ist dann vorhanden, wenn entweder in Folge einer Krankheit oder eines Insultes ein localer Reiz Veranlassung zu unerträglichen Erscheinungen in der Peripherie des afficirten Nervengebietes giebt (Krämpfe, Hyperal-

gesie, Neuralgien) oder reflektorische Neurosen in entfernten Gebieten oder Störungen der Circulation in den Centren hervorruft. So leicht die Entscheidung ob man operiren solle, in einigen Fällen ist, so schwer wird sie in andern. So ist es oft schwer zu differenziren ob bei einer Neuralgie des Trigeminus die Peripherie oder die centralen Theile der Nervenganglien etc. afficirt sind und es liegt oft der Fall vor, dass trotz des primären Sitzes der Erkrankung im centralen Gebiete, doch die peripheren Theile secundär von dem Centrum aus in einen gewissen Erregungszustand versetzt sind und ihrerseits durch ihren Reizzustand irritirend auf die Centren wirken. Aber auch in solchen schwierigen Fällen und in andern in denen sich von einem Zweige des Nerven aus die Schmerzen auf die andern ausgebreitet haben stimmt Verf. für die Durchschneidung der Zweige, in denen die Schmerzen zuletzt auftraten, da er hier öfter Erfolge gesehen hat, also die Operation empirisch für gerechtfertigt hält und da ferner Operationen am Trigeminus lange nicht zu dem Bedenken Veranlassung geben, wie die an den Extremitäten, wo es sich weit öfter um neuritische ascendirende Processes handelt und wo die recurrirende Sensibilität eine grössere Rolle spielt. Eine wichtige Frage ist in allen Fällen die, ob bereits eine organische Veränderung den Nervenstamm ergriffen hat, weil man stets oberhalb oder ganz in der Nähe der ergriffenen Stelle operiren muss, um nicht durch Mangel an Sorgfalt in dieser Beziehung Misserfolge zu haben. Die Diagnose, ob der Nerv pathologisch unverändert ist, kann selbst bei grosser Uebung nur selten durch blosser Ressection gestellt werden. In leichteren Fällen rath Verf. deshalb die Operation vorzunehmen weil die Abtrennung der irritirenden Partie oft dem centralen Stücke Ruhe verschafft und weil damit allmählig die organischen Veränderungen verschwinden, während in Fällen, wo die Sclerose der Nerven bereits beträchtlich ist, selten ein Erlöschen des Processes, sondern öfter ein stetes Fortschreiten zu constatiren ist. Die Meinung, dass Schmerzhaftigkeit des Nervenstammes oberhalb des Sitzes des einwirkenden Reizes ein Zeichen organischer Veränderung des Nerven sei ist nicht richtig, da oft bei frischer aufsteigender Neuritis eine solche Schmerzhaftigkeit in hohem Grade vorhanden sein kann, während die Schmerzempfindlichkeit bei vorgeschrittener Sclerose oft lange nicht ein so hohes Mass erreicht. Bei Nervenverletzungen an der Hand ist immer noch einige Zeit Hyperalgesie im Hauptstamm vorhanden, aber man muss eine leichtere Form unterscheiden, bei der Druck auf den Stamm nicht besonders schmerzhaft ist, jedoch grossen Schmerz in der Peripherie erzeugt und eine schwerere Form, bei der derselbe Druck heftige Schmerzen im Stamme und in dem peripheren Gebiete hervorruft. Elektrizität in Form des constanten Stromes lindert zwar während der Application, und zwar auffallenderweise unabhängig von der Richtung des Stromes, die Schmerzen, aber erzielt keine dauernden Erfolge. Auffallend ist die Thatsache, dass trotz des Vorhandenseins von recurrirenden Nervenfasern, (die ja zwischen Medianus und Radialis sicher constatirt sind) im Falle einer Verletzung des Medianus, die mit Hyperalgesie des Nervengebietes einhergeht, nie

ein solcher Irritationszustand im Radialis besteht, und Verf. ist geneigt dieses Verhalten darauf zurückzuführen, dass die Wunden gewöhnlich die *Hand* betreffen, während die recurrirenden Nerven erst weiter peripheriewärts, also im Gebiete der *Finger* in beträchtlicher Zahl auftreten.

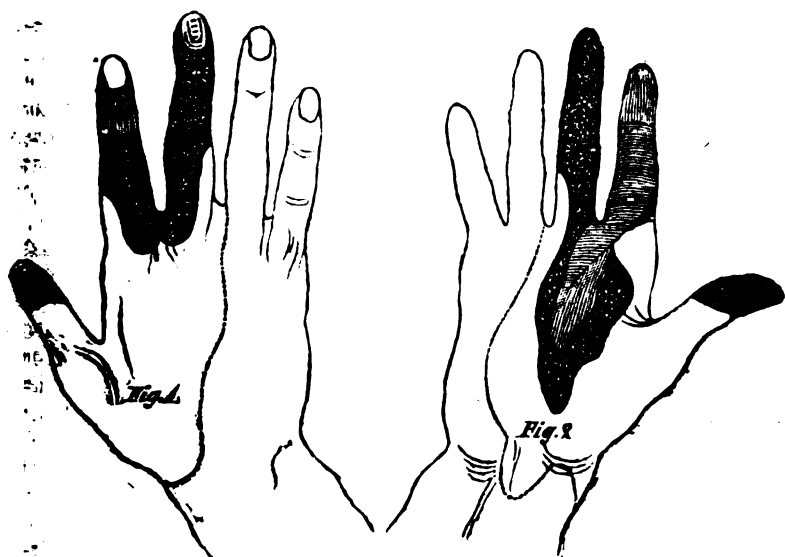
In dem zweiten Theile seiner Abhandlung, der von der Neurotomie und ihren Folgen handelt, weist Verf. darauf hin, wie schwierig oft, wenn man sich zur Operation entschlossen habe, die Entscheidung sei, welchen Nerven man durchschneiden solle, da aber die Vertheilung der Nerven auf die einzelnen Bezirke keine so regelmässige und begrenzte sei als es nach den Angaben der Anatomen scheinen könnte und dass weite Schwankungen bei den einzelnen Individuen sowohl rücksichtlich des normalen Verlaufes als der Versorgung durch recurrirende Fasern vorkommen. Das beste Mittel um zur Entscheidung zu gelangen, ist in solchen Fällen die Prüfung der Sensibilität der Stämme durch Druck und Electricität und namentlich die Berücksichtigung der Symptome, welche in dem erkrankten Bezirk, bei tiefem Druck auftreten. So wurde in einem Falle, bei dem durch eine Verletzung, welche die Gegend des Medianus und radialis an der Hand betraf, Epilepsie hervorgerufen war, Druck auf die Eingangsöffnung der Wunde (Medianusgebiet) nicht schmerzhaft empfunden, während Druck auf die Ausgangsöffnung heftige Krämpfe hervorrief, die nach Durchschneidung des Radialis für immer ausblieben. In einem andern Falle, wo eine Handwunde heftige Schmerzen an der Palmar- und Dorsalfäche des Zeige- und Mittelfingers hervorgerufen hatte, constatirte der behandelnde Arzt, dass Druck auf den Medianus die Schmerzen bedeutend steigerte, während starker durch ein Tourniquet auf den radialis ausgeübter Druck nicht nur die Schmerzen im Radialisgebiete (Rückenfläche des Fingers), sondern auch die im Medianusgebiete völlig zum Verschwinden brachte. Als man nun den Radialis völlig durchschnitten hatte, verschwanden die Schmerzen, um nach 8 Tagen in früherer Intensität wiederzukehren und erst als Verf. den Medianus durchtrennte, trat völlige Heilung ein. Schmerz bei Druck auf den Nervenstamm ist demgemäss der sicherste Führer für den Ort der Operation. Die Fähigkeit der Nerven sich zu regeneriren, ist nach Verf.'s zahlreichen experimentellen und klinischen Beobachtungen eine enorme, da alle Versuche, die er mit verschiedener Lagerung der getrennten Theile vornahm, nie die Restitution des Nerven verhinderten und Verf. hält es für möglich, dass blosse Durchschneidung in Bezug auf die Dauer der Wirkung fast denselben Effect hat wie Excision, die weniger als 2 Zoll aus dem Nerven entfernt. Erst pflügt die Sensibilität, dann die Motilität sich wieder einzustellen; und es ist, wenn die Schmerzen innerhalb von 5 Monaten sich wieder einstellen, die Ursache für die Neuralgie wahrscheinlich eine centrale oder es sind auch noch andere Nerven afficirt; doch kommen auch hier individuelle Verschiedenheiten vor. So wird ein Fall erwähnt, bei dem trotz Excision eines Stückes von 2 Zoll Länge aus dem Nerven in 6 Wochen wieder Schmerzen auftraten und wo in 10 Wochen die Sensibilität restituirte war.

Die Folgen der Neurotomie variiren nach der Qualität der Nerven; denn nur ausnahmsweise treten die nach Operationen an den Nerven der Hand so häufigen trophischen Störungen bei Resectionen der Gefühlsnerven auf. Die gewöhnlichen Consequenzen der Nervendurchschneidung sind: Verminderung des Schmerzes für kürzere oder längere Zeit, vasomotorische und gewisse trophische Störungen.*) In Bezug auf letztere kann M. den Ausführungen von Brown-Séquard und Charcot, welche trophische Alterationen stets nur nach partiellen Durchschneidungen oder in Folge irgend welcher mit Reizung verbundener Läsionen, nach totalen Durchschneidungen aber nur die Folgen sahen, welche bei dauernder Unthätigkeit der Glieder sich zeigen, nicht beipflichten und citirt zum Beweise Fälle, bei denen nach totaler Durchschneidung von Medianusästen durch Glassplitter, (wodurch vollkommene Anaesthesie in den betreffenden Gebieten hervorgerufen wurde) späterhin Blaseneruptionen, Geschwüre und Anschwellungen an den beteiligten Fingern auftraten. In zwei andern Fällen wiederum, in denen Medianusäste an der Hand nicht völlig durchtrennt waren und bei denen hochgradige trophische Störungen sich zeigten, wurden dieselben auch durch völlige Durchschneidung der Nerven nicht gehoben, so dass nach Ansicht des Verf.'s der Beweis geliefert ist, dass auch totale Durchschneidung den durch partielle Continuitätstrennung bedingten Reizzuständen nicht immer ein Ende machen kann. (Diese Fälle scheinen Ref. doch nicht vollkommen beweisend, da sich ja von der Wunde aus irritative Prozesse bis in die äusserste Peripherie des Nerven ausbreiten können, die zu einem dauernden, durch blosse Trennung von dem direct verletzten Nervenstücke nicht mehr zu beeinflussenden Reizzustande führen.)

Endlich berichtet Verf. folgende zwei hochinteressante Fälle: Bei einem 17 jährigen Mädchen waren nach einer Verletzung von Medianuszweigen an der Hand vollkommene Anaesthesie und Analgesie im Medianusgebiete des Zeigefingers und partielle derartige Störungen im Gebiete der anderen vom Med. versorgten Finger aufgetreten. 8 Tage nach der Excision eines zolllangen Stückes aus dem Medianus 3 Zoll oberhalb des Handgelenks, (3 Monate nach der Verletzung) constatirte Verf. bei der genauen Untersuchung der Pat. folgenden Befund der auch späterhin stets der nämliche blieb: In dem Bezirke, zwischen der punktirten und der continuirlichen Linie, der grösser ist als sonst das Verbreitungsgebiet des Medianus zu sein pflegt, war das Gefühl für leichte Berührungen unendlich und abgeschwächt. (Verf. will nicht entscheiden, ob dieser ausgedehnte Defect der Sensibilität einer ungewöhnlichen Vertheilung der Medianuszweige oder einer durch die Operation bedingten, auf dem Reflexwege hervorgerufenen Störung der centralen Perception zuzuschreiben sei.) In dem Gebiete, welches von der continuirlichen Linie umgrenzt ist, sollte man, da unseren Anschauungen gemäss

*) Unter die Folgen der Neurotomie, die Verf. nirgends erwähnt fand, rechnet er noch eine beträchtliche Hyperalgesie in der Umgebung der Wunde, sowie langdauernde Ulcerationen derselben und Eruptionen von Herpesbläschen an ihren Rändern.

hier anschliesslich der Medianus sich verzweigt, vollkommene Anaesthetie erwarten, aber in Wirklichkeit bietet sich hier ein ganz abweichendes Verhalten. In dem punktirten Bezirke fehlt selbst jeder Berührungsschmerz und das Temperaturgefühl — auch hier ist die Localisation der Störung eine höchst auffallende; — in den parallel mit der Achse der Finger gestreiften Gebieten fehlt das Berührungsgelühl, aber bei Kneifen der Haut oder Druck mit einem stumpfen



Körper entsteht der heftigste Schmerz, während in den quergestreiften Partien Kneifen keine Schmerzen hervorruft, wohl aber tiefer Druck. In beiden Gebieten wird in ganz gleicher Weise der Schmerz genau localisirt, und werden Stiche mit einer feinen Nadel nicht empfunden, wenn sie vorsichtig seitlich in die Haut eingestochen wird; dagegen erregt auch hier rücksichtsloseres Stechen starken Schmerz. Aehnliche Befunde wurden in einem andern, noch etwas complicirteren Falle constatirt, der folgenden Verlauf hatte. Bei einem 22 jährigen Mädchen, welches im Alter von 2 Jahren sich in den vom Median. versorgten Theil der Handfläche einen Splitter gestossen hatte, der in der Wunde einheilte, waren nach einer Verletzung an derselben Gegend der Hand starke neuralgische Beschwerden im Daumen, Zeige- und Mittelfinger aufgetreten, welche trotz der Entfernung des in die Nervenmasse eingebetteten Fremdkörpers andauernd und noch durch Hyperalgesie vermehrt wurden, so dass man, da der behandelnde Arzt eine Vermehrung der Schmerzen bei Druck auf den Medianus, eine Verminderung bei Druck auf den Radialis fand, die Excision eines zolllangen Stückes aus letzterem Nerven vornahm, worauf die Schmerzen für 8 Tage

verschwanden, um dann wieder, begleitet von trophischen Störungen (Atrophie der Muskeln, Anschwellungen etc.) wiederzukehren. Die einige Jahre später vorgenommene Durchschneidung des Med. führte binnen 14 Tagen völlige Besserung herbei, rief aber bedeutende Sensibilitätsstörungen hervor. Nach einiger Zeit steigerten sich die Beschwerden wieder und es wurde deshalb zu einer nochmaligen Excision aus dem völlig retabilirten N. radial. — auch die Muskelatrophie war völlig verschwunden — geschritten, die andauernde Besserung der Beschwerden im Gebiete des Radialis zur Folge hatte. Ein Jahr nach dieser Operation zeigten sich die fatalen Schmerzen im Gebiete des Medianus, dessen Sensibilität theilweise wiedergekehrt war, von neuem, und man legte deshalb noch einmal den Medianus frei, constatirte die gewöhnliche knopfförmige Verdickung der Nervenenden und zwischen diesen kaum sichtbare Verbreitungsfäden, die aber gut leiteten, wie Verf. nachwies, indem er nach Freipräparirung des Nerven und Isolirung desselben durch Application des Inductionsstromes an dem centralen Nervenstumpf Bewegungen der Musculatur hervorrufen konnte. Es wurde nun ein 3 Zoll langes Stück aus dem Nerven excidirt und nach 3 Wochen eine Sensibilitätsprüfung vorgenommen, die wie oben erwähnt, ähnliche Resultate ergab, wie im ersten Falle. (Das Nähere ist in dem durch eine Abbildung auch dieses Falles illustrierten Original nachzulesen.) Die Erklärung dieser sonderbaren Verhältnisse ist eine schwierige selbst dann, wenn man auf die sensibilité recourante einen solchen Versuch stützen wollte und anzunehmen geneigt wäre, dass recurrirende Fasern im Stande sind selbst nach Durchschneidung eines Stammes Verbindungen mit dem Centrum aufrechtzuerhalten und die Schmerzempfindung und Localisation zu vermitteln. Eins nur scheint sicher, dass die primäre Irritation oder die Neurotomie die recurrirenden Fasern, welche central in die vom Radialis und Ulnaris mit dem Medianus gebildeten Anastomosen verlaufen, eine abnorme Fähigkeit der Schmerzempfindung zu verleihen vermag, ein Faktum, welches für die Neuropathologie ein neues Gebiet eröffnet. Durch die geschilderten Beobachtungen gelangt man zu der eminent praktischen Frage, ob es nicht das beste sei die Eröffnung der Wunde zu wagen und die primär durch das Trauma gereizten Fasern zu entfernen, wenn die Durchschneidung oberhalb keine dauernde Erleichterung der Schmerzen herbeigeführt hat.

Am Schlusse seiner Abhandlung behandelt Verf. noch die wichtige Frage, wie man entscheiden könne, wenn in einer gewissen Zeit nach der Operation, die anfangs alle Schmerzen behoben hatte, Schmerz bei Druck und spontane Schmerzen sich wieder einstellen, ob diese Recrudescenz der Symptome durch eine Reconstitution des neurotomirten Nerven bestätigt sei und meint, dass sobald als durch die elektrische Reizung oberhalb der Stelle der Operation Muskelzuckungen hervorgerufen werden können, eine zweite Operation gerechtfertigt sei, da dann der Nerv sich vollständig retabilirt habe. Andere wichtige Zeichen zur Bestimmung dieses Zeitpunktes sind: das Verschwinden der Muskelatrophie und die Wiederkehr der Sensibilität; doch können diese Symptome täuschen. Verf. ist der Ansicht, dass

in vielen Fällen die Erregbarkeit der Muskeln durch elektrischen Reiz der durch den Willen vorangeht und glaubt, dass deshalb die Sensibilität früher zurückkehre als die Erregbarkeit (spontane und elektrische) der Muskeln weil die letztere abhängig ist von der Reconstruction des Nerven; erst, wenn dieser leitungsfähig sei, könnten die pathologischen Veränderungen in den Muskeln sich zurückbilden.

Rosenbach (Breslau).

83) **J. C. Shaw:** A case of progressive muscular atrophy with sclerosis of the lateral columns.

(Journal of Nervous and Mental Disease; Chicago 1879, Januar.)

Der Fall betrifft einen 44 jährigen Kranken ohne erbliche Anlage zu Neurosen, der im 20. Jahre eine Gonorrhoe gehabt, dann im Jahre 1870 nach Durchnässung und Erkältung eine lange Erkrankung, die ihn ein Jahr lang an Beschäftigung hinderte, durchmachte. Im October 1875 machten sich die ersten Zeichen der Muskelatrophie bemerkbar: fibrilläre Zuckungen und Atrophie der Handmuskeln mit Functionsschwäche. Rasch vorwärts schreitend hatte die Atrophie im Januar 1876 schon die Arme ergriffen. Im Mai gesellten sich Bulbärsymptome dazu, und im October war die Glosso-pharyngealparalyse ausgesprochen; beim Gehen ermüdete Pat. leicht. Im Mai 1877, zu welcher Zeit Pat. in Behandlung des Verf. trat, war Pat. unfähig zu sprechen, die Zunge atrophisch und unbeweglich; Schlingbeschwerden waren vorhanden, die Oberextremitäten und die Brust zum Skelett abemagert, die Arme schlaff ohne Contractur; fibrilläre Zuckungen in dem übrig gebliebenen Muskelgewebe; Schmerzhaftigkeit der erkrankten Muskeln; normale faradische Reaction derselben. Die Muskeln der Unterextremitäten ermüdeten leicht, zeigten aber weiter noch keine Krankheitserscheinungen.

Die Krankheit nahm aber einen rapiden Verlauf, auch die Unterextremitäten atrophirten sehr rasch; Pat. war August 1877 unfähig sich zu bewegen; starb am 27. Septbr. desselben Jahres. Blase und Mastdarm waren vollkommen frei geblieben. Verf. konnte nur Hirn und Rückenmark, nicht aber die peripherischen Nerven untersuchen. Makroskopisch zeigte sich das Hirn normal, das Rückenmark auf Querschnitten in der grauen Substanz gefässreicher, die Vorderwurzeln ungewöhnlich durchscheinend. Die mikroskopische Untersuchung des in Kal. bichromicum Lösung gehärteten, mit Carmin und Hämatoxylin tingirten Rückenmarkes ergab eine ausgedehnte Atrophie der Ganglienzellen der Vorderhörner und Sclerose der Seitenstränge. Im Cervicaltheil war die Atrophie der Ganglienzellen beinahe eine vollständige und nur eine gelbliche Masse an deren Stelle zu sehen, nach abwärts wurde die Erkrankung geringer, aber auch im Lumbatheil wo die Zellen beinahe in normaler Anzahl sich fanden, waren sie pigmentirt, atrophisch und zumeist der Fortsätze ermangelnd, letztere waren dünner und durchsichtiger und färbten sich nicht mehr mit Carmin. Die Sclerose der Seitenstränge war ebenfalls im Cervicaltheil

am intensivsten und nahm nach auf- und abwärts ab; die Nervenröhren waren schmal und trüb, mit leicht granulirter Umgebung, die Septa verdickt, die Gefässe erweitert und von Exsudat umgeben.

Die Zellen der Nervenkerne in der Medulla oblongata, waren bis auf den sechsten und siebenten Nerven ebenfalls atrophisch.

Ein Stück des Muscul. pectoralis zeigte bei der mikrosk. Untersuchung einfache Verminderung der Grösse der Muskelfibrillen. Bezüglich der Auffassung des Falles gibt Verf. zu, dass derselbe am ehesten unter die amyotrophische Seitenstrangsklerose nach Charcot sich einreihen lässt, wobei aber zu beachten, dass eine Contractur der Atrophie nicht vorherging. Die Atrophie der Ganglienzellen aber als secundären Process anzusehen, die Sklerose als primären, scheint Verf. für diesen Fall wenigstens nicht richtig; er ist auch der Ansicht, dass die Veränderung in den Seitensträngen keine Sklerose sei, sondern eine secundäre Degeneration, ähnlich wie nach primären Hirnläsionen. Es gäbe gewiss Fälle, in denen die Ganglienzellenatrophie das Primäre sei; und bedürfe es noch der Sammlung von Beobachtungen, ehe man ein Krankheitsbild der deuteropathischen Muskelatrophie oder amyotrophischen Seitenstrangsklerose so bestimmt und beschränkt aufstellen könne, wie Charcot es gethan.

Karrer (Erlangen).

C. Eckhard: Beiträge zur Anatomie und Physiologie.

(8. Band, 3. Heft. Giessen 1878.)

84) Schwahn: Ueber das Schielen bei Verletzungen in der Umgebung des kleinen Gehirns.

Nach einer übersichtlichen Darstellung der bisher vorliegenden, zwar zahlreichen, doch vielfach sich widersprechenden Angaben der verschiedenen Autoren, von Magendie bis Nothnagel, gelangt der Verf., auf Grund eigener Experimente am Kaninchen, zu folgenden Schlussätzen:

1) Einseitige Schnitte und Stiche in den Lobus posterior und das übrige Kleinhirn sowie die vollständige Entfernung des ersteren und theilweise des letzteren bis zu namhaften Beträgen bewirken kein Schielen.

2) Verletzungen des verlängerten Marks bewirken Schielen in der Weise, dass das Auge der verletzten Seite nach unten und vorn, das der anderen nach hinten und oben sieht. Die in diesem Sinne wirksamen Stellen des verlängerten Markes erstrecken sich sicher von der Spitze des Calamus scriptorius bis vor das Wenzel'sche Tuberculum (die zwischen den Striae medullares sich seitlich erhebende Taeniola (Fascicola) cinerea, Ref.) und in die Gegend der Verbindung der Brücke mit den Schenkeln des kleinen Gehirns; in den unteren Partien des verlängerten Marks liegen sie ferner, in den oberen näher dem Boden der vierten Hirnhöhle. Ein durch einseitigen Schnitt erzeugtes Schielen kann durch eine entsprechende Verletzung an der anderen Seite aufgehoben oder in das entgegengesetzte übergeführt werden.

3) Durchschneidung des oberen Theils des Rückenmarks erzeugt kein Schielen,

4) ebensowenig alleinige Verletzung der vorderen und hinteren Kleinhirnschenkel.

85) J. Balighian: Beiträge zur Lehre von der Kreuzung der motorischen Innervationswege im Cerebrospinalsystem.

Die Beantwortung der Frage nach dem Verlauf der Wege, auf welchen bei der elektrischen Erregung des Grosshirns sich die Erregungsvorgänge von den gereizten Stellen bis zu den entsprechenden Nerven fortpflanzen, hat bereits Gliky (1876) experimentell in Angriff genommen, doch ohne zu entscheidenden Resultaten zu gelangen. Mit zuverlässigeren Methoden (Morphiumnarcose, Durchtrennung der Med. oblong. mittelst des Paquelin'schen Thermocauters) kam der Verf. zu nachstehenden Schlussfolgerungen:

Die Nervenwege, auf welchen sich die Erregungen fortpflanzen, durch welche die Muskelzuckungen erzeugt werden, welche man bei einseitiger Reizung des Grosshirns in der *vorderen Extremität* der entgegengesetzten Seite des Kaninchens erhält, treten durch die Sagittalebene nicht an einer beschränkten Stelle auf die andere Seite, sondern sind auf eine grössere Strecke vertheilt. Diese beginnt jedenfalls schon oberhalb des Tuberculum acusticum, also höchst wahrscheinlich schon in der Brücke und erstreckt sich von da abwärts bis zum unteren Ende des Calamus scriptorius, doch nicht unterhalb des Atlas.

Berger (Breslau).

86) M. Landesberg. Zur Pathologie des Sympathicus.

(Knapp's Archiv für Augenhil. VII. 2. 1878, pag. 268 ff.)

L. beobachtete bei einem 25jährigen Patienten, der im übrigen durchaus gesund und kräftig war, plötzliches Auftreten einer Amaurose des linken Auges, die unter heftigem Kopfschmerz und dem Gefühle des Benommenseins des Schädels begann, und bis zum folgenden Morgen vollständig zum Schwunde gekommen war. Ebenso war damit wieder vollkommene Euphorie hergestellt. Zwei Wochen später wurde Patient von einem zweiten Anfalle heimgesucht. Die Erblindung des linken Auges trat ein, nachdem sich der Paroxysmus auf der linken Kopfhälfte localisirt, hielt stundenlang an, um bei Besserung des Allgemeinbefinden wieder zur normalen und vollen Sehschärfe zu führen. Dieser Zustand wiederholte sich innerhalb 15 Monaten 9 mal in verschiedenen langen Zwischenpausen, unter stets denselben Prodromalerscheinungen und denselben Symptomen. Stets ist Verlust des Sehvermögens bis auf quantitative Lichtempfindung mit der Restitutio ad integrum Tags darauf, erweiterte Pupille, vermehrter intraoculärer Druck bei ganz normalem Augenhintergrunde constatirt worden. Verf. hält diese Anfälle transitorischer Erblindung für jene Form vasomotorischer Neurose, die unter dem Namen Hemicranie bekannt ist. Anknüpfend an diesen Befund beschreibt er ferner die bei ihm selbst mehrere Jahre hin-

durch periodisch aufgetretenen Anfälle von Hemicranie mit hochgradigen Hyperaesthesien der retina, herabgesetzter Sehschärfe, Pupillendilatation und Zurücktreten beider Augen in ihre Augenhöhlen. Jeder Anfall tritt plötzlich und unvermittelt auf, beginnt mit Blendungserscheinungen auf den Augen, Unvermögen Gegenstände zu fixiren. Das Gesicht wird blass, die Stimme etwas heiser, die Hände werden kalt. Allmählich localisirt sich unter Eintreten heftigsten Kopfschmerzes der ganze Paroxysmus auf der linken Kopfhälfte. Die Temporalarterie schwillt zu einem festen harten Stränge an. Compression der Carotis vermag weder den Verlauf des Anfalles abzukürzen, noch dessen Heftigkeit zu brechen. Absolute Ruhe und Schlaf ist das einzige Heilmittel. Die Besserung kündigt sich durch Nachlass des Frostgefühles an; sobald eine angenehme Wärme über den Körper sich verbreitet, treten auch Remissionen in den Kopfschmerzen auf und ist Patient im Stande, wieder direct seine Gedanken durch richtige Bezeichnung der Wörter Ausdruck zu geben. Beide Pupillen sind anfangs enorm erweitert und von verminderter Reactionsfähigkeit. Der intraoculäre Druck erleidet indess während des Anfalls keine Schwankung, während sich ein hoher Grad Ermüdung und verminderte Energie in den lateralen Augenmuskeln durch das Unvermögen der Fixation kund giebt. Im Anfangsstadium der Paroxysmen sind die Netzhautarterien verengert, die Venen erweitert. Der ganze Symptomencomplex ist als Hemicrania sympath. tonica mit bilateralem Verlaufe im Prodromalstadium aufzufassen. In diesem Sinne also Sympathicus - Reizung und partielle Anämie des Gehirns werden die einzelne Symptome analysirt und mit den anderweitigen klinischen Erfahrungen und Thatsachen in Einklang gebracht. Bei der transitorischen Erblindung glaubt Verf. Reflexwirkungen, die die moleculare Beschaffenheit des Opticus der erkrankten Schädelhälfte selbst afficiren, annehmen zu müssen.

N i e d e n (Bochum).

87) **Frommann** (Jena): Untersuchungen über die Gewebsveränderungen bei der multiplen Sclerose des Gehirns und Rückenmarks.

(Jena, Verlag von Gustav Fischer 1878.)

Verf. hat eine sehr eingehende anatomische Untersuchung eines Falles von multipler Sclerose angestellt, der auf der Klinik von Leube beobachtet worden war. Die klinischen Symptome waren kurz folgende gewesen: Zur Zeit der Aufnahme in die Klinik bestanden bei der 22 jähr. Patientin: *Intentionszittern der Extremitäten*, Atrophie beider Daumenballen, *Schüttelbewegungen des Rumpfes* beim Gehen, normale Sensibilität, gesteigerte Hautreflexe, *Dementia*. Die Krankheit soll etwa 4 Monate vor der Aufnahme mit plötzlicher Schwäche im rechten Bein, Schwindel und Bewusstseinsverlust begonnen haben, dann folgte Schwäche und Zittern im rechten Arm. Die Intelligenz vielleicht schon vorher in Abnahme begriffen. Ausserdem Incontinentia urinae und Obstipation. Etwa 6 Monate nach der Aufnahme Tod an Pneumonie. Dauer der ganzen Krankheit etwa 10 Monate.

Makroskopisch ergab sich bei der Autopsie: Multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks. Die Heerde im Gehirn linsen- bis erbsengross; im Rückenmark zeigen sich besonders die Seitenstränge und Hinterstränge ergriffen.

Bei der *mikroskopischen* Untersuchung ging Verf. von den kleinsten, nur mohnkornförmigen Heerden aus, welche noch keine rückgängige Metamorphose zeigen. Er fand dieselben aus einer feinkörnigen Substanz bestehend, deren Körnchen „bald streifen- und netzförmig angeordnet sind — an die alten Glianetze erinnernd —, bald mehr zu einer continuirlichen Schichte verschmolzen sind“. Zwischen den feinsten Körnchen liegen derbere Körnchen, von der Grösse der Kernkörperchen der Glia. Ausser diesen Körnchen finden sich äusserst feine und kurze Fäden, durch welche die Körnchen zu einem dichten Netz verbunden werden, dessen Knotenpunkte die Körnchen bilden. — Die Zahl der grösseren Kerne ist *nicht* vermehrt, sondern im Innern der einzelnen Heerde auffallend vermindert. An einzelnen Parthien der sclerotischen Heerde deutliche *fibrillaere* Structur wahrnehmbar. Die Gefässe meist unverändert; nur einige Capillaren zeigen geschwellte Wandungen. In den peripheren Heerdabschnitten *einzelne markhaltige Nervenfasern*, im Centrum keine; nackte Achsencylinder ziehen weit in das Innere der Heerde hinein. Die Ganglienzellen der *Hirnrindenheerde* in den verschiedenen Zuständen des Zerfalls. — In den grösseren linsen- und bohnengrossen Heerden finden sich *Fettropfen* und Fettkristalle; die Kerne auch hier spärlich, erst an der Peripherie reichlicher; die Menge der *Fibrillen* grösser; ausserdem „*zellenähnliche*“ Gebilde, die Fr. als *Gliakörper* bezeichnet (Synonym der „sternförmigen“ Zellen oder der vergrösserten Deiters'schen Zellen anderer Autoren *Ref.*)

Fr. will dieselben nicht als veränderte alte Gliazellen aufgefasst wissen, sondern sie sollen aus umschriebenen Abschnitten der sclerotischen Heerdschubstanz entstehen, und zwar aus den Knotenpunkten der beschriebenen Netze. Später kommt es zu einer „Verdichtung“ ihrer Substanz und zu Fibrillenbildung an einzelnen Abschnitten ihrer Peripherie. (Sicherlich kann dieser Modus der Entstehung mindestens nicht als der einzige betrachtet werden, da z. B. die genannten Gebilde in der Umgebung der gliomatösen Neubildungen in sehr ausgeprägter Weise vorkommen, ohne dass hier eine Anhäufung von Körnchen und feinsten Fadennetzen sich zeigt, aus denen sie hervorgegangen sein könnten *Ref.*). — Die Gefässe sind in den grösseren Heerden beträchtlicher verändert, als in den kleineren; ihre Wandungen kernreicher und verdickt. —

Die Heerde in der Med. oblong. und Med. spin. zeigen im Wesentlichen das gleiche Verhalten; in den Grenzonen häufig variöse Axencylinder. Fr. unterscheidet *Fibrillenheerde* und *Fettheerde*, welche beide aus dem Körnchenzerfall der Glia hervorgehen. Die Fibrillen entwickeln sich aus den sehr kleinen Fortsätzen der Körnchen, indem sie die in ihrer Wachstumsrichtung befindlichen Körnchen mit sich vereinigen und so massiver werden. —

Am Schlusse der Abhandlung versucht Fr. histologische Differenzmerkmale zwischen der Degeneration bei multipler Sclerose und der strangförmigen aufzustellen. Er glaubt, dass das Körnigbleiben

grösserer Heerdabschnitte in älteren Heerden und ausserdem weit verbreitete fettige Degeneration in denselben der multiplen Sclerose eigenthümlich sei, und dass ferner in den Grenzzonen bei strangförmiger Degeneration ein derbes, verdicktes Gliagerüst mit noch markhaltigen Nervenfasern sich zeige, während bei der multiplen Sclerose in der Grenzzone die schichtenweise sich verschiebende Heerdschubstanz sehr rasch nicht nur zu Defecten der Markscheide, sondern auch zu Continuitätstrennungen der Achsencylinder führt. (Gegenüber der Thatsache des Zusammenvorkommens multipler Sclerose und strangförmiger Degeneration in einem und demselben Rückenmark bei wesentlich gleicher histologischer Beschaffenheit der beiden Degenerationsformen dürfte sich eine strenge histologische Scheidung derselben schwerlich durchführen lassen. *Ref.*)

Schultze (Heidelberg).

88) **Pincus** (Königsberg): Occulter Wahnsinn. Brandstiftung. Mord.

(Eulenbergs Vierteljahrsschrift 1879. I. Heft.)

In einer Octobernacht steckte der 32 jährige unverheirathete Posthalter G. die Scheune seiner Mutter in Brand und erschoss in derselben Stunde seine 13 jähr. Nichte; er gestand am andern Tage ein Beides vorsätzlich gethan zu haben und gab als Motiv an, sich wegen seines vermeintlich unheilbaren Krankheitszustandes im höchsten Grade unglücklich und lebensüberdrüssig gefühlt zu haben; aber auch noch eine andere ihm nahestehende Person und sich selbst hätte er ebenfalls tödten wollen.

Die Untersuchung des Gemüthszustandes des G. hatte das Resultat, dass derselbe an einer psychischen Störung in der Form von Melancholie leide und dass er zur Zeit der incriminirten That sich in einem unzurechnungsfähigen Zustande befunden habe.

Frühere Verhältnisse des G. Als Aussergewöhnliches aus der Kindheit des G. liess sich nur ermitteln, dass er frühzeitig ein verschlossenes leicht gekränktes, misstrauisches Wesen zeigte, das im Laufe der Zeit zunahm. Nach Absolvirung des Gymnasiums bezog er die Universität zu K. um jura zu studiren. Er führte aber daselbst ein wüthes Leben, beging viele Excesse in baccho et venere, und zog sich später als Einj.-Freiwilliger auch eine syphilitische Affection zu, die ihn 4 Monate in das Militair-Lazareth führte. Diese Krankheit brachte ihn zum Trübsinn, er zog sich von seinen Studiengenossen zurück, vernachlässigte seine Studien vollends, konnte kein juristisches Examen machen, und wurde er dann nach mehreren nutzlosen Universitätsjahren in seiner Heimath Posthalter. In diesem Geschäft zeigte er trotz Pünktlichkeit und Sorgsamkeit in seinem Benehmen doch immer etwas Sonderbares: er war oft trübsinnig, zog sich von aller Gesellschaft zurück oder sass theilnahmlos bei öffentlichen Vergnügen inmitten von Jugendfreunden; sein scheues Wesen, seine innere Unzufriedenheit, seine beständige Sorge über die Folgen seiner Syphilis, die ihn bis zu einer an Verzweiflung grenzenden Muthlosigkeit führte, mochten die Ursache sein, dass es zu einem herzlichen Umgange mit den Mitgliedern seiner Familie nicht kam, obwohl er doch die Seinigen, ganz besonders sogar die von ihm erschossene Nichte O. aufrichtig liebte.

In seiner Schmerzmuth und Hoffnungslosigkeit liess er es auch an Andeutungen nicht fehlen, dass er einmal durch Selbstmord seinem Leben ein Ende

machen werde. Zu seinem Trübsinn kamen auch allmählich noch die Illusionen hinzu, dass Jedermann sich mit ihm und seinem Zustande beschäftige, dass Jedermann von seiner schmachvollen Syphilis Kenntniss habe, dass man ihn misachte, meide etc. Zu diesen psychischen Verstimmungen kamen dann oft Angst-Paroxysmen der heftigsten Art, besonders des Nachts, so dass der Arzt herbeigeholt wurde, der aber objective Krankheitserscheinungen nicht auffinden konnte. Der G. klagte über Schwindel, Kopfschmerzen, Herzklopfen, hatte Beängstigungen, stand Folterqualen aus durch die Wahnideen, dass er bald sterben müsse, so dass ihn schon im Jahre 1870 die Aerzte für geisteskrank, (an Schwermuthswahnsinn leidend) hielten. Eine wirkliche Besserung in seinem Zustande führte weder eine Cur in Kissingen noch eine im Seebad herbei: Schwermuth, Energielosigkeit, Verzweifeln an sich selbst, Misstrauen gegen Jedermann blieben bestehen. Mit Selbstmordgedanken umgehend kam es dann eines Tages durch einen heftigen Verdruss mit seinen Postillonon zu einem Aufregungs-Paroxysmus, in dem er die beiden Handlungen beging. —

Nach spezieller und interessanter Darlegung der eigenen Wahrnehmungen in den Explorationsterminen führt dann Verf., nachdem er auch noch die hereditäre Belastung des G. angeführt, in einem längeren Gutachten aus, wie für den Sachkundigen kein Zweifel vorhanden sein könne, dass Explorat seiner Zeit sich in einem Zustande geistiger Unfreiheit befunden habe, die ihn für die Folgen seiner Handlungen nicht verantwortlich erscheinen liesse, dass es sich um einen langsam, aber stetig sich *aus Hypochondrie entwickelnden Schwermuthswahnsinn* handle. —

Verf. legt zunächst dar, wie frühzeitig der G. schon *Hypochonder* war, dass er schon lange vor der That eine Beute schmerzhafter, körperlicher Empfindungen, einer Gefühlsalienation, die ihn allmählich auch psychisch ganz beherrscht habe, gewesen sei. „Er litt an Kopfschmerz, an Schwindel, an unbestimmten, aber unangenehmen Empfindungen im Herzen, in der Magengegend, in den Extremitäten, aber Alles in so verschwimmender, schnell wechselnder, nicht eng begrenzter Form, dass er selbst häufig ausser Stande ist, den eigentlichen Sitz derselben genau anzugeben. Dieses Gefühl des Unbehagens ohne äussere Veranlassung, das Gefühl innerer Functionsstörung ohne räumliche Begrenzung auf ein bestimmtes Organ, das Characteristische von Nervenleiden im Bereiche des Sympathicus, erzeugt dem Individuum Beängstigungen, wesenlose Furcht, vor zufällig bekannten Krankheitsformen, ja vor dem Tode, ohne dass dieselbe im Geringsten begründet ist; und dieser von vielen Schriftstellern (auch Griesinger) schon als einen Grad von Geisteskrankheit bezeichneten Zustand blidet das Wesen der Hypochondrie.“ Verf. weist dann bei dem G. die Energielosigkeit des Willens nach, die unzertrennlich mit jeder ausgeprägten Form des Wahnsinns deutlich hervorzutreten pflege. —

Als weiteres Zeichen einer Geisteskrankheit führt der Verf. die *Wahnvorstellungen, fixe Ideen* des G. an, die denselben in der Form des höchsten Misstrauens gegen sich selbst und Andere beherrschten; wo der höchste Grad von Hypochondrie vorhanden sei, da würden auch andere Wahnvorstellungen erzeugt, die das Urtheil auch über äussere Verhältnisse trübten, in vorliegendem Falle in

dem Maasse, dass die Form des Verfolgungswahns vorhanden gewesen sei. So z. B. gaben nach der Ansicht des G. die Aerzte ihm nur Rathschläge in der Absicht, ihn desto schneller und sicherer dem doch nicht mehr abzuwendenden Tode entgegenzuführen; sowie G. bei seinem Aufenthalte in Kissingen das Gespräch vorübergehender, ihm ganz fremder Personen auf sich bezog, wobei er seinen Namen zu hören glaubte, so dass er sich nahe der Grenze befunden, wo die geistigen Hallucinationen in die der Sinneshallucinationen übergehen. —

„Nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft“, führt Verf. weiter aus, „kann ein solcher Zustand nur auf materiellen Anomalien im Gehirn beruhen, sei es als selbstständige oder ursprüngliche Krankheit dieses Organs, sei es dass durch Reflex von äusseren Gebieten des Nervensystems die Gehirnanomalie entstanden ist. Die äussere Symptomatologie, sowie die pathologische Anatomie lassen uns bei dieser wie bei anderen Formen der Geisteskrankheiten oft im Stich, und wir befinden uns ihr gegenüber auf jenen räthselhaften Gebieten, auf welchen der materiellen Forschung noch Schranken gesetzt sind. Aber wissenschaftliche Induction wie Erfahrung geben für das practische Bedürfniss, wie es in einem forensischen Falle vorliegt, desshalb doch nicht ein minder klares Bild. So lehrt tausendfältige Erfahrung, dass gerade bei Melancholikern, trotz der scheinbaren Integrität ihrer Geistesthätigkeit nach vielen Richtungen hin, ganz unerwartet die schauerlichsten, meist auf Zerstörungstrieb gerichteten Handlungen verübt worden, und dass solche Geisteskranke viel gemeingefährlicher sind als Tobsüchtige und solche, deren Wahnsinn offen und unverkennbar zu Tage tritt.“

Verf. führt dann als letztes Beweismittel für die vorhanden gewesene Geisteskrankheit des G. *die That selbst* an, obwohl er sehr gut wisse, dass es einer objectiven forensischen Beweisführung widerspreche, eine incriminirte Handlung als Beweismittel für eine erst zu constatirende Geisteskrankheit selbst zu benutzen. Allein bei der gänzlichen Isolirtheit der fragl. Handlung, bei dem sonstigen Charakter des Beschuldigten könne ein solches Verfahren wohl eingeschlagen werden. Nicht im mindesten sei die Handlung als die Folge eines durch *Charaktereigenthümlichkeit* bedingten plötzlichen Impulses, noch weniger als das letzte und natürliche Glied in einer langen Kette von Leidenschaften oder sündhaften Neigungen psychologisch zu erklären. Für die Erkrankung des G. spreche Alles, jede bekannt gewordene Thatsache, die incriminirten Handlungen mit inbegriffen, gegen dieselbe nichts. Das Gutachten schloss daher: „Dass der Posthalter G. zu O. zur Zeit als er die Scheune seiner Mutter in Brand steckte und seine Nichte O. erschoss sich in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.“ —

Nachtrag: G. wurde unzurechnungsfähig erklärt und kam in eine Irrenheilanstalt, wohin er, nachdem er aus derselben einige Zeit entlassen, wegen neuer Beängstigungen freiwillig zurückkehrte.

Kohlmann (Remagen).

III. Neueste Literatur.

- 8) Galeowski, Des ambyopies et des amauroses toxiques. 1879. In-8^o, 180 pages. frcs. 3-50.
- 9) Tardieu, Étude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation. 2. édition, augmentée. 1879. 8^o. 376 pages avec fig. et pl frcs. 5-00.
- 10) Briand et Chaudé, Manuel complet de médecine légale, contenant un Traité élémentaire de chimie légale, par J. Bouis. 10. éd. 1879. 2 forts vol. gr. 8^o avec planches et gravures. frcs. 24-00.
Le tome II paraîtra très-prochainement et sera remis gratuitement aux souscripteurs.
- 11) Dambre, Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine. 2. édition, revue par un professeur. 8^o 612 pages. frcs. 8-00.
- 12) Claude Bernard, Leçons physiologie opératoire. frcs. 8^o xvi-624 pages et 116 fig. frcs. 8-00.

IV. Personalien.

- Offene Stellen. 1) Provinzialstäad. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 2) Irren-Heilanstalt Sachsenberg (Mecklenburg): II. Assistenzarzt, 1. Mai, 1200 M. jährl., freie Station I. Classe, vierteljährl. Kündigung beiderseits. 3) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a) Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage. Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. b) Volontairarzt, sofort; 600 M. jährlich, freie Station I. Classe, Verpflichtung auf längere Zeit. Meldung bei der Direction. 4) Eberswalde: a) Volontairarzt, b) I. Assistenzarzt, vergleiche die Inserate in der heutigen Nummer. 5) Thonberg (Dr. Guentz) Assistenzarzt, sofort; 1200 M. und freie Station. 6) Paukow (Dr. Mendel) Assistenzarzt, sofort; 1200 M. und freie Station. 7) Irrenheil-Anstalt Sonnenstein (Sachsen): Assistenzarzt, 1800 M. 8) Prov. Irrenanstalt Düren: Volontairarzt, 1. April, 600 M. jährlich und freie Station I. Classe, Nichtpreussen ausgeschlossen. 9) Prov. Irrenanstalt Owinsk: a) II. Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung, Wäsche. b) Volontairarzt, 1600 M. im Uebrigen dasselbe, $\frac{1}{4}$ jährliche Kündigung, nur für Unverheirathete. 10) Prov. Heil- und Pflgeanstalt Hildesheim: prov. Hilfsarzt, 900 M. und freie Station. 11) Reg.- und Medicinalrathsstelle in Trier. 12) Die Kreisphysicater: Bromberg (Stadt u. Land, 900 M.; Meld. bis 1. März 1879); Bad-Schwalbach, Kalau, Meldung bis 15. März bei der Kgl. Regierung in Königsberg.
- Ernannt: Dr. Frenenberg II. Arzt in Andernach zum Director in Saargebiet; Dr. Schmidt zu Koeben, zum Kreisphysikus für Soldin; Dr. Pippow zu Berlin zum Kreisphysikus für Ostprieignitz.
- Todesfälle: Hofrath Dr. Dick, Director der Irrenanstalt in Klängenmünster.

V. Anzeigen.

An der Brandenburgischen Landirren-Anstalt zu Eberswalde soll die Stelle des

ersten Assistenzarztes

mit der ausser freier Station ein jährliches Gehalt von 1500 Mark verbunden ist, zum 1. Mai d. J. anderweit besetzt werden. Bewerbungssuche sind unter Beifügung eines Lebenslaufes *längstens binnen 14 Tagen* an den Unterzeichneten zu richten.

Eberswalde, den 10. März 1879.

Dr. Zinn,
Königl. Geheimer Sanitätsrath.

Volontair-Arzt.

In der Brandenburgischen Landirrenanstalt zu EBERSWALDE soll die Stelle des Volontair-Arztes, dem ausser freier Station von der Anstalt ein jährliches Gehalt von 450 Mark und vom Königlichen Ministerium eine jährliche Renumeration von 600 Mark gewährt wird, zum 8. April l. Js. anderweit besetzt werden.

Bewerbungsgesuche sind unter Beifügung von Zeugnissen und der Approbation sofort und

längstens binnen 14 Tagen

an den Unterzeichneten zu richten.

EBERSWALDE, den 19. Februar 1879.

Dr. Zinn,

Königl. Geheimer Sanitätsrath.

Rehme-Oeynhausen.

Nach 15jähriger practischer Thätigkeit in Eisleben habe ich jetzt das Haus meines verstorbenen Freundes Dr. Braun in Rehme-Oeynhausen übernommen, um daselbst die badeärztliche Praxis zu übernehmen.

Dr. Voigt.

Ein Arzt, der in einer grossen Stadt Norddeutschlands seit 21 Jahren praktisch, speciell mit Nervenkrankheiten, Electro- und Hydrotherapie sich beschäftigte, 44 Jahre alt, unverheirathet, wünscht aus Gesundheitsrücksichten in einem gesunden, mehr südlich gelegenen Orte, am liebsten in einer Heilanstalt für Nervenranke oder in einer Irrenanstalt, sei es für den Sommer, sei es ununterbrochen, thätig zu sein, würde auch einatweilen die Vertretung eines Specialisten oder eines Anstaltsarztes übernehmen. Bei nicht zu anstrengender Beschäftigung würden seine Ansprüche sehr mässig sein. — Sprachkenntniss im Franz., Engl., Ital. vorhanden. Offerten nimmt die Exped. d. Bl. an sub M. 27.

Deutsche Militärärztliche Zeitschrift.

Redaction :

Dr. R. Leuthold u. Dr. M. Bruberg

Oberstabsarzt,
Taubenstrasse 5.

Stabsarzt,
Friedrichstr. 140.

Verlag :

E. S. Mittler & Sohn

Königliche Hof-Buchhandlung,
Berlin, Kochstrasse 69, 70.

VIII. Jahrgang. 1879.

12 Hefte.

Preis pro Jahrgang 12 Mark.

Buch- und Notendruckerei von Ph. Werle in Coblenz,

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Pettizeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

1. April 1879.

Nro. 7.

INHALT.

- I ORIGINALIEN. Medicinalrath Dr. von Hesse: Ein Fall von Hemianaesthesia hysterica.
II REFERATE. 89) E. Leyden: Ueber die durch plötzliche Verminderung des Barometerdruckes
entstehende Rückenmarksaffection. 90) Beck: Ueber Verletzungen der Wirbelsäule und des
Rückenmarks. 91) J. Grasset: Études cliniques et anatomo-pathologiques. 92) Debore:
Note sur la méningite spinale tuberculeuse. 93) W. R. Gowers: The brain in congenital
absence of one hand. 94) Völker & Schulz: Ein Fall von Neurom des Nervus
peroneus prof. 95) Fournier: De l'hémiplégie syphilitique. 96) Ringrose Atkins:
A case of right hemiplegia, hemianaesthesia and aphasia, with softening of the left side of
cerebellum. 97) J. Grasset (Montpellier): Hémichorée préhémiplégique, Hémianaesthésie.
Foyer hemorrhagique dans le noyau lenticulaire et la capsule interne du coté opposé. 98)
A. Assaglioli und E. Bonvecchiato: Beitrag zur Pathogenese der symptomatischen
Chorea aus cerebraler Ursache. 99) A. Tamburini: Das Fehlen der Erinnerung ist kein
constantes Zeichen der Epilepsia larvata. 100) Echeverria: De la trépanation dans l'épi-
lépsie par traumatisme du crâne. 101) A. Tamassia: Gutachten betr. eine Simulation von
Geisteskrankheit. („In causa di abigeato.“) 102) Ugo Palmieri: Gutachten betr. Töd-
tung und Verwundung seitens eines Geisteskranken. (In causa d'omicidio improvviso.) 103)
Zilino: Kopfverletzung mit Sprach- und Bewusstseinsstörung. Gutachten 104) Dronis des
Carrières, Lefèvre & Rousseau (Auxerre): Gutachten über eine Brandstifterin.

III PERSONALIEN. IV. ANZEIGEN.

I. Originalien.

Ein Fall von Hemianaesthesia hysterica.

Von Medicinalrath Dr. von HESSE,

Electrotherapeut und Specialarzt für Nervenleiden in Darmstadt.

Durch die Güte des Herrn Collegen Jäger in Darmstadt wurde mir in dankenswerther Weise die Erlaubniss, in dem Hospitale solche Krankheitsfälle, welche in mein Specialfach einschlagen, beobachten zu dürfen. Ich hatte hierdurch Gelegenheit Hemianaesthesia hysterica bei einer Patientin zu diagnosticiren, deren Krankengeschichte ich, bei dem grossen Interesse welches man neuerdings in ärztlichen Kreisen genannter Krankheitsform, sowie der Metalloscope und Metallotherapie zugewendet, hier kurz wiedergeben will.

Henriette H., 22 Jahre alt, Dienstmagd, noch nicht menstruiert, bis vor 4 Jahren immer gesund, litt von da an abwechselnd an Schmerz in der Gegend des rechten N. occipitalis, Schwindel, Schwebbeweglichkeit in den Beinen, Herzklopfen, unruhigem Schlaf, Luftmangel, Urinbeschwerden, unregelmäßigem Stuhl, wegen welcher Beschwerden sie vom 16. bis 23. November 1878 im Hospitale behandelt wurde und welche sich bei roborender Behandlung wieder besserten. Sie konnte darauf ihren Dienst wieder versehen, musste aber am 14. Jan. 1879 zum 2. Male um Aufnahme in das Hospital bitten, da sich der Schwindel so gesteigert hatte, dass sie nicht gehen konnte. Am 20. Januar hatte sie während des Essens einen Anfall von Ohnmacht, es trat Bewusstlosigkeit ein, die einige Minuten dauerte, wobei jedoch keine Zuckungen wahrgenommen wurden. Bei der am 26. Januar vorgenommenen exploratio per vaginam wurde ein verkümmertes Uterus und eine kleine, jungfräuliche Vaginalportion gefunden. Am 29. Januar constatirte man durch die Untersuchung eine bedeutend herabgesetzte Sensibilität der ganzen linken Körperhälfte von der Fusssohle bis zum Scheitel, namentlich aber vollkommene Analgesie dieser Seite, so dass die Kranke, die durch eine Hautfalte gestochene Nadel zwar bemerkte aber keinen Schmerz empfand; ein Zustand, welcher ihr selbst bis dahin völlig entgangen war und auch keine weitere Beschwerden verursacht hatte. Die Sehnenreflexe und Hautreflexe sind vorhanden, auf beiden Seiten gleich, die elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln für beide Stromesarten überall normal und auf beiden Seiten ziemlich gleich stark, keine Sprachstörung, nirgends Lähmung, Kontraktur, partielle Abmagerung oder sonstige Symptome, die auf eine periphere Nerven- und Muskel- oder centrale Heerdekrankung deuteten. Das linke Ovarium bei Druck schmerzhaft, Gehörempfindung links sehr herabgesetzt, so dass eine Taschenuhr etwa auf 2 Cm. gehört wird, rechts normale Hörweite.

Da das linke Auge amblyopisch und das Gesichtsfeld eingengt schien, und da bekanntlich Charcot bei den in Rede stehenden Neurosen auch eine Störung der Farbenperception der betreffenden Seite gefunden hat, so war es mir von Wichtigkeit, dass vor Allem das Auge in dieser Beziehung sorgfältig geprüft werde. Ich bat deshalb Herrn Collegen Adolph Weber in Darmstadt diese Prüfung mit mir zusammen vorzunehmen.

Man fand am 30. 1. 79 ophthalmoscopisch: am rechten Auge schwache, am linken Auge mittlere Hyperopie, optometrisch: rechts Emmetropie, Sehschärfe = 1; links Hypermetropie $\frac{1}{20}$, Sehschärfe $\frac{6}{50}$; Gesichtsfeld des rechten Auges nach allen Seiten normal; linkes Gesichtsfeld nach allen Seiten gleichmäßig und mehr als auf die Hälfte eingeschränkt. Farbensinnsprüfung nach der von Weber im Bericht über die Ophthalmologenversammlung Heidelberg 1878 niedergelegten Methode, ergab für das rechte Auge: Ausdehnung und Aufeinanderfolge der farbigen Gesichtsfeldgrenzen vollständig normales Verhalten nämlich auf 30 Ctm. Abstand vom Fixirpunkt für die verschiedenen Farben folgende Werthe in Centimetern:

	grün	roth	gelb	blau
-oben	9	12	18	19
unten	8	12	14	20
innen	10	12	21	22
aussen	14	21	31	32.

Für das linke Auge Einschränkung aller Farbengrenzen bis innerhalb derjenigen des Grün, wo alle auf ein und derselben Curve zusammenfallen, nämlich: nach innen 7, nach aussen 10, nach oben 4, nach unten 4.

Die centrale quantitative Farbenprüfung ergibt für das *rechte* Auge normales Verhalten; für das *linke* Auge: Gelb $\frac{3}{7} \chi$.*) Grün $\frac{3}{8} \chi$. Roth, Blau, Grün $\frac{3}{5} \chi$. Violett wird selbst bei $\frac{3}{20} \chi$ noch mit blau verwechselt, während Patientin rechts die Benennung der Farben äusserst genau und vor allem Verwechslung zwischen Blau und Violett nicht macht, sondern letzteres richtig mit „pensée“ bezeichnet. Ophthalmoscopischer Befund vollständig negativ: Pupille lebhaft aber nicht hyperämisch gefärbt, Centralgefässe nicht angeschwollen.

Am 31. Januar, Morgens 10 $\frac{1}{2}$ Uhr, wurde nun ein grosser Hufeisenmagnet (Gewicht des Magneten 2 Kilo, Tragkraft 1,2 Kilo) an der Dorsalfäche des linken Vorderarms in der Weise applicirt, dass der N. Pol in der Gegend des Handgelenks der andere nach oben zu sich befand und durch ein dazwischenliegendes Leinwandstück von der Haut getrennt war. Nach 10 Minuten zeigte sich die Haut in der Umgebung des N. Pols geröthet, bei Nadelstichen leicht blutend und war das Gefühl daselbst zurückgekehrt bis zu den Fingerspitzen, während die Umgebung des S. Pols noch nicht empfindlich war, um 10 $\frac{3}{4}$ Uhr war die Haut am S. Pol ebenfalls empfindlich und stieg diese Erscheinung von da rasch zum Oberarm, so dass um 10 Uhr 55 die Schmerzempfindung in der ganzen linken Körperhälfte nach oben und unten wieder vorhanden war.

Die Kranke machte bei der geringsten Berührung mit der Nadelspitze abwesend schmerzliche Bewegungen und konnte von einem Durchstecken der Nadel durch eine Hautfalte wie vorher, keine Rede mehr sein. Auf der R. Körperhälfte, namentlich in den auf der Applicationsstelle des Magneten entsprechenden Stellen, war jedoch das Gefühl nicht herabgesetzt, das Phänomen des Transfert nicht vorhanden, vielmehr schien die Empfindlichkeit bei Berührung mit der Nadelspitze erhöht zu sein. Um 11 Uhr wurde der Magnet entfernt und schien von da an die Sensibilität an Gesicht und Kopf wieder etwas herabgesetzt zu sein, während bei den Untersuchungen um 12 Uhr und um 6 Uhr Abends das Gefühl, wenn auch in etwas vermindertem Grade als R., noch in Arm und Bein erhalten blieb. Bei der Gehörprüfung nach der Applikation des Magneten wurde die Uhr auf 12 bis 15 Ctm. Entfernung deutlich gehört, welche Fähigkeit auch am Abend um 6 Uhr noch erhalten war. Sehprüfungen wurden an diesem Tage nicht vorgenommen. Als eine sehr auffallende Erscheinung muss noch erwähnt werden, dass sämtliche Stiche nach Applikation des Magneten stark bluteten und den ganzen Tag mit Blut unterlaufen waren, so dass der Arm und das Gesicht den Eindruck machten als seien sie mit Flohstichen bedeckt, während die Prüfungstische der vorhergehenden Tage keine Veränderung der Haut hinterliessen und nicht bluteten. Ich muss hierbei der mir bereits bekannt gewesenen Behauptung von Hughes Bennet, dass das Bluten oder Nichtbluten von dem zaghafteren oder beherzteren Einstechen abhinge, entschieden widersprechen, indem beide Verfahren, bei bestehender Hemianästhesie unblutig waren und umgekehrt.

Da nun nicht, wie man voraussetzte und wie ich es bei den in der Salpêtrière beobachteten Fällen gesehen hatte, die Hemianästhesie wieder zurückkehrte, sondern der nunmehrige Zustand stationär blieb und eine förmliche Hei-

*) Anmerkung: Die Einrichtung der Farbenprüfungstafel ist eine solche, dass ähnlich wie bei den Snellen'schen Buchstabentafeln, die Grösse der einzelnen Farbenpunkte für die verschiedene Entfernung von 1 bis 20 Meter zusammengefasst sind und die numerische Angabe des Perceptionsvermögens für die einzelnen Farben (χ) durch das Verhältniss des Abstandes des Untersuchten zu dem des Normal-sichtigen für dieselbe Grösse des Farbefeldes ausgedrückt wird.

lung mit Ausnahme des noch jetzt bestehenden Schwindels durch die Applikation des Magneten erzielt zu sein schien, so wurde am 4. 2. 79 zur selben Tageszeit in demselben Zimmer die Prüfung der Augen vorgenommen und verhielt sich das rechte Auge wie oben. Die Sehschärfe des linken Auges war auf centrale Sehschärfe $\frac{2}{7}$ gestiegen, ebenso das Gesichtsfeld bis auf die normalen Grenzen erweitert; farbiges Gesichtsfeld an Ausdehnung und Aufeinanderfolge der Grenzen vollständig gleich dem rechten und absolut normal; die centrale Farbenempfindung war in noch höherem Grade als die centrale Sehschärfe gestiegen und zwar relativ am meisten für Gelb, welches $\frac{3}{5} \chi$, am wenigsten Roth, welches jetzt erst $\frac{3}{5} \chi$, während Weiss und Blau ebenfalls auf $\frac{3}{5} \chi$, Violett und Grün auf $\frac{3}{4} \chi$ hinaufgegangen war.

Die übrige Untersuchung der Patientin im Zustande der Hemianästhesie ist nicht als eine vollkommen erschöpfende zu bezeichnen und muss ich bekennen, dass ich — begierig, den Einfluss der Metallotherapie auf denselben zu erproben — etwas zu rasch zur Applikation des Magneten schritt, ehe diese Untersuchung nach allen Richtungen vollendet war. Das Versäumte konnte leider — bei dem Eintreten einer unvorhergesehenen dauernden Heilung — nicht, wie ich vor hatte, nachgeholt werden.

Es handelte sich für mich nicht um die Feststellung der Thatsache, dass bei Auflegen von Metallplatten oder Anwendung von Magneten oder schwachen galvanischen Strömen bei hysterischer Hemianästhesie die Sensibilität vorübergehend oder dauernd auf der kranken Seite wieder zurückkehrt u. s. w. Alle diese Erscheinungen hatte ich mit eigenen Augen im Frühjahr 1878 von Charcot an den betreffenden Kranken zu wiederholten Malen in der Salpêtrière hervorbringen sehen und sind diese Thatsachen seit jener Zeit von anderen nüchternen und glaubhaften Beobachtern in Deutschland, Belgien u. s. w. anerkannt, bestätigt und durch ähnliche Experimente controlirt worden. Doch glaubte ich durch Veröffentlichung meiner Beobachtungen das vorhandene Material der immerhin noch nicht allzuzahlreichen Fälle bereichern und zur schliesslichen Aufklärung der interessanten Frage mit beitragen zu können. So dürfte namentlich das Verhalten des Auges der kranken Seite, das Ergebniss der Prüfung des Gesichtsfeldes und des Farbensichtfeldes mittelst exakter Methode von Interesse sein, da sie zeigt, dass eine nur dem Grad der Amblyopie entsprechende Farbenherabsetzung wie bei Amblyopien aus anderer Ursache, aber keine für sich pathognomonisch verwerthbare Farbenblindheit, vorhanden war.

II. Referate.

89) E. Leyden: Ueber die durch plötzliche Verminderung des Barometerdruckes entstehende Rückenmarksaffection.

(Arch. für Psych. u. Nervenkr. IX. 2.)

Bereits in seiner Klinik der Rückenmarkskrankheiten (II. p. 59) hat Leyden als Rückenmarksblutungen in Folge von vermindertem Luftdruck jene Fälle besprochen, wo sich bei Arbeitern, die unter bedeutend gesteigertem Luftdruck (nach der pneumatischen Methode) arbeiteten und dann plötzlich an die Atmosphäre hinaus traten, Lähmungen von cerebralem und spinalem Typus entwickelt

hatten. In Betreff der anatomischen Ursache dieser Lähmungen konnte man bisher nur vermuthen, dass es sich um zahlreiche kleine Hämorrhagien im Rückenmark handeln möchte, analog denen, welche Hoppe und Bert in den Geweben von Thieren, die durch verminderten Luftdruck getödtet waren, gefunden hatten.

Inzwischen hatte Dr. Alb. Lehwiss in Petersburg Gelegenheit gehabt beim Liteiny-Brückenbau Beobachtungen über die Erkrankungen von Arbeitern zu machen, welche in den Caissons unter hohem Luftdruck arbeiteten. Aus diesen Beobachtungen, soweit sie L. selbst am 26. April 1877 in der Sitzung des allgemeinen Vereins der St. Petersburger Aerzte mitgetheilt hat, sei nur hervorgehoben, dass die Kranken namentlich über *Ohrenscherzen* (Otitis) klagten und an *Gelenkschmerzen* litten. Gegen letztere bewährte sich die Salicylsäure zu 10 Gramm vortrefflich, weniger das salicylsäure Natron.

Aus anderweitigen, brieflichen Mittheilungen des Dr. L. theilt Leyden 3 ausführliche Beobachtungen von Paraplegie mit, von denen die 3. lethal ausging. Das Rückenmark dieses Kranken ist von Leyden untersucht worden.

Die Symptome und der Verlauf aller drei Fälle, besonders des letzten, als des schwersten Falles, entsprechen einer plötzlich (apoplectisch) entstandenen acuten, schweren Myelitis, deren Sitz in allen drei Fällen, zwischen Brust- und Lendenanschwellung zu suchen war. In allen Fällen waren die Oberextremitäten frei geblieben; die Unterextremitäten zeigten hochgradige Paraplegie der Motilität und Sensibilität mit Blasenaffection (Retentio urinae). In den beiden ersten Fällen trat schon nach wenigen Tagen eine Besserung ein, welche schnelle Fortschritte machte und in zwei bis drei Wochen zur Genesung führte. Im dritten Falle entwickelte sich eine bösartige purulente Cystitis und Pyelonephritis, an welcher Patient zu Grunde ging.

Trotz der intensiven Symptome und des schnellen überaus schweren Verlaufes hat die Autopsie am frischen Nervenmark *makroskopisch* keine Abnormitäten nachweisen können, auch keine Verfärbungen oder Residuen von Haemorrhagie. Erst am in Müller'scher Flüssigkeit *gehärteten* Rückenmark machte sich dann makroskopisch im Brusttheil auf dem Querschnitte ein geflecktes Aussehen geltend, indem namentlich in den Hintersträngen und in dem hinteren Abschnitt der Seitenstränge gelbliche Punkte aus dem dunkelbraunen Grunde scharf hervortraten. In der Mitte des etwa 10 Cm. hohen degenerirten Abschnitts des Brustmarks machten sich grössere, scharf umschriebene, längliche Flecke bemerklich, welche beim Schneiden bröckelten und aus den Grundmassen herausfielen, namentlich im Bereich der Hinterstränge, die wie zerklüftet sind. *Mikroskopisch* stellten sich diese hellgelblichen Punkte als Erkrankungsheerde dar, welche fast ausschliesslich aus Haufen grosser Zellen bestanden und in die Substanz der Hinterstränge gleichsam eingesprengt waren, indem sie das Nervengewebe auseinander gedrängt hatten und in einer Spalte desselben lagen. Innerhalb dieser Zellenläusen war nichts von Resten des Nervengewebes, nichts

von dem Gerüst der Neuroglia zu bemerken. Das benachbarte Gewebe bot die Zeichen der parenchymatösen Myelitis dar. — Auch die Seitenstränge in ihren hinteren Abschnitten nahmen an der Erkrankung Theil. In den Vorderseiten- und Vordersträngen lassen sich nur hier und da kleine Bezirke myelitischer Erkrankung wahrnehmen. Die graue Substanz mit ihren Zellen, die hinteren und vorderen Wurzeln, sowie auch die Meningen zeigen nirgends eine merkliche Bethheiligung.

Das Wesentliche des hier vorliegenden Processes sind nach *Le y d e n* kleine Einrisse (Spalten) in die Substanz des Rückenmarks. In diesen Rissen sind zahlreiche grosse Zellen (nur z. Th. Körnchenzellen) angehäuft. In der Umgebung des Spaltes findet sich als Reaction parenchymatöse Myelitis. Für die Annahme, dass analog den Thierexperimenten, diese Spalten als das Resultat von Blutungen zu deuten seien, liegt ein objectiver Beweis nicht vor. Wohl aber könnten die mehr oder minder ausgedehnten Zerreibungen und Spaltbildungen in der Marksubstanz nach *F. Hoppe-Seyler's* und *P. Bert's* Untersuchungen durch das plötzliche Freiwerden von Gasblasen (und zwar CO_2) aus den Plasmaflüssigkeiten hervorgerufen werden, ohne dass es überhaupt zur Gefässzereisung und Blutaustragung zu kommen braucht.

Dass in allen 3 Fällen das Brustmark ausschliesslich befallen, erklärt sich aus der auch im normalen Zustande relativ vorhandenen Consistenz desselben.

Seeligmüller (Halle).

90) **Beck**: Ueber Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks.

(Virchow's Archiv LXXV. 2. Heft. S. 207.)

B. berichtet über Verletzungen der *Wirbelsäule* und des *Rückenmarks* aus den letzten zwei Jahren. Bei zwei Verletzten erlitt das *Halsstück* der Wirbelsäule *Continuitätsstörungen* (Fall 1 u. 2), in einem Falle bestand *Fraktur* des *Lendentheils* mit völliger *Abquetschung* des *Markes* (Fall 3), in einem anderen war die *Leitung in der Höhe der Brustwirbel vernichtet* (Fall 4), in einem weiteren bestand *partielle halbseitige Trennung* des *Halsmarks*. Schliesslich ist noch ein Fall von *Meningitis* und *Myelitis peracuta* berichtet (Fall 5 u. 6).

Fall I *mehrfache Fraktur des Atlas* und *partielle Frakturen des 3. u. 4. Halswirbels*, beträchtliche Blutung in den Wirbelkanal hinein. Dadurch waren als Symptome aufgetreten: *Lähmung* der unteren, *partielle Lähmung* der oberen Extremitäten, *keine Störungen in der Respiration*. Wahrscheinlich bedingt durch irgend eine Bewegung hatte sich eine neue Blutmasse ergossen, welche unter Erscheinungen zunehmenden Druckes den Tod bedingte. B. macht darauf aufmerksam, dass ein Unterschied zwischen dem Druck eines colossalen Extravasats und den Störungen, die ein fremder Körper (dislocirtes Knochenstück u. s. w.) hervorruft, zu constatiren ist.

Fall II *Continuitätsstörung der Wirbelsäule* in ihrer untersten

Brustparthie und im *Anfange des Lendentheils* mit vollständiger *Abquetschung des Rückenmarks*. Tod nach 14 $\frac{1}{2}$ Monaten.

Der Patient stürzte Juli 1877 Nachts in der Kaserne vom 2. Stock zum offenen Fenster heraus. Die im Anfange vollständig vorhandene Lähmung und Sensibilitätsstörung der unteren Extremitäten, sowie die Lähmung des Mastdarms und der Blase besserten sich in sofern, als die Sensibilität sich bis zu einer gewissen Grenze abwärts wieder ausbreitete, nach zwei Monaten ferner leichte Muskelzuckungen auftraten, endlich nach drei Monaten eine gewisse Vorempfindung beim Stuhl, endlich nach 4 $\frac{1}{2}$ Monaten der Urin etwas länger zurückgehalten wurde und nach 6 Monaten bereits im Zuge abfloss. Der lethale Ausgang ward auch nicht veranlasst von Seiten des lädirten Rückenmarks, denn weder am Mark noch an den Nerven liessen sich post mortem pathologische Veränderungen nachweisen. Der Tod wurde vielmehr bedingt durch Bildung eines colossalen retroperitonealen Jaucheherdes, der alten Blutergüssen, die durch den Sturz verursacht waren, entstammte.

Fall III *Erschütterung der Wirbelsäule* und des *Rückenmarks*; vollständige Lähmung, verursacht durch Sturz vom Pferde. Tod.

Die Lähmung betraf die sensiblen und motorischen Nerven bis zur Höhe des 6. Intercostalraumes. Auch die vasomotorischen und trophischen Nerven hatten in höchstem Grade gelitten. Priapismus, Decubitus acutus, Tod vorwiegend bedingt durch letzteren. Die Section zeigte eine ringförmige locale Erweichung des Brustmarks, keine Apoplexia spinalis mit secundärer Degeneration.

Fall IV *Meningitis et Myelitis peracuta*. Patient stark erhitzt durch Laufen (um den Zug zu erreichen), setzte sich in einen ungeheizten Wagen dritter Classe. Schon nach 7 Minuten verspürte Patient heftige Schmerzen im Leib, dann starkes Kältegefühl, das nach wenigen Minuten sich bis zur völligen Taubheit steigerte. Es bildete sich eine vollkommene Lähmung der unteren Hälfte des Stammes, der Blase und des Mastdarmes aus. Der Tod wurde nach zwei Monaten durch den Decubitus veranlasst.

Fall V *Halbseitige Verletzung des Halsmarks* durch Stich mit gleichzeitiger *Durchtrennung des Wirbelkörpers*. Leptomeningitis spinalis et cerebialis acuta, exsudativa. Tod am 4. Tage.

Die in physiologischer Beziehung wichtigen Functionsstörungen waren: 1) Scheinbare Verengung der linken Augenlidspalte und Ptoſis des linken oberen Augenlids. (Trennung von Fasern, welche sich vom Rückenmark unterhalb der Reg. cilio-spinalis zum Sympathicus und mit diesem zum Kopf begeben.) 2) Oculopupilläres Symptom, die linke Iris sehr contrahirt. 3) Erhöhung der Körpertemperatur der linken verletzten und unvollkommen gelähmten Körperhälfte, welche durchschnittlich 4—6 Zehntelgrade betrug. 4) Verlangsamung des Herzschlages und Pulses. 5) Was die Störungen im Gebiete der *Motilität* und *Sensibilität* antrifft, so entsprechen diese ungefähr den Angaben von Schiff. Die Bewegungen der lädirten Extremität waren anfänglich sehr geschwächt, erholten sich jedoch am 3. Tage. Keine Hyperästhesie, keine erhöhte Reflexerregbarkeit, dagegen eigentliche Berührungsempfindung herabgesetzt. Auf der gesunden Seite Sensibilität und Motilität intact.

Fall VI. *Trismus traumaticus* mit tödtlichem Ausgange. Patient war hingefallen und hatte leichte Abschürfungen am Gesicht und am Kopf erhalten (Fall auf den Kopf).

Verf. sieht in diesem Falle neuen Beweis für seine Auffassung, dass es sich beim Trismus und Tetanus um eine auf reflectorischem Wege durch peripherischen Reiz hervorgerufene Neurose handle, welche in der Medulla ihren Sitz habe und bei der die motorische Erregbarkeit erhöht und der hemmende Einfluss auf die Reflexbewegungen vernichtet sei. Dabei herrscht individuelle Disposition.
S o n n e n b u r g (Strassburg i. E.).

91) J. Grasset: Études cliniques et anatomo-pathologiques.

(Montpellier 1878.)

Unter diesem Titel publicirt Verf. — als Resumé gehaltener Vorträge — eine Reihe von Fällen, die als ein willkommener Beitrag zur Localisationsfrage erscheinen und die wieder deutlich zeigen, wie die experimental-physiologischen Ergebnisse von Ferrier, Hitzig und Pitres im vollen Einklange mit den klinischen Beobachtungen stehen.

1. Bei einer Frau entwickelte sich nach länger bestandener Cephalalgie eine nur langsam und allmählich eintretende *rechtsseitige* Hemiplegie mit progressiver Amblyopie beider Augen die später in totale Amaurose überging. Das Ophthalmoscop wies die gewöhnliche absteigende Sehnervenatrophie nach. Die Hemiplegie war begleitet von einer *totalen* und *completen* Lähmung des *linken* *Facialis* und *Abducens*, zugleich bestand *conjugirte* Deviation der *Bulbi nach rechts*. Auch Kopf und Körper hatten die Neigung sich nach rechts zu drehen. Die Sensibilität war intact. Die Autopsie ergab 2 *Sarcome* in der unteren linken Ponshälfte nirgends die Medianlinie überschreitend, wodurch die *Paralysis alternans* gedeckt ist.

Weiters fand sich ein *Sarcom*, das die unterste Partie des linken Linsenkernes und den *Tractus opticus in toto* befallen hatte. Die rechte Hemisphäre bot ein gleiches aber etwas weiter nach rückwärts gelegenes *Neoplasma* dar, das ebenfalls den *correspondirenden Tractus opticus* laedirte. Dieser Befund erklärt die *beiderseitige Sehnervenatrophie* und *Amaurose*. Die *conjugirte Augenstellung* sowie die *Deviation des Kopfes nach rechts* müssen nach dem *Desnos'schen* Gesetze als von der *Brückenaffectio*n abhängig angesehen werden — vorausgesetzt dass beide fast *symetrisch* gelegenen *Hemisphärenlaesionen* sich diesbezüglich *compensiren*.

2. Ein Mann, der durch mehrere Wochen — angeblich seit einer *Attaque* — eine schwere *Bewusstseinsstörung*, *Incohaerenz* und *Verworrenheit* dargeboten hatte, wurde nach eingetretener *Besserung* der psychischen Symptome von einer langsam *fortkriechenden rechtsseitigen Hemiplegie* befallen *ohne jedwede Mitbetheiligung des Facialis*. Die Sensibilität zeigte eine leichte *Herabsetzung*.

Die Autopsie wies einen *länglichen Erweichungsherd* der linken *Hirnoberfläche* nach. Dieser Herd nimmt auf der *medialen Fläche* der *Hemisphäre* die *hintere Partie* der 1. *Frontalwindung*, den *ganzen Lobulus paracentralis* und die *zwei vorderen Drittheile*

des Lobus quadratus ein. Die Balkenwindung ist intact. An der äusseren Oberfläche der Hemisphäre ist derselbe weniger ausgebreitet: er occupirt das hintere Drittheil der I. Frontalwindung und den *höchstgelegenen Theil der vorderen und hinteren Centralwindung.*

Auf einem transversalen Schnitte, gemacht am Fusse der Frontalwindung erscheint die *graue Substanz* allein ergriffen, während auf allen nach rückwärts folgenden Parallelschnitten auch die darunterliegende weisse Substanz in variabler doch höchstens 3 Ctm. grosser Tiefe laedirt erscheint. Im übrigen Gehirne ausser *Arteriosclerose* keine Läsion. Dieser Befund an der von den Autoren als motorische Rindenregion beschriebenen Hirnoberfläche ist das pathologisch-anatomische Substrat des klinischen Bildes.

Die besondere Dignität des Falles liegt in der Integrität der unteren Partie der motorischen Rindenzone, die der Fossa Sylvii näher liegt und die Centren für die Gesichtsmuskeln birgt. Dieser negative Befund steht im vollen Einklange mit dem in vivo constatirten Intactsein des Facialis.

3. Ein Oberst bietet eine classische Aphasie mit Alexie und Agraphie dar, die begleitet ist von einer rechtsseitigen Hemiplegie und *Hemianaesthesia* ohne nachweisbare Betheiligung der höheren Sinnesorgane. Die Aphasie ist eine vollständige nur im Affecte kann er sagen: *partie* und *b* was er dann stets repetirt.

Der Fall gehört also zu jener bis heute geringen Anzahl von beobachteten Aphasien, mit denen Sensibilitätsstörungen namentlich *Hemianaesthesia* coincidirten.

4. 1862 beschrieb bekanntlich *Raynaud* unter dem Namen der *Gangrène symétrique des extrémités* eine Art von Gangrän, die characterisirt ist durch ausnahmslos symetrisch und superficiell auftretende Brandschorfe, die streng circumscripirt sind. Diese Gangrän, für die nicht etwa arteriosclerotische oder andere grobe Laesionen sondern nur *trophoneurotische Reize*, welche geeignet sind eine Contraction der peripheren Arterien nach sich zu ziehen, verantwortlich gemacht werden können, verläuft gewöhnlich unter dem Bilde einer Erfrierung oder was seltner unter dem einer einfachen Mumification.

Verf.'s Fall betrifft einen von Malaria durchseuchten Mann, der diese Gangrän in Form von kleinen Flecken an symetrischen Stellen der Ohren und an der Nasenspitze, während eines acuten Rheumatismus acquirirte. — Verf. will dieser Gangrän nur die Bedeutung eines klinischen Symptomes und nicht die einer eigenen Krankheitspecies vindicirt wissen.

5. Kapitel VI. enthält die Krankheitsgeschichte von zwei Bulbärparalysen, wovon die zweite secundaer nach einer Hemiplegie aufgetreten war. Ein robuster, athletisch gebauter, nicht belasteter Mann wurde während des Schlafes von einer linksseitigen Hemiplegie befallen. Zugleich war das Sprechen ein wenig erschwert. Ein Jahr später traten, während am linken Arme tardive Contracturen und ein leichter Grad von Muskelatrophie sich entwickelten, rapid zunehmende Schlingbeschwerden auf, die das Schlucken von Flüssigkeiten fast unmöglich machten. Dieser schweren Dysphagie ge-

genüber traten die Sprachstörungen ganz in den Hintergrund. Von der Rachen- und Larynx-mucosa aus war keine Spur eines Reflexes auslösbar, obwohl die tactile Empfindung conservirt war.

Der Geschmack war über der ganzen Zunge total aufgehoben, während dieselbe ebensowenig wie die Cutis eine Spur von Sensibilitätsstörung zeigte.

Verf. erklärt das complicirte Krankheitsbild durch die Supposition, dass die von dem ursprünglichen Herde in der rechten Hemisphäre ausgehende absteigende Türk'sche Degeneration im Bulbus auf die Kerne der Bulbärnerven propagirte, sowie selbige im Rückenmarke auf die grauen Vorderhörner übergriff.

Die Richtigkeit des zweiten Theiles dieser Annahme ist bekanntlich von Charcot und Pitres durch Sectionsbefunde erhärtet.

6. Den Schluss der Broschüre bilden zwei Fälle von tuberculöser Meningitis.

Der eine betrifft einen Maurer, der neben den gewöhnlichen clinischen Symptomen der Meningitis gleich zu Beginn der Krankheit auch eine incomplete, transitorische linksseitige Hemiplegie darbot, die nach einigen Tagen wieder verschwand. Die Autopsie ergab den gewöhnlichen Befund einer tuberc. Meningitis nebst einer Periencephalitis an der motorischen Rindenzone, wodurch die vordere und hintere Centralwindung (bis zu dem Lappchen der gekrümmten Windung) leicht laedirt waren. Dieser circumscribten Periencephalitis verdankt die incomplete transitorische Hemiplegie ihren Ursprung.

Ein schon längere Zeit an Phthisis pulmonum leidender Mann bekam nach heftigen Kopfcongestionem intensive Cephalaea, continuirliches Erbrechen, Nystagmus (in verticaler Richtung) und Drehschwindel.

Die Necropsie zeigte neben dem Befunde einer tuberc. Meningitis eine capilläre Haemorrhagie *im rechten Kleinhirnschenkel.*

Eine zweite ähnliche sass im Kleinhirne selbst in der vorderen Partie des Mittellappens.

Verf. erinnert an die bekannten Drehbewegungen der Thiere nach gesetzten Laesionen der Kleinhirnschenkel.

Den Nystagmus erklärt Verf. aus dem durch die Haemorrhagie im Kleinhirne gesetzten Reize. Bekanntlich hat Ferrier durch electriche Reizversuche am Affenkleinhirne permanenten Nystagmus erzeugt.

F. Müller (Graz.)

92) Debove: Note sur la méningite spinale tuberculeuse.

(Progr. medic. Nro. 3, 1879.)

Ein Tischler 29 Jahre alt, dessen Eltern an chronischem Lungenleiden verstorben waren, leidet seit 6 Monaten an Lumbago der ihn am Gehen hinderte. Ausserdem hustete der Kranke und litt wiederholt an unbedeutender Hämoptoe. Nach 2 Monaten stellten sich plötzlich, ohne jede nachweisbare Ursache Paraesthesien ein, zuerst in dem linken Oberschenkel bald auch in Fuss und Unterschenkel. Sodann wurde die ganze linke untere Extremität vollständig gelähmt; das Uriniren war erschwert.

Status praesens bei seiner Aufnahme am 6. August im Hospital: Decubus auf dem Kreuzbein, Sehr heftige Schmerzen in der Lendengegend bei jeder Bewegung und bei Druck. Dasselbe Verhalten bestand auch zwischen den Schulterblätter. Die linke untere Extremität ist vollständig gelähmt; die Sensibilität beiderseits intact, und an der linken unteren Extremität wenige Schmerzpunkte. In den Lungenspitzen, grosblasige Rasselgeräusche und Gargouillement. T. 38. 3. Am 7. Aug. ist auch das rechte Bein vollständig gelähmt, die Sensibilität an der linken unteren Extremität vollständig aufgehoben, an der rechten nur an einzelnen Stellen für Tasteindrücke erhalten. Die Sensibilität der Bauchwand ist vermindert. Keine Kopfschmerzen, Bewusstsein und Intelligenz intact. In der Nacht vom 7. zum 8. Aug. trat heftige Aufregung und Delirien ein und am 8. um 6 Uhr Morgens erfolgte der Tod.

Section: Tuberculöse Granulationen und Entzündung der Dura und Pia besonders aber der Arachnoidea auf der hinteren Seite des Rückenmarkes in der Umgebung der vorderen und hinteren Furchen. Meningitis suppurativa auf der hinteren Seite vom Dorsaltheil sich nach dem Cervicaltheil erstreckend. Das Mark selbst zeigte keine krankhafte Veränderung. — Am Gehirn fand man nur eine unbedeutende Coagulation der Gehirnhäute und einige Tuberceln in der Fossa Sylvii, nirgends aber suppurative exsudative Meningitis; die Lunge war durchsetzt mit Tuberkeln besonders in den Spitzen, wo sich auch einige kleine Cavernen befanden. Die übrigen Organe waren intact.

Verf. ist der Ansicht, dass in dem mitgetheilten Falle die Tuberculose zuerst in den Häuten der medull. spinal. aufgetreten und von hier auf das Cerebrum fortgeschritten sei. Der umgekehrte Weg sei jedoch der häufigere. Er glaubt, dass in vielen Fällen von meningit. cerebral. tuberc. die Erkrankung auf die Gehirnhäute beschränkt bleibe, dass aber doch in einer weit grösseren Anzahl von Fällen als bisher mitgetheilt, die Affection auch auf die Medulla spinalis übergehe und hierdurch erhebliche Spinal-Symptome, besonders Paraplegie hervorrufe, die jedoch bei dem Ueberwiegen der Cerebralerscheinungen leicht übersehen, oder als solche gedeutet würden.

Halbey (Bendorf).

93) W. R. Gowers. The brain in congenital absence of one hand. (Brain. III. Oct. 1878. pag. 388.)

Verf. hatte Gelegenheit die Section eines mit angeborener Atrophie der linken Hand behafteten, an allgemeiner Paralyse gestorbenen 40jährigen Mannes zu machen, bei dem die rechte hintere Parietalwindung einen interessanten Befund darbot. Was zuerst die Beschaffenheit der linken Extremität betrifft, so war der Ober- und Vorderarm normal entwickelt, ebenso waren alle Muskeln, die vom Vorderarm zur Hand gehen mit Ausnahme des Extensor digit. minim. vorhanden und inserirten an einer fibrösen Capsel, welche eine in zwei ungleiche Stücke getheilte, durch ligamente verbundene, an den Vorderarm anstossende Knochenmasse überzog, die die verschmolzenen Carpalknochen repräsentirte. Die beiden Hemisphären des Gehirns waren von derselben Grösse und auch die einzelnen Windungen und Lappen boten keine wesentliche Differenz dar, mit Ausnahme der beiden hintern Centralwindungen. Diese

waren in ihrem mittleren Theile, etwa in der Breite von zwei Zoll deutlich verschieden nach Aussehen und Grösse, während die umgebenden Theile (mediär und lateral von der differenten Partie) beiderseits vollkommen gleich waren. Während die Windung links in ihrem mittleren Bezirk breit war und einen leichten secundären Sulcus zeigte, war die linke verschmälert und ein Transversalschnitt durch die Windung war rechts 0,35, links 0,65 Zoll (inch) breit. Die mikroskopische Untersuchung liess keinerlei Differenzen in den makroskopisch so differenten Theilen erkennen. Verf. glaubt, dass das Hauptinteresse des ein unicum bildenden Falles darin gelegen sei, dass dem congenitalen Defecte der Hand eine Grössendifferenz eines Hirnbezirks der entgegengesetzten Seite entspreche, dessen Reizung nach den Experimenten von Ferrier beim Affen gerade Bewegungen der gegenüberliegenden Hand bewirke.

Rosenbach (Breslau).

94) **Völker & Schulz:** Ein Fall von Neurom des Nervus peroneus prof.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurg. XI. 1. u. 2. S. 77.)

Bei einem 17jährigen Individuum entstand nach Quetschung des linken Fusses allmählig ein *Neurom* des n. peron. prof. Dasselbe bestand aus zwei *grösseren, elastischen Geschwülsten* und einem *derberen knotigen Strange*. Die Geschwülste befanden sich an der Vorderseite des Unterschenkels und über der Basis des zweiten Metatarsalknochens, beide im Verlauf der Strecksehne der zweiten Zehe. Der Strang war an der inneren, oberen Seite der zweiten Zehe zu fühlen, eine Abzweigung des Stranges war am Fussgelenk zu fühlen.

Die Totalexstirpation der Geschwulst wurde vorgenommen.

Nach der Operation zeigte die Sensibilität im Gebiete des nerv. peron. prof. keinerlei Störung. Nur am inneren Rande vom *Chopard'schen* bis zum ersten Metatarso-Phalangealgelenk verlief eine fingerbreite Zone innerhalb der die durch Nadelstiche geprüfte Sensibilität bedeutend herabgesetzt war. Diese Erscheinung zeigt, dass auch am Fusse die einzelnen Nervenstämmе kein abgegrenztes Gebiet versorgen, sondern dass sie durch periphere Anastomosen gemeinsam mehr oder weniger die ganze Haut einer Extremität mit sensiblen Fasern versehen. Diese Zone bestand vor der Operation nicht.

Die Geschwulst erwies sich als fibromatöses Spindelzellensarcom.
Sonnenburg (Strassburg i. E.)

95) **Fournier:** De l'hémiplégie syphilitique.

(Gazette d. hopitaux 1879 Nr. 20.)

Auf Grund zahlreicher selbstbeobachteter Fälle (60) von Hemi-plegie aus syphilitischer Ursache stellt F. die Behauptung auf, dass dieselbe keine pathognomonischen Symptome besitze, dass aber die Art und Weise ihres Auftretens und ihrer Repartition genug der Eigentümlichkeiten darbiete, um die Aufmerksamkeit des Arztes

vorkommenden Falles auf die syphilitische Natur des Leidens zu lenken. Als klinische Eigenthümlichkeiten einer syph. Hemiplegie führt Verf. an als Prodrome: Tage bis Monate lang vorausgehende intensive, Nachts exacerbirende und allen Narcoticis hartnäckig widerstehende *Cephalaea*; *obliviones* (aus der Jüngstvergangenheit); „congestive Störungen“ (Vertigo, Wüstsein des Kopfes); ephemere, passagere, Störungen in der Motilitäts- und Sensibilitätssphäre — halbseitige epileptiforme Anfälle. Die Hemiplegie tritt nur selten in Form einer apoplectischen Attake auf, wobei ganz gewöhnlich das Bewusstsein nicht verloren geht, so dass „*der Kranke der Zuschauer und Beobachter seines eigenen Anfalles ist*“. Als Typus gilt die schleichende, progressive Entwicklung der Hemiplegie, die meistens incomplet und partiell bleibt und in der Regel mit Lähmungen verschiedener Augenmuskeln combinirt ist. Die Diagnose wird natürlich ex juvantibus verificirt. — Die Hemiplegie ist im Allgemeinen ein sehr spätes Symptom der luetischen Diathese und wird gewöhnlich zwischen dem 6. und 10. Jahre post infectionem beobachtet. Die syph. Hemiplegie befällt das Individuum in seiner Vollblüthe und wird nach dem 45. Lebensjahre schon sehr selten.

F. sah unter 53 Fällen 23 vom 21.—30., 22 vom 30.—40. Lebensjahre. F. Müller (Graz).

96) **Ringrose Atkins**: A case of right hemiplegia, hemianaesthesia and aphasia, with softening of the left side of cerebellum.

(Brain, Octob. 1878. pag. 410.)

Ein 38jähriger, an epileptischen Anfällen leidender Mann, welcher bereits im Anschlusse an einen schweren derartigen Insult eine rechtsseitige mit Aphasie complicirte Hemiplegie, die aber nach 3 Wochen verschwand und völlig normalen Verhältnissen Platz machte, überstanden hatte, wurde wegen zeitweise auftretender geistiger Störungen dem von Verf. geleiteten Asyl für Geisteskranke übergeben, wo jene Affectionen der Psyche — (Grössenwahnideen, tobsüchtige Anfälle) oftmals, aber nie Störungen in den körperlichen Functionen constatirt wurden, bis Pat. eines Morgens — etwa 3 Wochen nach einem starken wiederholten Anfall — fast bewusstlos mit völliger Hemiplegie und Hemianaesthesia der rechten Körperhälfte angetroffen wurde. Beide Pupillen waren gleich und reagirten normal; auf lautes Anrufen öffnete Pat. die Augen, konnte aber kein Wort hervorbringen. So blieb der Zustand mit geringer Verminderung des Coma derselbe, bis der Tod am 8. Tage der Insulte erfolgte, nachdem noch am 5. Tage heftige rechtsseitige, sich über die ganze Körperhälfte erstreckende, in den Gesichtsmuskeln beginnende Convulsionen, die sich häufig wiederholten, aufgetreten waren. Die Section ergab ausser starker Blutfüllung des Gehirns, Verdickungen der Gehirnhäute, vermehrte centrale Flüssigkeit und fleckenweise auftretende Atheromatose der Gefässe, an der Basis keine Heerderkrankung im Grosshirn, doch waren die Corona radiata, sowie die Thalam. opt. und Corp. striat. beiderseits weich und schlotterig an der Oberfläche; namentlich hatte das hintere Ende

des Thalam. links in einer gewissen Ausdehnung seine normale kolbige und runde Begrenzung verloren. (Verf. spricht im Verlauf seiner Abhandlung selbst von „atrophic condition“ dieses Theils.) Das Kleinhirn bot in seinem linken Lappen bedeutende Veränderungen dar, indem das Gewebe in grosser Ausdehnung erweicht und degenerirt war. Die mikroskopische Untersuchung konnte nicht ausgeführt werden, da die bei Seite gelegten Theile durch einen unglücklichen Zufall verloren gingen.

Verf. vermag die beobachteten Erscheinungen mit dem Sectionsbefunde (Läsion des Kleinhirns) nicht in Verbindung zu bringen und sieht sich genöthigt, da er die Hemianaesthesia nicht von der Läsion des Thalam. opt., der ja nur oberflächlich ergriffen gewesen sei, abzuleiten vermag, zu der Hypothese zu greifen, dass die Thätigkeit der beiden Centralganglien (corp. striat. u. Thalam.), welche durch die frühere Erkrankung bereits beeinträchtigt war, durch die Wirkung der Läsion des Kleinhirns eine völlige Hemmung erfahren habe, während gleichzeitig — wodurch die Aphasie erklärt (? Ref.) werde — eine Unterbrechung der Leitungsbahnen vom Sprachcentrum nach der Peripherie bestand.

Rosenbach (Breslau).

97) J. Grasset (Montpellier): Hémichorée préhémiplegique, Hémianesthésie. Foyer hémorrhagique dans le noyau lenticulaire et la capsule interne du coté opposé.

(Gazette hebdom. 1879 Februar.)

Ein 59jähriger Pfründner war am 17. I. 1879, Morgens die Treppe hinabgestürzt, bot im Anfange keinerlei Kopfsymptome; Nachmittags aber zeigte er Lähmung des rechten Armes, während das rechte Bein unaufhörlich in Bewegung war, Sensorium benommen. Am andern Tage waren Arm und Bein gelähmt, Patient lag mit offenem Munde, stierem Blick in Rückenlage, den Kopf nach hinten gezogen; er hörte, konnte aber nur sehr schwer sprechen und die Zunge nicht hervorstrecken. Die gelähmte Seite war anästhetisch. Am 4. Tage waren Kopf und Augen nach links gerichtet, letztere konnten nur bis zur Mitte bewegt werden und geriethen dann in senkrecht oscillirende Bewegung. Die Gesichtsmuskeln waren frei von Lähmung. Die Anästhesie der gelähmten Seite war vollständig. Am 8. Tage starb der Patient. Die Section ergab, wie schon die Ueberschrift besagt, Bluterguss und dadurch bedingte Zertrümmerung des linken Linsenkernes, der äussern Kapsel, der Vormauer und der innern Kapsel. Der Sehhügel war normal bis auf ein linsengrosses Extravasat im vordersten Theile.

Rechterseits fanden sich Residuen eines alten hämorrhagischen Herdes, der Linsenkern, äussere Kapsel und Vormauer betroffen hatte. — Während der letzten Jahre seines Lebens hatte Patient keinerlei krankhafte Erscheinungen gezeigt.

Karrer (Erlangen).

98) A. Assagioli und E. Bonvecchiato: Beitrag zur Pathogenese der symptomatischen Chorea aus cerebraler Ursache.

(Riv. sper. d. fren. etc. II. und III. p. 362 ff.)

Die Verf. theilen einen sehr interessanten Fall von prähemiplegischer Chorea mit, in welchem post mortem ein Gliom der thalam. optic. als Ursache gefunden wurde. Ein 15jähr. Mädchen, am 17. Oct. 76 ins Hospital gekommen, war bis dahin gesund gewesen und stammte von gesunden Eltern. Seit 2 Monaten waren abnorme Bewegungen der rechten Seite aufgetreten, erst in der oberen, dann der unteren Extremität, zuletzt im Gesicht, von heftigen Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopf, begleitet. Der rechte Mundwinkel ist in Folge der Spasmen ganz nach rechts verzogen; der rechte Arm wird alternirend bald vom Körper entfernt, bald an ihn gezogen, der Vorderarm leicht gegen den Oberarm flektirt; die Hand fortwährend heftig und stossweise bewegt, bald nach der Pronations- bald nach der Supinationsseite, die Finger werden extendirt und flektirt. Die untere Extremität ist in ebenderselben Weise fortdauernd in Bewegung. Die Bewegungen dauern auch in der Ruhe fort, hören aber im Schlaf auf; bei intendirten Bewegungen werden sie stärker oder schneller, obwohl sie an Unregelmässigkeit verlieren; der Wille hat keine Macht über sie. Keine Atrophie, keine Paralyse, keine Deformität. *Sensibilität ganz intakt*; normale Intelligenz und Sprache. Respirations-, Circulations- und uropoetische Organe gesund. — Am 30. Oct. trat leichter Blepharospasmus rechts auf; so bleibt der Zustand bis zum 13. Nov. Am 14. entdeckt man Hemianästhesie der ganzen rechten Körper- und Gesichtshälfte, speciell auch Analgesie und taktile Anästhesie. Die Sinnesorgane bleiben normal, der Tremor dauert in gleicher Weise fort. — Am 24. Dezember hörte letzterer auf, bei Fortdauern der Anästhesie, und es tritt *complete Hemiplegie* der rechten Seite ein, an der die rechte Gesichtshälfte in ihrem unteren Theile betheilig ist. Sprache unmöglich geworden, nur „oh“ und „ahi“ hört man zeitweise von der Kranken; die Zunge zeigt weder Lähmung noch incoordinirte Bewegungen. Die Intelligenz bleibt erst normal, nimmt aber nach und nach ab, zugleich bildet sich bis zum 29. März grosser Decubitus am Kreuzbein. In den nächsten 4 Tagen trat Fieber ein, das man auf Eiterresorption beziehen musste, bis am 4. April die Kranke starb.

Das Sectionsergebniss ist folgendes: An den Meningen, der Cortical- und Medullarsubstanz der Hemisphären nichts Abnormes. Das Centr. semiov. erscheint links von einem unter ihm befindlichen Körper emporgehoben. Der entsprechende Ventrikel ist mässig erweitert und enthält eine geringe Quantität hellen Serums. Der Thalamus opticus, von doppeltem Volumen als normal, zeigt sich durchschnitten in eine röthliche Masse verwandelt, deren Natur mikroskopisch als *Gliom* erkannt wird. Vom Thalamus ist nur eine ganz dünne peripherische Lamelle übergeblieben, die im höchsten Grade weich und zerfallen ist. Alle übrigen Hirnthteile gesund.

Die Verf. schliessen hieran, nachdem sie die klare Differential-

diagnose des Prof. Berti gebracht haben, in dessen Klinik der Fall zur Beobachtung kam, eine Auseinandersetzung der verschiedenen von den Autoren vertheidigten Ansichten über den anatomischen Sitz der Chorea überhaupt, und der symptomatischen Hemichorea im speciellen, in Bezug auf letztere meist Charcot's Ansicht sich anschliessend. In Hinsicht auf die Chorea im Allgemeinen glauben sie, dass man eine bestimmte und exclusive Localisation für dieselbe nicht annehmen dürfe, dass vielmehr alle „coordinatorischen Centren“ sie veranlassen können, hauptsächlich aber Zerstörung oder Reizung der corpora quadrigemina.

G. Salomon (Hamburg).

99) **A. Tamburini:** Das Fehlen der Erinnerung ist kein constantes Zeichen der Epilepsia larvata.

(Riv. sper. 78. II. u. III. p. 597 ff.)

Zur Stütze der in der Ueberschrift bezeichneten, auch früher von **Sa mt**, **Legrand u. A.** betonten Ansicht führt Verf. 2 Fälle an, in denen eine sehr klare Erinnerung der stattgehabten, anfallsweise aufgetretenen psychischen Alteration vorgekommen war. Der eine dieser Fälle ist unsern Lesern schon bekannt, und mehrfach erwähnt, zuerst in der Arbeit von **Maragliano und Sepilli** „über Metallotherapie und was dazu gehört“, dann in der über „Hystero-Epilepsie.“

Das dort erwähnte Mädchen hatte keinerlei Erinnerung von denjenigen psychischen Phänomenen, welche es während eines epileptischen Anfalles, oder kurz nach einem solchen darbot, dagegen eine ganz klare von denjenigen, welche selbst als Aequivalent eines convulsivischen Anfalles betrachtet werden müssen. Diese letzteren bestanden gewöhnlich in grosser Unruhe und in Antrieben zu Gewaltthätigkeiten, so dass sie selbst ihre Umgebung bat, sie zurückzuhalten, da sie sonst irgend ein Verbrechen begehen müsste. Selbst ihrer Mutter, der einzigen Person, welche sie liebte, würde sie, ihrer Aussage nach, in solchen Momenten ein Messer in den Leib gestossen haben. Sie verlangte, wenn sie diese Anfälle herankommen fühlte, eine Dosis Choral, welche dann den Erfolg hatte, sie zu beruhigen. Von diesen Zuständen nun und von den sie begleitenden äusseren Umständen, hatte die Patientin vollkommene Erinnerung. Auch im 2. Falle, der einen 34jährigen Mann betraf, fand Aehnliches statt. Dieser hatte, schon lange Jahre bevor bei ihm wirkliche, ausgebildete epileptische Anfälle auftraten, solche psychische Alterationen, dass sie als Aequivalente der letzteren angesehen werden konnten. Von diesen sowohl, wie von den psychischen Störungen, welche späterhin seine convulsiven Anfälle begleiteten (Schreien, Drohen, Wuthanfalle), hatte er noch nach 20 Jahren Erinnerung, nicht aber von den Convulsionen selbst.

G. Salomon (Hamburg.)

100) **Echeverria**: De la trépanation dans l'épilepsie par traumatismes du crane.

(Archives générales de médecine 1878 Novemb. u. Decemb.)

Verf. unterwirft dies strittige Thema einer erneuten Bearbeitung an der Hand von 145 Trepanationsfällen bei Epilepsie nach Schädeltraumen, welche Fälle er theils den Statistiken und Arbeiten Anderer (Stephan Smith, Rosell, James-Boutelle etc.) entnahm, theils selbst aus der Literatur zusammentrug, theils selbst beobachtete (5 Fälle) oder durch mündliche Mittheilung von Collegen zur Kenntniss erhielt (3 Fälle).

Schädelverletzungen sind überhaupt in der Aetiologie der Epilepsie von beträchtlicher Bedeutung, so fanden sich unter 618 Fällen von Epilepsie, deren Anamnese Verf. genau erheben konnte, 63 (44 M. 19 W.) wo dieselben Ursache der Epilepsie waren. Unter den Verwundungen sind es hauptsächlich solche, durch welche ein dauernder Reiz auf das Gehirn bedingt wird, nach denen Epilepsie entsteht. Dieselbe kann sowohl sofort nach der stattgehabten Verletzung auftreten, oder, was in der Regel vorkommt, erst nach einer Reihe von Jahren. Von den erwähnten 63 Kranken wurden 3 sofort und 6 im Zeitraum vom 2. bis 5. Tage epileptisch, von den 145 Trepanirten waren 15 in den ersten 25 Tagen nach der Verletzung an Epilepsie erkrankt. Auf die Zeit, welche zwischen Verletzung und Auftreten der Epilepsie verstreicht, scheint die Schwere und Art der Verwundung keinen Einfluss zu haben. Die Verwundungen sind einzutheilen in pericranielle und cranielle. Verf. betont, dass besonders bei ersteren oft der Zusammenhang zwischen dem Trauma und der Epilepsie übersehen und eine darauf gerichtete Therapie versäumt werde. Drei eigene Beobachtungen dienen zur Illustration, wie erfolgreich eine solche Behandlung sein kann.

Der, in der Regel erst längere Zeit nach dem Trauma auftretenden Epilepsie gehen meist Prodromalstörungen voraus; 1) physische als: Kopfschmerz, Betäubung, Schmerzhaftigkeit der betreffenden Stelle, Zuckungen der Glieder beim Einschlafen, Zusammenfahren des ganzen Körpers; 2) psychische: Characterveränderung, Gedächtnisschwäche, Trunksucht. (Eine Tabelle lässt die Häufigkeit der angeführten Symptome bei den 63 Kranken ersehen.) Die einmal entwickelte Epilepsie führt entweder zu wirklicher Geistesstörung oder wenigstens zur Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses. — Von den 63 waren 34 (23 M. 11 W.) geisteskrank.

Bezüglich der Therapie kommt Verf. auf Grund seiner eigenen Erfahrung (cf. unten) und der Erfolge Anderer, zusammengestellt in einer Tabelle und theilweise noch ausführlicher referirt, zu folgenden Schlüssen:

Die Trepanation ist das beste Mittel zur Heilung von Epilepsie, welche auf Schädeltraumen folgt.

Die primäre Operation gelingt beinahe ebenso wie die Spätoperation. Fieber ist Contraindication; Geistesstörung und Lähmung dagegen rechtfertigen die Trepanation und bilden also keine Contraindication.

Auch dann, wenn syphilitische Erkrankungen des Schädelknochens der specifischen Behandlung widerstehen und als Thatsache der Epilepsie anzusehen sind, will Verf. die Trepanation angewendet wissen.

Was die Operation und Nachbehandlung betrifft, so ist selbstverständlich, dass die Hirnhäute geschont werden müssen; es sollen nur Silbernähte angelegt werden und die Vereinigung der Wundränder erst nach völlig gestillter Blutung stattfinden, ferner für ungebilderten Eiterabfluss gesorgt sein. In der ersten Zeit nach der Operation werden andauernd Eisumschläge gemacht, innerlich Ergotin und Extractum Conii (aus frischem Kraut) gegeben; durch Terpentinclustiere für regelmässigen Stuhlgang gesorgt, ordentlich gelüftet etc. Rathsam ist es noch längere Zeit hindurch eine antiepileptische Behandlung fortzusetzen.

Von Interesse mögen noch einige Zahlenangaben sein. Von den 145 Trepanationen sind 93, 64% Heilungen, 28, 12,41% Besserungen, 1 Verschlimmerung zu verzeichnen, 5 wurden erfolglos behandelt, 28, 19,31% starben.

Von den 17 Primäroperationen starben 3=17%, von den 138 Secundär- und Spätoperationen 25=18%.

Schliesslich seien noch die fünf Originalbeobachtungen des Verf. referirt.

1. Bei einem am 25. 1. 1878 aufgenommenen männlichen Kranken im Alter von 31 Jahren war die Epilepsie 10 Jahre nach einem Falle von einer Schaukel und dadurch erlittener Kopfverletzung (im 7. Lebensjahre) aufgetreten, nachdem der Kranke von dem Falle an immer an Kopfschmerzen gelitten hatte. Anfangs (1862) waren es nur Anfälle von petit mal; 1865 im Juli trat der erste ausgesprochene epileptische Anfall auf, dem bis 1868 weitere 5 folgten. Dann bekam Pat. auf einmal häufige Anfälle. Sein Character hatte sich verändert, er war reizbar geworden, Gedächtnisschwäche machte sich bemerkbar.

Am linken Hinterhaupte befand sich eine Narbe, deren Percussion den Patienten schläfrig machte; ausserdem bestand Strabismus convergens auf dem rechten Auge, leichte Facialisparesie links, Herabsetzung der Sensibilität im linken Gesicht, Hals und Arm, zugleich mit niedrigerer Temperatur als rechts. Die Diagnose lautete auf Exostose am Ort der Verwundung. Am 10. Februar wurde nun mittelst Trepanation und Meissel ein 2 bis 2½ Zoll im Durchmesser haltendes Stück des hier sehr verdickten Knochens entfernt. Die Operation währte 8½ Stunden. Die Heilung der Wunde wurde durch mehrmalige Eiterverhaltung verzögert. Es traten während der Verheilung noch einige Anfälle auf, verschwanden dann aber, während die Narbe empfindungslos wurde, mit den übrigen krankhaften Erscheinungen, Strabismus etc. Der Kranke heirathete später und blieb seither gesund.

2. Ein 12jähriger Knabe erlitt durch einen Sturz vom 2. Stockwerk einen Schädelbruch. Sechs Monate darnach trat Epilepsie auf, die allmählig Blödsinn im Gefolge hatte. Nachdem anderweitige Behandlung nichts gefruchtet, wurde Verf. zu Rathe gezogen. Patient war 22 Jahre alt geworden.

Verf. machte die Trepanation am 2. 10. 67. Nach Entfernung eines 2" langen 1" breiten Knochenstückes wurde aus einer 1½"—1" im Durchmesser haltenden Höhle ein altes Blutgerinnsel entfernt und die Blutung aus dem Aneurysmasack der Art. meningea media, zu welchem die Höhle gehörte, mit dem Glühseisen gestillt. Die Heilung ging ohne Zwischenfall rasch von Statten und schon in den

ersten Tagen nach der Operation war auffällige Besserung des geistigen Zustandes des Pat. zu bemerken. Dieselbe wurde immer vollständiger, jedoch kamen die epileptischen Anfälle wieder, aber ohne die Intelligenz zu benachtheiligen. Im Juli 1877 verfiel Pat. nach einem langen Gange in der Sonnenhitze in Coma, das durch angewendete Mittel eine zeitlang gebessert wurde, dann aber sich wieder verschlimmerte und unter Delirien nach im Ganzen 21 tägiger Krankheit zum Tode führte. Die Section ergab einen Bruch des rechten Scheitelbeines vom Angulus mastoid. bis zum obern Rande, die Trepanationslücke durch fibrinöses Exsudat ausgefüllt, die Hirnhäute am untern Ende der Fractur gelblich opac, an die Dura mater adhaerent und eine haselnussgrosse cystische Höhle bildend, die mit obliterirten Aesten der arter. meningea media zusammenhängt. Die rechte Supramarginal- und Parietalwindung atrophisch, auch das Centrum semiov. beträchtlich destruiert. Ausserdem eine frische eitrige Basilar meningitis.

3. Ein 38jähriger Kutscher litt nach einem Falle auf den Kopf, wo die Gewalt den linken hintern obern Scheitelbeinwinkel getroffen hatte, an Schwindelanfällen und zeitweiser Manie, welche seine Aufnahme October 1869 nöthig machte. Obgleich keine Narbe sichtbar war, wurde doch die Trepanation gemacht, da Haut und Knochen an der betreffenden Stelle sehr schmerzhaft gegen Druck waren und derselbe auch immer Schwindel hervorrief.

Der Operation, bei welcher durch zwei Trepankronen der sehr verdickte und harte Knochen weggenommen wurde, folgte ein Anfall von Manie, welcher bis Ende Dezember dauerte. Im Januar 1870 wurde Pat. entlassen, fühlte sich mehrere Monate ganz wohl, ergab sich dann aber wieder dem Trunke und starb im Juni 1870. Als Sectionsergebniss wird angegeben: Gehirn unter der Trepanöffnung stark injicirt, verhärtet und geschwollen, oberflächliche Sclerose der Hirnrinde.

4. Der 18jährige Patient, welcher am 14. III. 1871 aufgenommen wurde, war in der Kindheit von einem Wagen überfahren worden und hatte einen beträchtlichen Schädelbruch mit Impression erlitten. Gleich nach dem Trauma trat Epilepsie auf; zu welcher sich seit einigen Monaten vor der Aufnahme Anfälle heftigen Mordtriebes gesellten. Durch die Trepanation wurde das imprimirte Knochenstück in der Grösse von 2" Länge und 1" Breite entfernt. Die Wunde heilte per primam intentionem. Seit der Operation war kein Anfall mehr aufgetreten; Pat. entzog sich aber weiterer Beobachtung.

5. Einem 15jährigen Mädchen war ein Fensterflügel auf den Kopf gefallen und ihr dadurch ohne äussere Wunde eine 2" lange, quer verlaufende Impression auf der Höhe des rechten Scheitels verursacht worden. Zuerst traten Kopfschmerzen auf, dann convulsivische Anfälle mit rasch sich entwickelndem Blödsinn. Jeder Druck auf die Impressionsstelle verursachte vermehrten Schwindel und Stupor. 18. II. 1871 wurde durch Trepanation das betr. Knochenstück herausgenommen. Die Heilung ging in 10 Tagen von Statten. Patientin hatte nach der Operation noch einen epil. Anfall, blieb dann geistig und körperlich gesund bis sie im Februar 1877 an einer typhösen Pneumonie starb.

Karrer (Erlangen).

101) A. Tamassia: Gutachten betr. eine Simulation von Geisteskrankheit. („In causa di abigeato.“)

(Riv. sper. 1878. IV. p. 681 ff.)

Das Gutachten ist insofern interessant, als der Autor mit Hilfe aller neueren diagnostischen Hilfsmittel einen Verbrecher entlarvt

hat, der bereits zwei begutachtende Commissionen getäuscht hatte. Es war ihm gelungen, beiden das Vorhandensein epileptischer Anfälle vorzutäuschen, während T a m a s s i a durch genaue Beobachtung, Beachtung der Pupillen bei Schmerzregung in angeblich anästhetischen Gliedern, Aufnahme der Pulskurve während der Anfälle und nachher, sowie durch unschuldige Täuschung des Exploraten, bei denen dieser in die Falle ging etc., die vorhandene Simulation ermittelte. Der Triumph T's erreichte seine Gipfel, als sich der betreffende, ein Pferdedieb, genöthigt sah, die Jahrelang durchgeführte Täuschung einzugestehen.

G. S a l o m o n (Hamburg).

102) Ugo Palmieri: Gutachten betr. Tödtung und Verwundung seitens eines Geisteskranken. (In causa d'omicidio improvviso.)

(Riv. sper. 1878. IV. pp. 710 ff.)

Die Erzählung des Faktums, die Anamnese etc. lassen die Geisteskrankheit des Beschuldigten zweifellos erscheinen. Ein hereditär elasteter Mensch, Potator, der schon lange Zeit Zeichen von Geisteskrankheit hatte erkennen lassen, erschlug plötzlich seine Schwiegermutter mit einer Axt, verwundete darauf eine hinzukommende Frau und brachte sich selbst erhebliche Wunden bei. Er ist Analphabet, roh, von jeher gewaltthätig, von dem Wahn befangen, dass seine Schwiegermutter ihn vergiften, seine Frau ihm untreu werden wolle, dabei bigott und gleichzeitig somatisch krank (anämisch). Nach der Katastrophe stellt sich sein Wahnsinn deutlich heraus, und das Gutachten lautet auf „*impulsive Manie*“. Der Kranke stirbt nach längerer Zeit im Hospital an Tuberculose. Bei der Obduction zeigt sich folgendes: Adhäsionen zwischen dura mater und Knochen längs der Sagittal-Naht; auf der inneren Fläche über der rechten Hemisphäre starke Injection, und am unteren Theil der 3. Frontalwindung Adhärenz derselben mit der Arachnoidea. Letzere ist leicht opac auf dem Scheitel der Hemisphären und längs der grossen venösen Blutleiter. Die Pia der rechten Hemisphäre leicht hyperämisch. Ziemlich viel klarer Liquor unter der Arachnoidea und zwischen den erweiterten Hirnfurchen. Von den Windungen erscheinen die der Stirnregion dünner und theilweise atrophisch; die Hirnsubstanz ist weniger consistent als normal. In der rechten Hemisphäre geringe Injection, hauptsächlich der Corticalsubstanz; in der medullaris einige aneurysmatische Gefässe. Die graue Substanz beider Hemisphären ist dünner als normal; die Seitenventrikel sind erweitert. Sonst nichts Abnormes. Gewicht des Grosshirns 1180, des kleinen incl. Protuberanz und Bulbus 180 Gramm. — Die Lungen tuberkulös; Leber zeigt beginnende fettige Entartung; Nieren etwas hyperämisch.

G. S a l o m o n (Hamburg).

103) Prof. G. Zilno berichtet (i. d. Riv. sper. 1878 II. u. III. p. 603) über ein Gutachten, einen Fall betreffend, in dem ein Mann eine

Wunde an der linken Schläfe erhalten hatte, die bis auf das Pericranium ging, aber in 14 Tagen heilte. Nach 3 Tagen konnte Pat. nicht mehr sprechen, und schien des klaren Bewusstseins zu ermangeln. Das Gutachten spricht sich gegen Simulation aus, und betont, dass die Erscheinungen sich sehr wohl aus einer durch den Schlag veranlassten Hämorrhagie in der Gegend der Frontal- und Parietalwindungen erklären lassen. — Weder Sprache noch Intelligenz haben sich später wieder hergestellt.

G. Salomon (Hamburg).

104) **Dronis des Carrières, Lefèvre & Rousseau (Auxerre):** Gutachten über eine Brandstifterin.

(Annales méd.-psycholog. Januar 1879.)

In einem kleinen Weiler, aus 4 Wohnhäusern und mehreren Scheunen bestehend, wurde im Zeitraum mehrerer Wochen 7 Mal Feuer gelegt und zwar meist am Tag, so dass nur einer der Mitbewohner Thäter sein konnte, da kein Fremder damals je gesehen wurde. Der allgemeine Verdacht fiel auf ein 18jähriges Mädchen, das als Magd dort diente; dieselbe wollte Anfangs leugnen — am Morgen nach der Verhaftung aber erschien sie mit verweinten Augen vor dem Untersuchungsrichter und gestand ehrlich ihre Schuld ein, — gab aber als einziges Motiv wiederholt an, sie habe müssen Feuer legen, ein „Etwas“ habe sie dazu getrieben.

Irgend ein anderes Motiv fehlte vollkommen; sie hatte ihre Stelle gut versehen, man war mit ihr sehr zufrieden und auch sie hatte keinerlei Klage gegen ihre Herrschaft oder gegen sonst Jemand vorzubringen.

Diese Umstände riefen eine psychiatrische Untersuchung hervor: Marie Vigreux ist 18 J. alt; ob eine ererbte Anlage vorliegt oder nicht, konnte leider nicht ermittelt werden. — Die einzige Notiz darüber lautet: Die Schwestern Vigreux seien alle von etwas leichten Sitten und unbeständigem Character. Die körperliche Untersuchung ergab nur 2 Abnormitäten: erstens eine sehr niedere zurückfallende Stirne und dann eine eigenthümliche Kreuzgewölbeform des harten Gaumens. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Entjungferung (2 Jahre vor den Brandstiftungen) — sonst sind die Genitalien normal. Menses regelmässig.

Die *Sensibilität* ist an beiden Armen und Händen und der Brust vollständig aufgehoben, auch ist dort die Empfindlichkeit für beide electr. Ströme sehr vermindert (doch nicht ganz aufgehoben).

Patientin bekommt öfters kleine Ohnmachtsanfälle, starke Kopfcongestionem mit Frostgefühlen abwechselnd; dabei dann auch leichte psychische Verstimmungen mit Arbeitsscheu, Appetitlosigkeit etc. Nie Hallucinationen irgend welcher Art.

Die Untersuchung der Intelligenz ergab einen deutlichen wenn auch nicht sehr hochgradigen Schwachsinn.

Der Character scheint gut und brav zu sein, sehr anhänglich gegen die armen Eltern, denen Sie wiederholt Geld sandte. Im

Ganzen sehr fleissig und tren, keineswegs roh, auch nicht jähzornig; im Betragen artig und zuvorkommend.

Der erste Gedanke für ihre Thaten kam eines Morgens ganz plötzlich nach normaler Nacht während des Ankleidens — sie „müsse“ anzünden — der Gedanke wird immer stärker — bis die That geschehen ist — dann überkommt sie eine tiefe Befriedigung — sie hilft nach allen Kräften retten. Am folgenden Morgen wieder nach guter Nacht, wiederholt sich das Gleiche, Nachmittags zum dritten Mal — am folgenden Tag zum 4. Mal — dann 5 Tage Ruhe — und dann noch 3 Mal — stets in ganz gleicher Weise. —

Die Verfasser des Gutachtens sind noch Anhänger der alten Monomanietheorie und stellen folgende Schlussätze auf:

- 1) M. V. leidet an angebornem Schwachsinn.
- 2) Dieser Schwachsinn ist complicirt mit einem sogenannten Brandstiftungstrieb, ohne dass für den letztern eine Ursache nachzuweisen wäre.
- 3) Für die Begangenschaften kann der Angeklagten keine Schuld beigemessen werden; sie gehorchte einer Macht, welche ihre Willensfreiheit gänzlich aufgehoben hat.
- 4) M. V. muss als unzurechnungsfähig betrachtet werden.

Wenn das Gutachten, das sehr fleissig ausgearbeitet ist, statt auf der unfruchtbaren Monomanietheorie zu basiren, sich mehr auf die unzweifelhaft vorhandene Hysterie stützte, würde dasselbe jedenfalls an wissenschaftlicher Berechtigung sehr gewinnen und zu den gleichen Schlussfolgerungen gelangen. —

Sury-Bienz (Basel).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialstädt. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 2) Irren-Heilanstalt Sachsenberg (Mecklenburg): II. Assistenzarzt, 1. Mai, 1200 M. jährl., freie Station I. Classe, vierteljährl. Kündigung beiderseits. 3) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a) Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage. Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. b) Volontairarzt, sofort; 600 M. jährlich, freie Station I. Classe, Verpflichtung auf längere Zeit. Meldung bei der Direction. 4) Eberswalde: a) Volontairarzt, b) I. Assistenzarzt, vergleiche die Inserate in der heutigen Nummer. 5) Thonberg (Dr. Guentz) Assistenzarzt, sofort; 1200 M. und freie Station. 6) Pankow (Dr. Mendel) Assistenzarzt, sofort; 1200 M. und freie Station. 7) Irrenheil-Anstalt Sonnenstein (Sachsen): Assistenzarzt, 1800 M. 8) Prov. Irrenanstalt Dören; Volontairarzt, 1. April, 600 M. jährlich und freie Station I. Classe, Nichtpreussen ausgeschlossen. 9) Prov. Irrenanstalt Owinsk: a) II. Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung, Wäsche. b) Volontairarzt, 1600 M. im Uebrigen dasselbe, 1/4 jährliche Kündigung, nur für Unverheirathete. 10) Prov. Heil- und

Pflegeanstalt Hildesheim: prov. Hülfzarzt, 900 M. und freie Station. 11) Reg.- und Medicinalrathsstelle in Trier. 12) Die Kreisphysicate: Bromberg (Stadt u. Land, 900 M.; Meld. bis 1. März 1879); Bad-Schwalbach, Kalau, Meldung bis 15. März bei der Kgl. Regierung in Königsberg. 13) Stephansfeld (Elsass): Volontairarzt, sofort, 600 M. jährlich und freie Station.

Ernannt. Docent Dr. Dittmar in Bonn als II. Arzt an die Irrenanstalt zu Osnabrück.

Die Einführung der „PERSONALIEN“ in das Centralblatt hat in allen beteiligten Kreisen lebhaften Anklang gefunden, und wir sind, wie die letzten Nummern beweisen, auch reichlich durch personelle Mittheilungen unterstützt worden.

Indem wir hierfür unsern besten Dank aussprechen, richten wir nochmals an alle Leser, sowie an alle Anstaltsdirectionen — öffentliche, wie private — die Bitte, nicht nur mit diesen Benachrichtigungen, die wir in den „Personalien“ gratis aufnehmen, fortzufahren, sondern uns auch sogleich nach Besetzung einer Stelle unter Angabe des Namens des Angestellten hiervon Kenntniss zu geben. — Dem Antrage einiger oesterreichischer Leser, auch Personalien der oesterr. Anstalten zu bringen, können wir nicht entsprechen.

Die Red.

IV. Anzeigen.

Zur Beachtung.

Der Preis für den Raum einer durchgehenden Petitzelle in unserem Blatte wird hiermit von 50 auf 30 Pfg. herabgesetzt.

An der Brandenburgischen Landirren-Anstalt zu Eberswalde soll die Stelle des

ersten Assistenzarztes

mit der ausser freier Station ein jährliches Gehalt von 1500 Mark verbunden ist, zum 1. Mal d. J. anderweit besetzt werden. Bewerbungsgesuche sind unter Beifügung eines Lebenslaufes längstens binnen 14 Tagen an den Unterzeichneten zu richten.

Eberswalde, den 10. März 1879.

Dr. Zinn,

Königl. Geheimer Sanitätsrath.

Rehme-Oeynhausens.

Nach 15jähriger practischer Thätigkeit in Eisleben habe ich jetzt das Haus meines verstorbenen Freundes Dr. Braun in Rehme-Oeynhausens übernommen, um daselbst die badeärztliche Praxis auszuüben.

Dr. VOIGT.

Soeben erschien im Verlage von **MALSCH & VOGEL** in Karlsruhe:

Aerztliche Topographie des Grossherzogthums Baden

oder Verzeichniss der Aerzte nach ihrer Vertheilung im Lande nebst deren persönlichen und amtlichen Verhältnissen. Neue 3. Ausgabe, vermehrt mit kurzer *Darstellung des Medicinalwesens in Baden* und einem *alphabetischen Verzeichniss sämtlicher badischen Aerzte*.

Preis 1 M. 20 Pfg.

Aerztliche Mittheilungen aus Baden,

herausgegeben von Dr. **ROB. VOLZ**, Grossh. bad. Obermedizinalrath und Bezirksarzt in Karlsruhe,

erscheinen in diesem Jahre bereits in ihrem XXXIII. Jahrgang, und sind als Organ der ärztlichen Vereine, als ärztliche Chronik und durch ihren wissenschaftlich-praktischen, nur durch Originalarbeiten repräsentirten Inhalt den inländischen Aerzten zum Bedürfniss, den auswärtigen zur angenehmen Lectüre geworden.

Durch die Post bezogen incl. Zustellgebühr 5 M. 35 Pfg., durch den Buchhandel 4 M. 57 Pfg.

Kennenburg

bei Esslingen, Württemberg.

Heilanstalt für Nerven- und psychische Kranke.

Die Anstalt — allen zeitgemässen allgemeinen und speziellen Anforderungen entsprechend eingerichtet — empfiehlt sich zur allzeit möglichen Aufnahme von Kranken jeder Form von Seelenstörung — mit Ausnahme epileptischer.

Prospecte, sowie jede weitere Auskunft stehen zu Diensten.

Die Direction der Anstalt:

Dr. Paul Landerer.

Briefkasten der Redaction.

Dr. Matthias in Friedberg: Besten Dank. — Amicus graecus: ad 1) ja, ad 2) nein, ad 3) ich persönlich gebe dem Griesinger'schen Lehrbuch noch immer entschieden den Vorzug. — Dr. F. Müller in Graz: Follet's Vorles. ja; Brain jetzt nicht zur Verfügung. — Dr. Obersteiner in Wien: Ihre Arbeit erhalten; besten Dank. — Dr. Nieden in Bochum: Von den Arbeiten, über welche Sie jüngst Referate einsandten, waren drei bereits früher besprochen.

Buch- und Notendruckerei von Ph. Werle in Coblenz.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Cöplenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen Stark.

Zwei vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

15. April 1879.

Nro. 8.

INHALT.

- I. ORIGINALIEN. Dr. Nieden: Fall von Tumor (hydrops hysticus) glandulae pinealis.
II. REFERATE. 105) J. Teuffel: Jahresbericht des Ludwigspitals „Charlottenhilfe“ in Stuttgart
für das Jahr 1877. 106) Doehmann: Ein Fall von traumatischer Verletzung des Schädels.
107) Westphal (Berlin): Ein Fall von spastischer chronischer Paraplegie. 108) Westphal
(Berlin): Zur Paralysis agitans. 109) E. Rählmann (Strassburg): Ueber den Nystagmus
und seine Aetiologie. 110) Georg Sigerson: An Examination into certain recently reported
Phenomena in Connexion with hystero-epilepsy and cerebral Anaesthesia. 111) D. Hack
Tucke: Metalloscopy and expectant attention. 112) M. Fraenkel: Sensibilität der Schä-
delmähnte. 113) L. Luciani: Die Pathogenese der Epilepsie. 114) Hippolyte Martin
(Paris): Die Trunksucht der Eltern als Ursache der Vererbung von Epilepsie. 115) E. C.
Spitzka: Merits and motives of the movement for asylum reform. 116) J. L. A. Koch:
Zur Statistik der Geisteskrankheiten in Württemberg und der Geisteskrankheiten überhaupt.
III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 117—121. IV. NEUESTE LITERATUR. V. PERSONALIEN.
VI. ANZEIGEN.

I. Originalien.

Fall von Tumor (hydrops cysticus) glandulae pinealis.

Von Dr. NIEDEN in Bochum.

Frau E. 35 Jahre alt, trat am 10. Oct. a. p. in meine Behand-
lung wegen Sehstörungen, die ihr seit einigen Wochen bemerkbar
geworden und sich hauptsächlich als Doppeltsehen manifestirten.
Zeitweise war dasselbe so stark, dass heftiger Schwindelzustand ein-
trat und Patientin sich, um nicht zu fallen, hinsetzen musste. Das-
selbe hatte sich langsam im Verlauf der letzten Wochen ohne be-
kannte Ursache eingestellt. —

Pat., sonst ganz gesund, ist verheirathet und Mutter zweier
gesunden Kinder, lebt in den ärmlichsten Verhältnissen. Geistige
Aufregungen mancherlei Art hatten in letzter Zeit stattgehabt und
bringt Patientin mit diesen das Auftreten starker Occipital-Kopf-

schmerzen in causalen Zusammenhang. Patientin macht beim ersten Anblick einen etwas dämlich-beschränkten Eindruck; die Gesichtszüge sind wenig ausgeprägt, schlaff, ähnlich auch die Sprache beim Antworten langgezogen und lallend, wie man sie oft bei Tauben beobachtet. Gehörstörung war indess nicht zu constatiren.

Betr. allgemeinen Körperzustand war Pat. schlecht ernährt, hochgradige Anämie vorhanden. Der Schädel war nicht schmerzhaft beim Klopfen der einzelnen Parthien. Als Grund der Sehstörung ergab sich eine Parese des N. trochlearis dexter, in Folge dessen Doppelbilder beim Blick besonders nach unten und rechts zum Erscheinen kamen. Weitere Affectionen der externen noch internen Augenmuskulatur waren nicht zu constatiren, der Augenhintergrund erwies sich als vollkommen normal, ebenso auch die Sehschärfe. Hemipie nicht vorhanden. Ebenso wenig liessen sich Störungen der Motilität noch der Sensibilität an irgend einem Theile des Körpers nachweisen.

Dass diese Parese eine centrale Ursache haben musste, lag auf der Hand; ebenso dass dieselbe in Beziehung zu bringen sei mit den vorhergegangenen heftigen Occipitalneuralgien. Welcher Natur dieselbe sein musste, liess sich indess aus den vorliegenden Symptomen nicht entnehmen. Syphilis konnte nach der Untersuchung des Körpers ausgeschlossen werden. —

Die Therapie bestand in Darreichung von Kal. jod. in Verbindung mit Hydr. bijod. rubr. Nach 6 wöchentlicher Behandlung waren alle pathologischen Erscheinungen von Seiten des Auges geschwunden und konnte Patientin wieder ihrem Geschäfte als Näherin, nachgehen. Der Kopfschmerz hatte grössten Theils aufgehört, und lebte Pat. sogar geistig etwas auf. Erst nach 2 Monaten sah ich sie auf der internen Station des hiesigen Augusta-Krankenhauses wieder, erkrankt unter dem Bilde eines schweren Cerebralleidens. Pat. delirirte, schrie und tobte, so dass sie isolirt werden musste, um sich dann wieder für einige Zeit vollkommen ruhig zu verhalten. Die Nachtruhe war immer durch Tobsuchtsanfälle gestört, während am Tage das Bewusstsein oft klar war und sie langsam, aber richtig auf alle an sie gestellten Fragen antwortete und dann stets über heftigen Kopfschmerz klagte. Der Körperzustand war ein sehr elender, Nahrung wurde nur wenig genommen. Schon nach kurzer Zeit trat starker Decubitus dazu und unter Zunahme der Cerebralercheinungen, Verlust des Bewusstseins trat bald der Tod ein, ohne dass indess weitere Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen hätten constatirt werden können. Augenhintergrund war normal. —

Die Section ergab bei der Oeffnung des Schädels mässige Adhärenz der Dura, stärkere Verwachsungen der Innenseite derselben mit der Convexität der linken Hirnoberfläche. Die Arachnoidea etwas ödematös, die Pia hyperämisch; die Gehirnmasse fest und compact, graue und weisse Substanz normal. In den Seitenventrikeln mässiger Serumgehalt, starke Entwicklung des Plex. chorioideus im linken Hinterhorne. Vor Eröffnung des 3. Ventrikels zeigt sich das Gewölbe gespannt und von einer unterliegenden Masse gehoben, die sich beim Drucke teigig anfühlt und zugleich in sich selbst etwas zu-

sammensinkt. Nach der Spaltung des Fornix findet sich nun auch unter dem stark hyperämischen Plex. chorioid. der ganze Raum des 3. Ventrikels ausgefüllt mit einer circ. wallnussgrossen, grauröthlichen Geschwulst, die durch zahlreiche, feste bindegewebige Adhärenzen mit dem Plex. chorioideus zusammenhing. Die Geschwulst ist kugelig gestaltet, und zeigt auf ihrer Oberfläche den Abdruck der sie begrenzenden Seitenwandungen des Ventrikels deutlich ausgeprägt. Beim Drucke auf dieselbe entleerte sich eine seröse Flüssigkeit nach unten. Wir hatten es mit einer cystoiden Entartung der Zirbeldrüse zu thun.

Beim Durchschnitt durch dieselbe zeigt das Gewebe keine Spur der normalen Structur mehr, sondern ist von einem reticulum kleiner Cysten ganz durchsetzt. Die einzelnen Cysten mochten an Zahl 20—25 betragen, und waren durch feste Bindegewebszüge von einander geschieden und keine directe Communication derselben unter einander zu erkennen. Doch entleerte sich aus den noch nicht geöffneten Cysten beim Druck der Inhalt und floss im untern Theile der Geschwulst aus. Ebenso erwies sich mikroskopisch das ganze Gewebe der Geschwulst als ein Bindegewebsgerüst, dessen einzelne Kammern mit einer feinen serösen Membran ausgekleidet waren, und durch deren Entwicklung das normale Gewebe vollständig zum Schwunde gekommen war. Weder Sandkornbildung, noch restingende Partikel von Entozoen liessen sich im Serum nachweisen. Die Nachbargebilde des 3. Ventrikel waren durch Druck etwas abgeplattet, hatten in ihrer Structur indess, mit Ausnahme der oberflächlichen Parthien des vorderen Vierhügelpaares nicht gelitten. Das übrige Hirn, Kleinhirn und Med. oblongata sowie die Hirnnerven wurden normal gefunden. — Interessant ist in diesem Falle, ausser der relativen Seltenheit dieser Form localisirten Tumors der Zirbeldrüse, das Beschränktsein der Symptome auf die zeitweiligen Druckerscheinungen auf die Ursprungsstelle des Nerv. trochlearis dexter, sowie die späteren heftigen Cerebralerscheinungen und trophischen Störungen des Körpers.

II. Referate.

105) J. Teuffel: Jahresbericht des Ludwigsspitals „Charlottenhilfe“ in Stuttgart für das Jahr 1877.

(Med. Correspondenzblatt des Württemberg. ärztl. Vereins. 9. Januar 1879.)

Unter den uns hier interessirenden Erkrankungen des Nervensystems wird 6 Fällen von Gehirnlaes Erwähnung gethan, wovon einer genauer beschrieben ist. Er betrifft einen Buchhalter von 35 Jahren, der etwa 8 Monate nach der Infection an Sausen im rechten Ohre, dumpfem Hinterkopfschmerze, Schwindel und gastrischen Beschwerden ohne Fieber erkrankte. Sehr bald trat vollständige rechtsseitige Gesichtslähmung und linksseitige Abducenslähmung auf. Rechts war das Gehör erloschen, die Knochenleitung aufgehoben. Sensorium blieb frei. Eine energische Innunctionskur beseitigte Facialis- und Abducenslähmung, Sausen im Ohre bestand fort, eine

Uhr dicht an's Ohr gehalten, wurde jedoch vernommen. Ferner wird ein Fall *acuter Spinalmyelitis* mitgetheilt. Ein 17 jähriger Gymnasiast, psychisch erblich belastet, bekam nach einer anstrengenden Fusstour Schwäche in den Beinen, die sich unter Fieber — bis 40° — zur beinah vollständigen motorischen und sensiblen, auch den Temperatursinn betreffenden Lähmung steigerte. Harnretention, beschwerter Stuhl. Am 6. Tage Decubitus am Kreuzbein, Blasenkatarrh. Behandlung: Blutentziehung an der Wirbelsäule, örtliche Application der Kälte, kühle Bäder von 10—18° R., feuchte warme Einpackungen. Darauf kurz dauernde Genesung, wechselnd im Heilen der Geschwüre, Wiederherstellung der geschwundenen Sensibilität. Dann Rückfall mit Schwäche im linken Arme und epileptischem Anfall. Die früheren Erscheinungen kehrten sämmtlich wieder, l. Arm und l. Bein geriethen allmählich in mässige Contractur, die epilept. Anfälle wiederholten sich mehrere Male, ohne dass die geistigen Functionen wesentlich litten. Zwei Jahre nach Beginn des Leidens starb Pat. dem konsumirenden Fieber und den sich immer mehr ausbreitenden Geschwüren erliegend. Die Section wurde nicht gestattet.

Goldstein (Aachen).

106) Dochmann: Ein Fall von traumatischer Verletzung des Schädels.

(Medizinskoje Obosrenie (medicin. Rundschau) Nov. 1878.)

Am 11. Juli 1878 Abends 6 Uhr bemerkte ein Soldat des in Kars stationirten Reservebataillons eine Fledermaus auf dem Dache seiner Wohnung und warf den eisernen Ladestock eines Peabody-Gewehrs auf sie; durch eine ungeschickte Handbewegung riss sich ihm der Stab aus der Hand und traf den Kopf der sich auf dem Dache des Nachbarhauses aufhaltenden 8 jährigen Armenierin Wartuni Karapewa. Diese verlor sofort die Besinnung, zuckte krampfhaft „wie ein Huhn mit abgeschnittenem Halse“; die Mutter zog kaltblütig den im Schädel ihres Kindes steckenden Ladestock heraus. Eine halbe Stunde später trat eine *Lähmung beider rechten Extremitäten* ein, während in den linken die Convulsionen fortdauernten; 26 Stunden nach stattgehabter Verletzung constatirte Verf. folgenden *Status praesens*. Die *Eingangsoffnung* befindet sich an der Berührungsstelle zweier Linien, deren eine am linken äussern Augenwinkel 5 Cm. weit nach oben zieht, die andere aber, vom linken Tragus ausgehend, 8 Cm. lang das Ende des erstern erreicht; die 8 Cm. im Durchmesser haltende Wunde entleert ausser einer geringen Menge Blutes eine hellgelbe Flüssigkeit, ihre Ränder sind roth und geschwollen. Eine eigentliche *Austrittsoffnung* existirt nicht, da der Ladestock nach Durchbohrung der Dura und des occiput die elastische und ziemlich dicke Kopfhaut nicht durchdringen konnte; letztere zeigt an der betreffenden Stelle eine in der Mitte verdünnte Geschwulst, welche einen Tag später gespalten wurde und eine geringe Menge Gehirnsubstanz entleerte. Die hintere Schädelwunde befand sich in einer, von der Mitte der protuberantia occipitalis externa 2,5 Cm. nach rechts und ein wenig nach oben

gezogenen Linie, oberhalb der Insertion des rechten Cucullaris, beide Wunden wurden mit Carbolsäure verbunden. Der Puls 180, arhythmisch, die Pupillen sehr erweitert, reagiren nicht auf Licht, Lähmung der rechten Körperhälfte, an den contralateralen Extremitäten leichte Zuckungen besonders in den Flexoren, die Muskeln des Gesichts und die Sphyncteren normal. Der mit dem Katheter entleerte Urin enthielt deutlich Zucker, gab bei Kochen mit NO_3 keine Trübung, mit A einen unbedeutenden Niederschlag, Rectumtemperatur $38,6^\circ$. Es besteht eine bedeutende Hyperästhesie der Haut bei völliger Bewusstlosigkeit, die Kranke wehrte eine jede auch die leiseste Berührung der Haut ab.

Die *Behandlung* bestand Anfangs in wiederholten Gaben Calomel, später in Application von Eis und kalten Uebergiessungen des Kopfes; ausserdem wurden bei Anzeichen von Gehirnämie subcutane Morphininjectionen, später grosse Dosen Bromkalium bis zu 30 Gran (1,8) pro die angewandt. Aus dem ausführlich mitgetheilten *Verlaufe* heben wir hervor, dass am 4. Tage der Krankheit das Bewusstsein wiederkehrte, doch gegen Abend wieder schwand; starker Schmerz in der linken Kopfhälfte, Zuckungen in den gesunden, am 5. solche in einzelnen Muskeln der gelähmten Extremitäten. Die Pupillen wurden enger und reagirten am 6. Tage gut auf Licht, die vordere Wunde ist am 11. Tage verheilt, die hintere eitert etwas, am 14. Tage wird sie behufs freieren Abflusses des Eiters erweitert, diese letztere zeigte kleine Knochenfragmente, der bis dahin bestehende locale Schmerz verschwindet allmählig. Am 30. August ist die hintere Wunde verheilt, die Kranke bewegt das gelähmte Bein frei, obgleich sie nicht ungestützt gehen, wohl aber stehen kann, der rechte Arm vollständig gelähmt, Allgemeinbefinden gut, beide Wunden verheilt. Am 5. September erkrankte das Mädchen an der gerade in dieser Zeit herrschenden Cholera an der sie auch am 7. September starb. Die während des letzten Krankheitstages auftretenden Convulsionen folgten jedesmal dem Erbrechen und waren besonders ausgesprochen im Triceps femoris und Biceps brachii der gelähmten Seite, wurden aber bald allgemein und schlossen 16 Minuten später das Leben ab. Eine Section wurde nicht gemacht.

Verf. zweifelt an der Möglichkeit, dass eine detaillirte Diagnose während des Lebens der Wartuni hätte gestellt werden können, es sei nur zu constatiren gewesen, dass auf die Symptome der Hirnerschütterung am ersten Tage der Verwundung solche einer acuten Encephalomeningitis gefolgt wären. Die Hemiplegie wäre als Folge einer directen Läsion von Leitungsfasern, welche die motorischen Centren mit dem Rückenmarke verbinden, aufzufassen, ihr späteres theilweises Verschwinden einer Wiederherstellung des Zusammenhanges des Centrums mit der Pheripherie gewissermassen auf Umwegen zuzuschreiben. Der Tod konnte einerseits in Folge der Infection mit Cholera, andererseits aber dadurch eingetreten sein, dass in der Umgebung des Canals im Gehirn Eiterung auftrat, der Eiter in die Seitenventrikel durchbrach und die nervösen Symptome wie Erbrechen, Convulsionen hervorrief. Diese Frage hätte nur durch die, Verhältnisse halber, unmöglich gewordene Section gelöst werden können. —

Die Redaction der *Medizinskoje Obosrenie* macht folgende Bemerkungen zum vorliegenden Falle. Sie neigt sich mehr zur Annahme, dass der Tod nicht durch Cholera, sondern durch einen chronischen Gehirnabscess herbeigeführt worden sei, stellt aber diese Ansicht auch nur als Hypothese auf und stützt sich auf mehrere in der Literatur verzeichnete Fälle, in welchen bei plötzlichem Tod nach geheilten äussern Schädelverletzungen die Section häufig Abscess im Gehirn nachwies. Der Wundcanal im Gehirn hätte laut Abbildung und Beschreibung etwa folgenden Verlauf genommen. Nachdem der Ladestock die Gehirnrinde die zweite linke Stirnwindung und die weisse Substanz unterhalb des obern Drittels der vordern Centralwindung durchbohrt hatte, drang er in absteigender Richtung weiter durch den Balken, durch das Centrum semiovale der rechten Hemisphäre und die Rinde des rechten Occipitallappens und trat schliesslich zum Schädel heraus, die Grosshirnganglien verschonend, wohl aber verhältnissmässig wenige Verbindungsfasern zwischen der Rinde und der innern Kapsel zerstörend an die Oberfläche. Von den Fasern, welche die Willensimpulse fortleiten, wurden am meisten die von der vordern Centralwindung ausgehenden, betroffen; in diesen aber befindet sich nach den vorliegenden Beobachtungen das *psychomotorische* Centrum für die contralaterale obere Extremität, womit die *bleibende* Lähmung des Armes im vorliegenden Falle übereinstimmt. Am wenigsten litten die von der hintern Centralwindung ausgehenden Fasern, was durch die schräge Richtung des Canals und durch die in wenigen Tagen verschwindende Lähmung des Fusses bei der *Wartuni* erklärt wird. Die Behauptung, dass gerade das vordere Drittel der vordern Centralwindung verletzt wurde, wird von der Redaction durch die von *Charcot* erwiesene Thatsache gestützt, dass hier nur das Centrum für die obere Extremität gelegen sei, das Centrum für das Gesicht liegt in der Mitte der Windung oder tiefer als das für die Oberextremität und desshalb sei im vorliegenden Falle das Gesicht von einer Lähmung vorschont geblieben.

Hinze (St. Petersburg).

107) **Westphal** (Berlin): Ein Fall von spastischer choreatischer Paraplegie.

(*Charité-Annalen*. IV. Jahrgang.)

Ein 7 jähriger Knabe bekam im 9. Monat allgemeine Krämpfe, ausserdem *Scarlatina* und in der *Reconvalescenz* von der letztgenannten Krankheit *Zucken und Zittern der Arme*, besonders beim Greifen von Gegenständen. Ebenso stellten sich zu gleicher Zeit auch unregelmässige *zitternde Bewegungen der Füsse* ein, welche bei jedem Versuche zu gehen und zu stehen eintraten. Die genauere Untersuchung des geistig normalen, auch sonst gesunden Kindes ergab vorzugsweise eigenthümliche Störungen an den *Untere Extremitäten*, welche auch in der *Bettlage ununterbrochen unwillkürliche Bewegungen* machen, die aus einer Reihe von abwechselnden *Bengungen, Streckungen, Rotationen etc.* in den verschiedenen Gelenken bestehen. *Regelmässig wiederkehrend* zeigt sich am *rechten Beine* eine starke *Bengung im*

Kniegelenk; dann wird das Bein über das linke halb hinübergeschlagen, um sofort wieder gestreckt und in leicht gebeugte Lage zurückgeführt zu werden, wobei der Fuss stark plantarflectirt und adducirt wird. Die Geschwindigkeit der geschilderten Bewegungen gleicht etwa derjenigen bei Chorea minor.

Steifigkeit einzelner Muskeln sind nicht constant; willkürliche Hebung des linken Beines ist unmöglich; die Biegung des rechten Unterschenkels geschieht nur mit sichtlichlicher Anstrengung. Wegen der bestehenden Krampfzustände lässt sich allerdings der Grad und die Ausdehnung der Parese schwer bestimmen, man könnte sogar zweifeln, ob überhaupt nach Abzug der unwillkürlichen Bewegungen und der Steifigkeiten überhaupt Lähmungen restiren.

Stehen und Gehen ist ohne Unterstützung *unmöglich*; beim Versuche dazu stellt sich eine maximale Equinusstellung der Füße ein, so dass die Zehenrücken den Boden berühren. Beim Gehen zappeln ausserdem die Füße in sehr unregelmässiger Weise.

Die Sensibilität ist intact; die Percussion der Quadriceps- und Achillessehnen ergiebt keine sichtbaren Contractionen der bereits gespannten betreffenden Muskeln, also scheinbares Fehlen der Reflexe. Bei willkürlicher Innervation des linken Beines, ausserdem aber auch bei anderen Impulsen, z. B. beim Druck der Hand, selbst bei festem Beissen auf einen Gegenstand entstehen ausgeprägte *Mitbewegungen des rechten*, viel weniger — bei den letztgenannten Innervationsimpulsen — des linken Beines.

Atrophie besteht nicht. Die oberen Extremitäten sind normal; ebenso die cerebralen Nerven. Nur die *Zunge* macht sowohl in der Mundhöhle als beim Herausstreken *pendelnde Bewegungen* nach rechts und nach links.

Der geschilderte Zustand blieb während der etwa 1½ Jahre dauernden Beobachtung des Kranken unverändert; die galvanische Behandlung zeigte sich völlig erfolglos.

Westphal nennt die geschilderten Bewegungen *choreatische* in Anlehnung an den hauptsächlich von den Franzosen gebrauchten Ausdruck der Hemichorea posthemiplegica. In der That haben die Bewegungen mit denen bei Chorea das Gemeinsame, dass sie sowohl in der Ruhe vorhanden sind, ohne dabei den Character von wirklichen Zuckungen zu haben, als auch dass sie bei willkürlichen Bewegungen eintreten. Von der atactischen Bewegungsstörung unterscheiden sie sich durch das Fortdauern der Bewegungen auch in der Ruhe; den Ausdruck „Athetose“ auf sie anzuwenden, hält W. bei dem schwankenden Begriffe dieses Wortes für unthunlich. — Welcher Art die zu Grunde liegende anatomische Störung im Centralnervensystem sei (wahrscheinlich multiple Herde im Gehirn, vielleicht auch in der Med. oblong. und im Rückenmark), lässt sich nicht entscheiden.

Schultze (Heidelberg).

108) Westphal (Berlin): Zur Paralysis agitans.

(Charité-Annalen. IV. Jahrgang.)

Der Verf. schildert drei Fälle von Paralysis agitans, welche mehrfache besondere Eigenthümlichkeiten darboten. In dem ersten Falle (bei einem 48 jährigen Manne) war das Zittern *plötzlich* eingetreten und *zwar zuerst am Kopfe*, darauf auch an beiden Händen.

Der Kopf wurde dabei anhaltend stark nach hinten gehalten; die Unterlippe und der Unterkiefer zittern ebenfalls. Es sistirt bei willkürlichen Bewegungen. *Rigiditäten* der Muskeln und ebenso eine paralytische Schwäche der oberen Extremitäten fehlen.

In dem zweiten Falle trat 4 Wochen nach einem Insulte am *Kopfe* und an der gelähmten linken Oberextremität der Schütteltremor auf und zwar am Kopfe mit derartiger Heftigkeit, dass die 70jährige Kranke 1 Jahr lang nicht zu schlafen vermochte. Vor dem Zittern traten krampfhaft excessive Bewegungen in beiden Händen und Vorderarmen auf; auch der rechte Arm betheiligte sich später am Zittern. — Die genauere Untersuchung ergab Residuen der linksseitigen Hemiplegie mit Abschwächung der Sensibilität dieser Seite, ausserdem starke Muskelspannungen derselben Seite und häufig Crampi am linken Bein. Das Zittern der Hände nahm bei intendirten Bewegungen an Intensität ab, war aber auch eine zeitlang wenigstens in der linken Hand geschwunden, wenn sich die Kranke ruhig auf den Rücken legte, um wieder einzutreten, wann sie eine sitzende Stellung einnahm. Auffallend war, dass das Zittern der linken Hand in viel langsamerem Tempo erfolgte, als das der rechten. Das Kopfzittern ist *geringer* im Liegen als bei aufrechter Haltung, hört im Augenblicke des Kopfaufiegens ganz auf, fängt aber dann sofort wieder an. Diese Zitterbewegungen haben den Character von Rotationen um die Längsaxe des Kopfes mit Excursionen von schwankender Amplitude, die nicht über etwa 30 bis 40° hinausgehen. Bei Lese- und anderweitigen Fixirversuchen hört der Kopftremor nicht auf, während dies bei dem erstgenannten Kranken der Fall war. —

Ob in dem zweiten Falle sich der Schütteltremor unabhängig von der offenbar vorhandenen Hirnaffectation entwickelt hat oder nicht, lässt *Westphal* dahingestellt.

In dem dritten Falle entstand bei einem 58 jährigen Manne etwa $\frac{1}{2}$ Jahr nach einer Verbrennung der Haut des linken Armes *Zittern* desselben, in der Art, dass regelmässige schnelle Pro- und Supinationen des linken Armes und schnelle Biegung, Streckung, Abductions- und Adductionsbewegungen sich zeigten, welche Bewegungen zum Theile bei intendirten Bewegungen verschwinden, um in der Ruhe wiederzukehren. Ausser dem Zittern besteht *motorische Schwäche* und *Atrophie* des betreffenden Armes, aber keine Sensibilitätsstörung. Obgleich eine von *Bardleben* vorgenommene Dehnung der Stämme der grossen Armnerven dicht unterhalb der Achselhöhle keinen Heilerfolg hatte, so glaubt *W.* doch bei der anerkannten Unheilbarkeit der vorliegenden Krankheit weitere Versuche mit der Dehnung in solchen Fällen befürworten zu sollen.

Schultze (Heidelberg).

109) *E. Rähmann* (Strassburg): Ueber den Nystagmus und seine Aetiologie.

(*Gräfe's Arch. f. Ophthalmol.* XXIV. 4. p. 237—317.)

Der Nystagmus zerfällt in 2 Gruppen: 1) die, wo die Bewegungen rein undulirende sind und 2) die, wo dieselbe ruckweise, aber in rhythmischer Reihenfolge ablaufen.

Er zeigt in seiner äusseren Erscheinung grosse Aehnlichkeit mit dem Tremor; eine Auffassung, dem zahlreiche Neuropathologen auch huldigen. Wie hier ist auch dort der Einfluss der Gemüths-bewegungen ein bedeutender.

Er fehlt ebenso wie der Tremor im natürlichen Schlafe. Nach heftigen körperlichen Anstrengungen tritt beiderseits eine Verstärkung der Affection ein. Gegenüber der Wirkung des Alkohols tritt hier wie dort bei Genuss einer bestimmten Quantität anfangs Verminderung, später Verstärkung der Bewegungen ein. Bestimmte Bewegungen oder Bewegungsleistung vermag oft den Tremor zum Stillstand zu bringen, ebenso wie bei einer bestimmten Fixation häufig die Nystagmus-Bewegungen aufhören. Ebenso ist bei beiden Leiden ätiologisch die neuropathische Natur derselben anzuerkennen, indem wir eine continuirliche Reihe rhythmisch unterbrochener Innervationen vom Centralorgane aus in die einzelnen Körper- resp. Augen-Muskeln anzunehmen haben, wodurch die Zuckungen der letzteren veranlasst werden. — Nystagmus findet sich relativ häufig bei den verschiedenen Formen des Schwachsinn, Blödsinn und des Idiotismus. Verf. fand unter 800 Irren 5 Fälle von Nystagmus, von denen 3 Idioten waren. Das mit dem N. häufig gleichzeitig beobachtete Kopffzittern ist nicht als eine compensatorische Mitbewegung anzusehen, da dasselbe zu den Nystagmus-Bewegungen in keinem genau antagonistischen Verhältnisse steht, sondern häufig sich beobachten lässt, dass bei 60—80 Oscillationen p. M. die Anzahl der Kopfbewegungen eine oft viel bedeutendere, oft viel geringere ist.

Ebenso finden sich klonische Krämpfe des Orbicularis, Blepharospasmus sehr häufig als Begleiterscheinung des N. Für den Zusammenhang dieser beiden Erscheinungen bezüglich ihrer centralen Ursache werden die Versuche von Duret angeführt, der fand, dass z. B. eine zwischen Atlas und Hinterhauptbein bis zum Boden des 4. Ventrikels vorgeschobene Sonde in dem Momente, wenn sie die Gegend des unteren Endes des Aquaed. Sylvii berührte, Nystagmus hervorrief, während bei der Berührung der mittleren Parthie des Ventrikelbodens ebenso regelmässig Blepharospasmus erzeugt wurde. — Bei subduralen Blutergüssen; nach Sinusthrombose und fast regelmässig bei pachymeningitischen Oberflächenblutungen ist der N. häufig beobachtet worden. Ebenso bei Hemiplegien als Folge von Apoplexie gleichzeitig neben einer charakteristischen Drehung der Augen zur Seite und zwar findet sich bei Apoplexien in der Grosshirnhemisphäre die Ablenkung der Augen und des Kopfes nach der Seite der afficirten Hemisphäre hin, während bei der tieferen Theile des Gehirnes (pons, medulla, cerebellum etc.) die Ablenkung nach der entgegengesetzten Seite hin statthatt. (Prévost.) Mit dem Verschwinden der Kopfdrehung verschwand stets auch der Nystagmus, wonach also eine enge Beziehung zwischen beiden bestehen muss. Es wird vorzugsweise bei Affectionen des Streifenhügels, 4. Ventrikels, der Corp. restifor. und des Kleinhirns Nystagmus beobachtet und zwar in einem solchen Häufigkeitsver-

hältniss, dass man nothwendig auf eine functionelle Abhängigkeit des N. von den genannten Theilen zurückschliessen muss.

Eine Erkrankung der vorderen und auch der oberflächlichen Parthien des Gehirns scheint für das Zustandekommen des N. von auffallend geringer Bedeutung zu sein, abgesehen von den Oberflächenblutungen, die aber eben durch die gesetzte Raumbeschränkung im Schädel Druckwirkung auf die Centraltheile, Ursprungsstellen der Augenmuskelnerven auszuüben vermögen.

Bei der disseminirten Sclerose kommt N. sehr oft vor; im allgemeinen bei der Hälfte der Fälle und zwar tritt er besonders dann ein, wenn bei bestimmten Fixationsbestrebungen Augenbewegungen eingeleitet werden, also ganz analog dem „Intentionszittern.“

Verf. theilt einen Fall mit, wo bei einem 2jährigen, hereditär belasteten Kinde, Zwangsbewegungen des Kopfes und der Augen (Manège-Bewegungen) von der Geburt an bestanden. Wurde der Kopf in irgend einer Lage festgehalten, so erfolgten starke zuckende Bewegungen beider Augen in rhythmischer Weise. Während des Schlafes allein trat Ruhe ein.

Die Section ergab ungewöhnlich starke Dilatation der Ventrikel, Degeneration der Hemisphären, disseminirte Sclerose, besonders des Hirnstammes.

Die von Friedreich aufgestellte Form des „ataktischen Nystagmus“, wie sie speciell bei grauer Degeneration des Rückenmarkes vorkommt und der nur dann in Erscheinung tritt, wenn fixirt werden soll, lässt sich nicht für eine besondere Form desselben halten, da diesen ataktischen Augenbewegungen meist der rein rhythmische Character der Bewegungen abgeht. (In gleichem Sinne wurde die Friedreich'sche Definition von der vorjährigen Ophthalmol. Versammlung in Heidelberg bei Gelegenheit eines Vortrages von Fr. über diesen Gegenstand aufgefasst. Der Ref.) Fr. vermuthet als Grund des ataktischen N. eine Störung der coordinatorischen Leitungsbahnen, die das Coordinations-Centrum, die oberen Vierhügel, mit den Kernen der Augenmuskelnerven im Boden des 4. Ventrikels verbinden. Der N. soll erst dann auftreten, wenn der Degenerationsprocess bis zur med. oblong. vorgeschritten ist. Mit dieser Annahme stimmt das relativ spätere Auftreten des N., sowie sein Vorkommen neben Störungen des Sehvermögens, die meist auf Sehnerventrophie beruhen, überein. Verf. weist auf Grund der Analyse der bisherigen Anschauungen über das Wesen des N. die Erklärung desselben als Coordinationsstörung als unhaltbar nach. Er hält ihn, wie den Tremor, auf centraler Ursache beruhend, für eine Neurose, selbst wenn man auch nicht im Stande ist, greifbare centrale Störungen nachweisen zu können. Unter anderen Verhältnissen ist er als wichtiges Symptom vorhandener centraler Anomalien zu betrachten. Erleidet die fortdauernde Innervation, die stetig von den Centralorganen aus auf die Muskeln ausströmt, Störungen, oder zeitweilige Unterbrechungen, so wird es zu einer tonischen Zusammenziehung der beteiligten Muskeln gar nicht kommen können und es werden leichte klonische Zuckungen den leichten unterbrochenen Nervenreizen entsprechen. (Ref. ist auf Grund

seiner Beobachtungen des specif. Nystagmus der Bergleute zu genau derselben Auffassung des Wesens dieser Affection gelangt. cfr. Centralbl. für Nervenheilk. II. 1. N. 4 S. 91.)

Ueber den Sitz der Centralstätte, von welcher die den N. bedingende Innervation ausgeht, die corp. quadrig. (Adamück), der Boden des 4. Ventrikels, und des Streifenhügels, lassen sich bis jetzt nur Vermuthungen aussprechen.

Nieden (Bochum).

110) **Georg Sigerson**: An Examination into certain recently reported Phenomena in Connexion with hystero-epilepsy and cerebral Anaesthesia.

(British medical Journal 1879. Nro. 944 u. 945.)

Verf. unterzieht die von Charcot genauer studirte Hystero-epilepsie mit allen ihren mannigfachen klinischen Attributen und Symptomen (Hemianaesthesia etc.) sowie auch die in der Salpêtrière angestellten metalloscopischen Experimente, die bereits Gemeingut der gesammten ärztlichen Welt geworden sind, (? Red.) einer sehr eingehenden Analyse. Er erwähnt der Reihe nach die hiebei in Anwendung gebrachten Vorsichtsmassregeln sowie die grosse Zahl einschlägiger Controlversuche. Verf. hatte selbst Gelegenheit den Controlversuchen, die der grosse Physiologe Schiff an Kranken der Salpêtrière anstellte, beizuwohnen. Dieselben gewinnen aber gerade dadurch ein so hohes Interesse, dass sie von einem so hervorragenden Experimentator gemacht wurden, von dem man gewiss sagen kann, dass er mit vollster Unbefangenheit und allen nur denkbaren Cautelen zu den Experimenten schritt. Wir wollen 2 der interessantesten Versuchen hier anführen.

In dem einen war die Versuchsanordnung eine derartige, dass vor die am Experimentirtische sitzende Versuchsperson, deren ein anaesthetischer Finger in ein mit einer Batterie in leitender Verbindung stehendes Solenoid gesteckt wurde, ein Schirm aufgestellt ward, so dass die Kranke unmöglich sehen konnte was Schiff mit seinem hinter dem Schirme auf dem Tische ruhenden Finger machte. Eine ganz schwache Bewegung eines Fingers genügte um den Strom im Solenoid zu schliessen oder zu öffnen. *Sensibilitätsrestitution trat präcis und prompt ein, wenn Schiff den Strom schloss, dieselbe blieb aber stets aus, wenn kein Strom im Solenoid circulirte.* Alle wiederholten Versuche ergaben dasselbe Resultat.

Später wurde das Solenoid ersetzt durch eine grosse weite cylindrische Rolle, die auf dem Tische vor der hemianaesthetischen Kranken lag. Zwischen ihrem Mund und der vorderen Oeffnung der Spiralarolle wurde eine Papierröhre interponirt, sodass die Inspirationsluft der zu untersuchenden durch die beschriebene Rolle streichen musste. So lange kein Strom durch die Spirale ging, trat keine Sensibilitätsstörung ein — kaum war aber der Strom durch einige Minuten geschlossen, so war auch die ursprünglich bestandene rechtsseitige Hemianaesthesia mit der Achromatopsie verschwunden — ohne dass aber hiebei ein Transfert aufgetreten wäre. Verf. sieht hiermit den Beweis für die *physicalische Wirkung der Metalle,*

Magnete, Solenoide vollständig erbracht, wenn auch die Physiologie noch keine ähnliche Wirkungen der bezeichneten Agentien an Versuchsthieren kennt (R. Vierordt wies in jüngster Zeit nach, dass am Frosche, dem Versuchsthier *κατ' ἐξοχήν*, die Application von Zinkplatten von deutlicher Sensibilitätserrhöhung gefolgt ist. Centralblatt für med. Wiss. N. 1. 1879. Anm. d. Ref.)

Wenn in 2 Fällen Holz- und Knochenplatten-Application in der That von Erfolg begleitet war, so müsse erst nachgewiesen werden, dass wirklich jede physicalische Wirkung, etwa durch Contacts- oder Thermoelectricität ausgeschlossen ist — und dann würde logischer Weise nur folgen, das physicalische und psychische Mittel ähnliche Wirkungen hervorbringen können und dass die Darlegung der Wirksamkeit eines dieser Agentien in einem concreten Falle die Wirksamkeit des anderen nicht ausschliesst.

F. Müller (Graz).

111) D. Hack Tuke: Metalloscopy and expectant attention.

(Separatabdruck aus „The Journal of Mental Science“ Jänner 1879.)

Verf. besuchte im Jahre 1878 zu wiederholten Malen die Salpêtrière um die Experimente Charcot's über Metalloscope zu sehen und sich von deren Richtigkeit zu überzeugen. Derselbe anerkennt die bekannten „metalloscopischen Phänomene“ als sicher erwiesene Thatsachen — sieht aber die Frage über ihre rationelle Erklärung noch als eine offene und streitige an.

Er verliess die Salpêtrière mit der Ueberzeugung, dass der grösste Theil dieser Phänomene von *psychischen* Einflüssen herrühren möge — deren gewaltige Macht ja allgemein bekannt ist. Verf. selbst hat sich jahrelang in eingehenster Weise mit dem Studium rein psychischer Actionen auf den Körper beschäftigt und die Resultate dieser Arbeit in seinem ausgezeichneten Werke „*Influence of the Mind upon the Body*“ niedergelegt. Ausgehend und fahndend auf die daselbst reichlich aufgespeicherten Beobachtungen und Wahrnehmungen kömmt Verf. betreffs der Erklärung der metallosc. Phänomene zu der *Annahme*, dass dieselben ihren Ursprung wahrscheinlich *psychischen Momenten* („*expectant attention*“) verdanken und sieht diese Annahme gestützt theils durch die Beobachtung Bennet's, dem in einem Falle Sensibilitätsrestitution durch Holzplattenapplication gelang (obwohl nur an dem zur Application gewählten Arme und ohne Transfert), theils durch den bekannten Fall Westphal's, in dem nach Application knöcherner Spielmarken die Sensibilität (wenn auch erst nach *vielen Stunden*) wiederkehrte. Doch gesteht Verf. selbst, dass es ungerecht und anmassend wäre positiv zu behaupten, dass alle in Rede stehenden Thatsachen hinlänglich und in zufriedenstellender Weise durch die gewöhnlichen psychischen Einflüsse zu erklären seien. Auch die Wirksamkeit (!) der Holzplatten und der knöchernen Spielmarken in den zwei Fällen beweise noch gar nicht, dass die Metalle, Magnete etc. nur durch die die Erwartung spannende Aufmerksamkeit wirken — *es wäre ja denkbar, dass physicalische und psychische Agentien gleiche Wirkungen hervorbringen können*. Verf. erwähnt am Schlusse noch die jüngsten

Experimente des Refer. sowie dessen Demonstrationen der metalloscop. Phänomene und des von ihm zuerst constatirten Transfert der Hemiparaplegie (Vergl. dieses Centralblatt Nr. 2. 1879). Es möge dem Ref. gestattet sein zu der vom Verf. angenommenen Erklärung der „metallosc. Phänomene“ einige Bemerkungen zu machen.

Im Laufe des letzten Jahres sind an verschiedenen Orten (Berlin, Graz, Reggio) an ganz verschiedenen Patienten, denen die metallosc. Erscheinungen gewiss zu Beginn der Versuche fremd waren, da wohl mit Sicherheit eigene Spezialstudien von Seite derselben ausgeschlossen werden können, die bekannten subjectiven und objectiven Symptome nach Application von Metallplatten oder Magneten in der ganz gleichen Reihenfolge und mit der gleichen Constanz beobachtet worden wie in Paris. Hierin wie in der bisherigen Unmöglichkeit sämmtliche Phänomene, wie sie durch die angeführten Agentien producirt werden, *in gleicher* Weise durch Weckung der Erwartung und der Aufmerksamkeit hervorzubringen dünkt dem Refer. der sichere Beweis zu liegen, dass es sich hiebei um *physicalisch-physiologische* und nicht um *psychische Ursachen* handeln dürfte.

F. Müller (Graz).

Anmerk. der Redaction. Ohne den persönlichen Anschauungen des Herrn Referenten im Geringsten entgegneten zu wollen, muss ich doch meinerseits bemerken, dass ich sie nicht theile, wie ich denn der ganzen Frage sehr skeptisch gegenüberstehe. Die Thatsache, dass an einigen Orten gleiche Resultate erzielt sind, beweist gar nichts, denn es geben gewiss eben so viele, wo alle Versuche fehl schlugen; und die „Spezialstudien“ könnten zur Noth im Feuilleton jeder politischen Zeitung gemacht sein, wo diese Angelegenheit längst erörtert worden ist. Der Standpunkt der Unfehlbarkeit scheint mir in der fraglichen Angelegenheit, sowohl bei den Anhängern wie bei den Gegnern noch stark verfrüht.

Erlenmeyer.

112) **M. Fraenkel:** Sensibilität der Schädelnähte.

(Virch. Arch. 75. Bd. 1879.)

Verf. beobachtete bei Gelegenheit von Schädelmessungen von geisteskranken und gesunden Individuen, dass die Nahtverbindung eine höhere Sensibilität besitzt, als die übrigen Knochentheile. Namentlich tritt diese Erscheinung am Zusammenstoss der Kranznaht mit der Pfeilnaht deutlich hervor und erreicht bei Individuen, die an Hyperästhesie leiden, eine solche Höhe, dass man den Zustand als *Raphalgia cranii* bezeichnen könnte. Verf. verspricht sich nicht sowohl in diagnostischer Beziehung, die Nähte am Lebenden zu erkennen, als namentlich für die Pathogenese von Psychosen durch Kopfverletzungen von der Kenntniss besagter Empfindlichkeit einen Erfolg.

Goldstein (Aachen).

113) **L. Luciani:** Die Pathogenese der Epilepsie.

(Sulla patogenesi della epilepsia, Riv. sper. 1878. IV. pp. 617 ff.)

Der Autor erklärt sich im Anschluss an seine im Verein mit **A. Tamburini** publicirte Arbeit: „über *psychomotorische Rindencentra*“, (worüber von anderer Seite im 1. Jahrg. d. Bl. p. 232 berichtet worden ist,) ganz entschieden für die Ansicht, dass die *Ursache der Epilepsie einzig und allein ihren Sitz habe in den Central-*

organen der Hirnrinde; dass die krankhafte, directe oder indirecte Erregung der letzteren, gleichviel aus welcher Ursache hervorgerufen, in welcher Weise entwickelt, das Wesentliche des epileptischen Processes darstelle, und dass die krankhafte Erregung des verlängerten Markes wahrscheinlich nur ein accessorisches Moment sei, — ergänzend, aber nicht notwendig für diesen Process. — Die Stütze für diesen mit grosser Entschiedenheit ausgesprochenen Satz bieten ihm einige Experimente an Hunden, (eines auch an einem Affen, *Cecopithecus*), ferner die Kritik und Analyse der für die Lösung derselben Frage angestellten Experimente von Pitres und Franck, von Hitzig und von Corona, sowie die Kritik der seiner Behauptung entgegenstehenden Ansichten, besonders der Albertoni's. Die eigenen Experimente, auf welche hier nicht ausführlich eingegangen werden kann, sind in der Weise angestellt, dass bestimmte Hirnrindenbezirke der motorischen Zone gänzlich, bis auf die weisse Substanz, extirpirt wurden, und dass dann die Erscheinungen beobachtet wurden, welche, sei es bei spontan entstandenen epileptischen Anfällen des Versuchsthiers (wahrscheinlich durch Contraction der Narbe), sei es bei experimentell hervorgerufener Reizung der Hirnrinde einige Zeit nach erfolgter Heilung des ersten Eingriffs, auftraten. Unter diesen Umständen stellte es sich nämlich heraus, dass nur diejenigen Körpertheile des Thieres von epileptischen Krämpfen ergriffen wurden, deren Innervationscentra in der Hirnrinde nicht mit entfernt worden, und dass diejenigen von den Krämpfen frei bleiben, deren Centra vorher zerstört worden waren, *trotzdem das betreffende Thier, von dem ersten experimentellen Eingriff genesen, den Gebrauch seiner sämmtlichen Muskeln vorher wieder erhalten hatte.* — *Luciani* fasst daher die neue Lehre in folgenden Sätzen zusammen:

a. Die unmittelbare krankmachende Ursache der Epilepsie, welches auch ihr Typus sei, besteht in einer abnormen Reizung (einem irritativen oder dehnenden Einfluss) der Hirnrinde, die in paroxystischer Form die Funktionen der psychomotorischen Centren zu alteriren vermag.

b. Es lassen sich in Bezug auf die Entwicklung der krankmachenden Ursache drei Fälle unterscheiden: sie kann zugleich im ganzen Rindensystem entstehen, oder auf einen beschränkten Punkt der motorischen Zone lokalisiert sein, oder endlich von einem solchen Punkte allmählig auf die übrige Rinde sich fortpflanzen.

c. Ist der Reiz verbreitet und intensiv genug, so kann die gewöhnliche Form der Epilepsie auftreten, in der die tonisch-klonischen Convulsionen fast gleichzeitig die verschiedenen Muskelgruppen ergreifen, sich mit zeitweiser Aufhebung des Bewusstseins und der Sinnesthätigkeit verbinden, und von andern bekannten Symptomen begleitet oder gefolgt sind.

d. Greift der Reiz nur eines der psychomotorischen Centren an, so kann die Epilepsie die mehr elementare Form annehmen, in der nur einfache, auf einen Muskel oder eine Muskelgruppe beschränkte Convulsionen auftreten, entsprechend dem Sitze des betreffenden Centrums.

e. Verbreitet sich der Reiz auf weitere Strecken der motorischen Zone, so werden die Convulsionen der Muskelgruppen in derselben Ordnung auftreten, in der die Verbreitung der epileptogenen Ursache innerhalb der correspondirenden Centren stattgefunden hat.

f. Bei incompleter Epilepsie, oder wenn der Anfall zuerst in einer Muskelgruppe stattfindet, um sich nachher weiter zu verbreiten, kann man mit genügender Sicherheit den Sitz oder doch den „culminirenden Punkt“ der Centralläsion diagnosticiren, entsprechend dem psychomotorischen Centrum, welches zu der zuerst ergriffenen Muskelgruppe in Beziehung steht.

g. Umgekehrt kann man bei allgemeiner, verbreiteter Epilepsie den anatomischen Sitz nicht genau angeben, da dann die Ursache nothwendigerweise diffuser im Rindensystem verbreitet ist.

G. Salomon (Hamburg).

114) Hippolyte Martin (Paris): Die Trunksucht der Eltern als Ursache der Vererbung von Epilepsie.

(Annales méd. psych. 1879. I.)

Der Verf. stellt sich die verdankenswerthe Aufgabe, an der Hand von ca. 150 Fällen von Epilepsie, die er während eines Jahres in der Salpêtrière beobachtete, nachzuweisen, welche gefährliche Folgen die Trunksucht der Eltern für ihre Nachkommen haben kann.

Verf. führt uns eine ganz interessante Reihe von sehr exquisiten Fällen cursorisch vor. — Wir wollen uns aber hier mit der Reproduction der Ergebnisse der Zusammenstellung begnügen.

Von den besagten 150 Fällen boten 83 genaue Berichte über ererbte Anlage; bei diesen 83 bestand bei 60 sicher nachgewiesene Trunksucht der Eltern; bei den übrigen 23 ist dies zweifelhaft, bei einzelnen sogar sehr wahrscheinlich.

Jene 60 Epileptiker, die von trunksüchtigen Eltern stammen, hatten ursprünglich 244 Geschwister, von denen aber nur noch 112 leben. Von den Gestorbenen litten 48 in frühester Jugend an Convulsionen und auch bei den meisten der 60 Epileptischen war das der Fall. Also bekamen von 304 Kindern trunksüchtiger Eltern nicht weniger als 108 ihr ganz fatales Erbtheil mit.

Sury-Bienz (Basel).

115) E. C. Spitzka: Merits and motives of the movement for asylum reform.

(Vortrag in der New-Yorker neurologischen Gesellschaft.)

(Chicago Journal of nervous and mentale disease. 1878 October.)

Wie aus dem Artikel hervorgeht — die in demselben angeführten Veröffentlichungen für und wider sind Ref. unbekannt — besteht in den Vereinigten Staaten eine lebhaft Agitation für Reform der Irrenpflege; die aber bei den Anstaltsdirectoren eine ganz ungünstige Aufnahme fand und durch Vorträge auf den Versammlungen derselben, wie durch Artikel im „American Journal of Insanity“ bekämpft wurde. Gegen einen solchen Vortrag von Engen Grissom betitelt „True and False Experts“ wendet sich Verf. vor-

nehmlich und weist nach, dass die Reformbestrebungen auf diesem Gebiete ihre völlige Berechtigung haben. Bei der Anführung der Missbräuche, deren die Anstalten sich schuldig gemacht, bringt Verf. äusserst gravirende Beschuldigungen vor, von denen einige hier berichtet seien. So z. B. wurde die Forderung der Reformpartei, dass Sectionen der Verstorbenen in den Anstalten gemacht werden müssten, von einem Director mit der Aeusserung zurückgewiesen, dass die Anstalten nicht dazu gebaut seien, Sectionen dort vorzunehmen. Ferner: Zwangsmittel und Narcotica würden im Uebermasse angewendet und hätten in gar manchen Fällen den Tod von Kranken verursacht. Gewaltthätigkeiten von Seite des Wartpersonals gegen die Kranken kämen sehr häufig vor, würden aber nicht geahndet, ja in einem Falle war als Todesursache Gehirnerweichung angegeben, wo die Untersuchung ergab, dass der — schon sehr schwache Kranke an den vom Wärter erlittenen Misshandlungen starb. In einem Jahresberichte musste zugegeben werden, dass drei Kranke durch Schläge getödtet waren, wovon bei einem 12 Rippen gebrochen; dass einer aus Unachtsamkeit des Wärters durch Verbrühen im Bade starb, dass mehrere Epileptiker im Anfall ertranken. Verf. behauptet, dass die meisten Unfälle verschwiegen würden, ja auch die Berichte gefälscht. Auch die über die Directoren gesetzten Aufsichtsbehörden erfüllten nicht ihre Pflicht, gäben aus persönlichen Rücksichten falsche Berichte ab, wofür auch ein sehr schlimmes Beispiel angeführt wird u. s. w. u. s. w. Zum Schlusse gibt Verf. einen Abriss der zunächst anzustrebenden Reformen; es sind folgende:

Mechanische Zwangsmittel und Anwendung gefährlicher Narcotica seien auf das möglichst geringe Mass zu beschränken; grausame und unphysiologische Zwangsmittel gesetzlich zu verbieten; jeder Fall von Isolirung oder Zwangsanwendung mit Angabe der Gründe zu registriren; ebenso jeder Unfall mit den Details und den Untersuchungsergebnissen im jährlichen Bericht anzuführen. Zur Erzielung einer rationellen Therapie sei hauptsächlich noch ein genaues Studium der so häufig angewendeten Narcotica vorzunehmen. Auf passende Beschäftigung sei mehr Nachdruck zu legen. Genaue Verzeichnisse müssten geführt werden über die Kranken mit Krankheitsdiagnose; ebenso über die wiederholt Aufgenommenen mit Bezeichnung der Art ihrer früheren Entlassung (geheilt etc.); ferner aber auch über die Geisteskranken des Bezirkes, dem die Anstalt zugetheilt sei; nicht nur über die schon einmal in derselben Verpflegten, sondern auch über die, welche noch nicht der Aufnahme bedurft hätten (zur Beurtheilung von Zu- und Abnahme des Irnsinns); die Verzeichnisse der Todesfälle sollten auch die entlassenen Irren berücksichtigen, welche schon vor oder während ihres Aufenthaltes in der Anstalt an gefährlichen Krankheiten litten. Die Vornahme der Section sollte durch Gesetz zur Pflicht gemacht werden, wobei dem Leichenbeschauer des Bezirkes das Recht der Anwesenheit zustehen solle. Ein genaues Verzeichniss der pathologisch-anatomischen Befunde sei zu führen, Gehirnwägungen vorzunehmen und Präparate aufzubewahren. Die Sectionen seien durch die Anstaltsärzte zu machen, ausgenommen bei gerichtlichen Fällen.

Bei der Errichtung von neuen Anstalten sei das Princip der Decentralisation zu verfolgen. Der ärztliche Vorstand müsse nur Medicinalbeamter sein und Geschäfte, die nicht unmittelbar mit der Wohlfahrt der Kranken in Beziehung stünden, Civilbediensteten übertragen.

Die Aerzte sollten nicht für eine Anzahl von Jahren, sondern auf Lebenszeit angestellt werden. Wünschenswerth wäre die Festsetzung einer Altersgrenze und eines Pensionsminimum für verdiente Beamte.

Dienstentlassung sollte nur möglich sein wegen Unfähigkeit zum Dienste oder schlechten Betragens; Betrug in den Berichten, finanzielle Miswirthschaft wären unter letzteres zu rechnen.

In den Aufsichtsbehörden für die Anstalten sollte jeder District nach Massgabe seiner Leistungen für die Irrenpflege vertreten sein. Mindestens ein Drittel einer solchen Behörde solle aus Aerzten bestehen; gleicherweise sollten auch die Juristen vertreten sein. In jedem grösseren Staate müssten drei „Commissioners of Lunacy“ aufgestellt werden; ein practicirender Arzt, ein Jurist und ein Arzt, der schon in einer Anstalt thätig gewesen. Die Statuten der meisten Staaten über Irrenpflege müssten einer gründlichen Revision unterworfen werden. Womöglich sei die Oberaufsicht über alle Anstalten einer Central-Nationalbehörde zu übertragen und die Staaten Commissioners durch Nationalcommissioners zu ersetzen.

(Wie man sieht, sind im Ganzen die Forderungen gewiss nicht zu hoch gestellt; in einzelnen Dingen hat der Eifer etwas zu weit geführt, wie z. B. bei den Sterberegistern; den Standpunkt des Verfassers, dass er die beabsichtigte Anstellung von weiblichen Assistenzärzten auf der bezüglichen Abtheilung einer Anstalt wie eine Art neuer Aera begrüsst, werden auch nur sehr Wenige theilen.

In der „Philadelphia Medical Times“ vom November 1878, die Ref. eben zu Gesichte bekam, befindet sich ein Redactionsartikel über den erwähnten Aufsatz von Grissom: True and False Experts. Es ergibt sich daraus, dass der Streit über die Reformen in heftigster Weise geführt wird und schon über die Massen das persönliche Gebiet beschritten hat. Im betreffenden Aufsätze werden dem bekannten Kliniker Hammond sehr schlimme Vorwürfe gemacht, besonders der, dass er wissentlich, durch Geld gewonnen, falsche Angaben als Sachverständiger gemacht habe. Auf der Versammlung der Irrenärzte ward ein Antrag, das Vorgehen Grissom's zu tadeln, nicht angenommen. Hammond erwiderte in zwei offenen Briefen, erklärte die Anfeindungen nur dadurch begründet, dass er Gegner des Restraint sei, beschritt nicht den Weg der gerichtlichen Klage auf Verläumdung, zu welchem er von einem Gegner herausgefordert war, erging sich aber in ganz unerhörten Schmähungen, von welchen die Times eine Probe gibt. Hier nur ein Pröbchen: „Ein verwirrter Bauernkötter hat noblere, geistige und moralische Eigenschaften, als Sie; der schmutzige Vogel, der in sein Nest macht, ist weniger eckelhaft etc. Gehe hin, gottloser und unverbesserlicher Quacksalber, hartgesottener Bösewicht, geistesgesund oder krank; Schurke oder Maniaker, gehe hin und regulire deine verkommene Einbildungskraft mit Betrachtung deiner eigenen Schlechtigkeit.“ Ref.)

Karrer (Erlangen).

116) J. L. A. Koch: Zur Statistik der Geisteskrankheiten in Württemberg und der Geisteskrankheiten überhaupt.

(Stuttgart, W. Kohlhammer. 1878. gr. 8°. 231 S.)

Verfasser hat es unternommen, im Anschluss an die amtliche Volkszählung am 1. Dezember 1875, eine private allgemeine Irrenzählung in Württemberg zu veranstalten. Er wusste in ausgedehnten Kreisen Interesse dafür zu erregen, geeignete und opferwillige Mittelpersonen zu finden, und kann sich eines wirklichen Erfolges erfreuen.

Allerdings sind noch gar manche Lücken geblieben, in den grösseren Städten liess sich kein wünschenswerthes genaues Resultat erzielen, die Ausfüllung der Zählkarten und Tabellen, welche zum grossen Theile durch Laien besorgt wurde, liess manchmal viel zu wünschen übrig, doch vollständiges Material bleibt nun einmal ein frommer Wunsch.

Zur Erreichung eines möglichst gleichmässigen Resultates von den einzelnen Zählern machte Verf. nur die Unterscheidung zwischen *Idioten* und *Irren* (erworbene Krankheit), beide zusammenfassend unter den Begriff *Geisteskranke*. Eine ausführlichere Anweisung diente zur näheren Belehrung für die Ausfüllung der einzelnen Rubriken.

Die ganze Abhandlung zerfällt in vierzehn Abschnitte.

Der erste Abschnitt gibt eine möglichst vollständige *Geschichte* der bisher vorgenommenen *allgemeinen Irrenzählungen* in den verschiedensten Provinzen und Ländern, dann insbesondere der Zählungen in Württemberg selbst.

Im zweiten Abschnitte über den *Werth und die Wege der Zählungen* spricht Verf. sich dahin aus, dass einmal immer in Verbindung mit der Volkszählung eine officielle Irrenzählung verbunden werden, zum andern aber noch, und zwar auch von Staatswegen, Spezialzählungen — etwa immer zwischen zwei Volkszählungen — durch eine vom Staate dazu aufgestellte Persönlichkeit ins Werk gesetzt werden möchte.

Die Zählung ergab 7953 Geisteskranke, worunter 195 Nicht-Württemberger; also 7758 württembergische Kranke, davon 3810 Idioten, 3948 Irre; auf 1000 Einwohner kamen 4,22 Geisteskranke. Gegen die früheren Zählungen ergab sich eine Zunahme der Geisteskrankenzahl. Die daran sich knüpfende Frage, ob in Württemberg und dann, ob überhaupt die Geisteskrankheiten im Zunehmen begriffen seien, wird mit Berücksichtigung der einschlägigen Literatur des Längern besprochen und die Unmöglichkeit ihrer Lösung dargethan. Aus verschiedenen Tabellen kann man sich über die Vertheilung der Kranken auf die einzelnen Kreise des Königreiches unterrichten, wobei aber zu bemerken, dass die Zählung nicht überall mit derselben Genauigkeit ausgeführt wurde. Dieser Unterschied macht auch die Beurtheilung, ob Land- oder Stadtbewohner häufiger erkranken, unmöglich.

Die von Verf. angenommene *Eintheilung der Geisteskranken* in Idioten und Irre wurde schon oben berührt, ausserdem wurde von

ihm auch noch die Complication mit Epilepsie berücksichtigt, und fanden sich unter den 3810 Idioten 94, unter den 3948 Irren 448 Epileptische. Die Verhältnisszahl der Idiotie zum Irrsinn weicht von den bisher gefundenen Zahlen beträchtlich ab; denn während aus verschiedenen Zusammenstellungen für Deutschland das Verhältniss der Irren zu den Idioten wie 100: 155 berechnet wurde, ergibt die Zählung für Württemberg 100 Irre: 97 Idioten. Den Grund sucht Verfasser hauptsächlich in der verschiedenen Ausführung der Zählungen.

Bei einer Gesamtbevölkerung von 9,836,218 Einwohnern, darunter 879,901 männlichen, 956,317 weiblichen, war die Vertheilung der Kranken nach dem *Geschlechte* folgende. Es trafen auf je 1000 Einwohner 2,18 m. und 1,98 w. Idioten; 2,13 m. und 2,17 w. Irre; ferner auf je 100 männliche Geistesranke 94 weibliche. Eine Berechnung des letztern Verhältnisses aus einer grossen Anzahl Zählungen aus andern Staaten ergab ein beinahe gleiches Resultat; auf 100 männliche 95 weibliche Kranke.

Bei gesonderter Betrachtung fand Verf. sowohl nach seiner Zählung wie nach der aus 11 Staaten ein umgekehrtes Verhältniss zwischen Idiotie und Irrsinn und der Erkrankung der Geschlechter. Bei Idiotie überwiegt das männliche, bei Irrsinn das weibliche Geschlecht um ca. 10 Procent. Ob darin aber wirklich eine Disposition des betreffenden Geschlechtes ausgedrückt sei, glaubt Verfasser jedenfalls mit Recht bezweifeln zu müssen. Epilepsie mit Idiotie oder mit Irrsinn fand sich in einem beträchtlich grössern Verhältniss bei den Männern.

Bezüglich des *Lebensalters* der Kranken konnte wohl durch eine solche Zählung die Zahl der gerade in einem bestimmten Alter Stehenden und das Verhältniss zur Gesamtzahl nachgewiesen, die Frage aber, ob die Kranken eine längere oder kürzere Lebensdauer als die Gesunden haben, auch nicht annähernd gelöst werden. (Es dürfte wohl am Platze sein, hier auf die gründliche und originelle Behandlung, welche Hagen in den „statistischen Untersuchungen“ dieser Frage widmete, hinzuweisen. Ref.)

Die Untersuchung des *Civilstandes* ergab, wie überall, das Vorhandensein einer beträchtlich grösseren Zahl von ledigen als verheiratheten Kranken, noch mehr aber von verwittweten und geschiedenen, berechnet im Verhältniss zu der betreffenden Bevölkerungsziffer. Der Frage nach dem obwaltenden Verhältniss zwischen Irrsinn und Ledigbleiben, versuchte Verf. auf dem Wege beizukommen, dass er die Fälle, wo das Alter zur Zeit der Erkrankung bekannt war (auf dem Zählblättchen verlangt), nach diesem Alter zusammenstellte und die Procentzätze für 1000 Einwohner derselben Altersstufe berechnete. Er fand nun, dass bei den Ledigen die Erkrankungshäufigkeit bis zum 40. Lebensjahre zunehme und auch noch im 5. Decennium fast auf gleicher Höhe wie im 4. bleibe, während die Nichtledigen die grösste Erkrankungsziffer im 3. Decennium zeigten und von da an dieselbe stetig falle.

Das männliche Geschlecht zeigt im 2., 3., 6. und 7. Decennium, das weibliche im 4. und 5. die grössere Erkrankungsziffer

bei den Ledigen; bei den Verheiratheten ist das Zahlenverhältniss beider Geschlechter ziemlich gleich, unter den Verwitweten und Geschiedenen überwiegen die Frauen.

Abschnitt VII bringt die Zahlenverhältnisse nach der *Religion* mit einer ausführlichen Besprechung derselben, deren Ergebnis dahin zielt, dass die Zahlenverschiedenheiten zwischen den einzelnen Religionen und Confessionen wohl kaum durch die Religion, sondern durch Zusammenwirken verschiedener anderer Ursachen bedingt seien. Die grösste Erkrankungsziffer für Idiotie weisen die Israeliten auf, nach ihnen folgen die Evangelischen, diesen die Katholiken, schliesslich die Andersgläubigen. Für den Irrsinn ist die Reihe folgende: Israeliten, Andersgläubige, Evangelische, Katholiken.

Ueber *Stand und Beruf*, sowie *Vermögensstand* der Geisteskranken auf dem Wege der allgemeinen Statistik ein verwerthbares Resultat zu erreichen, gelang Verf. nicht.

Zu einer möglichst richtigen Beurtheilung des Einflusses der *unehelichen Geburt* fehlt es an einer vergleichenden Zählung aller zur selben Zeit lebenden unehelich Geborenen. Unter den Idioten waren 8 $\frac{0}{10}$, unter den Irren 4,79 $\frac{0}{10}$ unehelich Geborene.

In dem Abschnitt „*Beginn und Dauer der Krankheit*“, bringt zuerst Verf. einen Versuch, die Häufigkeit der Erkrankungen nach verschiedenen Jahrgängen zu eruiren, mit kurzer Besprechung der einem solchen entgegenstehenden Hindernisse; dann folgt ein Kapitel über die *Häufigkeit der Erkrankungen nach dem Lebensalter*, wobei also das Alter zur Zeit des Eintritts der Krankheit der Berechnung zu Grunde gelegt wurde. Verf. bedauert, dass in vielen Fällen die Angaben der erforderlichen Genauigkeiten ermangelten. (Dieselbe hätte übrigens auch verlangt, dass Verf. nicht nach dem Auftreten der noch vorhandenen Krankheit, sondern nach dem Eintritt der ersten Erkrankung gefragt hätte. Ref.)

Nach seiner Berechnung im Verhältniss zur lebenden Bevölkerung folgen sich die Altersquinquennien nach der Häufigkeit der Erkrankung also: 26—30, 21—25, 36—40, 16—20, 31—35. Bei den Männern traf das Maximum auf die Jahre 21—30, bei den Frauen auf 26—40.

Ausserdem zeigen Tabellen das Verhältniss nach Alter und Civilstand, und Alter und Glaubensbekenntniss.

Das dritte Kapitel gibt eine Berechnung der Krankheitsdauer zur Zeit der Zählung; es wird unterschieden: bis einjährige, ein bis zweijährige, zwei bis fünfjährige, 5 bis 10jährige und schliesslich 10 Jahre übersteigende Dauer. Auf die ersten beiden Rubriken trafen nur ca. 9 $\frac{0}{10}$ der bekannten Fälle, auf die letzte 55 $\frac{0}{10}$ und da ja mit dem längern Bestehen der Krankheit die Prognose ungünstig wird, so kann man sagen, dass nur ca. 9 $\frac{0}{10}$ der kranken Fälle zu den im Allgemeinen heilbaren gehörten.

Die auf den Zählblättchen gestellten Fragen über *Erblichkeit* bekam Verf. beinahe nur in der Hälfte der Fälle beantwortet. Die ungenügend beantworteten Fälle wurden unter Rubrik „Unbekannt“ eingereiht.

45,85 Prozent blieben unbekannt, 20 Prozent waren nicht erblich; 83 Prozent aber erblich belastet; nach Idiotie und Irrsinn ausgeschieden sind die Prozente: bei ersterer 41 unbekannt, 23 nicht erblich, 35 erblich; bei letzterem 50, 18 und 31 Prozent. Beim männlichen Geschlechte war die Zahl der erblich Belasteten grösser als beim weiblichen. Es ergab sich ferner, dass bei den Erblichen die Erkrankung im Ganzen in früherem Lebensalter auftritt, von sämtlichen Erblichen waren 52 Prozent im Alter von 16—30 Jahren erkrankt, von den Nicht-Erblichen 40 Prozent.

Krankheit des Vaters war auf die Nachkommen beiderlei Geschlechtes von schlimmerem Einfluss als Krankheit der Mutter; nur wenn die Trunksucht der Eltern ausgeschlossen wurde, ergab sich ein etwas grösserer Einfluss von mütterlicher Seite für die Erkrankung der Töchter, (doch nur um 1 Prozent). Hereditäre Belastung nur von Seitenverwandten (Geschwistern der Eltern) aus, bei sonst normaler Ascendenz fand sich bei 6 Prozent der erblichen Fälle (Idiotie 7,80 Proz., Irrsinn 5,77 Prozent.)

Blutsverwandtschaft der Eltern war häufig zugleich mit erblicher Belastung verbunden (bei 5,92 Proz. aller Erblichen) Blutsverwandtschaft aber ohne jegliche weitere erbliche Anlage wurde nur bei 1,76 Proz. nachgewiesen. Für die Idiotie erschien dieselbe nachtheiliger, als für den Irrsinn, bei ersterer in 6,62 Proz., bei letzterem in 3,91 Prozent.

Als *gemeingefährlich* wurden 11 Prozent aller Geisteskranken angegeben; und zwar von den Idioten 3, von den Irren 18 Proz.; beinahe noch einmal so viele Männer als Frauen. Bezüglich der erblichen Belastung ergab sich nur bei den männlichen Irren ein merkbarer Unterschied zwischen den gemeingefährlichen und nicht gefährlichen, bei ersteren waren 28,59 Proz., bei letzteren 21,34 erblich belastet. Vergehen oder Verbrechen hatten 2,29 Prozent aller Kranken verübt — die Unterscheidung, ob vor oder erst während der Erkrankung konnte aber nicht ausgeführt werden.

Selbstmordversuche waren von 1 Idioten und 16 Irren berichtet. Im Allgemeinen kamen bei den Idioten am häufigsten Diebstähle und Sittlichkeitsvergehen, bei den Irren Verbrechen gegen das Leben, Diebstähle und Brandstiftung vor.

Alle diese einzelnen Abschnitte enthalten noch ausführliche Angaben der vorhandenen allgemeinen Zählungen und Vergleiche mit denselben; zahlreiche Tabellen enthalten die ziffermässigen Belege für die gezogenen Schlüsse und Bemerkungen; der sich für diese Zahlenangaben Interessirende sei auf das Original verwiesen. Ebenso wenig konnten die Auslassungen des Verf. über die verschiedenen Möglichkeiten, die bezüglich des speciellen Punctes obwalten könnten, über die Ziele, welche zu erreichen wünschenswerth wäre u. s. w. u. s. w. berücksichtigt werden. Ref. wollte möglichst nur die sicheren Ergebnisse anführen.

Im Abschnitt XIII gibt Verf. einen ausführlichen Bericht über die Irrenfürsorge in Württemberg mit geschichtlichem Rückblick auf die früheren Verhältnisse und Vergleich mit andern Ländern.

Von den 7758 Kranken waren 1398 in Special-Anstalten un-

tergebracht, d. i. 0,76 Kranke auf 1000 Einwohner; und zwar von den 3810 Idioten 213 = 0,12 auf 1000, von den Irren 1185 = 0,65 auf 1000 Einwohner.

Sämmtliche Anstalten Württembergs (3 Staatsanstalten und 16 Privatanstalten für Irre, Idioten oder Epileptiker) können im Ganzen etwa 2000 Kranke aufnehmen = 1,06 auf 1000 Einwohner.

Von den nicht in Specialanstalten Befindlichen war über die Hälfte bei den Angehörigen untergebracht $\frac{1}{6}$ bei Privatleuten, $\frac{1}{10}$ in andern Anstalten (Krankenhäusern, Hospitälern, Versorgungsanstalten). Von den männlichen Geisteskranken hatten 21,32, von den weiblichen 14,86 Prozent in Irrenanstalten Aufnahme gefunden.

Aus dem letzten Abschnitte: „*Specielle Verhältnisse der Geisteskranken in Anstalten*“ sei erwähnt, dass die Frage, ob die Kranken in den Anstalten eine längere Lebensdauer haben, als ausserhalb, nicht gelöst werden konnte, dass die Ledigen, die in jüngern Jahren stehenden und die ärmeren Kranken in grösserer Zahl aufgenommen werden, als die andern.

Karrer (Erlangen).

III. Verschiedene Mittheilungen.

- 117) Pansch (Kiel), (*Kalte Injection mit Kleistermasse*. Arch. f. Anat. u. Phys. — IV., S. 480—482.) empfiehlt für feinere nicht mikroskopische Injectionen, besonders auch der Gehirn-Arterien, eine aus feinem Mehl, gelöstem, oder fein gepulvertem Farbstoff und Wasser bereitete Masse. Sie dringt gut in die feinsten Arterien ein und hält auch schwere Farbstoffe gleichmässig suspendirt. Der Hauptvortheil besteht darin, dass man das Präparat nicht vorzuwärmen braucht und, weil die Masse nicht erstarrt, die Injection beliebig unterbrechen und später wieder fortsetzen kann.
- 118) Heschl (Wien), (*Methylgrün als Tinctionsmittel für mikroskopische Präparate* Vorl. Mittheilung. Wien. med. Wochenschr. 1879. Nr. 2) macht neuerdings aufmerksam, dass durch Methylgrün alle Kerne, sowie die Kittsubstanz zwischen den einzelnen Muskeln (der Gefässmuskelzellen) gefärbt werden. „Ebenso tingirten sich ganz ausgezeichnet die ovalen Kerne der Intima der Kapillaren; ferner jene der Endothelien und, was mich besonders überraschte, die Grundsubstanz — das sogenannte Protoplasma — der *Ganglienzellen des Gehirnes* mit dunklerem Kerne.“ Blutkörperchen färben sich nicht, wohl aber Kerne der Lymphzellen etc. Er verwendete eine wässerige derart concentrirte Lösung, dass man durch eine etwa $\frac{1}{2}$ Ctm. dicke Schicht einen Schnitt eben noch gut erkennen konnte. Die Schnitte blieben mehrere Stunden darin liegen und wurden dann in Glycerin angesehen, in absolutem Alcohol blieben auch wenigstens die Kerne gefärbt erhalten. 117 u. 118. Krueg (Oberdöbling bei Wien).
- 119) Freiburg i. B. Herr Prof. Bäumlcr und Herr Dr. Kirn werden im Sommersemester wöchentlich 3 Stunden psychiatrische Klinik halten; das Material liefern die Kreispflegeanstalt und das klinische Krankenhaus.

- 120) Hamburg Herr Dr. Pelmann, Director der provincialständ. Irrenanstalt zu Grafenberg (Düsseldorf) hat einen Ruf als Director des hiesigen allgem. Krankenhauses erhalten, aber abgelehnt.
- 121) Heidelberg. Am 17. und 18. Mai findet hier die 4. *Wanderversammlung süddeutscher Neurologen und Irrendärzte* Statt. Vorträge für diese Versammlung sind spätestens bis Ende April den beiden Geschäftsführern, Herren Dr. Friedrich Schultze und Prof. Dr. Fürstner hier anzumelden, damit gleichzeitig mit der Einladung zu der Versammlung auch die Tagesordnung derselben bekannt gemacht werden kann.

IV. Neueste Literatur.

- 13) Offen berg, Geheilte Hundswuth beim Menschen. Bonn. Cohen & Sohn. 47 pag.
- 14) Landois, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. I. Hälfte pag. 416. Wien, Urban & Schwarzenberg.
- 15) Pinoff, Handbuch der Hydrotherapie. Leipzig, Wiegand pag. 388.
- 16) Lotze, Metaphysik, drei Bücher der Ontologie, Kosmologie and Physiologie. Leipzig, Hirzel pag. 604.
- 17) Journal of Mental science. London, Aprilheft.
- 18) Dujardin-Beaumetz u. Audigé, Recherches experimentales sur la puissance toxique des Alcools. Paris, O. Doin. 8^o, frcs. 10.
- 19) Ortille, De la Dyspnée nerveuse des néphrites. ebendas.
- 20) Mauriac, Contribution à l'étude des amblyopies symptomatiques de la syphilose cérébrale. Paris, Delahaye et. Cie. 8^o. pag. 16.
- 21) Pouillet, La spermatorrhée, traité des pertes séminales. Paris, ebendas. 8^o. pag. 260.
- 22) Belugou, Note sur le traitement de l'ataxie locomotrice par les eaux de La Malou. Paris, Germer-Baillièrre et Cie. 8^o. 30 pag. (La Malou ist eine indiff. Therme im Dep. Hérault. Red.)
- 23) Merten, Die Vererbung der Krankheiten. Stuttgart, Enke. gr. 8^o.
- 24) Hecker, Anleitung für Angehörige von Gemüths- und Geisteskranken etc. Berlin, Dümmler's Verlag 1879. II. Aufl. pag. 51.
- 25) Bourneville et Regnard, Iconographie photographique de la Salpêtrière (Service de M. Charcot). Paris, Delahaye 1878.

V. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialständ. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 2) Irren-Heilanstalt Sachsenberg (Mecklenburg): II. Assistenzarzt, 1. Mai, 1200 M. jährl., freie Station I. Classe, vierteljährl. Kündigung beiderseits. 3) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a) Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage. Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. b) Volontairarzt, sofort; 600 M. jährlich, freie Station I. Classe, Verpflichtung auf längere Zeit. Meldung bei der Direction. 4) Eberswalde: a) I. Assistenzarzt, 1. Mai, 1500 M. u. freie Station; b) Volontairarzt, sofort; 1050 M., freie Station. 5) Pankow (Dr. Mendel) Assistenzarzt, sofort; 1200 M. und freie Station. 6) Irrenheil-Anstalt Sonnenstein (Sachsen):

Assistenzarzt, 1800 M. 7) Prov. Irrenanstalt Dürren: Volontairarzt, 1. April, 600 M. jährlich und freie Station I. Classe, Nichtpreussen ausgeschlossen. 8) Prov. Irrenanstalt O w i n k: a) II. Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung, Wäsche. b) Volontairarzt, 1600 M. im Uebrigen dasselbe, 1/4 jährliche Kündigung, nur für Unverheirathete. 9) Prov. Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim: prov. Hülfarzt, 900 M. und freie Station. 10) Reg.- und Medicinalrathsstelle in Trier. 11) Die Kreisphysicats: Bromberg (Stadt u. Land, 900 M.; Meld. bis 1. März 1879); Bad-Schwalbach, Kalau, (Meldung bis 15. März bei der Kgl. Regierung in Königsberg). Mogilno, sofort, 900 M. (Regierung Bromberg), Darkschneen, 900 M. (Regierung Gumbinnen), Ost-Sternberg, Wohnsitz Zielenzig, 900 M. (Regierung Frankfurt a/O). 12) Stephansfeld (Elsass): Volontairarzt, sofort, 600 M. jährlich und freie Station. 13) Andernach, provinc. Irrenanstalt: II. Arzt; 2700 M. freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, Arznei. (Meldungen bis 1. Mai bei dem Landesdirector der Rheinprovinz, Freiherrn von Landsberg in Düsseldorf.)
Besetzte Stellen: Thonberg (Dr. Güntz) Assistenzarzt: Herr Dr. Schmidt.
Ernannt: Prof. Hitzig zum Director der prov. Irren-Anstalt Nistleben und Professor ord. zu Halle a. d. Saale.

Die Einführung der „Personalien“ in das „Centralblatt“ hat in allen beteiligten Kreisen lebhaften Anklang gefunden, und wir sind, wie die letzten Nummern beweisen, auch reichlich durch personelle Mittheilungen unterstützt worden.

Indem wir hierfür unsern besten Dank aussprechen, richten wir nochmals an alle Leser, sowie an alle Anstaltsdirectionen — öffentliche, wie private — die Bitte, nicht nur mit diesen Benachrichtigungen, die wir in den „Personalien“ gratis aufnehmen, fortzufahren, sondern uns auch sogleich nach Besetzung einer Stelle unter Angabe des Namens des Angestellten hiervon Kenntniss zu geben. Die Personalien betreffen *Irrenärzte, Neurologen und Gerichtsärzte* (Kreisphysiker).
Die Red.

VI. Anzeigen.

Assistenzarzt-Gesuch.

Unterzeichneter sucht von Ende Mai ab einen zuverlässigen Arzt, hauptsächlich zur Assistenz für Electrotherapie. Offerten mit den nöthigen Angaben, sowie monatlichen Gehaltsanspruch bei freier Station und Logis erbitte ich baldigst.

Sanitätsrath Dr. Richter,
Besitzer der Wasserheilanstalt Sonneberg i/Th.

Briefkasten der Redaction.

Dr. Sury-B. Vergl. Sie gef. Ref. 15 in Nro. 5 unseres Bl. vom vorigen Jahrgang. — Dr. Rosenbach in Breslau, dankend erhalten.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1 $\frac{1}{2}$ Sogen Mark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
so Pfg. für die durchgehende Fettschleife oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

1. Mai 1879.

Nrs. 9.

I N H A L T.

I. ORIGINALIEN. Dr. Rosenbach: Die diagnostische Bedeutung der Reflexe, insbesondere des
Bauchreflexes.

II. REFERATE. 122) Westphal: Ueber eine bei chronischen Alkoholisten beobachtete Form von
Gehirnströmung. 123) Dario Maragliano: Ueber die Symptomatologie und die Diagnose der
Läsionen der motorischen Rindenzone des Gehirns. 124) J. J. Putnam: Case of cutaneous
disease, confined to the palmar surface of the thumb, successfully treated by nerve-section.
125) Seeligmüller: Ueber Lähmungen im Kindesalter. 126) Adolf Strümpell: Ueber
diffuse Hirnscierose.

III. PERSONALIEN. IV. EINLADUNG.

I. Originalien.

Die diagnostische Bedeutung der Reflexe, insbesondere des Bauchreflexes.

Von Dr. OTTOMAR ROSENBACH, Privat-Dozent an der Universität Breslau.

Die von mir in meiner ersten Publication¹⁾ über den semiotischen
Werth des Bauchreflexes bei der Diagnose cerebraler Hemiplegien
ausgesprochenen Ansichten haben seitdem nicht nur durch eine
sehr grosse Reihe neuer Beobachtungen, die ich selbst anzustellen
Gelegenheit hatte, sondern auch durch die Mittheilungen von
Moeli²⁾, der nach exakten experimentellen und klinischen Unter-
suchungen zu demselben Resultate in Betreff der Verwerthbarkeit
des Bauchreflexes gelangte, eine erwünschte Bestätigung gefunden.

Auf Grund des ansehnlichen Materials, welches ich im Laufe
mehrerer Jahre gesammelt habe, glaube ich zu dem Ausspruche berech-
tigt zu sein, dass das genannte Phänomen eines der sichersten Zei-

1) Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. VI. S. 845.

2) D. Arch. f. kl. Med. Bd. XXII. S. 279.

chen für den Sitz des Herdes bei cerebralen Hemiplegien liefert und dass es nur dadurch etwas von seinem Werthe einbüsst, dass es — in allerdings verhältnissmässig seltenen Fällen — auch bei Gesunden beiderseits fehlen kann. Doch wird dieser Mangel dadurch ausgeglichen, dass das Fehlen anderer Reflexe — z. B. von Seiten der glatten Muskulatur — uns einen gleichwerthigen diagnostischen Anhaltspunkt liefert.

Es ist hier noch zu bemerken, was die Methode betrifft, dass man in zweifelhaften Fällen nicht gleich ein Fehlen des beiderseitigen Reflexes annehmen darf, wenn die Contraction der Bauchmuskeln durch das einfache Ueberfahren der Haut mit dem Stiele des Percussionshammers — dies ist entschieden das beste Verfahren — nicht sofort hervorgerufen wird. Man muss dann die Manipulation an andern Stellen und in anderer Richtung wiederholen, und oft stärker, oft schwächer streichen. Sehr oft gelingt es, das scheinbar nicht vorhandene Zeichen durch Ueberfahren der unteren Parthien der Thoraxseitenwand oder der Inguinalgegenden oder durch Berührung bestimmter, circumscripiter Stellen der vorderen Bauchwand (Eintrittsstelle von Nerven?) oder durch plötzliche Application des kalten metallenen Theiles des Hammers zur Anschauung zu bringen. Es ist oft vortheilhaft den Versuch nicht sofort nach Entblösung des Abdomens vorzunehmen, weil diese Procedur bei manchen Individuen eine psychische Reflexhemmung hervorruft, deren Wirkung erst nach einer gewissen Gewöhnung verschwindet, und ferner ist es nothwendig das Abdomen gut beleuchtet zu haben, weil sich oft Zuckungen kleinerer Muskelpartien oder schwache Contraktionen dem Anblicke entziehen. Bemerkenswerth in theoretischer Beziehung sind auch die gekreuzten Reflexe d. h. Contraktionen der Muskeln der gesunden Seite bei Reizung der gelähmten Bauchhälfte.

Schliesslich möchte ich noch bemerken, dass der Bauchreflex desshalb einen grösseren diagnostischen Werth beanspruchen darf als der Jastrowitz'sche Cremasterreflex, weil er bei beiden Geschlechtern vorkommt und weil er, wie auch Moeli angibt, im allgemeinen eine etwas grössere Constanz hat als dieser, welcher bei älteren Männern oft fehlt.

So sehr der Bauchreflex auch in gewissen Grenzen von der Prallheit der Bauchwandung abhängig zu sein scheint, so lässt sich doch keine bestimmte Beziehung zwischen beiden fixiren, da bisweilen auch bei ganz schlaffen Bauchdecken ein exquisiter Reflex besteht. Als sicher kann man aber den Satz hinstellen, dass bei straffen Bauchdecken der Reflex vorhanden sein muss und dass demgemäss das Fehlen des Zeichens bei jüngeren Leuten mit straffer Muskulatur stets eine diagnostische Bedeutung besitzt, wie unten ausgeführt werden wird.

Der Hauptzweck dieser Mittheilung ist die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf das Verhalten und die diagnostische Bedeutung des Bauchreflexes, sowohl in Fällen von hysterischer Lähmung und Hemianästhesie als auch von Hirnleiden, die mit nicht bloss einseitigem, sondern universellem Hirndruck einhergehen, hinzulenken. Wenn auch meine einschlägigen Beobachtungen nicht sehr zahl-

reich sind, so sind sie doch, wie ich glaube, prägnant genug, um eine kurze Darstellung zu rechtfertigen, und da wohl jeder, der sich mit Fragen der Nervenpathologie beschäftigt, von der Ueberzeugung durchdrungen sein wird, dass die Beobachtungen eines einzelnen wegen der relativen Kleinheit und Gleichheit des Materials nur einen sehr bedingten Werth haben können und dass erst durch gemeinsame auf denselben Punkt gerichtete Arbeit möglichst zahlreicher Kräfte ein annähernd richtiges Resultat erzielt werden kann, so wird man hoffentlich den folgenden mit aller Reserve ausgesprochenen diagnostischen Schlüssen eine vorurtheilsfreie Prüfung angedeihen lassen, um so mehr, als ihnen, falls sie sich bestätigten sollten, ein gewisser Werth in practischer und theoretischer Beziehung zukommen dürfte.

Die Möglichkeit, den vielgestaltigen Symptomencomplex der Hysterie in allen Fällen richtig zu diagnosticiren, ist bekanntlich trotz aller einschlägigen Bemühungen noch immer eine sehr bedingte, obwohl es doch gerade hier darauf ankommen muss, die in prognostischer und therapeutischer Beziehung so wichtige Frage, ob ein anatomisch fundirtes Leiden oder die blossе hysterische Neurose in irgend einer Erscheinungsform vorliegt, zu entscheiden. Von den als charakteristisch für Hysterie angeführten Symptomen — Hemianästhesie, Fehlen der trophischen Störungen und der Facialisparesie — scheint mir namentlich auf das letztere Moment, noch ein bei weitem grösseres Gewicht gelegt werden zu müssen, da *keine Anästhesie auf cerebraler Basis* meines Wissens bis jetzt beobachtet worden ist, ohne dass eine deutliche, mehr oder weniger ausgesprochene *Betheiligung des Facialis* vorhanden gewesen wäre; in meinen eigenen Beobachtungen fehlte ebenfalls dies Symptom nie.¹⁾

Hier ist wohl die Gelegenheit vorhanden einen Punkt zu berühren, der bis jetzt auffallend wenig Berücksichtigung gefunden hat, nämlich die Möglichkeit, dass sich bei Leuten mit schwereren organischen Nervenleiden hysterische Symptome einfinden und die Scene so beherrschen können, dass man auch die primären (anatomisch oder klinisch selbständigen) Erscheinungen nun als *hysterische* zu deuten geneigt ist. So möchte ich hier meiner Auffassung Ausdruck geben, dass ein Theil der als exquisit hysterisch gedeuteten Phänomene in den Fällen Charcot's und Anderer — sowohl Lähmungen als Contracturen — auf gröberen anatomischen Läsionen beruhen und dass nur *das Ueberwuchern des hysterischen Symptomencomplexes auf dem Boden dieser oft weit vorzudatirenden Läsionen* dazu

¹⁾ Ob dies Verhalten in der räumlichen Anordnung und in der nahen Aneinanderlagerung der betreffenden Fasern seinen Grund hat oder ob (was bei den nahen Beziehungen, in denen die Thätigkeit der Gesichtsmuskeln zu allen den Körper treffenden sensiblen Reizen steht, wohl möglich ist) durch die die sensiblen Bahnen treffende Läsion eine Aufhebung eines dem Facialis von dieser Seite normal zukommenden (reflectorischen) Tonus bewirkt wird, ist natürlich schwer zu entscheiden; doch glaube ich, dass die letztere Auffassung auch ihre Berechtigung hat, und dass überhaupt die Lehre vom Muskeltonus, die noch so vieles Dunkle bietet, jetzt mehr durch klinische Beobachtungen bei den verschiedenen Formen der Muskellähmung als durch Experimente gefördert werden kann.

Veranlassung gegeben hat auch sie als *integrirende* Bestandtheile und Folgen des nun im Vordergrund stehenden Bildes der Hysterie aufzufassen. Wie weit jener bekannte Fall Charcot's, in dem nach langdauernder Hysterie eine Sklerose der Seitenstränge gefunden wurde, unter den eben erwähnten Gesichtspunkt fällt, will ich hier nicht entscheiden, obwohl ich der Ansicht bin, dass auch dauernde functionelle Unthätigkeit zu centripetalen Veränderungen führen kann.

Ich glaube nun, dass neben jenen oben angegebenen Zeichen, namentlich dem Bestehen einer Facialispapese, in dem Verhalten der Reflexe, insbesondere des Bauchreflexes, ein wichtiges diagnostisches Merkmal für die Differentialdiagnose der hysterischen von der anatomisch localisirten Hemianästhesie gegeben ist. Aus der allerdings geringen Zahl von halbseitigen Gefühls lähmungen auf hysterischer Basis, die ich gesehen habe, glaube ich schliessen zu dürfen, dass bei ihnen stets der Bauchreflex erhalten ist, selbst wenn alle anderen Reflexe z. B. die von Seiten der Conjunctiva, der Nasenschleimhaut etc., völlig erloschen sind. Ausser meinen eigenen Fällen scheint mir auch der von Strümpell¹⁾ neuerdings berichtete hochinteressante, wohl sicher (wie dies auch Str. annimmt) als hysterische Neurose aufzufassende Fall für meine Auffassung zu sprechen, denn hier bestanden die Bauchreflexe unverändert fort, während die Reizungen der Schleimhäute keine Reflexaction hervorzurufen im Stande waren; — und auch die Facialispapese fehlte vollkommen.

Bei Gehirnherden irgend welcher Art dagegen, muss wenn sie überhaupt Störungen in den centrifugalen Bahnen auslösen, auch die Hemmungswirkung auf den Bauchreflex in mehr oder minder ausgesprochener Weise vorhanden sein, wie sich aus den empirisch gewonnenen Resultaten ergibt; denn ich habe unter mehr als hundert Hemiplegien bislang nur in einem Falle, der eine sehr wenig ausgesprochene Hemipapese darbot, kurz nach dem Insulte auf der befallenen Seite den Bauchreflex stärker ausgeprägt gefunden und möchte diesen Fall nicht gegen die aufgestellte Regel verwerthen, weil er vieles von dem typischen Bilde Abweichende zeigt und demnach ein sicherer Schluss erst aus der Autopsie gezogen werden kann.

Es mag gestattet sein, hier 2 Fälle anzureihen, in denen der Bauchreflex als wichtiges diagnostisches Zeichen benutzt werden konnte.

Bei einem jungen luesfreien Manne war eine rechtsseitige Anästhesie zugleich mit Muskelschwäche ohne jeden apoplektischen Insult aufgetreten und hatte entschiedene Fortschritte gemacht, als sich der Pat. zum erstenmale präsentirte. Er bot bei ruhiger Bettlage absolut keine Zeichen einer Lähmung, der Händedruck war beiderseits sehr kräftig (rechts nur unbedeutend schwächer) und die Fussbewegungen konnten in normaler Weise vorgenommen werden; beim Gehen und Stehen war keine eigentliche Störung zu constatiren. Es bestand aber eine sehr beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität in

¹⁾ D. Arch. f. kl. Med. Bd. XXII, S. 321.

allen Qualitäten (Temperatur, Berührung, Schmerzgefühl etc. waren hochgradig beeinträchtigt) sowohl an der Haut als an den Schleimhäuten; während die Sinnesempfindungen, Geschmack, Geruch, Gehör, Gesicht *normal* waren und die Untersuchung mit dem Augenspiegel keine Alteration nachwies.

Die Reflexe (Conjunctival-, Nasen- und Ohr-Reflex) waren durchgängig entschieden herabgesetzt; namentlich deutlich zeigten diese Verminderung der Bauch- und Cremasterreflex der rechten Seite. Es zeigte sich bald, dass auch eine Facialisparese bestand, als der Kranke während der Untersuchung lachte; denn beim Lachen blieb die rechte Seite deutlich zurtück und als die Gesichtszüge wieder in Ruhe waren, zeigte sich dieselbe bedeutend schlaffer als die andere und auch die Lidspalte blieb deutlich weiter ¹⁾; man konnte leicht feststellen, dass die sämtlichen vom Facialis versorgten Gesichtsmuskeln paretisch waren, während die elektr. Contractilität die normale war.

Es konnte wohl kein Zweifel sein, dass es sich hier, wenn man der gebräuchlichen Annahme folgt, um einen (Erweichungs?) Herd im hinteren Theile der innern Kapsel handeln musste und dass Hysterie schon wegen der vorhandenen Facialisparalyse und des Freibleibens der Sinnesorgane auszuschliessen war; am meisten aber bestärkte natürlich in dieser Annahme das Verhalten der Reflexe.

Allmählig schritt die Lähmung weiter vor und es kam zu völliger rechtseitiger Hemiplegie; dann trat eine gewisse Besserung ein. Als ich den Pat. nach 10 Monaten wieder sah, bot er ausser der Erscheinungen der Hemianästhesie eine starke Parese des rechten Facialis und der rechten Hand und schleifte den Fuss beim Gehen nach. Die Reflexe waren unverändert herabgesetzt; der Bauch- und Cremasterreflex fehlen nun völlig. Bestätigt wurde die früher gestellte Diagnose auch noch durch das Vorhandensein von trophischen Störungen an der rechten contracturfreien Hand, deren Temperatur herabgesetzt erschien, und deren Finger und Nägel jetzt bedeutend schmaler waren als die der andern Hand; auch zeigen die Nägel rechts jetzt die eigenthümlichen Riefen, die man bei Hemiplegischen nicht selten beobachtet. (Die Differenz der Nagelbreite betrug reichlich 3^{mm.})

Es ist wohl sicher, dass dieser Fall leicht in das Gebiet der Hysterie hätte einrangirt werden können, da ja namentlich im Anfange die Erscheinungen mit denen des genannten Leidens viele Aehnlichkeit boten und man könnte ja selbst jetzt noch an der Diagnose einer Herderkrankung des Gehirns zweifeln, wenn nicht die trophischen Störungen an der Hand auch für diese Diagnose plaidiren würden.

Als zweites Beispiel welches die diagnostische Bedeutung des Bauchreflexes zu illustriren geeignet ist, mag folgender kurz skizirte Fall dienen.

¹⁾ Es mag hier darauf hingewiesen werden, dass die Lähmung der oberen Facialiszweige im ganzen ein bei weitem häufigeres Vorkommen bei Hemiplegischen ist als man von vielen Seiten annehmen scheint.

Ein junges 15 jähriges noch nicht menstruirtes Mädchen war, von einem Besuche zurückgekehrt, plötzlich von Krämpfen befallen worden, die die ganze rechte Körperhälfte incl. des Facialis betrafen, stets von Rotation des Kopfes nach rechts begleitet gewesen sein sollen und sich in den nächsten Tagen wiederholten. Bei der Untersuchung (am 3. Tage der Erkrankung) zeigte die Pat. einen gewissen Grad von Benommenheit und beantwortete Fragen absolut nicht; überhaupt hörte man von ihr nur ab und zu einige unarticulirte Töne. An den Pupillen und in der Art der Kopfhaltung war nichts Bemerkenswerthes zu constatiren; die Sensibilität wenigstens für stärkere Reize schien nicht alterirt, denn auf Nadelstiche erfolgte prompt ein Verziehen des Gesichtes und Reflexzuckungen, aber nur auf der linken Körperhälfte. Die rechtsseitigen Extremitäten waren absolut gelähmt, fielen beim Erheben schlaff herab und reagirten wie gesagt auch nicht auf dem Reflexwege. Eine deutliche Facialisparese war nicht zu constatiren, nur war bisweilen nach den (beiderseits gleichmässigen) Gesichtsmuskelbewegungen eine leichte Schaffheit der rechten Seite zu bemerken. Die Reflexe waren auf beiden Seiten völlig gleich.

Die Bauchreflexe und Patellarsehnenreflexe zeigten sich sehr ausgesprochen; der Urin war frei von allen abnormen Bestandtheilen. Nach diesem Befunde konnte eine anatomische Läsion des Gehirns, sowohl eigentliche Heerdekrankung als eine mit diffusem Hirndruck (s. unten) einhergehende Affection desselben ausgeschlossen werden; denn namentlich bei Individuen des jüngeren Lebensalters werden die Bauchreflexe in der oben angegebenen Weise bei Hemiplegien *einseitig* und — wie sich aus dem Folgenden ergeben wird — in gewissen Fällen von Erkrankung des ganzen Hirngebietes *doppelseitig* äusserst charakteristisch afficirt.

Die dieser Auffassung zufolge in Anwendung gezogene psychische Behandlung und die Application des elektrischen Pinsels hatten einen prompten Erfolg; denn sofort war die Sprache und die Beweglichkeit der gelähmten Körperhälfte wiedergekehrt. Kurze Zeit später ($\frac{1}{4}$ Stunde) trat noch einmal ein Krampfanfall mit nachfolgender Lähmung ganz in der oben beschriebenen Weise auf; doch schon nach wenigen Stunden waren alle abnormen Erscheinungen wieder verschwunden und Pat. war nun definitiv wieder hergestellt.

Ich glaube, dass diese Fälle genügen dürften zu zeigen, dass man, natürlich mit der bei Benutzung jedes pathognomonischen Symptoms gebotenen Reserve, dem Bauchreflex eine diagnostische Bedeutung für die Differentialdiagnose zwischen hysterischer und durch gröbere anatomische Läsion des Hirns bedingter Funktionsstörung zuerkennen darf. Doch lassen sich aus dem Verhalten der Reflexe, insbesondere der Bauchreflexe, auch noch andere vorsichtige diagnostische Schlüsse ziehen und es ist namentlich in vielen Fällen von *Bewusstseinsverlust* mit oder ohne Delirien bei diffusiven Hirnleiden oft möglich aus der Beschaffenheit der Reflexe über die Art und Verbreitung des zu Grunde liegenden Hirnleidens, sowie über die *localen Circulationsveränderungen in den Hemisphären Aufschluss zu gewinnen.*

Um zu diesem Resultate zu gelangen ist es nothwendig gewisse Vorgänge, theils physiologischer, theils pathologischer Natur, die mit Bewusstlosigkeit einhergehen oder zu derselben führen, die in ihrer äusseren Erscheinungsform eine grosse Aehnlichkeit besitzen und die namentlich, was die Reflexthätigkeit anbelangt, vielfache Analogien zeigen, mit Rücksicht auf die ihnen zu Grunde liegenden gemeinsamen Momente zu untersuchen.

So lässt der physiologische Zustand der Bewusstlosigkeit, der Schlaf, je nach seiner Intensität die Reflexe mehr oder minder vollkommen verschwinden und man findet bei fest schlafenden Individuen nach meinen Untersuchungen weder Bauch- noch Sehnenreflexe. Auch ist der Cornealreflex oft verschwunden, die Pupillen sind eng contrahirt, wie dies auch die Untersuchungen von Witkowski & Raehlmann¹⁾ und Sander²⁾ ergeben, und es bedarf eines sehr starken Reizes, d. h. eines gewissen Grades des Erwachens, um die Reflexthätigkeit wieder hervorzurufen. (Die Abwehrbewegungen dagegen mit denen der Schlafende auf äussere Reizung reagirt, bieten oft ein andres Verhalten, wie ich an andrer Stelle zeigen werde.)

Dieselben Verhältnisse bietet auch der Zustand des artificiell herbeigeführten vorübergehenden Bewusstseinsverlustes, z. B. die Chloroformnarcose, der Morphium- und Chloralhydratschlaf. Zuerst schwinden in der Narcose die Bauch-, dann ziemlich gleichzeitig³⁾ die Conjunctival- (resp. Corneal) und Patellarsehnenreflexe; endlich werden die Pupillen enge wie im Schlaf und damit ist die gewünschte Anästhesirung vollkommen erreicht.

Eine grosse Aehnlichkeit mit den Erscheinungen bei diesen (physiologischen) Zuständen haben die Symptome gewisser Hirnleiden, bei denen Bewusstseinsverlust (Sopor oder Coma) mit und ohne Delirien besteht und die Reflexe in ganz derselben Weise und oft in derselben Reihenfolge, wie bei der Narcose, oft aber auch zu gleicher Zeit erloschen sind, nämlich die Hirnaffectionen, die mit sogenanntem Hirndruck einhergehen: Meningitis, Blutungen zwischen Schädel und Häute, sehr grosse Tumoren, gewisse Grade der Urämie und Blutungs- oder Erweichungsherde. Nichtsdestoweniger und trotz der scheinbaren Gleichheit der Symptome, unter denen die Resolution der Extremitäten und der Bewusstseinsverlust im Vordergrunde stehen, finden sich hier tiefgrei-

¹⁾ Du Bois-Reymonds Arch. f. Anat. u. Physiol. 1878.

²⁾ Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. IX. Heft 1.

³⁾ In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle verschwindet das Patellarphänomen etwas eher als der Reflex von der Conjunctiva und kommt im Verlaufe des Abklingens der Narcose später als letzterer wieder zum Vorschein. Man kann wohl das Aufhören des Patellarreflexes als Zeichen der gelungenen Narcose ansehen und es liefert das beschriebene Verhalten ebenfalls einen Beweis dafür, dass der Vorgang in die Kategorie der Reflexe gehört. (Vergleiche die Ergebnisse von Tschirjew. Berl. Kl. W. Nr. 17. 1878.)

fende Unterschiede, wie die genauere Untersuchung der einzelnen Erscheinungen lehrt.

Während nämlich in gewissen Fällen, in denen die genannten Störungen Sopor oder Coma bewirken, alle Reflexe oder doch einige auf beiden Körperhälften zugleich erloschen oder herabgesetzt sind, ist in anderen die Reflexthätigkeit nur einseitig alterirt und zwar oft nicht einmal auf der ganzen Körperhälfte, sondern nur in einzelnen Bezirken derselben. Auch kann man beobachten, dass bei den mit bilateraler Betheiligung der Reflexe einhergehenden Affectionen eine einseitige Restitution der Reflexvorgänge unter gleichzeitiger Besserung der Lähmungserscheinungen auf derselben Körperhälfte möglich ist, während die krankhaften Erscheinungen auf der andern Seite erst später schwinden. Derartige Beobachtungen deuten, um dies hier gleich zu anticipiren, darauf hin, dass der diffus das ganze Hirn betheiligende primäre Prozess sich allmählig zurückbildet und nur eine Hirnhälfte noch in früherer Intensität in ihren Functionen hemmt.

So sind, wenn wir die verschiedenen zu Störungen des Sensorium und zu motorischen Lähmungen führenden Hirnleiden betrachten, folgende Abstufungen in diagnostischer Beziehung zu machen:

1) Kleine Blutungen und Erweichungen in der Hirnsubstanz, die Hemiplegie bewirken, führen stets eine *einseitige* mehr oder minder hochgradige Herabsetzung aller Reflexe auf der gelähmten Seite und zwar in der Reihenfolge: Bauch- und Cremaster-, Mamillar-, Scrotal- und Hautmuskel¹⁾, Nasen-, Ohr-, und Conjunctivalreflex²⁾ herbei; sicher ist der *Bauchreflex* stets in ausgesprochener Weise beeinträchtigt, während der Patellarreflex in einer grossen Zahl von Fällen auf der gelähmten Körperhälfte gesteigert und dann wohl *immer* von einem *ausgeprägten Fussphänomen* begleitet ist. Das Bewusstsein kann intakt bleiben oder es können alle Stadien der Bewusstlosigkeit bis zum tiefsten Coma vorhanden sein.

2) *Je grösser die Herde, desto ausgeprägter ist die Reflexhemmung und das Coma; in den höchsten Graden dieser Läsionen (wenn die Blutung derartig raumbeschränkend wirkt, dass auch die andere Hemisphäre in Mitleidenschaft gezogen wird), besteht doppelseitige*

1) Rosenbach. Ueber die Localisation acut. Lungenerkrankungen bei Hemiplegischen. Berl. Klin. W. 1878. Nr. 41.

2) Es ist für die semiotische Bedeutung der Reflexe von Wichtigkeit eine Trennung in uni- und bilaterale zu machen, da die ersteren zu denen der Bauch-, Cremaster-, Conjunctival-, Nasenreflex (Verziehung der Gesichtsmuskeln bei Reizung der Nasenschleimhaut) und die Reflexe der glatten Musculatur gehören, auch einseitig beeinflusst werden und überhaupt leichter verlöschen, während die anderen (Reflex vom opticus, Niessen, Husten, Schlingen, Athmen) nur bei den schwersten Läsionen und dann natürlich doppelseitig gestört sind. Die bei Hemiplegischen oft zu beobachtende geringere Excursionsweite der Thoraxhälfte der gelähmten Seite bei der Inspiration, tritt erst bei tiefen, durch den Willen verstärkten Athembewegungen deutlich hervor; beim ruhigen (reflectorischen) Athmen kann man kaum eine Differenz constatiren.

Reflexhemmung, es wird sogar das reflectorische Athmen (s. sub 4) und Schlingen erschwert und die Pupillen sind entweder sehr eng oder die eine ist sehr verengt, die andre (auf der Seite der Körperlähmung) sehr weit (Zeichen verstärkten lokalen Drucks). Beide Patellarreflexe sind erloschen; in seltenen Fällen ist der P. R. auf der ursprünglich gelähmten Körperseite noch deutlich, aber sehr schwach hervorzurufen.

3) Blutungen zwischen die Häute des Gehirns (Hämatome) fallen, wenn sie eine Hemisphäre betreffen, unter die eben geschilderte erste, wenn sie sehr massig sind oder auf beiden Hemisphären lagern, unter die zweite Gruppe.

4) Die Meningitis, sowohl die tuberculöse als die eitrige, Gehirntumoren, die eine grosse Raumbeschränkung oder plötzliche hochgradige Cirkulationsstörungen im Gehirn bewirken, also alle Hirnläsionen, die mit sogenanntem Hirndrucke einhergehen, fallen unter die Rubrik II; denn sie bieten als Symptome: Bewusstlosigkeit mit oder ohne Delirien, sehr enge Pupillen, Herabsetzung oder Aufhebung der Reflexe. Bauch- und Cremasterreflexe sind sicher verschwunden und oft wird die Athmung unregelmässig. (Cheyne-Stokes's Phänomen bei tuberculöser Meningitis).

5) Im weiteren Verlaufe können bei Erkrankung der Hirnhäute die Reflexe wieder *einseitig* auftreten. Gewöhnlich ist dann auch eine Verminderung der Körperlähmung auf dieser Seite und ein Freiwerden des Sensoriums zu constatiren. Sind die Reflexe (namentlich die Bauchreflexe) *beiderseitig* wieder vorhanden, so ist auch die Körperlähmung meist völlig verschwunden und das Sensorium frei. Mit dem Auftreten des Bauchreflexes auf der einen Seite ist gewöhnlich (nicht immer) das Wiedererscheinen des Patellarreflexes auf der andern (gelähmten) Seite und zwar in entschieden verstärkter Weise verbunden. In manchen Fällen lässt sich auch noch folgendes Verhältniss constatiren: Je deutlicher der Bauchreflex wird, desto mehr kommt auch auf derselben Seite der Patellarreflex zum Vorschein und wenn auch auf der bisher gelähmten Körperhälfte der Bauchreflex sich zeigt, nimmt die Verstärkung des Patellarreflexes dieser Seite wieder ab. Dort wo der Patellarreflex verstärkt ist, kann man gewöhnlich auch das Fussphänomen hervorrufen (s. oben) und in dem Maasse als jener zur Norm zurückkehrt, wird das Fussphänomen schwächer, um endlich ganz zu verschwinden.¹⁾

Es ist hier noch der Ort anzuführen, dass in der Chloroformnarkose, bei Opiumvergiftung (nach Injection in die Venen beim Thierexperiment), bei starken Blutverlusten, bei Erstickung der Tod gewöhnlich unter hochgradiger Erweiterung der (vorher ad maximum

¹⁾ Dieses Verhalten kann man auch sehr exquisit in Fällen von Compressionsmyelitis (bei Wirbelcaries) beobachten, wo Patellarreflex und Fussphänomen oft durchaus verschiedenes Verhalten auf den beiden Körperhälften zeigen, während sie auf derselben Seite stets in der Stärke correspondiren, d. h. sie können auf der einen Seite nur schwach, auf der anderen excessiv ausgeprägt sein.

verengten) Pupillen eintritt und dass bei Meningitis die plötzliche Pupillendilatation, welche auf eine starke Verengung derselben folgt, namentlich wenn das Sensorium benommen bleibt, meinen Beobachtungen zu Folge ein sehr ungünstiges prognostisches Zeichen ist. (Weniger ungünstig ist die von Anfang an bestehende Pupillendilatation, die wohl auf individuellen Verhältnissen beruht, da ja manche Individuen schon in der Norm auffallend weite Pupillen haben.)

Die hier gegebenen, der Analyse zahlreicher Krankheitsfälle entnommenen Daten, stehen fast durchweg in erfreulicher Harmonie mit den Ergebnissen der experimentellen Forschungen von Leyden¹⁾, Jolly²⁾ und Pagenstecher³⁾ über die Wirkungen des Hirndruckes. Pagenstecher, der Wachsmasse nach der Trepanation in den Schädelraum injicirte, konnte 3 deutlich geschiedene Gruppen der Versuche, je nach der Schwere der Erscheinungen statuiren: 1) Somnolenz, starke Depression der psychischen Fähigkeiten, allgemeine Muskelschwäche; 2) Sopor und einseitige Lähmungen, 3) Coma und Tod oder Coma und nach Wiederauflösung der Masse partielle Erholung. Die Pupillenphänomene traten in einer bestimmten Reihenfolge auf und zwar derart, dass 1) mässige Verengung der Pupillen von kurzer Dauer auf der operirten Seite; 2) gleichmässige kurzdauernde Verengung beider Pupillen; 3) starke Erweiterung der Pupille der operirten Seite; 4) gleichmässige Erweiterung beider Pupillen ad maximum zu constatiren war. Die Erscheinungen ad 2, 3, 4 waren immer mit Sopor und Coma verbunden.

Wie man sich die Wirkung der verschiedenen zu motorischen, sensorischen und Reflexlähmungen führenden pathologischen Prozesse im Gehirn und seiner Häute vorzustellen hat, darüber ist ja schon viel discutirt worden⁴⁾, ohne dass die Frage eine Erledigung gefunden hat. Vielleicht bietet der Weg, der hier angedeutet ist, nämlich die Untersuchung analoger Vorgänge auf ihre gemeinsamen Momente und die Prüfung der Reflexthätigkeit und Differenzirung der Fälle von ein- und doppelseitiger Hemmung die Möglichkeit, nähere Aufschlüsse zu gewinnen und die eine oder die andere der gangbaren Ansichten zu stützen.

Da es sich um einen Hirndruck im eigentlichen Sinne ja nur bei massigen Exsudaten oder Blutungen, die wirklich raumbeschränkend wirken, handeln kann, da aber für gewöhnlich selbst bei der Meningitis (tuberculosa und purulenta), die unter dem Bilde des ausgeprägtesten Hirndruckes mit Coma, Lähmung der Bewegungsfähigkeit und der Reflexthätigkeit etc. verläuft, oft nur ein erstaunlich geringes Exsudat oder nur eine minimale Tuberkelentwicklung vorhanden ist, so muss man zur Erklärung der schweren Symptome

1) Virch. Archiv. Bd. 37. pag. 519.

2) ref. im Centralbl. f. d. med. W. Nr. 45. 1878.

3) Heidelberg 1871. (Experimente u. Studien über Gehirndruck.)

4) Vergl. die klare Darstellung Nothnagels in Ziemassens Handbuch. Bd. XI. 1.

bei den erwähnten pathologischen Vorgängen mit Rücksicht auf die so ähnlichen Zustände der Narcose und des Schlafes auf Störungen in der Ernährung des Hirns als Ursache der beobachteten Erscheinungen recurriren, um so eher, als auch die mit wirklicher Raumbeschränkung einhergehenden Läsionen, wie das Experiment und klinische Erfahrung lehrt, ebenfalls hauptsächlich durch *Erschwerung der Blutzufuhr* zum Hirn und nicht *durch mechanischen Druck auf die Nervenelemente* deletär zu wirken scheinen.

Namentlich plaidirt das Verhalten des Körpers im Schlafe und in der Narcose für diese Auffassung, die am besten, vielleicht allein, die so total verschiedene Zustände, den raschen unvermittelten Wechsel zwischen Bewusstsein und Bewusstlosigkeit und den bedeutenden Einfluss, den sensible Reize jeder Art auf die Herstellung normaler Verhältnisse (Erwachen) bei Schlafenden und Berauschten haben, erklären kann, und wenn auch experimentelle Untersuchungen gezeigt haben (Bernstein), dass selbst beim verbluteten Frosche das Chloroform seine Wirkung, wenn auch langsamer als sonst, ausübt und dass also die nervösen Elemente auch ohne Vermittlung des Blutes sich mit dem Anästheticum imprägniren, so spricht doch diese Beobachtung keineswegs gegen die Ansicht, dass eben die *schnelle* und doch wieder so *leicht weichende Wirkung* der schlaferegenden Stoffe (auch der Ermüdungsproducte) des Stoffwechsels, in *erster Linie auf Veränderungen in der Ernährung des Hirns durch andere Regulirung der Circulation* beruht, wie dies auch bei der Ohnmacht der Fall ist.

Ob diese nutritiven Anomalien auf Anämie oder Hyperämie beruhen, lässt sich natürlich nicht mit Sicherheit entscheiden; doch kann man bei Berücksichtigung aller ähnlichen Zustände wohl vermuthen, dass nicht eine direkte Hirnanämie, sondern eine gewisse Verlangsamung der Circulation im Hirn, welche mit einer verlangsamten Abgabe von Ernährungsmaterial verbunden ist, jene *allmählichen* Uebergänge zur Bewusstlosigkeit vermittelt. Je brüsker und unvermittelter die Circulation gestört wird, desto eher kommt es zu jenen starken Reizzuständen im Centralorgan, von welchen mehr oder minder ausgebreitete Convulsionen abhängen.

Mit Berücksichtigung der Annahme, dass Circulationsstörungen im Stände sind die oben erwähnten, so differenten Zuständen gemeinsamen, Symptome in der Sphäre der Reflexthätigkeit und des Bewusstseins herbeizuführen, ja dass sie wahrscheinlich das hauptsächlichste causale Moment für die unter dem Bilde des Hirndrucks verlaufenden Alterationen der Hirnthätigkeit so lange sind, bis sich in Folge der Ernährungsanomalie Veränderungen schwerer Natur im Hirngewebe selbst einstellen, — mit Berücksichtigung dieser Annahme lassen sich die verschiedenen Möglichkeiten, die zu einer Functionsstörung des Centralorgans führen, genetisch und aetiologisch folgendermassen classificiren:

Die im Gehirn durch die verschiedensten Insulte gesetzten Functionsstörungen sind entweder dauernde (Ausfallssymptome) oder vorübergehende (Hemmungssymptome) oder es werden zu gleicher Zeit dauernde und vorübergehende Störungen eingeleitet. Dauernde

Läsionen kommen nur durch directe Zerstörung unersetzlicher Hirntheile oder durch länger anhaltende Ernährungsstörungen, welche zu einer solchen führen, zu Stande; die vorübergehenden werden in der oben erörterten Weise durch Circulationsanomalien veranlasst, und die dritte Kategorie von Erscheinungen, welche die häufigste ist, kommt bei einer Combination von Zerstörung des Gewebes und veränderter Blutvertheilung zu Stande. Die Circulationsstörung wird entweder direct durch Compression der Gefässe oder durch entzündliche Veränderungen der Gefässwandung oder durch locale Anämie und collaterale Fluxion bedingt. Der letztgenannte Zustand tritt entweder bei plötzlichem Abschlusse eines grösseren Gefässgebietes auf oder er wird auf reflectorischem Wege von gewissen in ihrer Structur veränderten Theilen des Hirns (Erweichung, kleine Blutungen), die als Reiz wirken, hervorgerufen. Auf letzteren Vorgängen beruht die Fernwirkung und das *étonnement cérébral*.

Wie verhalten sich nun die verschiedenen beobachteten Erscheinungen zu den supponirten Veränderungen der Blutcirculation im Hirn und welche Rückschlüsse lassen sich aus den Symptomen auf die Art der Kreislaufstörung machen?

Wir haben oben bereits erörtert, dass selbst der Zustand des Comas, also der völligen Lähmung des Bewusstseins, der wohl auf den ersten Blick eine gleichmässige Betheiligung des ganzen Gehirns anzudeuten scheint, eine bedeutsame Differenz in dem Verhalten der Reflexe aufweisen kann, und dass man durchaus den comatösen Zustand mit einseitiger und den mit doppelseitiger Hemmung der Reflexe, namentlich der Bauchreflexe, auseinanderzuhalten hat. Da nun alle zu Bewusstseinsverlust führenden Einflüsse auf das Gehirn (Schlaf, Narcose, *diffuse* Hirnerkrankungen), die selbstverständlich beide Hirnhälften in gleicher Weise betheiligen müssen, selbst dann, wenn das Bewusstsein noch nicht völlig erloschen ist, stets eine beiderseitige Hemmung der Bauchreflexe zur Folge haben, da wir ferner wissen, dass jede locale Läsion einer Hemisphäre (sei sie durch Hirnherde oder durch einseitige Ergüsse und Blutungen zwischen die Hirnhäute bedingt), sobald sie eine Lähmung der gegenüberliegenden Körperhälfte bewirkt, den Bauchreflex der betreffenden Seite sehr vermindert oder völlig zum Verschwinden bringt, so müssen wir mit Rücksicht auf die Fälle, in denen Coma mit einseitiger Reflexhemmung besteht, zu zweifellos annehmen, dass auch durch einen gewissen Grad von einseitiger Circulationsstörung, also *allein* durch hochgradige Betheiligung *einer* Hirnhemisphäre, *Bewusstseinsverlust* herbeigeführt werden kann oder mindestens, dass Läsionen *einer* Hemisphäre vorwiegend an der Störung des Sensorium betheiligt sind. (Damit würde die Beobachtung die ich gemacht zu haben glaubte, und die ich hier mit aller Vorsicht erwähne, dass nämlich rechtsseitige Hemiplegien ganz unverhältnissmässig häufiger von längerer oder kürzerer Bewusstlosigkeit im Anschlusse an den Insult begleitet sind als linksseitige in guter Uebereinstimmung stehen, weil allem Anscheine nach die linke Hemisphäre bei ihrer grösseren

physiologischen Dignität durch die mit dem Insult wohl meist verbundenen Circulationsstörungen, in ihren Ernährungsverhältnissen empfindlicher beeinträchtigt werden muss als die rechte, in welcher sich weit öfter Herde etabliren, ohne Bewusstlosigkeit herbeizuführen.)

Lokale Herde führen also zuerst zu *lokalen Störungen*, die sich höchstens noch auf die Partien der Hemisphäre erstrecken, an die die Aeusserungen des Bewusstseins gebunden sind. Je *grösser* der Herd ist, desto *stärker* ist im Ganzen seine *allgemeine Wirkung auf das Hirn* und bei grossen Blutungen etc. bleibt sie nicht mehr lokal beschränkt, sondern zieht auch die Functionen der anderen Hemisphäre, wahrscheinlich durch localen Druck oder auf dem Wege des Reflexes in Mitleidenschaft. Es kommt zu einer Hemmung der Reflexe auch auf der bisher freien Körperhälfte und bald werden die bilateralen Reflexe alterirt, das Athmen und Schlingen wird erschwert, und unter dem typischen Bilde des schweren Hirndrucks¹⁾ tritt der Tod ein.

Die Frage warum nicht in allen Fällen bei Hirnläsionen, die zur Hemiplegie führen (Erweichungen, Blutungen), Coma besteht, lässt sich, so-trivial es klingen mag, doch wohl dahin beantworten, dass hier eben *individuelle Verhältnisse*, verschiedene Reizbarkeit der nervösen Elemente etc., massgebend sind. So wie auf denselben psychischen Reiz bei einem Individuum Synkope, bei einem andern nur Erblässen des Gesichts eintritt, während ein drittes gar nicht reagirt, so wie auf dieselbe Quantität Chloroform in einem Falle schnell die Narcose, in einem andern Falle gar keine Wirkung oder starke Excitation eintritt, so wie der eine durch Morphinum erregt, der andere betäubt wird, so kann natürlich auch bei demselben Herde im Hirn (abgesehen von den Ausfallssymptomen) die verschiedenste Reaction erfolgen.

In wie weit bei den geschilderten Hirnläsionen, namentlich bei den mit Raumbeschränkung einhergehenden, die sensiblen Nerven der Dura mater eine Rolle in der von Duret (sur les traumatismes cérébraux) angegebenen Weise spielen, soll hier nicht untersucht werden.

Was nun die *Bedeutung der Reflexe für die Diagnose und Prognose von Hirnleiden* anbelangt, so lässt sich nicht läugnen, dass uns die Erscheinungen der Reflexsphäre, namentlich das Verhalten der Bauchreflexe, sehr wichtige Anhaltspunkte für die Beurtheilung centraler Störungen liefern kann, Kriterien die nur dadurch etwas

¹⁾ Es wäre wohl bezeichnender und darum besser, wenn man die Bezeichnung „Hirndruck“ ganz wegfällen liesse, da ja Erscheinungen wie bei diesem Zustande, auch unter ganz andern Einflüssen, die nur den schliesslichen Effekt — eine Ernährungsveränderung im Centralorgane — mit ihm gemeinsam haben, zu Stande kommen. Die verschiedenen unter dem Sammelnamen „Hirndruck“ zusammengefassten Zustände lassen sich wohl trennen und ganz prägnant bezeichnen als: Bewusstseinslähmung mit ein- oder doppelseitiger Reflexhemmung (oder Lähmung), Willensparalyse und in den höchsten Graden als: Gehirnparalyse.

an Sicherheit einbüßen, dass eben eine, allerdings beschränkte, Anzahl von Individuen keine Bauchreflexe darbieten; doch werden meist in solchen Fällen die anderen Reflexäusserungen zum Ersatz und zur Sicherung unsrer Annahmen herbeigezogen werden können.

Folgende Sätze würden sich etwa als das Resultat meiner Beobachtungen ergeben:

- 1) Wenn die Bauchreflexe *einseitig* fehlen, so liegt stets eine *locale Affection der entgegengesetzten Hirnhälfte* vor. (Blutung, Erweichung, beschränktes Hämatom etc.)
- 2) Wenn bei einem Hirnleiden die Bauchreflexe *beiderseitig* vermisst werden bei bestehender oder fehlender Störung des Sensoriums, so liegt eine *diffuse Erkrankung des Gehirns* (Meningitis, Hirndruck etc.) vor. Man kann bei *Kindern¹⁾ und Leuten mit straffen Bauchdecken diesen Schluss mit Sicherheit*, bei *Individuen mit schlaffen Bauchdecken nur mit Reserve* machen. Gesichert wird hier die Annahme einer *diffusen Hirnaffectio*n erst, wenn die Pupillen *eng* und die *anderen Reflexe beeinträchtigt* sind.
- 3) Wenn, nachdem doppelseitiges Fehlen der Bauchreflexe constatirt war, der B. R. sich *ein- oder doppelseitig* zu zeigen beginnt, so ist das ein *prognostisch günstiges Zeichen*, da es eine *locale oder allgemeine Abnahme der Intensität der vorliegenden Hirnläsion* (Verminderung des Hirndrucks) andeutet.
- 4) Das *Verschwinden des einen noch vorhandenen Bauchreflexes* bei *comatösen Hemiplegischen*, ist ein *sehr ungünstiges Symptom*, da es eine *Circulationsstörung* auch in der bisher intacten Hirnhälfte anzeigt.
- 5) Wenn *nach dem Schwinden des Coma eine einseitige Lähmung des Bauchreflexes* neben *gleichseitiger Körperlähmung* zurückbleibt, so ist die letztere ein *wirkliches Ausfallssymptom*, d. h. durch *Zerstörung motorischer Hirnpartien* in *größerer oder geringerer Ausdehnung* bedingt.

Im Anschlusse an die vorstehenden Erörterungen sei es gestattet noch einige Fälle kurz zu berühren, die das Verhalten der Reflexe unter den verschiedensten Verhältnissen zu illustriren wohl geeignet sind.

Ein sehr kräftiger Mann, Tier in Folge des Scheuwerdens der Pferde vom Wagen herabgeschlendert und mit der linken Kopfhälfte auf das Pflaster aufgefallen war, kam völlig bewusstlos einige

¹⁾ Bei Kindern, die stets äusserst ausgeprägte Bauchreflexe zeigen, dürfte, wenn ich nach meinen Erfahrungen schliessen kann, das Verhalten der B. R. in jenen schwierigen Fällen von Benommenheit, in denen die Diagnose zwischen wahrer Meningitis oder Somnolenz als Begleiterscheinung einer andern Affection — z. B. bei Pneumonie oder bei andern fieberhaften Zuständen — oft so schwierig ist, als differentielles Kriterium häufig verwerteth werden können, da im *letzteren Falle*, namentlich wenn die Kinder durch das Grundleiden noch nicht sehr in ihrer Ernährung gelitten haben, die *Bauchreflexe stets* bestehen, während sie bei *Erkrankungen der Meningen alsbald* verschwinden. Bei *fest schlafenden Kindern* fehlen die Bauchreflexe, erscheinen aber *sofort* in den ersten Stadien des Erwachens.

Stunden nach dem Unfälle zur Beobachtung. Die Untersuchung ergab tiefen Sopor (Pat. blieb auf Anrufen und starke Reize absolut reactionslos), ausgesprochene Hemiplegie der linken Körperhälfte incl. des Facialis, anscheinend leichte Lähmung des rect. intern. des l. Auges und sehr enge reactionslose Pupillen. Der *Patellarreflex* war links sehr stark angeprägt, rechts war er nur eben vorhanden; der *Bauchreflex* war rechts sehr deutlich, links aber völlig erloschen; der *Testikelreflex* verhielt sich in derselben Weise, bei starker Reizung war er jedoch links in sehr geringem Grade auszulösen. Die *Conjunctivalreflexe* waren beiderseits vorhanden.

Am andern Morgen war der Befund fast unverändert; nur reagierte Pat. durch Stöhnen auf lautes Anrufen oder Kneifen; auch schien das *linke Bein nach dem Emporheben nicht mehr so schlaff herabzufallen*. Drei Stunden später war der Befund ein total anderer. Der Kopf und die Augen waren meist nach rechts gerichtet, die Pupillen mittelweit und Pat. antwortete auf Fragen, wenn auch nicht immer richtig. Der linke Facialis und der linke Arm zeigten noch eine mässig ausgesprochene Parese, während das linke Bein vollkommen beweglich war. *Beide Bauch- und Cremasterreflexe waren nun deutlich vorhanden, die Patellarreflexe erschienen auf beiden Seiten gleich*, aber sehr wenig ausgesprochen; alle andern Reflexe waren normal. Nach wenigen Tagen war Pat., der noch ab und zu gewisse psychische Irregularitäten gezeigt hatte, vollkommen genesen und nur beim Lachen zeigte sich noch eine unbedeutende *Facialisparese*.

Dieser Fall, der doch klinisch den Typus einer Blutung zwischen die Hirnhäute repräsentirt und wegen der Prägnanz der Erscheinungen wohl eine genauere Begründung der Diagnose unnötig erscheinen lässt (eine reine commotio cerebri mit hauptsächlich einseitiger Localisation, eine Fractur des Scheitelbeins ist wohl mit Sicherheit auszuschliessen), zeigt auf das klarste wie im Experimente den Symptomeneomplex des einseitigen Hirndrucks: Sopor, contralaterale totale Hemiplegie, Erlöschen der Bauch- und Schwächerwerden des Cremasterreflexes, Verstärkung des Patellarreflexes der gelähmten Seite und illustirt auf das deutlichste, wie mit dem Eintritte des Gleichgewichts in den Circulationsverhältnissen des Schädels das Sensorium freier wurde, die Reflexe das normale Verhalten anwies und die Lähmung der linken Körperhälfte sich bedeutend zurückbildete. Leider sind aber so schematische Fälle, wegen der meist vorhandenen Complication mit starker commotio cerebri sehr selten.

In einem Falle von ausgeprägter Meningitis cerebrospinalis mit Resolution der Extremitäten, aber bei steifer Wirbelsäule, waren, so lange das Coma bestand, die *Bauchreflexe völlig verschwunden*, kehrten aber sofort, als das Sensorium freier wurde, in erhöhter Intensität zurück.

Bei einer Patientin, welche alle Erscheinungen eines diffusen Hirndrucks, wahrscheinlich als Folge einer Meningitis, zeigte, waren alle Reflexe im tiefsten Coma erloschen. Als dieser Zustand einige Tage gedauert hatte, traten beiderseits die *Patellarsehnenreflexe*,

links in sehr erhöhter Intensität und begleitet von ausgeprägtestem Fussphänomen auf, während rechts sich ein leichter aber deutlicher Bauchreflex zeigte. Pat. reagierte jetzt schon auf Anrufen mit Gesichtsbewegungen und bewegte auch auf Verlangen, wenn auch in ganz minimaler Weise, die rechte Hand, während die linke, unbeweglicher erschien und Ptosis des linken Augenlides, sowie Zuckungen im l. Facialis bestanden.

In den nächsten Tagen verschwand das Fussphänomen links wieder. Der Patellarreflex war auf dieser Seite nur noch wenig stärker als auf der andern, es zeigte sich eine Andeutung des Bauchreflexes links und gleichmässig mit dem Freierwerden des Sensorium wurde er beiderseits immer deutlicher.

Die erwähnten Fälle sind wohl geeignet, die Bedeutung, die die Reflexe, besonders die Bauchreflexe, für die Diagnose und Prognose von Hirnleiden besitzen, zu zeigen und es ist zu hoffen, dass die gemeinsame Arbeit auf dem etwas vernachlässigten Gebiete der Reflexvorgänge, wenn sie auch die eine oder die andere der hier ausgesprochenen Ansichten berichtigen sollte, zu neuen und praktisch wichtigen Resultaten führen wird.

In einer späteren Mittheilung werde ich das Verhalten der Reflexe im Schlafe eingehender erörtern und einige sich an diese Untersuchungen knüpfende Beobachtungen, in Betreff des Muskeltonus anschliessen.

II. Referate.

122) Westphal (Berlin): Ueber eine bei chronischen Alkoholisten beobachtete Form von Gehstörung.

(Charité-Annalen. IV. Jahrgang.)

Westphal berichtet über eine eigenthümliche Form von Gehstörung bei chronischen Alkoholisten, welche eine gewisse Aehnlichkeit mit derjenigen bei Tabes zeigt, sich aber doch erheblich von derselben unterscheidet. Diese Eigenthümlichkeit besteht darin, dass bei jedem Schritte das Bein stark im Hüftgelenk gehoben wird, während der Unterschenkel gebeugt bleibt und dann gleichsam wie stampfend herunterfällt. Mit der Gehstörung bei Peroneuslähmung kann eine Verwechslung nicht statthaben, da das charakteristische Herabhängen und Nachschleifen des Fusses völlig fehlt. Die Tabiker andererseits strecken beim Vorsetzen des Beines den Unterschenkel. Weiterhin fehlt bei der beschriebenen Gehstörung jede Ataxie der untern Extremitäten in der Rückenlage; die Sensibilität zeigte sich in allen ihren Qualitäten vollkommen intact, und die Sehnenreflexe waren in normaler Weise vorhanden. Eigenthümlich war, dass nach dem Genusse von Alkohol die Gehstörung auf kurze Zeit gebessert wurde. W. führt die geschilderte Gehstörung auf schmerzhafte Empfindungen von Spannung in den Waden und in den Kniegelenken zurück. —

Schultze (Heidelberg).

123) **Dario Maraglano**: Ueber die Symptomatologie und die Diagnose der Läsionen der motorischen Rindenzone des Gehirns.

(Riv. sper. 1878. IV. pp. 647. ff.)

Der Verfasser, welcher erst kürzlich die grosse Zahl von 97 Fällen von Hirnrindenläsionen zusammengestellt und analysirt hat (S. Referat darüber in 1878 Nr. 7 p. 156. ff d. Bl.) eine Arbeit, die von deutscher Seite, wie es scheint, noch nicht die verdiente Beachtung gefunden hat, — zieht jetzt aus diesen und aus ferneren Beobachtungen weitere Schlüsse, indem er zugleich die vielfachen Bearbeitungen des Gegenstandes, besonders die von Hitzig, Ferrer, Carville u. Duret, Albertoni u. Michieli, Luciani u. Tamburini, Charcot u. Pitres, Bourdon, Luys etc. etc. dazu herbeizieht. Er gelangt, indem er schliesslich die Symptome der speciellen Rindenerkrankung mit den der Central-Läsion im Allgemeinen zusammenstellt, zu folgenden Sätzen:

Rindenläsion:

1. Partielle Epilepsie, oder *erst* solche bevor sie allgemein wird.
2. Dissociirte Paralyse (Monoplegie) oder Hemiplegie der Glieder und des Gesichts, nacheinander auftretend, gleichsam als eine Reihe von Monoplegien.
3. Kein Verlust des Bewusstseins oder erst später, sei es während epileptiformer Anfälle, wie bei plötzlichen Läsionen, z. B. hämorrhagischen Extravasaten.
4. Psychische Alterationen. — Aphasie mit d. Charakter der verbalen Amnesie, der verbal. Ataxie und auch der verbalen Paralyse.
5. Schwache und vorübergehende vasomotorische Paralyse der gelähmten Glieder.
6. Frühzeitige Contracturen sind häufig.
7. Häufige Kopfschmerzen an bestimmten Stellen, spontan auftretend oder durch Klopfen am Schädel hervorgerufen.
8. Die Rindenläsionen bestehen am häufigsten in Erweichung sei es durch Embolie oder durch Thrombose, und in acuter und chronischer Meningitis, weniger häufig in Hämorrhagie.

Centrale Läsionen:

1. Keine lokalisirte Convulsionen.
2. Complete Hemiplegie der Glieder und des Gesichts von Anfang an, sich später gewöhnlich auf einfache Monoplegie des Arms reducirend.
3. Verlust des Bewusstseins während der Convulsionen und bei plötzlichen Läsionen.
4. Aphasie mit dem Charakter der verbalen Paralyse und der Phono-Ataxie. (Logoplegie und Glosso-Ataxie, *Jaccoud.*)
5. Ausgesprochene und andauernde vasomotorische Paralyse der gelähmten Glieder.
6. Frühzeitige Contracturen sind selten.
7. Keine lokalisirte Kopfschmerzen.
8. Die centralen Läsionen bestehen am häufigsten in Haemorrhagien, selten in Erweichung.

G. Salomon (Hamburg).

124) J. J. Putnam: Case of cutaneous disease, confined to the palmar surface of the thumb, successfully treated by nerve-section.

(Separatabd. aus dem Chicago-Journ. of nervous and mental disease, July 1878.)

Verf. hat zwei ganz identische Fälle einer eigenthümlichen Hautaffection beobachtet, die er auf Verletzungen von Nerven zurückzuführen geneigt ist. — In dem zweiten Falle bestand eine Narbe älteren Datums am Rücken des Daumens. — Das charakteristische der Fälle war, dass in kürzeren oder längeren Intervallen, anfangs alle 5—6 Wochen, später oft wöchentlich, Eruptionen von grösseren oder kleineren Pusteln, die in der cutis als kleine Flecke begannen, dann an Ausdehnung zunahmen und endlich zu einer grossen mit dicker Epidermis bedeckten Blase verschmolzen, an der Handfläche des Daumens, oder längst des Nagelrandes, bisweilen im Nagelbett erfolgten. Auf der Höhe des Processes schwoh die Pulpa des Daumens an, schrumpfte dann etwas, und verlor ihre natürliche Consistenz und war bei starkem Druck schmerzhaft. Obgleich die Affection zur Zeit als die Operation beschlossen wurde — die galvanische Behandlung, welche in dem anderen Falle von grossen Nutzen gewesen war, hatte bei diesem keinen Erfolg gehabt — schon vier Jahre bestand, so waren doch stets nur die erwähnten Theile die ergriffenen, und es beschränkt sich somit das Leiden auf das Gebiet des medianus und (wenn das Nagelbett theilhaftig war), auf das des radialis. In der Ernährung hatte nur der Nagel wesentlich gelitten. Bei der unter antiseptischen Cautelen vorgenommenen Operation wurden aus jedem Fingerzweige des Medianus (wohl nur aus den beiden ersten? Ref.) Stücke von $\frac{1}{4}$ Zoll Länge, die bei der mikroskopischen Untersuchung normal befunden wurden, ausgeschnitten, beim Verbandwechsel nach 24 Stunden zeigten sich jedoch wieder zwei kleine Efflorescenzen in der Mitte der anaesthetischen Partie, die sich allmählig vergrösserten und den oben geschilderten Verlauf nahmen. Da man annahm, dass dieser neue Anfall entweder schon im Gange gewesen oder durch die Reizung des peripheren Nervenstücks bei der Operation hervorgerufen sei, so gab man dem Patienten Ol. jecoris, Ferr. phosph. Chinin und Strychnin, um ihn zu tonisiren, und es traten dann auch mit Ausnahme der ersten Woche nach der Operation, die eine feste, tiefreichende Narbe zurückliess, keine Symptome des Grundleidens im Bereiche des N. median. auf. Dagegen bestanden Reizerscheinungen im Gebiete des radialis — neuralgische Schmerzen längs der Rückenfläche des Daumens und Schmerzhaftigkeit bei Druck in der ganzen Gegend namentlich am Nagelbett und in der Umgebung der Narbe —; es kam sogar zu einer, wenn auch geringen Eiterung unter dem Nagel und eine Pustel bildete sich an der Aussenseite des Daumens. Das Wachstum des Nagels nach der Operation soll ein langsameres, dagegen sein Aussehen ein gesünderes geworden sein und die Consistenz der Pulpa wurde eine bessere. 3 Monate nach dem Eingriffe riefen Bewegungen des Gliedes noch immer Schmerzen an der Kuppe und längs des Nagelrandes hervor, wo auch bisweilen kleine Efflorescenzen, wenn auch mit beträchtlichen Intervalle sich zeigten.

Die Neuralgien waren zwar ausgeblieben; doch konnte immer noch leichte Röthung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit bei Einwirkungen von Reizen oder durch längerdauernden Gebrauch des Gliedes hervorgerufen werden. Bemerkenswerth schien die Existenz von isolirten Schmerzpunkten auf der Palmarfläche und den Rändern des Daumens bei tiefen Nadelstichen oder bei Reizung durch einen starken Inductionsstrom vermittelt einer feinen Drahtelectrode. Nach 6 Monaten waren die Eruptionen noch seltener geworden, alle anderen Beschwerden hatten sich gemildert und die Sensibilität war fast ganz wieder hergestellt. (Man vergleiche hiermit das Ref. Nro. 82 in Nro. 6 dieses Bl. vom laufenden Jahre.)

Rosenbach (Breslau).

125) **Seeligmüller** (Halle a. S.): Ueber Lähmungen im Kindesalter. (Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. XIII.)

Auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen und gründlicher Literaturstudien versucht Verfasser Klarheit in das verworrene Gebiet der Kinder-Lähmungen zu bringen, was ihm vortrefflich gelungen ist. Von der unvollendeten Arbeit liegt bis jetzt vor:

I. *Spinale Kinderlähmung* (Poliomyelitis anterior acuta) 75 über-sichtlich zusammengestellte Krankengeschichten. Die Affection ist charakterisirt durch plötzlich eintretende motorische Lähmung mit oder ohne Fieber, mit oder ohne Convulsionen; schnelle Rehabilitation eines Theiles der gelähmten Muskeln, in den dauernd gelähmten dagegen rapid eintretende Atrophie und Herabsetzung, eventuell Verlust der farado-muskulären Erregbarkeit — bei völligem Erhaltensein der Function von Gehirn, Blase und Mastdarm. Im weitern Verlaufe schliessen sich daran Contracturen, Deformitäten und Zurückbleiben im Knochenwachsthum in den gelähmten Extremitäten. Am häufigsten sind Monoplegien c. 75 %, (darunter meist die der linken untern, dann die der rechten untern, rechten obern und zuletzt der linken oberen Extremität); in c. 20 % finden sich Paraplegie der beiden unteren Extremitäten, während Hemiplegie und Lähmung aller 4 Extremitäten ausserordentlich selten sind. Die Atrophie befällt Muskeln, Nerven und Knochen und lässt im Gegensatze zur progressiven Muskelatrophie selten einen einzelnen Muskel bei einer Muskelgruppe intact; doch scheint eine gewisse Beziehung zwischen beiden Formen der Lähmung zu bestehen in dem an spinaler Kinderlähmung Erkrankte in spätern Jahren in Gefahr stehen der progres. Muskelatrophie anheimzufallen.

II. *Spastische spinale Lähmung*. a) *ohne Atrophie*. 8 ausführliche Krankengeschichten. Das allmähliche Eintreten der Steifigkeit und der dadurch bedingten Gebrauchshäufigkeit der untern Extremitäten wird gewöhnlich erst dann beobachtet, wenn das Kind seine ersten Gehversuche macht; die Kinder setzen die Beine kreuzweise, Hüft- und Kniegelenk sind in Flexion, Fussgelenk in Extension, beide Knie aneinander gepresst durch die Contractur der Adductoren; dabei fehlt vollständig die Atrophie mit Ausnahme solcher, welche durch Nichtgebrauch erklärt werden kann; bei Kranken, welche Gehversuche machen findet sich Lordose der Lenden-wirbelsäule.

Sehnenreflexe und electriche Erregbarkeit zeigen inconstantes Verhalten. In seltenen Fällen tritt die Affection auch in den obern Extremitäten auf. Die Functionen von Gehirn und Gehirnnerven sind intact, obwohl manchmal Störungen der Intelligenz beobachtet werden. Aetiologisch wichtig sind Beschädigungen bei der Geburt, vorzeitige Geburt und „Inzucht.“ Die bis jetzt ohnmächtige Therapie bessert die vorhandenen Muskelspannungen durch Volta'sche Alternative.

b) *Mit Atrophie*; (Sklérose laterale amyotrophique); eine Krankengeschichte. Bei ausgesprochenem spastischem Gang Contractur der untern Extremitäten und der Vorderarme, welche wegen der vorhandenen hochgradigen Atrophie sehr gegen die nicht gelähmten Theile hervorstechen.

c) *Spastische spinale Paralyse mit intermittirenden tonischen Contraktionen willkürlich beweglicher Muskeln*. 3 Fälle. Intermittirende Bewegungsstörungen bedingt durch vorübergehend auftretende Steifigkeit in einzeln Muskeln und Muskelgruppen, welche dabei durch Hypertrophie und grosse Härte auffallen; faradische und galvanische Erregbarkeit ist normal; Coordinationsstörungen fehlen vollständig; Therapie ohne Erfolg, nur wurde in einem Falle das Leiden durch Massage etwas gebessert.

III. Lähmungen durch solitäre Hirntuberkeln. 18 sehr ausführliche Krankheitsgeschichten; nachdem die zum grössern Theile aus schwächlichen Familien stammenden Kranken längere Zeit an Darm- oder Bronchialkatarrh gelitten haben und sich manchmal Schielen eingestellt hat, erkrankten sie plötzlich unter heftigen Convulsionen nach deren Ablauf man gleichseitige Facialis- und hemiplegische Extremitätenlähmung findet und zwar meist auf der Seite, auf welcher die Convulsionen am stärksten waren. Die beinahe ausnahmslos vorhandene Hemiplegie ist auf der dem Tumor entgegengesetzten Seite; ist der am häufigsten von allen Hirnnerven befallene Facialis nicht mit der Hemiplegie gleichseitig gelähmt so kann man den Tumor in der Brücke vermuthen, oder einen Druck auf den Facialis nach seinem Austritt aus dem Gehirn annehmen. Die Sensibilität ist verändert, die Stimmung mürrisch (im Gegensatz zu den meist freundlich spinal Gelähmten); etwa folgende Contracturen finden sich meist an der obern Extremität; Mitbewegungen werden beobachtet; die eintretende Atrophie befällt immer das ganze Glied und ist nur durch Nichtgebrauch bedingt; neben vasomotorischen treten auch oculo-pupilläre Sypmtome auf; die faradische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln ist im Gegensatze zur spinalen Lähmung normal. Die Kranken gehen entweder bald nach der Attaque an tuberk. Meningitis zu Grunde, oder erholen sich und sterben später an intercurrenten Krankheiten oder Meningitis. Therapeutisch ist eine Besserung der Lähmung durch Anwendung des faradischen Stromes zu erwarten und zwar dies auch im Gegensatze zur spinalen Lähmung.

Koch,

Arzt an der Elisabeth-Kinder-Heilanstalt zu Wiesbaden.

126) **Adolf Strümpell**: Ueber diffuse Hirnsclerose.

(Arch. für Psych. u. Nervenkr. IX. 2. p. 268.)

Ein 66 jähriger Hufschmidt, früher im Wesentlichen gesund, aber starker Potator, hatte bereits im April 1874 an linksseitiger, im September 1875 aber an rechtsseitiger Hemiparese und daneben an Schwindel und Kopfschmerz gelitten, beide Male aber nur vorübergehend, als er am 24. Juni 1876, Morgens nach einem Rausche vom Abend zuvor, 4 Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust bekam und mit Delirium tremens in das Spital gebracht wurde. Erst am 28. hörten die Delirien völlig auf; die Retentio urinae bestand fort. Die Motilität und Sensibilität der rechten Körperhälfte ist herabgesetzt; die Pupillen sind andauernd sehr eng; Kopfschmerzen und Schwindel. Anfangs Juli traten auf der rechten Körperhälfte spontane Muskelzuckungen auf, wodurch kleine, meist ganz regelmässig tactförmig auf einanderfolgende Bewegungen entstehen. Nachdem diese bis zum 7. Juli so gut wie ganz aufgehört, stellten sie sich Mitte Juli als rhythmische aufeinanderfolgende Zuckungen im rechten Fuss, ca. 30 Mal in der Minute auftretend, wieder ein. Am nächst-nächsten Tage früh Zuckungen im rechten Arm, mit welchen durchaus synchronisch, c. 40—50 Mal in der Minute, regelmässige kleine Zuckungen in den Muskeln des rechten Ober- und Unterschenkels; Mittags epileptiforme Anfälle, bei welchen sich die Convulsionen wesentlich auf die rechte Körperhälfte beschränken. Dieser Anfall wiederholt sich am Abend ein Mal, in der folgenden Nacht aber 3 Mal und ebenso in den folgenden Tagen. In der Zwischenzeit dauern die rhythmischen Zuckungen auf der rechten Körperseite hie und da noch fort. Jetzt am 20. Juli war die Lähmung des Facialis wie der Extremitäten rechtsseitig ausgesprochen. Die Sehnenreflexe, sowie das Fussphänomen, waren bald sehr deutlich, zu andern Zeiten wieder nicht hervorzurufen.

Am 22. September trat ein plötzlicher Collaps ein, von dem er sich etwas erholte. Am 23. starb er während eines solchen.

Section. In seinem im Verhältniss zu der beträchtlichen Körpergrösse kleinen Schädel fand sich ein gleichfalls relativ kleines Gehirn von ganz auffallender Resistenz, auf der linken Seite weit ausgesprochener als auf der rechten und zwar ist nicht nur die linke Grosshirnhemisphäre, sondern auch die linke Hälfte des Kleinhirns, ja sogar die linke Hälfte des Pons deutlich härter und fester. Das Gehirn schneidet sich wie eine elastische gummiähnliche Masse. Hirnrinde stark verschmälert, Seitenventrikel etwas erweitert. Atherome der Basilargefässe. Das Rückenmark zeigt ebenfalls, wenn auch geringere Consistenzvermehrung. Dabei ist es auffallend schmal und dünn.

Aus dem übrigen Sectionsbefund interessirt uns hier die Hypertrophie des linken Ventrikels und die enormen atheromatösen Veränderungen an den grossen Gefässen sowie der Zustand chronischer interstitieller Entzündung in den Lungen, Nieren und Hoden. Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Sänger) des in Chromsäure gut gehärteten Gehirns ergab eine chronische, stellenweise acut accerbirte Leptomeningitis. An Hirnschnitten fällt besonders an mit

Anilinblau und Glycerin behandelten Praeparaten, die scharfe Praegnanz auf, mit der sich das granulirte Rindengewebe darbietet. Auch in den centralen grauen Marklagern findet sich ganz dieselbe in die Augen sprechende Massenentwicklung der Neuroglia, deren Zellen, überall sehr reichlich vorhanden, ganz besonders vermehrt an der äussern Grenze des linken Corpus striatum erscheinen. Wie schon makroskopisch erkennbar, sind die angio-vaginalen Räume meistens erweitert und dies nicht blos an den grössern Gefässen, sondern ganz deutlich auch an den kleinsten.

Sonst bilden Hyperplasie und Schrumpfung der Neuroglia und die dadurch bedingten circulatorischen Störungen (Constriction der Capillaren und feineren Lymphgefässen, welche einerseits zur Lymphstauung in den gröbern und dadurch Erweiterung der Gefässcheiden, andererseits zur Erweiterung der grösseren Blutgefässe führten) das wesentliche des anatomischen Processes. Sicher waren anatomische Veränderungen in den eigentlich nervösen Theilen, Nervenfasern wie Ganglienzellen, nicht nachweisbar. Das Rückenmark ist nicht mikroskopisch untersucht. Von besonderm Interesse sind in unserem Falle

- 1) Die *apoplectiformen Anfälle*. Diese führt Verf. auf active Hyperaemie zurück, welche in Folge der Erweiterung der Gefässcheiden offenbar so erleichtert sind, dass sie bei Vorhandensein der nöthigen veranlassenden Momente schon eintreten können, wo unter normalen Verhältnissen dieselben Ursachen wirkungslos vorübergegangen wären.
- 2) Die *epileptiformen Anfälle*. Diese hält Verf. für ein Hirnrindensymptom, schon weil die Convulsionen halbseitig sind.
- 3) Die *eigenhümlichen rhythmischen Zuckungen*, welche auf der rechten Körperhälfte tagelang in monotoner Einförmigkeit wie der Pendelschlag einer Uhr sich wiederholten, hält Verf. für eine charakteristische Erscheinung der diffusen Hirnsklerose und erklärt sie auch für ein Rindensymptom.

Am stärksten waren sie meist im rechten Arm; am seltensten in der Zunge, deren regelmässiges Anschlagen an die rechte Wange man von aussen deutlich fühlen konnte. (Wenn Verf. die in dem Fall von Küssner (Arch. für Psych. VIII. p. 443.) beobachteten Bewegungen als ähnliche anspricht, so muss ich dem entschieden widersprechen, da ich aus eigener Untersuchung jenes Falles dieselben als „Athetose-Bewegungen“ bezeichnen muss. Ref.)

Seeligmüller (Halle).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialstädt. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 2) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage. Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. 3) Irrenheil-Anstalt Sonnenstein (Sachsen): Assistenzarzt, 1800 M. 4) Prov. Irrenanstalt Düren: Volontairarzt, sofort, 600 M. jährlich und freie Station I. Classe, Nichtpreussen ausgeschlossen. 5) Prov. Irrenanstalt Owinsk: a) II. Assistenzarzt, 2000 M. + freie Wohnung, Heizung, Wäsche. b) Volontairarzt, 1600 M. im Uebrigen dasselbe, 1/4 jährliche Kündigung, nur für Unverheirathete. 6) Reg.- und Medicinalrathsstelle in Trier. 7) Die Kreisphysicate: Bromberg (Stadt u. Land, 900 M.; Mogilno, sofort, 900 M. (Regierung Bromberg) Darkenhnen, 900 M. (Regierung Gumbinen), Ost-Sternberg, Wohnsitz Zielenzig, 900 M. (Regierung Frankfurt a/O). 8) Stephansfeld (Elsass): Volontairarzt, sofort, 600 M. jährlich und freie Station. 9) Andernach, provine. Irrenanstalt: II. Arzt; 2700 M. freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, Arznei. (Meldungen bei dem Landesdirector der Rheinprovinz, Freiherrn von Landsberg in Düsseldorf.) 10) pomm. prov. Irren-Anstalt Ueckermünde, II. Arzt, sofort, 2400—3000 M. Familienwohnung, Garten Heizung, Beleuchtung, Arznei.

Besetzte Stellen: Alt-Scherbitz, Volontairarzt: Herrn Dr. Koch aus Halle. Eberswalde, 1) I. Assistenzarzt: Herr Dr. Franz Herz aus Bonn; 2) Volontairarzt (der Name des Inhabers wurde der Red. nicht angegeben). Pankow (Dr. Mendel) Assistenzarzt: Herr Dr. Schäfer aus Erlangen. Sachsenberg, II. Assistenzarzt, Herr Dr. Klünke, der bisherige Inhaber der Stelle, behält sie vorläufig. Hildesheim, Hülfsarzt: Herr Dr. Bornemann. Kreisphysicat Kalau: Herr Dr. Siehr, Bad-Schwalbach: Herr Dr. Oberstadt. Sonneberg i. Thür. (Dr. Richter's Anstalt): Assistenzarzt Herr Dr. Zacher aus Bonn.

Berannt: Physicus Dr. Hartwig zum Amtphysikus in Fechenheim; Kreis-Physicus Dr. Winkler in Zielenzig zum Kreis-Physicus für den Kr. Lnkau. Kreis-Physicus Dr. Bock in Schönau zum Sanitärath. Dr. Pauli in Stephansfeld zum II. Arzt der Pflégeanstalt zu Hürdt (Elsass). Dr. Störner zum Assistenzarzt in Stephansfeld.

Gestorben: Med.-Rath Dr. Bruns in Hannover.

Die Einführung der „Personalien“ in das „Centralblatt“ hat in allen betheiligten Kreisen lebhaften Anklang gefunden, und wir sind, wie die letzten Nummern beweisen, auch reichlich durch personelle Mittheilungen unterstützt worden.

Indem wir hierfür unsern besten Dank aussprechen, richten wir wiederholt an alle Leser, sowie an alle Anstaltsdirectionen — öffentliche, wie private — die Bitte, nicht nur mit diesen Benachrichtigungen, die wir in den „Personalien“ gratis aufnehmen, fortzufahren, sondern uns auch sogleich nach Besetzung einer Stelle unter Angabe des Namens des Angestellten hiervon Kenntniss zu geben. Die Personalien betreffen *Irrenärzte, Neurologen und Gerichtsärzte* (Kreisphysiker). Die Red.

Briefkästen.

Herrn Prof. v. Krafft-Ebing in Graz: Für die gütige Uebersendung Ihres neuesten Buches herzlichen Dank. — Prof. Berger in Breslau, dankend erhalten.
E.

Einladung.

Die vierte Wander-Versammlung

der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte

wird am 17. und 18. Mai d. J. in Heidelberg abgehalten werden. — Die erste Sitzung beginnt am 17. Mai, Nachmittags 2 Uhr (im Auditorium der psychiatrischen Klinik), die zweite am 18. Mai, Vormittags 9 Uhr.

Auf die erste Sitzung folgt ein gemeinsames Essen im Grand Hôtel.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein und bitten diejenigen Herren Collegen, welche der Versammlung beiwohnen wollen, um baldgefällige briefliche Mittheilung an einen der beiden Unterzeichneten, insbesondere auch darüber, ob die Betheiligung an dem gemeinschaftlichen Essen gewünscht wird.

Verzeichniss der bis heute angekündigten Vorträge:

1. Geh. Rath Prof. Friedreich (Heidelberg): Kleinere neuropathologische Beiträge.
2. Geh. Rath Prof. Gerhard (Würzburg): Thema noch unbestimmt.
3. Geh. Rath Prof. Leyden (Berlin): Ueber Myositis und Muskelatrophie.
4. Prof. Huguenin (Zürich): Ophthalmologische Untersuchungen der Retina mit Bezug zu Hirnerkrankungen.
5. Prof. v. Dusch (Heidelberg): Demonstration eines mikrocephalen Kindes mit eigenthümlichen spatischen Symptomen.
6. Prof. Erb (Heidelberg): 1) Demonstration eines Falles von Athetose. 2) Ueber das Vorkommen von Sehnervenerkrankungen bei Myelitis dorsalis.
7. Medizinal-Rath v. Hesse (Darmstadt): Demonstration eines Falles von Hystero-Epilepsie mit Hemianaesthesia.
8. Prof. Jolly (Strassburg): Ueber ein verbessertes Verfahren zur Untersuchung der Druckempfindlichkeit der Haut.
9. Prof. Bäuml er (Freiburg): Ueber Serratuslähmung.
10. Dr. Rump f (Düsseldorf): Ueber den Transfert.
11. Dr. Kuhnt (Heidelberg): Beitrag zur pathologischen Anatomie des Sehnerven bei Hirnerkrankungen.
12. Geh. Hofrath v. Renz (Wildbad): Ueber tetanische Paraplegie nach Rückenmarksverletzungen.
13. Dr. Schultze (Heidelberg): 1) Ueber Rückenmarksaffection nach Einwirkung plötzlich erniedrigten Luftdrucks. 2) Zur Casuistik der combinirten Strangsclerosen.
15. Dr. Hentschel (Heidelberg): Zur differentiellen Diagnose der multiplen Sclerose.

Heidelberg, Anfang Mai 1879.

DIE GESCHÄFTSFÜHRER:

Prof. Fürstner.

Dr. Schultze.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen Stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band. 15. Mai 1879.

Nr. 10.

I N H A L T.

- I. ORIGINALIEN. Prof. Dr. O. Berger: 1. Binnengeräusche im Ohre bei peripherer Facialisparalyse und bei cerebraler Hemiplegie. 2. Zur electricischen Behandlung des *Tic convulsif* und der *Chorea minor*.
- II. REFERATE. 127) W. O. Leube: Ueber ein seltenes Symptom des Facialiskrampfes. 128) M. Bernhardt: Muskelsteifigkeit und Muskelhypertrophie. 129) Erb u. Schultze: Ein Fall von progressiver Muskelatrophie mit Erkrankung der grauen Vorderäulen des Rückenmarkes. 130) Erb: Zur Casuistik der bulbären Lähmungen. 131) Wladimir Roth: *Glyome diffus de la Moelle, Syringomyelie, Atrophie musculaire*. 132) Victor Babesin: Ueber die selbständig combinirte Seiten- und Hinterstrangsklerose des Rückenmarkes. 133) Richard Schulz: Gibt es eine primäre Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarkes? 134) Morton: Abstracts from the proceedings of the New-York neurological Society. 135) Decrand: *Observation d'hystérie grave compliqué de vaginisme guérie par l'or intus et extra*. 136) Debove: *Hemiplegia saturnina*. 137) M. Schiff: *Contribution à l'étude des effets des bobines d'induction sur le système nerveux*. 138) W. Yandell: *A study of four hundred fifteen cases of tetanus*. 139) Th. Meynert: Die Nervenzelle ist das functionelle Centrum in der Grosshirnrinde. 140) S. Dewey: *Provision for Insane Criminals*.
- III. VERZEICHNISS DER VORLESUNGEN IM SOMMER 1879. IV. ANZEIGEN.
-

Neuropathologische Notizen.

Von Prof. Dr. O. BERGER in Breslau.

I.

Binnengeräusche im Ohre bei peripherer Facialisparalyse und bei cerebraler Hemiplegie.

Soeben hat Bernhardt*) einen Fall von linksseitiger rheumatischer Facialislähmung mitgetheilt, in welchem ein interessantes zuerst von Hitzig vor circa 10 Jahren beschriebenes Phänomen vorhanden war. Der Kranke verspürte bei Bewegungsversuchen der absolut gelähmten Gesichtsmuskeln — und zwar beim Versuche zu

*) Berliner Kl. Wochenschr. 1879, Nr. 16.

pfeifen, oder die Augen fest zu schliessen — ein tiefes Summen im linken Ohre.

Bernhardt wendet sich auf Grund seines Falles, in welchem weder Geschmacksstörungen, noch die bekannte Erscheinung einer abnormen Feinhörigkeit (*Hyperacusis, Oxykokia, Exaltation de l'ouïe*) bestanden, gegen die Hitzig'sche Schlussfolgerung, dass Facialislähmungen mit solcher Alteration des Gehörs ihren anatomischen Sitz *oberhalb* des Abganges des Nerv. *stapedius* haben müssen. Wenngleich das Symptom der Hyperakusis diese Localisation beweist (Lucae), so gelte dies jedoch nicht in gleicher Weise auch für das Hitzig'sche Symptom an und für sich, *ohne gleichzeitige Hyperaemie*. Diese fehlte eben in dem von Bernhardt berichteten Falle und Bernhardt glaubt hier annehmen zu müssen, dass der Willensimpuls, der ohne jeden Einfluss auf die Gesichtsmuskeln blieb, mit ganz besonderer Stärke in die noch freien und *nicht mit erkrankten Aeste*, also hier in den Nerv. *stapedius* gelangte. Nach Hitzig handelt es sich bei der von ihm beobachteten Erscheinung offenbar um eine *Mitbewegung* in der Bahn des *Stapedius*, nach Analogie der während des Heilungsvorganges so häufig zu beobachtenden Mitbewegungen im Gebiete der *mimischen* Muskeln. Diese Erklärung ist sicher die richtige für den Hitzig'schen Fall, während bei dem Kranken Bernhardt's von diesen *anderweitigen Mitbewegungen* keine Rede war und hier gerade im Gegentheil das Freibleiben des N. *stapedius*, wohl mit vollem Rechte, angenommen wird. Gestützt wird diese Annahme noch durch die von Lucae hervorgehobene Thatsache, dass sich auch bei Gesunden durch kräftige Contraction irgend einer Gruppe der *mimischen* Gesichtsmuskeln — besonders des N. *orbicularis palpebrarum* — das Einstrahlen dieses Impulses in die Bahn des *Stapedius* subjectiv und objectiv (Bewegung des Trommelfells nach *Aussen*) nachweisen lässt.*)

Man wird demgemäss in einem gegebenen Falle zuerst constatiren müssen, ob nicht bereits vor der Erkrankung das fragliche Phänomen vorhanden war, welches überhaupt, an und für sich, gemäss der Auseinandersetzung Bernhardt's, für die anatomische Localisation der Facialislähmungen keine besondere Bedeutung beanspruchen darf.

Angeregt durch die Mittheilung von Bernhardt, erlaube ich mir mit wenigen Worten über einen Fall zu referiren, welchen ich bereits seit mehreren Jahren beobachtete und in jedem Semester zu demonstriren pflege. Die 60jährige Bedienungsfrau Dorothea Scholz trat am 18. October 1876 in meine Behandlung wegen einer seit 9 Wochen bestehenden rheumatischen Facialislähmung. Die Kranke war nach einer eclatanten Erkältung eines Morgens mit

*) Ich selbst empfinde während energischer Contraction des linken *Orbicularis palpebrarum* ein deutliches Summen im linken Ohre, dagegen habe ich keine Gehörsempfindung bei Contraction des *rechten* Muskels oder anderer Gesichtsmuskeln; ebenso wenig bei möglichst kräftiger Zusammenziehung der Kaumuskeln. (Mitbewegung des *Tensor tympani*, Fick.)

einer totalen Paralyse des linken Facialis aufgewacht; dabei gleichzeitiger lebhaftes Sausen im linken Ohre („wie wenn der Wind durch den Wald rauscht“) und intensiv *bitterer* Geschmack auf der linken Zungenhälfte. Die abnorme Gehörsempfindung war schon nach 2 Tagen verschwunden, während die Geschmackssensation circa 7 Wochen angehalten haben soll. Die objective Untersuchung ergab einen Verlust des Geschmacks im vorderen Theil der linken Zungenhälfte, dagegen keine Anomalie der Speichelsecretion, keinerlei Gehörstörung, speciell *keine* Hyperacusis, kein Motilitäts-Defect am Velum palatinum. Die Lähmung war eine schwere, mit den charakteristischen Zeichen der Entartungs-Reaction und besserte sich erst nach Monaten. Allmählig kehrte jedoch die Motilität fast vollständig zurück und zwar kam es dabei zu leichten, blitzähnlichen, theils spontanen, theils auf Grund leichter Reize erfolgenden Zuckungen einzelner Muskeln und schliesslich zu einer recht sichtlichen Contractur, welche sich jetzt durch die Verkleinerung der linken Lidspalte und stärkeres Hervorspringen der linken Nasolabialfalte sehr deutlich manifestirt. Etwa vier Monate nach dem Beginn der Lähmung zeigten sich in höchst auffälliger Weise jene bekannten Mitbewegungen der mimischen Gesichtsmuskeln, wie sie in so naturgetreuer Weise Hitzig beschrieben hat; insbesondere der Art, dass beim willkürlichen Lidschluss eine starke Verziehung des Mundwinkels und andererseits beim Zuspitzen des Mundes ein vollständiger Verschluss des linken Auges eintrat. Zur selben Zeit nun entstand das eigenthümliche Hitzig'sche Phänomen, welches bis heute in unveränderter Weise fortbesteht: Sobald die Kranke das linke Auge schliesst, empfindet sie einen tiefen, brummenden Ton im linken Ohr, dessen Intensität proportional ist der angewandten Innervationsstärke und welcher so lange andauert, als die Contraction des Augenschliessmuskels. *Nur beim willkürlichen Augenschluss* entsteht diese Gehörsempfindung, *nicht* aber bei der Contraction anderer Muskeln; ebensowenig, wenn die Lippen gespitzt werden und dabei das linke Auge sich *unwillkürlich* schliesst.

Gerade das letztgenannte Verhalten erscheint von Interesse und dürfte beweisen, dass nicht etwa der Muskelton des sich contrahirenden Orbicularis oculi dabei im Spiele ist. — Ich habe in diesem Falle die besprochene Erscheinung stats als eine dem Verhalten im Gesicht analoge Mitbewegung des Musc. Stapedius dargestellt, ohne dabei, weder auf Grund dieses Symptoms noch des im Beginn der Lähmung auftretenden, sich rasch aber wieder verlierenden Ohrenrauschens, die Localisation noch eine Station höher, als oberhalb des Abganges der Chorda, zu verlegen. —

Im Anschluss hieran berichte ich von einem *analogen Phänomen in einem Falle von cerebraler Hemiplegie*. Es handelt sich um einen 56jähr. Missionair, der mir im November 1868 vom Herrn Collegen Schiller zur electricischen Behandlung überwiesen wurde. Er hatte circa ein halbes Jahr zuvor einen apoplectischen Anfall erlitten und zeigte eine linksseitige Hemiplegie (der Extremitäten und des Gesichts), mit ziemlich hochgradigen Contracturen des gelähmten Armes.

Der sehr zuverlässige, intelligente Kranke, welcher zuvor nie an einer Ohrenaffection gelitten und auch nie über subjective Gehörsempfindungen zu klagen hatte, weder vor, noch nach dem Insult, gab nun mit grösster Bestimmtheit an, seit einigen Wochen bei jedem Versuche, den gelähmten linken Arm zu erheben (und nur bei dieser Bewegung) einen *lauten deutlichen Ton im linken Ohre* zu verspüren, welcher so lange anhielt, als der Innervationsversuch. Der Arm konnte willkürlich, ohne besondere Anstrengung, fast bis zur Horizontalen erhoben werden, die Ausführung einer noch weiteren Elevation gelang nur bei gesteigerter Willensenergie und eben dabei kam es zu der erwähnten Gehörsempfindung.

Anderweitige Mitbewegungen, etwa der Gesichtsmuskeln, wurden dabei nicht beobachtet; bei passiver, brusker Elevation der Extremität entstand die Sensation nicht. Der Patient hatte keinerlei Funktionsstörungen seines Gehörorgans und die genaue Untersuchung des Ohres ergab vollständig normale Verhältnisse.

Auch damals — wo die Hitzig'sche Mittheilung noch nicht vorlag — erschien es mir offenbar, dass es sich hier um eine *pathologische Mitbewegung im Gebiete der Binnenmuskeln des Ohres* handelte, sei es des vom Facialis innervirten M. Stapedius, oder des vom Trigenimus versorgten Tensor tympani. — Dass bei Hemiplegischen sehr häufig verschiedene Formen von Mitbewegungen zur Beobachtung gelangen, ist eine allgemein bekannte Thatsache; ein Verhalten, wie in dem eben mitgetheilten Falle, ist meines Wissens bisher noch nicht beschrieben worden.

II.

Zur electricischen Behandlung des Tic convulsif und der Chorea minor.

Die Behandlung des idiopathischen, nicht auf bestimmte locale Ursachen zurückzuführenden Tic convulsif ist bekanntlich, namentlich wenn hereditäre Momente ins Spiel kommen und der Krampf bereits seit langer Zeit besteht, eine fast stets erfolglose. Diese Ausichtslosigkeit bezieht sich sowohl auf die Anwendung der verschiedensten Arzneimittel, als auch auf die electrotherapeutische Behandlung, deren mannigfaltige, von verschiedenen Autoren empfohlenen Methoden in der Mehrzahl der Fälle im Stiche lassen, oder höchstens nur einen meist rasch vorübergehenden palliativen Erfolg aufzuweisen haben. Ungleich günstiger verhält sich nach beiden Richtungen hin die Therapie der Chorea minor.

Von der Möglichkeit ausgehend, dass manchen Fällen von Tic convulsif und Chorea minor ein Reizzustand der entsprechenden Centren innerhalb der motorischen Zone der Grosshirnrinde zu Grunde liegt, habe ich seit mehreren Jahren in zahlreichen Beispielen dieser beiden Erkrankungen eine Methode der galvanischen Behandlung in Anwendung gebracht, wie sie wahrscheinlich schon vielfach auch von anderen Collegen geübt, jedenfalls aber, soweit mir bekannt, mit Begründung durch eigene Erfahrungen noch nicht be-

geschrieben worden ist. Hinsichtlich des *Tic convulsif* fand ich allerdings, als ich beim Niederschreiben dieser Zeilen gelegentlich die Fachliteratur durchmusterte, dass Erb bereits in der ersten Auflage seines Handbuches der Krankheiten der peripheren Nerven, unter den verschiedenen Applicationsweisen der Electricität, die man beim *Tic convulsif* versuchen möge, dieselbe Methode erwähnt, mit den Worten: „Vielleicht auch directe Behandlung der Gegend des Facialiscentrums in der Scheitelregion.“ Derselbe Wortlaut, ohne weitere Bemerkungen darüber, findet sich auch in der II. Auflage. Die von mir befolgte Methode besteht darin, dass die *Anode* in Form einer grösseren Platte auf die Scheitelregion (natürlich nach Auseinanderbreitung der Haare und gehöriger Durchfeuchtung) aufgesetzt wird, während die Kathode meist in der Hand, oder auch im Rücken fixirt ist. In dieser Weise wird ein stabiler Strom von mittlerer Stärke und 5—10 Minuten Dauer hindurchgeleitet, wobei ich zur Vermeidung jeder Reizung den Strom sorgfältig ein- und ausschleichen lasse. Bei halbseitigen Zuckungen wird nur die entgegengesetzte, bei doppelseitigen werden beide Scheitelregionen mit der Anode armirt, und zwar pflege ich dies gewöhnlich gleichzeitig zu thun mit Hilfe eines zweigespaltenen Poldrahtes.

Ich habe nur in einer Reihe von Fällen von *Tic convulsif* und *Chorea minor* von der erwähnten Applicationsweise des galvanischen Stromes gute Resultate gesehen, wobei sich das günstige Urtheil insbesondere auf solche Beobachtungen stützt, in welchen es andere Behandlungsweisen, selbst bei consequenter Anwendung, zu keinem Erfolge gebracht hatten, oder wo die Besserung so prompt zu Tage trat, dass mir ein Zweifel an dem therapeutischen Resultat nicht berechtigt erschien.

In neuerer Zeit habe ich von derselben Behandlungsmethode eine günstige, allerdings bisher immer nur vorübergehende Einwirkung gesehen in Fällen von sogenannter „*partieller (halbseitiger) Epilepsie*,“ in welchen die Annahme einer Rindenläsion wahrscheinlich war. Auf Grund meiner Erfahrungen empfehle ich hiermit diese Methode zu weiteren Versuchen.

Schluss folgt.

II. Referate.

127) **W. O. Leube** (Erlangen): Ueber ein seltenes Symptom des Facialiskrampfes.

(Aerztl. Intelligenzblatt. 1878. Nr. 53.)

Eine 62jähr. Frau litt seit 3—4 Monaten an einem intensiven doppelseitigen Spasmus facialis. In einer früheren Periode ihres Leidens bestand eine *starke Speichelabsonderung*. Auf der Höhe des Anfalls gab die Kranke zuweilen einen eigenthümlich zischenden Laut von sich, der nachgeahmt werden kann, wenn man den weichen Gaumen mit Verkürzung des Zäpfchens stark hebt und dabei expirirt. Die nähere Untersuchung ergab bei heftigen Anfällen des Facialiskrampfes eine *Betheiligung der Gaumenmusc-*

latur. Bei schwach niedergedrückter Zunge konnte man deutlich sehen, wie bei heftigen Krampfanfällen der bis dahin schlaff herabhängende Gaumen sich plötzlich krampfhaft hebt und die Uvula unter Querrunzelung bis zum Verschwinden sich verkürzt. Eine solche Betheiligung der Gaumenfasern des Facialis beim Tic convulsif ist bisher nicht beschrieben. In dem mitgetheilten Falle erscheint auch eine Betheiligung der Speichelsekretionsfasern des Facialis wahrscheinlich. Die Galvanisation des Sympathicus und die Darreichung von Kalium bromat. blieben ohne Einfluss auf den Krampf, dagegen zeigte die theils subcutan, theils per os angewandte Solut. Fowleri eine auffallend rasche und günstige Wirkung.

Berger (Breilau).

138) **M. Bernhardt** (Berlin): Muskelsteifigkeit und Muskelhypertrophie. (Ein selbstständiger Symptomencomplex.)

(Virch. Arch, 75. Bd. 1879.)

M. bereichert das spärliche casuistische Material über diese eigenthümliche Form von Muskelhypertrophie durch einen werthvollen Fall aus der Praxis des Dr. Markuse in Berlin, in dem er gleichzeitig die Beobachtungen anderer Autoren referirt und bespricht. Die vorliegende Abhandlung bildet daher die ausführlichste bis jetzt gegebene Beschreibung dieser Erkrankung. Der Fall von B. war kurz folgender:

Ein stud. jur. 22 Jahre alt, von gesunden Eltern stammend, klagte über eine eigenthümliche Steifigkeit der Beine, die nach längerem Sitzen aufträte und die anfangs das Gehen schwer mache, gehe er aber einmal, so wandere er unbehindert stundenlang fort; kleine Hindernisse aber können Veranlassung zum Hinfallen werden. Ebenso besteht auch Steifigkeit in den oberen Extremitäten. Der gebeugte Arm streckt sich nur langsam, der gestreckte wird mit Mühe wieder gebeugt. Rumpf-, Blasen- und Mastdarmmuskulatur sind intact; es besteht aber Schwierigkeit, beim Essen den Mund gehörig zu öffnen, jene Steifigkeit befindet sich nämlich auch an den Seiten der Kiefer und an der Mundmuskulatur. Psyche frei. Sensibilitätsstörungen fehlen. Abnorm starke Muskulatur der Unterextremitäten, die Vasti springen in dicken, voluminösen Strängen hervor; auch die Waden sind sehr stark. Lordotische Einbiegung der Lendenwirbelsäule. Von atrophischen Zuständen anderer Muskeln kann nirgendwo etwas bemerkt werden. Ziemlich bedeutende Kraft in den Bewegungen. Kniephänomen schwach. Electriche Erregbarkeit der Nerven und Muskeln normal. Nur wurde bemerkt, dass länger dauernde electriche Reizung nicht eine feste, tetanische Contraction, sondern ein gewisses Wogen und Untuliren in den vorher zusammengezogenen Stellen hervorrief, während die kurz dauernde electriche, sowie mechanische Reizung eine länger anhaltende tonische, partielle Contraction erzeugte.

Der Unterschied zwischen dieser Erkrankung und derjenigen, die man Pseudohypertrophia musculorum, sive Lipomatosi luxurians benannt hat, war leicht festzustellen, viel eher glich sie jenen Fällen, die von Thomsen in seiner eigenen Familie beobachtet

wären und als tonische Krämpfe in willkürlich bewegten Muskeln als eine Folge ererbter psychischer Disposition beschrieben waren. Bald nach der Publication der Thom sen'schen Fälle veröffentlichte Seelig müller 3 Fälle ähnlicher Natur, die von B. hier ausführlich referirt werden.

Der erste, welcher den hier in Rede stehenden Symptomencomplex beobachtet hat, war wohl Leyden, der seinen ebenfalls von B. referirten Fall in der Klinik der Rückenmarkskr. Bd. 1; 1874, S. 128 veröffentlichte. Die vorher publicirten Fälle von Auerbach, Berger, Hitzig über Muskelhypertrophie gehören offenbar in ein anderes Gebiet. Was nun das Krankheitsbild nach den Fällen von Thom sen, Seelig müller, Leyden und Bernardt anbetrifft, so handelt es sich überall um die Klage der Patienten über Steifigkeit, Ungelenkheit in den Bewegungen, so dass sie wiederholt „ansetzen“ müssen, um eine intendirte Locomotion auszuführen. Ueberall Intaktsein der Psyche, der Nerven, der Sinne etc. Ueberall ungewöhnlich entwickelte Musculatur, die von einigen Autoren sogar als athletisch geschildert wird. Nirgends ist von atrophischen Zuständen die Rede. In drei Fällen wird einer lordotischen Einbiegung der Wirbelsäule Erwähnung gethan, die entweder auf eine Contractur des M. iliopsoas zurückzuführen oder durch eine Contractur der Achillessehne in Folge Hypertrophie der Wadenmuskeln bedingt ist. Neben der Muskulatur der Extremitäten ist es die Zungen- und Gesichtsmuskulatur, die ohne wesentlich hypertrophirt zu sein, von der Steifigkeit befallen ist. Nur ein einziges Mal ist die hypertrophische Muskulatur mikroskopisch untersucht worden und zwar von Ponfick bei einem Sohne Thom sens. Dieselbe zeigte ein durchaus normales Verhalten. Die electriche Reizung hat ausserdem, was B. oben angibt und was auch Seelig müller fand, nichts Abnormes gegeben. Aetiologisch ist zu constatiren, dass es sich bei dieser Krankheit um eine theils ererbte, theils angeborene Anomalie des Muskelsystems handelt. Thom sen hält, was für seine Fälle auch z. Theil richtig ist, das Wesen des Leidens für eine perverse, durch psychische Erregung veranlasste Innervation motorischer Nervelemente, Seelig müller spricht sich in seiner letzten Publication für eine „dritte Form der spastischen spinalen Paralysen“ aus, B. selbst aber ist der Meinung, dass wir es in dem vorliegenden Symptomencomplex mit einer ererbten oder angeborenen Affection der willkürlich bewegten Muskeln zu thun haben und zwar seien die Muskeln in ihrem jugendlichen Zustande verharret, für welchen Soltmann fand, dass sie länger im Maximum ihrer Contraction verbleiben bei allmählicher Wiederansdehnung. Therapeutisch wird eine methodische Uebung und Gymnastik, vielleicht auch die Durchknetung der Muskeln empfohlen. Gleichzeitig werden die Militärärzte auf diese Krankheit, bei welcher der Dienst nicht auszuführen ist, aufmerksam gemacht.

Goldstein (Aachen).

129) **Erb und Schultze** (Heidelberg): Ein Fall von progressiver Muskelatrophie mit Erkrankung der grauen Vordersäulen des Rückenmarkes.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheit IX. Band. 2. Heft.)

Ein typischer Fall von progressiver Muskelatrophie (58 jähr. Fabrikant) endete schon im 2. oder 3. Jahre des Krankheitsverlaufs durch eine intercurrente Krankheit mit dem Tode und so war die glückliche Gelegenheit zur anatomischen Untersuchung bereits in einem relativ frühen Stadium der Krankheit gegeben. Die nach allen Richtungen eingehende anatomische Prüfung ergab neben den charakteristischen Veränderungen an den *Muskeln*, ausgesprochene, wenn auch nicht sehr weit verbreitete Veränderungen im *Rückenmark in den vordern grauen Säulen*, mehr die centralen Partien derselben betreffend, die mehr peripheren dagegen verschonend. Die *vorderen Wurzeln* und die *peripheren Nerven* verhielten sich *vollkommen normal*, so dass also hier ein direktes Verbindungsglied zwischen den erkrankten Muskeln und dem erkrankten Rückenmark fehlt und von einem direkten, continuirlichen Zusammenhang der beiderseitigen Veränderungen keine Rede sein kann. Die Frage, wie denn die Thatsache zu erklären ist, dass die vorderen Wurzeln und die peripheren Nerven bei so ausgesprochener Muskelveränderung freigeblieben sind, während man doch weiss, dass bei acuter Läsion der grauen Vordersäulen immer die motorischen Nerven gleichzeitig mit den Muskeln degeneriren, erklärt sich vielleicht durch die bereits früher von Erb ausgesprochene Hypothese, „dass die *trophischen* Störungen der Muskeln getrennt von jenen der *motorischen* Nerven entstehen und wenigstens für eine Zeit bestehen können.“ Eine Abhängigkeit der gefundenen spinalen Veränderungen von der Muskelaffectation ist in dem mitgetheilten Falle in keiner Weise wahrscheinlich, und es bleibt nur die Annahme übrig, dass die Muskelerkrankung *secundär*, die Folgen der *primären* spinalen Läsionen sei, so dass dieser Fall als eine weitere Stütze für die von den meisten Neuropathologen getheilte Ansicht zu betrachten ist, dass die *typische progressive Muskelatrophie eine Krankheit spinalen Ursprungs ist*. Gegen den neuerdings von Lichtheim eingehend untersuchten Fall mit *völlig negativem Befund* am Rückenmark machen die Verf. geltend, dass der Zurechnung dieses Falles zur typischen progress. Muskelatrophie Bedenken entgegenstehe und dass die sonst sehr beachtenswerthe Beobachtung nur den Schluss gestatte, dass es Krankheitsfälle giebt, die eine grosse Aehnlichkeit mit dem Symptomenbild der pr. M. Atrophie zeigen, bei welchen aber keinerlei Veränderungen an den Nerven und am Rückenmark gefunden werden, die also höchst wahrscheinlich *primär myopathischen* Ursprungs sind. —

Berger (Breslau).

130) Erb: Zur Casuistik der bulbären Lähmungen.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheit. IX. Band. 2. Heft.)

1) Ein Fall von typischer progressiver Bulbärparalyse mit „partieller“ Entartungsreaction in den atrophischen Muskeln.

Bei einer 62 jährigen Frau mit den charakteristischen Symptomen der Bulbärparalyse und einer gleichzeitigen progressiven Muskelatrophie an den oberen Extremitäten constatirte Erb die von ihm als „partielle Entartungsreaction“ bezeichnete Form elektrischer Reactionsanomalie, (an der Hand, in der Kinn- und Lippenmuskulatur und auch an der Zunge), welche darin besteht, dass *nur die Muskeln* die bekannten Veränderungen der galvanischen Erregbarkeit (Ueberwiegen der An. s. Z. über die Kath. s. Z. träge Zuckung etc.) zeigen, während die Erregbarkeit der Nerven qualitativ ganz normal bleibt und auch quantitativ gar nicht oder nur unerheblich sinkt. Der Nachweis dieser Form von Entartungsreaction — welche bisher bei den sog. „Mittelformen“ peripherer Lähmungen, bei Bleilähmung, bei der progr. Muskelatrophie gefunden wurde — bei einer unzweifelhaften *centralen* Affection ist bes. deshalb von Interesse, weil dadurch die Annahme, dass *wir es bei der E. A. R. mit einer rein neurotischen Erscheinung zu thun haben nicht unerheblich an Wahrscheinlichkeit zunimmt*. Aus der eingehenden Mittheilung des Falles ist fernerhin als eine Erscheinung von besonderem Interesse eine *eigenthümliche Steigerung der Reflexe in dem erkrankten Facialisgebiet hervorzuheben*. Bei leichtem Klopfen auf die Kinn- und Lippenmuskulatur traten in der ganzen Ausdehnung derselben sehr lebhaft, kurze Zuckungen ein, die sich nicht auf die direkte von dem Schläge getroffenen Muskeln beschränkten und überdies auch eintraten beim Aufklopfen auf die Nase.

2) Ein Fall von Paralyse zahlreicher bulbärer Nerven. Auffallend günstiger Erfolg der galvanischen Behandlung.

Ein 48 jähr. Arbeiter zeigte neben den für die Bulbärparalyse charakteristischen Symptomen noch eine ganze Reihe anderer, auf einen viel weiter verbreiteten Krankheitsprozess deutender Erscheinungen, heftige Kopf- und Genickschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Doppelsehen, Schwäche der Kau- und Nackenmuskeln, reissende Schmerzen in den Armen, Schwäche der Extremitäten etc. Obwohl eine genauere Diagnose nicht zulässig erschien, ist jedenfalls die Thatsache von hervorragendem Interesse, dass in diesem in den Symptomen *vorgeschrittenen Falle einer cerebralen Erkrankung durch die galvanische Behandlung* (quer durch die Schläfe und die Proc. mastoid; Galvanisation des Hals sympathikus; später An stabil mit Ausschleichen an jedem Ohr) *fast vollständige Heilung erzielt wurde*.

3) Ueber einen neuen, wahrscheinlich bulbären Symptomencomplex.

Auf der Grundlage von drei, ausführlich mitgetheilten Krankheitsgeschichten, die eine so auffallende Uebereinstimmung ihrer cardinalen Symptome darbieten, dass der Schluss, *es handle sich in allen drei Fällen um eine ganz oder nahezu identische Localisation des krankhaften Vorganges, vollständig berechtigt erscheint*, ent-

wirft der Verf. ein Bild dieses neuen Symptomencomplexes. Wir haben es mit einem, in ziemlich chronischer Weise, im Laufe einiger Monate, unter Kopf- und Nackenschmerzen, sich entwickelnden Leiden zu thun. Allen drei Fällen gemeinsam waren:

- 1) Eine Ptosis beider oberen Augenlider; nur in einem Falle waren auch alle übrigen Augenbewegungen beeinträchtigt; in den beiden andern dagegen blieb die Ptosis isolirt.
- 2) Schwäche der Nackenmuskeln, im ersten Falle verbunden mit Atrophie derselben wodurch die Aufrechterhaltung des Kopfes erschwert war.
- 3) Parese der Kaumuskeln, im 1. Fall mit Atrophie, im 2. Falle überdies auch mit leichten Zuckungen der Muskulatur.
- 4) Eine nur ganz geringe Parese der Zunge.
- 5) Eine mehr oder weniger deutliche Schwäche der Extremitäten.

Als weitere beachtenswerthe Symptome sind hervorzuheben: *Erschwerung des Schlingens* (im 3. Falle fehlend), Störungen im *oberen Facialisgebiet*, bei *intactem* Verhalten des Mundfacialis, *Ohrensausen* und abnorme galvanische Reaction des linken Acusticus in Fall 1. u. 2., (letztenanntes Symptom vielleicht ohne Zusammenhang mit dem Hauptleiden), in einem Falle zeitweilige *Salivation*. Die Erörterungen des Verf. über die *Localisation* der geschilderten Affection — für welche die Combination dreier, sonst sehr seltener Symptome, *pathognostisch* erscheint, — *Ptosis mit Parese der Kau- und Nackenmuskeln* — gelangen zu dem Schluss, dass es sich mit aller Wahrscheinlichkeit um eine *bulbäre Erkrankung* handelt, die jedoch in keiner Weise mit der „progressiven Bulbärparalyse“ verwechselt werden kann. Während diese vorzugsweise eine Affection der in der *unteren Hälfte* der Rautengrube gelegenen motorischen Kerne darstellt, sehen wir bei dem neuen Symptomenbilde eine vorwiegende *Betheiligung der höher* befindlichen motorischen Kernregion (Oculomotoriuskern am Boden des Aquäduetus Sylvii, motorischer Quintuskern, Facialiskern), jedoch ausserdem wiederum eine *Mitaffection* der viel weiter nach *unten* gelegenen Kernregionen des Accessorius, Hypoglossus und etwa auch der grauen Kerne der oberen Cervicalnerven. Vielleicht könnte man annehmen, dass der in der oberen *Pons- und Oblongatenhälfte* etablirte Process sich von den Kernregionen aus noch weiter in die Tiefe erstreckt und hier die Pyramidenbahnen ergreift, unter welchen die für die Nackenmuskeln bestimmten Fasern durch ihre anatomische Lagerung der frühesten Schädigung ausgesetzt sind. Dieses Uebergreifen auf die Pyramidenbahnen würde dann vielleicht auch für die *Mittbetheiligung* der Extremitäten und der Zunge zu verwerthen sein. Alle diese hypothetischen Erwägungen müssen sich noch der *Controle* eines Sectionsbefundes unterwerfen, welcher bisher dem Verf. nicht zu Gebote steht. — Jedenfalls verdient dieser eigenthümliche Symptomencomplex die allseitigste Beachtung. —

Bergér (Breslau).

131) Wladimir Roth: Glycine diffus de la Moelle, Syringomyelie, Atrophie musculaire.

(Archives de Physiolog. 1879.)

Nach einigen einleitenden historischen Bemerkungen über Syringomyelie und Hydromyelia berichtet der Verf. die Krankengeschichte einer 89jährigen Person. Derselbe erkrankte etwa ein Jahr vor ihrer Aufnahme in ein Moskauer Hospital mit Müdigkeitsgefühl in beiden Händen, dem bald beträchtliche *Schwäche* besonders der rechten Oberextremität folgte. Im Mai 1878 *Parese* des *linken Armes* (etwa ein halbes Jahr nach dem Eintritt der ersten Beschwerden), im Juli 78 *Parese* des *linken Beines*. Der im September 78 aufgenommene Status praesens ergab Lähmung der genannten Extremitäten neben *Muskelatrophie* derselben, deren genauere Intensitätsgrad sich wegen des vorhandenen reichlichen Fettpolsters nicht genau bestimmen liess. Ausser leichten unwillkürlichen Bewegungen des Daumens keine motorischen Reizerscheinungen. Die elektrische Untersuchung (ungenau) ergab keine Entartungsreaction. Die Sensibilität zeigt sich nur am linken Bein herabgesetzt, im übrigen normal; nirgends Hyperaesthesien, keine Blaseschwäche. Die Respiration ein wenig erschwert.

Während des Aufenthalts der Kranken im Hospital traten ausser zunehmender Paralyse der Extremitäten mit Betheiligung auch des rechten Beines keine neuen Symptome ein, die Patientin erlag den Folgen einer interkurrenten Bronchitis. —

Die *Autopsie*, 86 Stunden post mortem, ergab die Muskeln im Allgemeinen atrophisch, besonders stark die des Humpfes und der rechten oberen Extremität. Die Interosseae von grauem, gelatinösem Aussehen, die Deltoidel ebenfalls besonders stark alterirt. Die Muskeln der Unterextremitäten sind roth gefärbt, nur wenig atrophisch.

Das Gehirn normal. Die Rückenmarkswurzeln scheinen nicht atrophisch. Das Rückenmark selbst in der Höhe der Halsanschwellung ein wenig voluminöser. Im Centrum dieser sowie im mittlern Drittel des Dorsaltheiles eine gelatinöse Masse, welche bei mikroskopischer Untersuchung sich als ein Netz von Fibrillen mit eingestreuten reichlichen, oft hyaloid entarteten Kernen sich ausweist. Diese Masse findet sich in der Gegend des Eintritts des zweiten Halsnervenpaares in der Mitte der hinteren Commissur; weiter nach unten zeigt sich hinter dem Centralkanal eine Höhle, welche etwa 3—4 Millimeter im transversalen und etwa ein Millim. im sagittalen Durchmesser misst. Sie erstreckt sich durch einen grossen Theil des Rückenmarkes. (Das genauere Detail s. im Original.)

In der weissen Commissur Proliferation der Kerne des Bindegewebes; die Vorderseitenstränge leicht sclerotisch; die Hinterstränge nur im Halsheile in ihren vorderen Abschnitten atrophisch. Die *vordere graue Substanz* nur in der Höhe einiger Dorsalnerven stark sclerotirt; sonst zeigt sich im Allgemeinen auch hier das Bindegewebe vermehrt, im Halsheile erscheint die Anzahl der *Quastzellen* beiderseits *vermindert* und zwar gleichmässig auf beiden Seiten; die *hintere graue Substanz* nicht deutlich verändert; in dem Vor-

derhöhen der Lendenanschwellung ist die Verminderung und Degeneration der Ganglienzellen weniger intensiv.

Die *Muskeln* zeigen sich auch an den makroskopisch am stärksten veränderten Parthien im Wesentlichen einfach atrophisch, die Sarcolemmakerne geringgradig proliferirt. Die Muskelkerne selbst sollen nicht vermehrt gewesen sein. (Die beigegebenen Abbildungen gestatten den Schluss, dass die Kerne der lange Zeit in Müller'scher Flüssigkeit aufbewahrten Muskeln sich höchst unvollkommen gefärbt haben; die diesbezüglichen Angaben des Verfassers sind nicht von Werth. Ref.)

Der Verf. fasst die gefundenen Veränderungen im Rückenmarke als die Resultate zweier differenten Prozesse auf, die einer Irritation und einer Degeneration. Das ursprüngliche sei die *Gliombildung*, welche sekundär durch degenerative Vorgänge zur Höhlenbildung geführt habe. Die Hypothese von Leyden, dass es sich bei ähnlichen Fällen wie dem seinigen um congenitale Störungen handle, weist er zurück, ohne die Gründe, welche Leyden für seine Anschauung angiebt, genauer zu würdigen oder gar zu widerlegen.

Schultze (Heidelberg).

132) **Victor Babesin** (Budapest): Ueber die selbständig combinirte Seiten- und Hinterstrangsklerose des Rückenmarkes.

(Virch. Arch. Bd. 76. Heft 1.).

Babesin machte die Autopsie bei einem 47 jährigen Manne welcher etwa $3\frac{1}{2}$ Jahre vor seinem Tode mit Schwäche in den Unterextremitäten erkrankt war. Später trat dann ein solches Gefühl von *Spannung* in den Beinen dazu, dass Pat. durch die *Steifheit der Füße* an längerem Gehen verhindert wurde. Ausserdem stellten sich *heftige, ziehende* Schmerzen in den unteren Extremitäten und in den Geschlechtstheilen ein. Die Untersuchung des Kranken drei Monate vor seinem Tode ergab: *Atrophie der Optici, Contractur* beider Unterextremitäten, mässige Erhöhung der Reflexe, besonders „des Sehnenreflexes“ (sic!), Herabsetzung des Gefühls an der Sohle, Blasenlähmung. Die oberen Extremitäten normal. — Der Tod erfolgte durch Decubitus und Blasengangraen. —

Die Diagnose wurde auf Sclerosis funicul. lateral. et poster gestellt.

Das Rückenmark zeigte hauptsächlich im Dorsaltheil graue Degeneration der Seitenstränge mit geringgradiger Affection der Hinterstränge; auch die Pyramiden sollen in mässigem Grade sclerosirt gewesen sein. Die Hinterstränge sind in der ganzen Ausdehnung des Rückenmarks ziemlich gleichmässig entartet. Mikroskopisch zeigten sich Vermehrung des Bindegewebes, viele Corpora amylacea (die nach dem Verf. aus Myelin entstehen sollen), und variköse Achsencylinder.

Leider ist sowohl die Krankengeschichte als die anatomische Untersuchung des vorliegenden interessanten Falles *sehr ungenau* (Ref.); es fehlen Angaben über das Vorhandensein oder Fehlen von Ataxie, über das Verhalten der hinteren Wurzeln und der inneren

Wurzelbündel in der Lendenanschwellung („der Sehnenreflex“ war vorhanden gewesen!) und dergl. mehr. Den beigegebenen Abbildungen fehlt ein Index.

Schultze (Heidelberg).

133) **Richard Schutz** (Braunschweig): Gibt es eine primäre Sclerose der Seitenstränge des Rückenmarks?

(D. Arch. f. klin. Med. 23 Bd. 3 ff.)

Verf. berichtet den Obductionsbefund von 3 Fällen, deren Krankheitsbild der *spastischen Spinalparalyse* entsprochen hatte. Zwei dieser Fälle sind von ihm früher als „*Lateralsclerose*“ publicirt. (Archiv der Heilk. 18. Bd.) In dem ersten derselben fand sich bei der Section die med. oblongata in ihrer ganzen Dicke durchsetzt von einem Tumor, an dessen Peripherie mantelartig noch eine schmale Zone von Nervensubstanz gelegen war; an der Stelle der linken Olive eine haselnussgrosse Cyste. Der Tumor begann in der Höhe des *calamus scriptorius*, lag in dem vorderen Pyramiden-Abschnitte des obersten Theils des R. M. und erwies sich mikroskopisch als Gliom. Im Rückenmark fand sich in der ganzen Länge eine beiderseitige secundäre Seitenstrangscleiose an typischer Stelle.

Im zweiten früher veröffentlichten Fall war der Verf. von der ursprünglich schon zweifelhaft gehaltenen Annahme einer Seitenstrangscleiose im weiteren Verlaufe zur sicheren Diagnose eines Tumors an der basis cranii geführt worden: die späteren Symptome, bulbäre Erscheinungen, Facialispapese, Insuffizienz der Augenmuskeln, Stauungspapille, Hinterkopfschmerz, Schwindel liessen keinen Zweifel zu.

Die Section ergab an der Basis des Gehirns zwischen rechter Kleinhirnhemisphäre und Pons eine von dem *crus cerebelli ad pontem* ausgehende, hühnereigrosse, höckerige Geschwulst (*Spindelzellensarcom*). *Am gehärteten R. M. war, keine Spur von Degeneration zu erkennen.* (Auch von F. Schultze wurde das Fehlen einer Seitenstrangscleiose constatirt).

Der dritte Fall, einen 54jähr. Arbeiter betreffend, bot *intra vitam* das typische Bild der *spastischen Spinalparalyse*, herabgesetzte Muskelkraft in Armen und Beinen ohne Abmagerung, starke Muskelspannungen, *spastischen*, scharrenden Gang, beträchtliche Steigerung der Sehnenreflexe, krampfhaftes Zittern der Beine, bei kaum alterirter Sensibilität und Blasenfunction. Die electriche Untersuchung ergab einfache Herabsetzung der farad. und galvan. Erregbarkeit der Extremitätennerven.

Der Befund *post mortem* war ein eminent *chronischer Hydrocephalus internus*: von Degeneration im Rückenmark war keine Spur vorhanden. Verf. verwirft auf Grund seiner — und einiger im Nachtrag erwähneter — Fälle die Annahme einer primären Seitenstrangscleiose als Ursache der *spastischen Spinalparalyse*, sieht dafür vielmehr die verschiedensten Veränderungen, bald eine secundäre Degeneration, bald nur eine functionelle Störung.

der Seitenstränge bei Gehirnaffectionen irgend welcher Art an. Immerhin postulirt er für das Zustandekommen der spastischen Spinalparalyse eine die Seitenstränge in Mitleidenschaft ziehende Ursache, entweder eine Erkrankung oder functionelle Reizung der Pyramidenbahnen an irgend einer Stelle ihres Verlaufes.

Eisenlohn (Hamburg).

134) Morton: Abstracts from the proceedings of the New-York neurological Society.

(Chicago Journal. 1870. Januar.)

Dem Referate des Secretärs über die Verhandlungen der New-Yorker neurologischen Gesellschaft seien einige Notizen entnommen über Vorträge, die anderweitig nicht in Druck erschienen.

Dr. Hammond hielt einen Vortrag über versteckte Leberabscesse, deren Zusammenhang mit Hypochondrie und deren Behandlung; wobei er fünf eigene Beobachtungen referirte. Die Patienten je einer 45, 70, 30 und zwei 48 Jahre alt, litten an Verdauungsstörungen, Herzpalpitationen, Kopfschmerzen, Schwindel und beträchtlicher Hypochondrie (Furcht vor geistiger Erkrankung, Verzweiflung an der Möglichkeit der Genesung etc.). Die Symptome, aus denen Vortragender auf Vorhandensein eines Leberabscesses schloss, waren sehr wenig ausgesprochen; einmal wurde eine begrenzte Fluctuation gefühlt, zweimal glaubte man Fluctuation zu fühlen; einmal fühlte sich die Lebergegend abnorm weich an und im letzten Falle war gar kein objectives Symptom vorhanden. Drei der Patienten hatten gelblich gefärbte Conjunctivae. Die Behandlung bestand in Punction der Leber; die Nadel wurde im 8. 9. oder 11. Intercostalraum etwas vor oder hinter der Axillarlinie eingestochen und jedesmal ward ein Abscess eröffnet.

Alle fünf Patienten genasen rasch nach einmaliger Punction und Abfluss von beträchtlicher Menge Eiters (8 $\frac{1}{2}$, bis 15 Unzen). Hammond glaubt, dass Leberabscesse viel häufiger seien als man gewöhnlich annehme, dass in jedem Falle von Hypochondrie oder Melancholie die Leber genau zu untersuchen sei, ja dass man, auch wenn keinerlei Symptome eines Abscesses gefunden würden, doch die Punction als eine ganz ungefährliche Operation, machen solle!

In einem anderen Vortrage berichtete Hammond über eine Anzahl Fälle, bei welchen verschiedene *Hirnsymptome*, wie Hallucinationen, Selbstmordtrieb, Ohrenklingen, etc. durch verhärtetes *Ohrschmalz* bedingt waren und nach Beseitigung derselben verschwanden.

Dr. Seguin stellte einen Fall von *progressiver Gesichtsatrophie* vor. Derselbe betraf ein Mädchen von 10 Jahren. Die Krankheit begann mit 5 Jahren als grünlicher Fleck (Ringwurmähnlich) auf der linken Wange und machte ganz allmählich Fortschritte, ohne dass dabei Schmerzen aufgetreten wären. Der Status bei der Vorstellung war: Kräftiges, gesund aussehendes Mädchen; linke Gesichtshälfte durch Atrophie eines grossen Theils der Wange entstellt, der Mund nach links und aufwärts verzogen, die Lippe äusserst dünn. In der

Mitte der Wange eine tiefe Grube, so dass etwa eine halbe Wallnuss darin Platz hätte; in der Mitte der Vertiefung die Haut in der Grösse eines Silber-Fünfcenstückes weiss, atrophisch, sonst aber durchweg von gesundem Aussehen; die ganze linke Wange dünner als die rechte; der linke Oberkiefer ebenfalls merklich geschwunden; der Unterkiefer normal; willkürliche Bewegungen der atrophischen Seite ganz unbehindert. Die Prüfung der Sensibilität und des Verhaltens gegen den faradischen und constanten Strom ergab normales Verhalten so rechts, wie links; bezüglich der vasomotorischen Verhältnisse wurde nur die eine Abweichung bemerkt, dass Pat. auf der atrophischen Seite nicht schwitzte. Eine dreiwöchentliche Behandlung mit dem constanten Strom hatte sich erfolglos bewiesen.

Karrer (Erlangen).

135) **Decraud** (Montpellier): Observation d'hystérie grave compliquée de vaginisme guérie par l'or intus et extra.

(Gazette medic. de Paris 1878. Nr. 42.)

Die 32jährige Patientin, bei welcher Verf. Ende Dezember 1874 consultirt wurde, litt seit dem Eintritt der Menstruation an Hysterie, welche vom Jahre 1869 an sich mehr und mehr verschlimmerte, so dass Patientin bei Verf. Besuche folgendes Bild bot: Convulsivisches Zittern des Kopfes und der Glieder; beinahe völliger Verlust der Muskelkraft, Lähmung der rechten Hand, habituelle Stuhlverstopfung; allgemeine Anaesthesie, nur an einzelnen Stellen (längs des Rückenmarkes, am Scheitel) hyperästhetische Punkte; Amblyopie; eisigkalte Schenkel und Füsse; trockner Husten; Erbrechen; Herzpalpitationen mit Beklemmungsanfällen; heftige Ovarie, Schlaflosigkeit; sehr profuse Menses, so dass Patientin fast blutleer ercheint. — Alle möglichen Mittel waren erfolglos angewendet worden, wesshalb Verf. Metallotherapie anrieth. Gold erwies sich gegen die Anästhesie wirksam. Patientin nahm nun ein Jahr lang innerlich Auro-natriumchloratum in steigender Dosis, ausserdem wurden täglich zweimal 2 Stunden Goldstücke auf die Extremitäten applicirt. Schon nach einem Monate war Besserung eingetreten, nach 6 Monaten beinahe Heilung, und nach Ablauf des Jahres heirathete Pat. Aber schon in der Hochzeitsnacht hatte sie eine Ohnmacht, ebenso in den folgenden Nächten. Bei der Untersuchung fand sich hochgradiger Vaginismus. Jodoform, Bromcampher, Belladonna, Aetzungen mit Argentum nitricum blieben ohne Erfolg; dagegen bewirkte Metallotherapie, bestehend in Einführung eines goldenen Cylinders, die Heilung.

Bemerkenswerth war noch, dass mit der Anwendung des Goldes um die Malleolen, allabendlich, Patientin seit Jahren wieder warme Füsse bekam.

Karrer (Erlangen).

136) Debove (Paris): Hemiplegia saturnina.

(Progr. médic. Nr. 6 u. 7. 1879.)

Bei einem 26 Jahre alten Maler blieb nach einem zweiten Anfall von Bleikolik eine Schwäche in der ganzen linken Seite zurück. Bei seiner Aufnahme im Hôtel Dieu constatirte man eine linksseitige motorische und sensible Hemiplegie. Gegen Schmerz- und Temperaturdifferenz war die ganze linke Seite mit Ausnahme einiger Stellen absolut unempfindlich. Form-, Consistenz- und Gewichtsbestimmungen waren sehr unsicher. Das Gesicht war links abgeschwächt. Gehörs-, Geruchs- und Geschmacksempfindungen fehlten auf dieser Seite fast gänzlich. Es bestanden keine Unterleibsbeschwerden, nur eine leichte Dyspepsie. Das Zahnfleisch zeigte die für Bleiintoxication charakteristische Umsäumung. Der Krankheitszustand nahm in den ersten Tagen nach der Aufnahme durch das Auftreten von Somnolez und Coma, von Convulsionen, Ameisenkriechen und heftigen Schmerzen in der linken Körperhälfte, Sprachstörungen und Delirien einen bedenklichen Character an. Doch allmählig verschwanden diese schlimmen Erscheinungen wieder und es blieb folgender von Dr. Debove ermittelter Zustand stationär zurück: Schwäche und Unsicherheit in den linken Extremitäten. Die electromusculäre Reizbarkeit ist erhalten, aber herabgesetzt. Keine Bewegungsstörung der Augen- und Augenlider. Die Pupillen sind egal. — Die Sensibilität ist auf der linken Seite total verschwunden, an die Volarseite der dritten Fingerglieder und die Innenfläche des I. Armes zeigen für tiefe Nadelstiche Empfindung. Auch die Schleimhäute, die Conjunctiva und Cornea der I. Seite sind absolut empfindungslos. Geruch und Geschmack fehlt links. — Dr. Gellé constatirte, dass das Gehör rechts intact, links aber fast verschwunden war. Nach Catheterismus der linken Tuba Eustachii besserte sich das Gehör etwas. Dr. Landolt fand an den Augen äusserlich nichts Abnormes. Das *linke* Auge unterscheidet kaum die Finger in nächster Nähe und erkennt keine Farben. Das Gesichtsfeld ist wegen der Gesichtsschwäche nicht zu bestimmen. Das *rechte* Auge unterscheidet die Finger auf $4\frac{1}{2}$ Meter Entfernung, bestimmt roth und grün richtig; blau und violet erscheint schwarz, gelb weiss, orange bald roth bald orang. Das Gesichtsfeld von normaler Configuration ist etwas eingeengt und lässt zwei concentrische, ringförmige Scotome erkennen. Der Augenhintergrund bietet erweiterte Venen, roth graue Papille, aber sonst nichts Abnormes dar.

Das Krankheitsbild hat die grösste Aehnlichkeit mit der durch Läsionen bestimmter Gehirnbezirke bedingten Störungen, oder mit Hemiplegia hysterica. Das Resultat der Behandlung mit einem Magneten vervollständigte diese Aehnlichkeit noch mehr. Nach $\frac{1}{4}$ stündiger Application eines Magneten auf die linke Hand, die in Gegenwart von Charcot und Trelat vorgenommen wurde, ist überall die Sensibilität der linken Körperhälfte zurückgekehrt, nur ein Theil des I. Nasenflügels und die linke planta pedis blieben empfindungslos. Die linke Hälfte der Zunge der Mundschleimhaut und der

Nase blieben unempfindlich gegen allgemeine und spezifische Reize. Mit dem *linken* Auge kann Patient auf 0,40 Met. die Finger zählen und alle Farben unterscheiden. Das Gesichtsfeld zeigt normale Configuration, ist aber eingeschränkt und enthält ein centrales, ringförmiges Scotom. *Rechts* hat sich die Sehschärfe gebessert und das Gesichtsfeld vergrößert. Die Farben werden jetzt richtig unterschieden. An den folgenden Tagen nach der Application des Magneten wurde die Besserung in der Sensibilität deutlicher und breitete sich immer mehr aus. Die Gehörfähigkeit war wieder zum Normalen zurückgekehrt. Die Störungen in der Motilität und die Empfindungslosigkeit der linken Zungenhälfte blieben unverändert.

Verf. nimmt an, da er nach einmaliger Application des Magneten eine stetige Besserung der Pupillen-Lähmung beobachten konnte, dass dieselbe eine dauernde sein und zur Genesung führen werde, wie dies bei Läsionen der caps. int. beobachtet wurde und nicht eine vorübergehende oder Transfert, wie bei Hysterischen.

H a l b e y (Bendorf).

137) M. Schiff: Contribution à l'étude des effets des bobines d'induction sur le système nerveux. Commun. à la Soc. de la Physique etc. de Genève, dans la séance du 20. Février 1879.

(Archives des sciences physique et naturelle. VII. Bd. 3. No. 3. 15. Mars 1879.)

Schiff erinnert zunächst an die merkwürdigen Erscheinungen der Metalloskopie, ihre Erklärung aus dem Entstehen electrischer Ströme bei Berührung der Haut durch das Metall, die Erfahrungen, welche Charcot über die Einwirkung von Magneten auf anästhetische Körpertheile gemacht. Er ist selbst in Paris gewesen und hat sich von der Realität der fraglichen Erscheinungen durch Beobachtung und eigene Versuche überzeugt (vgl. Sigerson, Brit. Med. Journ. Nr. 945. 1879). Da er nun glaubte, dass es nicht besondere Naturgesetze für die Hysterischen gebe, in den Erscheinungen vielmehr eine allgemeine Eigenschaft des animalen Nervensystems erblicken zu sollen meinte, suchte er der Sache auf dem Wege des physiologischen Experimentes näher zu treten und schildert nunmehr seine bezüglichen Versuchsreihen.

Sch. bediente sich bei seinen Versuchen durchgängig einer Induktionsrolle, durch welche ein Strom von 1—4 Elementen (Bunsen resp. Grenet) geleitet wurde und welche die Extremität des Versuchstieres umgab. Sie war gegen letztere stets isolirt. Den Effect des Auftragens metallischer Platten bei Thieren hat Sch. nicht studirt. Es ergab sich, dass 1,5—2 Cm. lange Metallstücke auf den Schenkel eines Frosches so starke elektrische Ströme hervorrufen, dass sie durch das Spiegelgalvanometer nachgewiesen werden können. Es müssen daher im Nerven Veränderungen entstehen, wenn man sie als Elektrotonus kennt.

Sch. wollte nun prüfen, ob der Einfluss der Induktionsrolle sich auf die nervösen Centren erstreckt oder allein die peripheren

Nerven trifft. Seine Versuche stellen daher zwei Serien dar. Die einen sind an Fröschen angestellt, die andern an Hunden.

I. Die Versuche, welche an den Nerven decapitirter Frösche angestellt wurden waren im Allgemeinen von negativem Erfolg begleitet. Um das Referat nicht zu gross werden zu lassen, will ich nur einige Anordnungen dieser Experimente wiedergeben. War der Unterschenkel eines Frosches mit einer Rolle umgeben, welche von einem constanten Strome durchflossen war, so zeigt sich kein Strom im Stamme des N. ischiadicus. Wurde der freipräparirte N. ischiadicus auf die Elektroden des Galvanometers gelegt, und demselben der Pol eines Magneten genähert, so zeigte sich keine Veränderung. Wurde der plexus lumbaris blossgelegt, der Schenkel mit Schonung des N. ischiad. durchschnitten, der Unterschenkel in die Rolle gesteckt und die Sehne des N. gastrogenimus an einem schwebenden Hebel befestigt, so zeigte sich während der plexus mit Inductionsschlägen gereizt wurde, keine Veränderung der Contractionen, ja nachdem ein Strom durch die Rolle floss oder nicht. Ebenso wenig liess sich ein Einfluss der Rolle auf das Auftreten von Reflexen nachweisen.

II. Erfolgreicher waren die an Hunden angestellten Versuche. In Anbetracht, dass die Beobachtungen, welche einen Einfluss der magnetisirenden Rolle oder des Magneten beim Menschen erkennen liessen, an cerebral-anästhetischen Individuen gemacht worden sind, wollte Sch. dadurch den Versuch vergleichsfähiger machen, dass er bei den Hunden eine cerebrale Anästhesie oder Parästhesie hervorrief. Bekanntlich hält Sch. die Bewegungen, welche sich bei Reizung der Rindencentren zeigen, für reflectorisch und glaubt, dass die nach Zerstörung der genannten Hirntheile erfolgenden Bewegungsstörungen im Wesentlichen nur eine durch den Verlust der tactilen Sensibilität bedingte Ataxie darstellen. So schwer haltbar nun auch diese Hypothese den Versuchen Ferrier's am Affen und den klinischen Beobachtungen am Menschen gegenüber erscheinen mag, so hält doch Sch. auch jetzt noch an ihr fest. Er glaubt die Existenz motorischer Rindencentren bei Thieren leugnen zu müssen und hält sie doch für erwiesen beim Menschen auf Charcot's Untersuchungen hin. Die Zerstörung der Rindencentren soll beim Hunde die Tastempfindungen aufheben. Zerstörung der Rinde und des unterliegenden Markes auch Druck- und Schmerzempfindung. Die Versuche mit der magnetisirenden Rolle wurden also an Hunden angestellt, denen vor einiger Zeit das Rindencentrum für die eine oder die andre Extremität extirpirt worden war. Einem langhaarigen Jagdhund war z. B. vor einigen Monaten ganz oberflächlich diejenige Partie der linken Hemisphärenrinde weggenommen worden, welche dem rechten Vorderbein entspricht. Das Thier erschien ganz gesund, nur zeigte es die seit Hitzig bekannten Bewegungsstörungen. Es wurde auf einem Tische auf die Seite gelegt und lag bald ganz ruhig. Fuhr man mit der Hand leicht über die linke Pfote, so wurde diese rasch zurückgezogen und ein Zittern flog über den ganzen Körper, bei Berührung der rechten Pfote blieb alles

ruhig. Nun wurde die rechte Pfote in eine Induktionsrolle von entsprechender Grösse gesteckt und wurden die Berührungen mit gleichem Erfolge wiederholt. Der Strom der Rolle wird geschlossen und nach 4–5 Minuten entsteht auf Berührung der rechten Pfote *Beugung und Streckung, die linke Pfote behält ihre Erregbarkeit.* Lässt man die Rolle längere Zeit liegen, so wird die rechte Pfote noch etwas erregbarer, kommt aber doch der linken nie ganz gleich. Diese Verhältnisse erhielten sich nach Entfernung der Rolle 5 Stunden und länger. Den nächsten Tag war der Hund wieder in seinem gewöhnlichen Zustand und man konnte den Versuch von neuem beginnen. Aehnlich waren die Verhältnisse bei den übrigen Versuchen. Bei dieser theilweisen Rückkehr der Sensibilität handelte es sich nach Sch. nicht um Rückkehr der bewussten Empfindung, denn die Thiere brauchten ihre betr. Glieder, während die vermehrte Reaction noch im vollen Maasse bestand, gerade so ungeschickt wie vorher und hatten offenbar keine Kenntniss von ihrer Stellung. Die Reflexaction oder die Uebertragung des Reizes nur waren energischer geworden.

Bei den Hysterischen und manchen andern Hirnkranken handelt es sich nicht um Zerstörung eines Organs; wir können annehmen, dass bei diesen Individuen der Widerstand, welcher im gesunden Zustande die Uebertragung auf das Centrum verhindert, vergrössert ist. Wird der Reiz zur Uebertragung stärker, so kann dieser Widerstand überwunden werden. Bei den operirten Hunden kann diese erzwungene Uebertragung bestehen wie bei den Hysterischen, aber der Effect verliert sich, da jene am Ende des Weges, statt das Centrum zu erreichen, bei einer Narbe anlangt.

Schiff verspricht schliesslich seine Versuche fortzusetzen und den Einfluss der Induktionsrolle auf die vasomotorischen Nerven und die spinalen Parästhesien zu prüfen. Aus bisherigen Versuchen ergibt sich, dass im letzteren Falle der Erfolg weniger constant ist, als bei cerebralen Sensibilitätsstörungen.

M ö b i u s (Leipzig).

138) **W. Vandell:** A study of four hundred and fifteen cases of tetanus.

(Brain, October 1878, pag. 340.)

Von den 415 von Verf. aus der Literatur und aus Mittheilungen befreundeter Collegen zusammengestellten Fällen von Tetanus starben nur 182, so dass Verf. sich genöthigt sieht, auf die Werthlosigkeit einer solchen Statistik für die Beurtheilung der Mortalität hinzuweisen, indem eben meist nur solche Fälle berichtet werden, in denen Heilung erfolgt, während die letal verlaufenen meist nicht oder nur wegen interessanten Momente im Krankheitsverlauf publicirt werden, dennoch aber glaubt er, dass seine statistischen Untersuchungen Licht verbreiten können über den Beginn und die Dauer der Krankheit, sowie über die Wirkung von Behandlungsmethoden

im allgemeinen. Verf. betrachtet den Verlauf des Tetanus nach Alter und Geschlecht der Erkrankten, bespricht kurz das Verhalten des Pulses und der Temperatur, ohne hier zu neuen Resultaten zu gelangen und erörtert ausführlich die Wirkung der Therapie, wobei er zu dem Schlusse kommt, dass wir uns keiner Verbesserung derselben zu erfreuen hätten, und dass namentlich die Calabarbohne sehr überschätzt werde. Verf's. wesentlichste Folgerungen aus den Tabellen sind: 1) Tetanus ist am gefährlichsten während der ersten Decade des Lebens. 2) Er tritt gewöhnlich zwischen dem 4. und 9. Tage nach der Verletzung auf. 3) Die Mehrzahl der Genesungen ist in den Fällen zu constatiren, in denen die Krankheit nach Verlauf von 9 Tagen nach der Verletzung beginnt, und Genesung erfolgt in der Regel, Tod nur Ausnahmsweise, wenn der Tetanus 14 Tage dauert, ein Erfolg, welcher offenbar unabhängig von der Behandlung ist. 4) Am gefährlichsten ist der Tetanus während des Puerperium. 5) Die Behandlung mit Chloroform hat bis jetzt den grössten Procentsatz von Heilungen geliefert. 6) Bei Beurtheilung des Einflusses, den ein Mittel im Tetanus ausübt, muss man vor allem berücksichtigen ob es in Fällen geholfen hat, in denen die Krankheit eher als 9 Tage nach der Verletzung eintrat oder ob es in seiner Wirkung versagt hat bei Fällen, die länger als 14 Tage die Krampferscheinungen darboten. Wenn man aber nach diesem Gesichtspunkte urtheilt, so hat bis jetzt noch kein Mittel den Anforderungen als specificum für den Tetanus entsprochen.
Rosenbach (Breslau).

139) Th. Meynert: Die Nervenzelle ist das functionelle Centrum in der Grosshirnrinde.

(Psych. Centralbl. 1878. Nr. 6.)

Verf. versucht auf Grund der neueren Untersuchungen klar zu stellen, dass die alte Anschauung über die Nervenzelle, dieselbe sei ein Centrum von Lebensäusserungen, nicht etwa Hypothese, sondern beweisbare Thatsache sei.

Die Masse der grauen Substanz steht in keinem Verhältnisse zur Masse der Nervenkörper und Fasern des Gehirnes und steigt der Gehalt an grauer Substanz mit der Entfernung vom menschlichen Typus. Die graue Substanz zwischen den Nervelementen der Hirnrinde enthält geformte Binde-substanz-Elemente, Sternzellen mit fibrillärer Durchflechtung, von diesen Zellen u. von den Fortsetzen der Nervenfaser abstammend. Jastrowitz u. Boll verfeinerten das Studium: Ohne epicorticalen Lymphraum grenzt die Rindenoberfläche an die pia, indem sich dort eine Art membrana limitans befindet, aus Bindegewebszellen bestehend. Neben diesen sind als nicht nervöse Elemente Gliakerne in der grauen Substanz anzutreffen, deren Protoplasma von der körnigen Grundsubstanz nicht trennbar ist. Die stark glänzende granulirte Substanz hängt weder mit den Nervenfibrillen, noch mit den Bindegewebsfibrillen

zusammen. **Jastrowitz** schreibt derselben die Leistung der Isolirung der Nervenfibrillen zu. —

Die gesammten Nervenkörper der Rinde bestehen aus hüllenloser protoplasmatischer Substanz mit feiner Körnung. Protoplasma und Ganglienfortsätze sind fein gestreift. Letztere sind den Axencylindern der Nervenfasern gleichwerthig. **Gerlach** fand, dass nach der allerfeinsten Theilung der Ganglienfortsätze ihre Ausläufer in ein Netzwerk übergehen und auch **Boll** bewies die Selbstständigkeit der feinsten Fibrillen innerhalb der körnigen Substanz, welche nach **Rindfleisch** in einander übergehen sollten.

Sollte aber der anatomische Nervenursprung in der körnigen Masse der grauen Substanz liegen, so wäre das physiologische Verständniss sehr erschwert. Aber rein anatomische Gesichtspunkte verweisen uns dahin, die Nervenkörper der Rinde, beziehungsweise die Pyramiden, als ein selbständiges Element innerhalb des Netzwerkes der Fortsätze anzunehmen.

- 1) Die Entwicklungsgeschichte lehrt, dass der Ganglienkörper ein von Ursprung an selbständiges Centrum ist, die Fortsätze und ihre Verästelungen aber Theile des Ganglienkörpers sind. Alles zusammen bildet das protoplasmatische Individuum. Der Axencylinder entwickelt sich aus besonderen, spindelförmigen Zellen in der Markregion. Die Ganglienfortsätze und die grösste Summe der Axencylinder der Fibrillen stehen in secundärer Verbindung. Beides sind Theile zweier Zellen.
- 2) Ursprünglich sind die Axencylinder in der Markscheide durch graue Substanz gleich der granulirten Grundsubstanz in der Hirnrinde getrennt (**Jastrowitz**, **Boll**, **Flechsig**). Die anatomische Natur des functionellen Centrums liegt darin, dass in demselben die Isolirung aufhört. Das Caliber der Ganglienzellen in allen Pyramiden steht in direktem Verhältniss der Entfernung der Pyramiden von der äusseren Rindenschicht. Der Fund von **Beetz**, sehr grosse Pyramiden in der vordern Centralwindung betreffend, ist von keiner Bedeutung. Die Rinde der vordern Centralwindung ist dadurch nur als Windung von besonderer Breite charakterisirt.

Die Streifung des Axencylinders und der Rindenkörper (**M. Schultze**) erschüttern die Bedeutung der Nervenzelle als functionelles Centrum nicht, sondern stützen sie, wie es auch die Beobachtungen **Boll's** wie **Gerlach's** thun.

Goldstein (Aachen).

140) S. Dewey (Elgin, Anstalt für Illinois): Provision for Insane Criminals.

(Journal of nervous and mental disease, Chicago. Oct. 1878.)

Verf. behandelt das angegebene Thema sowohl im Allgemeinen, als auch besonders mit Rücksicht auf die Verhältnisse im Staate Illinois. Es herrscht in den Vereinigten Staaten keine Gleichheit in der Versorgung der irren Verbrecher; einzelne Staaten belassen dieselben im Gefängnisse, andere liefern sie an die Irrenanstalten, einige haben besondere Anstalten für die irren Verbrecher errichtet. Verf. spricht sich entschieden für Errichtung besonderer Anstalten aus; die Unzuträglichkeiten der andern Massnahmen hervorhebend wie: die Ungerechtigkeit, die in Vermischung unschuldiger Irren mit Verbrechern liege; die Belastung der Anstalten durch die Nöthigung besonderer Aufsicht, Verhütung des Entkommens; die Häufigkeit der Simulation, um in eine Irrenanstalt überführt zu werden und womöglich von dort zu entweichen; was wiederum dazu führt, dass auch die erkrankten Verbrecher meist viel zu lange in den Strafanstalten zurückbehalten würden etc. Es sollen also Anstalten errichtet werden für irre Verbrecher und zwar entweder völlig selbständige oder in Verbindung mit einer Strafanstalt.

Die „Insane Criminals“ theilt Verf. nach einem Standpunkte ein, der wesentlich von dem, welchen die deutschen Irrenärzte in den Verhandlungen der letzten Jahre in dieser Frage einnahmen, abweicht; nämlich 1. in solche Fälle in welchen das Verbrechen das wesentlich dominirende Element ist, der Irrsinn nur Complication; — letzterer kann unabhängig vom Verbrechen, oder durch dasselbe und seine Consequenzen verursacht, ja er kann selbst Ursache des Verbrechens sein, aber das Individuum trägt durchaus den verbrecherischen Character. — 2. solche Fälle, wo der Irrsinn das Primäre und Vorherrschende ist.

Letztere wie z. B. ein Mörder in epileptischer Manie oder in Folge von Hallucinationen, etc., gehören nach Verf. in eine Irrenanstalt; erstere aber, welche die eigentlichen „Insane Criminals“ bilden in die besondere Anstalt, es sollen also auch moralisch Verkommene, wenn sie geisteskrank werden, in diese Anstalten gebracht werden. Auserdem könnten noch Aufnahme finden: nicht absolut kranke, aber doch geistig geschwächte (half sharpe) Personen; Epileptiker und an maniacalischen Paroxysmen Leidende, für kurze Zeit; Schuldige mit mehr minder ausgesprochenem geistigem Defecte, der die Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit schwierig macht.

Nach einer Zusammenstellung aus 17 Staaten, die Verf. gibt, befanden sich unter 16,341 Gefangenen 355 Irre, d. i. 2,15 %.

Karrer (Erlangen).

Verzeichniss

der im Sommersemester 1879 an den Universitäten des deutschen Reiches gehaltenen Vorlesungen über Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Medicin, und der in diesen Fächern wirkenden Docenten.

<i>Neuropathologie, (Electrotherapie) Psychiatrie.</i>				
Berlin.	Bonn.	Breslau.	Erlangen.	Freiburg i/B.
Westphal, Sander, Mendel, Wernicke, M. Bernhardt, Remack. Adamkiewicz.	Burger.	Berger, Neumann.	Penzold, Leube, Hagen.	Engesser, Kirn, Bäumler.
Giessen.	Göttingen.	Greifswald.	Halle.	Heidelberg.
Spamer.	L. Meyer, Marmé.	Eulenburg, Arndt.	Seeligmüller, Hitzig, Kroemer.	Erb, Fischer, Schultze, Fürstner.
Jena.	Kiel.	Königsberg.	Leipzig.	Marburg.
Nothnagel, Siebert.	Quinke, Dähnhardt.	Meschede.	Brenner.	Cramer.
München.	Rostock.	Strassburg.	Tübingen.	Würzburg.
Fischer, v. Gudden.	—	Witkowsky, Jolly.	Leichten- stern.	Emming- haus, v. Rinecker.
<i>Gerichtliche Medicin.</i>				
Berlin.	Bonn.	Breslau.	Erlangen.	Freiburg i/B.
Liman, Mendel.	Veit.	Neumann, Hirt, Friedberg.	Zenker.	Fritschi, Kirn.
Giessen.	Göttingen.	Greifswald.	Halle.	Heidelberg.
Willbrandt.		Häckermann.	Krahmer.	Knauff.
Jena.	Kiel.	Königsberg.	Leipzig.	Marburg.
	Bockendahl.	Pincus, Petruschki.	Sonnenkalb, Reclam.	Horstmann.
München.	Rostock.	Strassburg.	Tübingen.	Würzburg.
Martin, Schweninger.		Krieger, Jolly.	Oesterlen.	Reubold.

III. Anzeigen.

Urtheile ärztlicher Sommitäten über die

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

☞ das annerkannt wirksamste aller Bitterwässer. ☛

Reg.-Rath Prof. Dr. Meynert, Wien: „Wird auf der psychiatrischen Klinik mit Vorliebe verwendet, weil es durch die anwendbaren mässigen Dosen und seine schonende Wirkung bei den einschlägigen frischen Erkrankungs-fällen dieser Klinik oft einer wichtigen Causalindication genügt.“
Wien, 13. Januar 1879.

Oberm. - Rath Dr. Landenberger, Stuttgart: „Im hiesigen Katharinenhospital bei Kranken der verschiedensten Art zur Verwendung gebracht, und bin in der Lage dessen ebenso sichere als milde Wirkung zu bezeugen, welche letztere seine Anwendung selbst bei entzündlichen Zuständen des Darmes, die andere Bitterwasser oft verbieten, noch vollkommen zulassen.“
Stuttgart, 24. März 1879.

Prof. Dr. Max Leidesdorf, Wien: „Das Franz Josef Bitterwasser unterscheidet sich in seiner Wirkung dadurch vortheilhaft von den übrigen bekannten Bitterwässern, dass es in kleineren Quantitäten wirksam und nach längerem Gebrauche von keinerlei üblen Folgen begleitet ist.“
Wien, 21. April 1877.

Prof. Dr. W. Leube, Erlangen: „Nach den auf meiner Klinik gewonnenen Resultaten wirkt das Franz Josef Bitterwasser sicher abführend und macht keinerlei Beschwerden, auch wenn es in etwas zu grosser Quantität genommen wird. Selbst in Fällen, wo es bei reizbarem Darne verabreicht wurde, speziell in der Reconvalensenz von Blinddarm-entzündung mit Bethheiligung des Bauchfells, erzielt das Wasser schmerzlosen Stuhlgang.“
Erlangen, 26. Dezember 1878.

Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Depôts, Brunnen-schriften etc. gratis durch die Versendungs-Direktion in Budapest.

Ballenstedt am Harz.

Heilanstalt für Nerven- & Gemüthskranke.

Prospekte stehen zu Diensten.

Dr. Wiedemeister.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

VON

Dr. med. A. ERMENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Fogen Mark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Pettizelle oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

1. Juni 1879.

Nro. 11.

I N H A L T.

- I. ORIGINALIEN. 1. Die vierte Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irren-
ärzte in Heidelberg am 17. und 18. Mai d. J. 2. Die Section für Psychiatrie und Nerven-
krankheiten der diesjährigen Naturforscher-Versammlung zu Baden-Baden.
- II. REFERATE. 141) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und patholog. Anatomie
des Centralnervensystems. 142) E. A. Hoffmann (Dorpat): Reflexlähmung bei Ulcerationen
im Dickdarm. 143) Duguet: Embolie beider Art. fossae Sylvii während des Reconva-
lescentstadiums eines acuten Gelenkrheumatismus, rascher Tod. 144) Fr. Schultze (Heidel-
berg): Ueber Atrophia muscularis pseudohypertrophica. 145) Laudon Carter Gray
(Brooklyn): Cerebral Thermometry. 146) D. Maragliano und G. Seppilli: Zwei Fälle
von Hirnrinden-Heerdekrankung. 147) Jaccoud: Deux faits contraires aux localisations
cérébrales.
- III. KLEINERE MITTHEILUNGEN. IV. NEUESTE LITERATUR. V. AN DIE HERREN MITAR-
BEITER. VI. BERICHTIGUNG. VII. PERSONALIEN. VIII. ANZEIGEN.
-

I. Originalien.

I.

**Die vierte Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen
und Irrenärzte in Heidelberg am 17. und 18. Mai d. J.**

Originalbericht von Dr. P. J. MÖBIUS in Leipzig.

In dem Auditorium der neuerbauten psychiatrischen Klinik zu Heidelberg eröffnete Herr Fürstner als Geschäftsführer am 17. Mai, Nachmittags 2 Uhr die erste Sitzung der diesjährigen Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte. Die Präsenzliste zeigte 63 Theilnehmer. Der Alterspräsident Herr Hoffmann-Frankfurt schlug, der Versammlung Herrn Ludwig-Hepenheim als Präsidenten vor. Dieser, durch Acclamation gewählt, forderte die Versammlung auf, ihre Dankbarkeit gegen die Grossherzog- badische Staatsregierung deren Munificenz der Wissenschaft eine neue Stätte in der Irrenklinik zu Heidelberg geschaffen habe,

durch Erheben von den Sitzen zu bezeugen und ebenso das Andenken des verstorbenen Herrn Dick zu ehren, welches beides geschah, und übergab dann dem ersten Redner, Herrn Jolly-Strassburg, das Wort.

1) Herr Jolly sprach über ein verbessertes Verfahren zur Untersuchung der Druckempfindlichkeit der Haut.

Da der Votr. die bisherigen Methoden die Druckempfindlichkeit zu messen (Weber, Dohrn, Eulenburg, Aubert und Kammler, Goltz) für ungenügend befunden hatte, hat er die Aufgabe gestellt, einen neuen Apparat zu obgedachtem Zwecke zu erfinden, und hat den Preis Dr. Basteberger zuerkannt. Das von letzterem construirte Instrument demonstrirte nun der Votr. der Versammlung. Dasselbe ist nach dem Princip von Goltz gebaut, die Druckempfindlichkeit durch die Wellen einer in einem elastischen Schlauch eingeschlossenen Flüssigkeit zu messen. Der Druck auf den Schlauch wird durch eine mit beliebigen Gewichten beschwerten Schale einer Wage, vermittelt einer Pelotte ausgeübt. Der unter letzterer liegende Schlauch trägt an seinem vorderen Ende, welches dem zu untersuchenden Körpertheil applicirt wird, einen dehnbaren fingerförmigen Aufsatz aus Kautschuk und überdem ein mit einer Kautschukmembran verschlossenes Seitenrohr, welches dem Auge des Untersuchers die im Schlauche herrschende Spannung anzeigt und zur Controle dient. An seinem hinteren Ende befindet sich ein Stempel, der den Hohlraum des Schlauches vergrößert oder verkleinert. Die Wage befindet sich in einem Kasten, aus welchem nur die beiden Enden des Schlauches hervorragen.

Der Votr. hat, soweit seit der kurzen Fertigstellung möglich, den Apparat geprüft und Versuchsreihen mit ihm angestellt. Es ergab sich, dass im Allgemeinen die von Goltz aufgestellte Tabelle des Drucksinnes richtig ist, d. h. dass derselbe dem Ortssinn parallel ist, mit der Ausnahme, dass die Zungenspitze sehr geringen Drucksinn besitzt. Die Vortheile des neuen Apparates bestehen nach dem Votr. darin, dass mit ihm die Untersuchung des Drucksinns sicher, bequem und rasch ausgeführt werden kann. Der Preis wird 40—50 M. betragen.

2) Herr Bäumler-Freiburg sprach über *Serratuslähmung*.

Ein 55jähr. Tagelöhner kam in die Klinik des Votr. wegen einer linksseitigen Radialislähmung. Pat. hatte im Juni 1877 einen schweren Typhus durchgemacht. Ende September war er von Neuem mit brennenden Schmerzen in der Halswirbelsäule und Lähmung des rechten Vorderarms erkrankt. Diese Lähmung ging rasch zurück und 14 Tage später entstand eine dauernde Lähmung des linken Arms. Die Untersuchung des sehr muskulösen Pat. ergab eine „gewöhnliche“ linksseitige Radialislähmung mit Atrophie und Entartungsreaction, partielle Atrophie des rechten Biceps und Tri-ceps, des vorderen linken Deltoideus, Muskeln, an welchen ebenfalls Entartungsreaction nachzuweisen war, und endlich eine äusserst hochgradige Atrophie des Serratus ant. maj. dexter. Das rechte Schulterblatt stand höher, sein unterer Winkel zeigte nach innen, sein innerer Rand stand flügelartig vom Thorax ab. Dabei waren

die hinteren Bündel des Deltoideus und des Cucullaris permanent contrahirt. Der Arm wurde leicht und ohne Anstrengung bis zur Horizontalen erhoben, dabei sprang der Infraspinatus als dicker Wulst hervor, wirkte also als Abductor. Aufgefordert, den Arm zur Vertikalen zu erheben, that dies der Pat mit *einer stetigen Bewegung ohne Schleudern*. Bei dieser Aktion waren die Schulterblattmuskeln, Deltoideus, Cucullaris, Supra- und Infraspinatus, Rhomboideus, Levator angul. scapulae, stark contrahirt. Arm und Schulter liessen sich wie ein Stück bewegen. Nach einer galvanischen Behandlung von wenig Wochen wurde Pat. entlassen und aufgefordert, sich zeitweise vorzustellen. Im Juli 1878 fing der Serratus wieder an sichtbar zu werden, im Dezember war kaum ein Unterschied zwischen beiden Seiten nachzuweisen. Im Radialisgebiet war ebenfalls die Motilität zurückgekehrt, während die Faradocontractilität noch fehlte.

Es handelte sich in diesem Falle nach der Ansicht des Votr. um eine periphere Lähmung, welche wahrscheinlich durch eine posttyphöse Neuritis verursacht war. Die Heilung trat, wenn man von der kurzen Anwendung der Galvanisation absieht, ohne Therapie ein. Die Ergebnisse des Falles fasst der Votr. darin zusammen, dass

- a) die ältere Annahme richtig ist, nach welcher durch Serratuslähmung eine Difformität, Veränderung der Schulterblattstellung, verursacht wird (gegen *Le w i n s k i*),
- b) dass der Infraspinatus den Serratus unterstützt und bei einer gewissen Stellung des Arms als Abductor wirkt (wie dies *E. Fick* und *Weber* angegeben haben),
- c) dass der Arm zur Vertikalen gehoben werden kann trotz einer Serratuslähmung, wenn keine weiteren Muskeln gelähmt sind.

Der Votr. erläutert seine Darstellung durch Demonstration einer Anzahl wohlgelegener Photographien.

3) Herr v. *Hesse-Darmstadt*, demonstirte einen Fall von *Hystero-Epilepsie mit Hemianästhesie*.

Die Kranke, eine 19jährige Fabrikarbeiterin, erblich nicht belastet, hatte als Kind an Enuresis nocturna gelitten und war zuerst im Jahre 1876 von hystero-epileptischen Krämpfen befallen worden. Diese bestanden aus einer sensibeln Aura, Zuckungen mit Bewusstlosigkeit, einem hallucinatorischen Nachstadium. Die Untersuchung ergab Hypertrophie der Vaginalportion, Retroflexio uteri und vollständige Hemianästhesie, dabei keine Lähmung, Erhaltensein der Reflexe, keine Störung *des Geschmacks und Geruches*, geringe Herabsetzung des Gehörs rechts, Herabsetzung des Farbensinnes und Einschränkung des Gesichtsfeldes rechts, Erhöhung des Farbensinnes links.

Bei der Demonstration erwies sich, dass die rechte Seite der Pat. vollkommen analgetisch war, hier konnte überall die Haut mit Nadeln durchstochen werden, während die linke Seite bei jeder Berührung der Nadel zuckte.

In der 2. Sitzung (um dies gleich vorauszunehmen) demonstirte der Votr. von Neuem seine Kranke. Er legte an den analgetischen Vorderarm derselben einen Magnet an, nach 5 Minut.

war die Sensibilität auf der ganzen Seite zurückgekehrt, Pat. zuckt bei leichten Stichen. Die Empfindung der linken Seite schien nicht erhöht.

4) Herr R u m p f - *Düsseldorf* sprach über den *Transfert*.

Der Votr. suchte der merkwürdigen Erscheinung des *Transfert* dadurch näher zu kommen, dass er an Gesunden dieselben Versuche anstellte, welche bisher bei Anästhetischen gemacht worden sind. Zuerst liess er sich selbst auf die Handrücken Zinkplatten legen. Es zeigte sich danach eine nicht unbedeutende Schwankung in der Feinheit des Tastgefühls am Vorderarm, welches vorher und nachher durch den Tasterzirkel gemessen wurde. Dies Ergebniss veranlasste den Votr. an einer grösseren Reihe von Personen zu experimentiren und die oft wiederholten Versuche ergaben immer dasselbe Resultat. Wurde der linke Vorderarm mit Senfspiritus eingerieben, so erhöhte sich seine Sensibilität, während die des rechten Armes beträchtlich sank (der Tasterzirkel ergab 3—4 Cm. Unterschied). Bald danach kehrte sich die Erscheinung um, sodass der rechte Arm empfindlicher wurde, und erst nach mehrfachen Schwankungen trat der Normalzustand wieder ein.

Aehnlich wie Senfspiritus wirken erwärmte Metallplatten, während abgekühlte Platten und warmes Wasser zuerst die Sensibilität der gleichnamigen Seite herabsetzten. Einreibung beider Arme mit Senfspiritus ergab beiderseits starke Erhöhung der Sensibilität mit nachfolgenden Schwankungen. Das Resultat seiner Versuche ist nach Votr., dass jede einseitige Erhöhung der Sensibilität mit einer Erniedrigung auf der anderen Seite verbunden ist, und dass jede einseitige Störung der Sensibilität unter mehrfachen Schwankungen zwischen beiden Seiten wieder ausgeglichen werde. Als Ursache der Phänomene betrachtet der Votr. Schwankungen in der Gefässfülle der die Empfindung vermittelnden Centralorgane.

5) Herr Friedreich - *Heidelberg* gibt *kleinere neuropathologische Beiträge*.

- a. Der Votr. empfiehlt sehr warm die Anwendung des Bromkalium gegen *Hyperemesis gravidarum* (10,0 : 150,0 Aqu. 3mal täglich 1 Esslöffel voll). Er selbst hat 3 Schwangere, die an hochgradigem Erbrechen litten, in dieser Weise mit sofortigem Erfolg behandelt. Ein 4. Fall, in dem das Mittel ebenso günstig wirkte, wurde ihm von einem Collegen mitgetheilt.
- b. Ein Fall von *Lyssa humana*. Ein 14jähr. Knabe wurde 1868 von einem wuthkranken Hunde, der später unter thierärztlicher Beobachtung starb und secirt wurde, in den linken Mittelfinger gebissen. Die Wunde heilte nach wenigen Tagen und der Knabe befand sich ganz wohl. Zehn Monate später wurde der Votr. zu demselben gerufen und fand ihn an den unzweifelhaften Erscheinungen der *Lyssa humana* leidend. Die Krankheit entwickelte sich rasch und am 4. Tage ging der Pat. in der bekannten Weise zu Grunde. Bemerkenswerth ist in diesem Falle die lange Incubation. Wenn das Gift 10 Monate lang im Körper ruhen kann, warum nicht

länger? Der Votr. möchte daher die Fälle, in denen von jahrelanger Incubation erzählt wird, nicht ohne Weiteres anzweifeln, und hält die Meinung für die wahrscheinlichste, nach welcher das Gift in einer Drüse oder anderswo unbenutzt ruht, bis eine zufällige Einwirkung dasselbe s. z. s. flott macht und in den Kreislauf bringt. In dem Falle des Votr. hatte der Knabe das früher geübte Violinspiel nach dem Bisse unterlassen, wenige Tage jedoch vor dem Ausbruch der Krankheit wieder aufgenommen.

- c. Demonstration eines Falles von eigenthümlichen, auf das Gebiet einiger Bulbärnerven beschränkten Krämpfen. Ein 43jähr. Müller, der früher immer gesund gewesen, wurde am 2. Aug. 1878 in die Klinik des Votr. aufgenommen. Seine Mutter und zwei Schwestern derselben hatten an schwerer Epilepsie gelitten. Vor $3\frac{3}{4}$ Jahren hatte die Krankheit des Pat., eines intelligenten und nüchternen Mannes, mit Krämpfen des *M. orbicularis oris* begonnen, er gab zwangsweise eigenthümliche pfauchende Laute von sich. Nach längerer Zeit gesellten sich dazu klonische Krämpfe der Zunge, der Kaumuskeln, der den Mund öffnenden Muskeln. Oft gerieth die im Munde sich umherwälzende Zunge zwischen die sich schliessenden Kiefer und wurde verletzt, sodass jetzt besonders der rechte Zungenrand von tiefen Narben bedeckt ist. Auch im Schlafe dauerten die Krämpfe fort. Gegenwärtig sind ausser denselben eine gesteigerte Frequenz und leichte Unregelmässigkeit des Pulses, eine permanente Erweiterung der rechten Pupille und fasciculäre Zuckungen der Gliedermuskeln zu beobachten. Sonst keine Abnormitäten. Die von Herrn Erb vorgenommene electriche Untersuchung ergab überall normale Erregbarkeit, nur vielleicht im Peronäusgebiet eine leichte Herabsetzung. Der Pat. trägt fortdauernd einen grossen Ballen Charpie im Munde, nur so ist es möglich die Krämpfe zu sistiren. Alle Therapie hat nichts genutzt. Die auf Wunsch des Pat. vorgenommene Extraction von Zähnen brachte jedesmal einige Tage Ruhe.

Der Votr. wies darauf hin, dass die Kerne der in Frage kommenden Nerven, nämlich des *Facialis*, *Trigeminus*, *Vagus*, *Oculomotorius*, sämmtlich nahe beieinander liegen, und dass eine anatomische Störung des betreffenden Oblongatagebietes (*Cysticercus*?) wahrscheinlich sei. Auch die Annahme eines epileptoiden Zustandes möchte er nicht ganz zurückweisen. Auf jeden Fall bietet der Kranke, das „Krampfbild der Bulbärparalyse.“

6) Herr Fürstner-Heidelberg machte eine vorläufige Mittheilung über *Atrophie eines Rindencentrums bei Enuclation des Bulbus*.

Der Votr. extirpirte vor 17 Wochen einem Satz neugeborener Hunde den linken Augapfel. Zwei Hunde wurden vor kurzem getödtet und es fand sich bei ihnen, dass eine Stelle der rechten Hemisphärenrinde, welche dem Sehcentrum Ferrier's entspricht, deutlich atrophisch war im Vergleich zu derselben Stelle der linken

Hemisphäre. Es ist dies eine Stelle in der 2. Längswindung des Hundehirns, welche dem Gyrus angularis beim Affen und Menschen homolog ist. Der Votr. beabsichtigt nunmehr jungen Hunden auch den rechten Augapfel zu extirpieren. Sollte sich dann die Atrophie an derselben Stelle der linken Hemisphäre finden, so dürfte die Angelegenheit in Ferrier's Sinne entschieden sein.

7) Herr Erb-Heidelberg sprach über das Vorkommen von Sehnervenerkrankungen bei *Myelitis dorsalis*.

Nachdem der Votr. die dürftigen Angaben der Literatur über Sehnervenerkrankungen bei anderen Spinalaffectionen als bei Tabes besprochen hatte, schilderte er einen Fall seiner eigenen Erfahrung.

Ein 52jähr. Mann erkrankte im Februar 1877 an linksseitiger Amblyopie (centrales Scotom. — Amaurose — negativer ophthalmoskopischer Befund), zu der sich bald eine rechtsseitige gesellte. Im Beginne bestanden leichte Kopfschmerzen. Bald trat Besserung ein, jedoch schon nach wenigen Wochen erfolgte ein Recidiv. Es bestand jetzt Farbenblindheit und Hemiopie. Die Untersuchung ergab Neuritis optica und beginnende Atrophie, es handelte sich nach dem Urtheil der Ophthalmologen um eine Neuritis descendens. Nach einigen Wochen begann der Pat. über Rückenschmerzen zu klagen, die gürtelartig und nach den Beinen zu ausstrahlten. Bald wurde das linke Bein gelähmt, dann das rechte, die Sensibilität wurde gestört und es trat Blasenlähmung ein. Dabei bestand leichtes Fieber (Abends bis 37,8°). Die Untersuchung ergab jetzt folgenden Befund. Die Motilität des rechten Beines war ganz verloren, die Sensibilität nur abgeschwächt. Umgekehrt verhielt sich das linke Bein. Die rechte Hälfte des Bauches und Rückens war hyperästhetisch, die linke anästhetisch mit dem bekannten Gürtel. Die Hautreflexe waren an den Sohlen erhöht, am Bauche nicht hervorzurufen. Die Sehnenreflexe waren erhöht. Bald trat complete Lähmung beider Beine ein, Decubitus und Cystitis. Nunmehr jedoch begann eine allmähliche Besserung und Ende September 1877 befand sich Pat. in ganz leidlichem Zustande, er konnte weite Strecken gehen, wenn auch langsam und mit einiger Mühe. Der Zustand der Augen dagegen war ziemlich unverändert, wenn auch hier eine Wendung zum Besseren nicht zu verkennen war. Im Herbst 1878 kam der Kranke in galvanische Behandlung und nun trat eine auffallend rasche Besserung des Gesichts ein. Schon nach einigen Monaten konnte Pat. die Zeitung fliessend lesen und ist gegenwärtig hergestellt.

Es bestand also in diesem Falle eine *Myelitis transversa dorsalis* mit *Neuritis optica descendens*. Ueber den Zusammenhang beider Erscheinungen glaubt der Votr. etwas Näheres bis jetzt nicht aussagen zu können.

Am 18. Mai versammelten sich die Mitglieder des Congresses früh um 9 Uhr wiederum in der psychiatrischen Klinik und Herr Fürstner führte die Anwesenden durch die schöne Räume der neuen Anstalt. Um 10 Uhr wurde die zweite Sitzung eröffnet und

Herr Ludwig - Heppenheim übernahm wie am vergangenen Tage das Präsidium.

8) Herr Czerny - Heidelberg sprach über *Nervenresection und Nervendehnung*.

- a. Der Votr. hat in letzter Zeit viermal die Neurectomie gemacht. In zwei Fällen handelte es sich um *Resection des II. Astes des N. trigeminus in der fossa pterygopalatina*. Das erste Mal operirte er nach der älteren Methode (Lücke): T Schnitt am Jochbogen, Ablösung des m. masseter, Einknickung und Rücklagerung des Jochbogens, das zweite Mal nach der Methode von Braun, wobei der Schnitt über dem Jochbogen gemacht und die fascia temporalis abgelöst wird. Letztere Methode glaubt der Votr. wegen der geringeren Störung des Kauens vorziehen zu sollen. Bei beiden Patienten hat die Operation, welche wegen hartnäckiger Infraorbitalneuralgie gemacht wurde, guten Erfolg gehabt, der eine ist ganz ohne Schmerzen, der andere empfindet nur hie und da einen Stich. Beide wurden der Versammlung demonstrirt.

Weiter demonstrirte der Votr. ein colossales *Myxosarcom des N. ischiadicus* (31 Cm. Länge), welches er vor Kurzem exstirpirt hatte. Die Geschwulst war in der vorderen Scheide des Nerven gelegen. Es hatte keine Neuralgie bestanden und erst nach der Operation fand sich die Verbindung zwischen Geschwulst und Nerven, von dem der grösste Theil mitexstirpirt worden und nur ein dünner Faden zurückgeblieben war. In 14 Tagen erfolgte die Heilung. Pat. trug zwar eine Lähmung der Unterschenkelmuskeln mit geringer Anästhesie des Fusses davon, konnte aber gut gehen.

Endlich hat der Votr. die *Resection des ersten Digitalnerven am N. plantaris internus* gemacht. Es handelte sich um eine ca. 40 jährige Dame, die seit langer Zeit an neuralgischen Schmerzen und Oedemen eines Fusses litt. Der Votr. proponirte die Massage und fand bei Ausübung derselben unter der Haut des inneren Fussrandes eine bohngrosses Geschwulst. Er exstirpirt dieselbe und an ihr hing der bis auf ein älteres Blutextravasat der Scheide intacte Nerv. Es trat vollständige Heilung ein.

- b. Die *Nervendehnung* führte der Votr. achtmal bei sechs Kranken aus. Dreimal handelt es sich um Neuralgien. 1. Fall: Dehnung des N. supraorbitalis. Kein Erfolg. Resection. Heilung. 2. Fall Dehnung des N. infraorbitaris. Der Nerv reisst. Keratitis mit Anästhesie der Cornea. Heftige Schmerzen. Besserung. 3. Fall: Neuralgie des Plexus axillaris. Dehnung des N. ulnaris oberhalb des Ellenbogens. Erfolg unbekannt.

Einmal handelte es sich um eine Compressionsmyelitis bei Pottischem Uebel mit heftigen Pseudoneuralgien. Beide N. ischiadici wurden gedehnt. Die Schmerzen blieben, die myelitischen Erscheinungen wurden schlimmer.

Ein 37jähr. Epileptiker hatte eine im N. ulnaris lokalisirte Aura. Auf seinen Wunsch hin wurde der genannte Nerv gedehnt.

Nach 4 Monaten trat wieder ein Anfall ein. Vorher hatten ebenfalls sehr lange Intervalle stattgefunden.

In dem letzten Falle bestand eine congenitale Hemiplegie (Zangengeburt) mit Streckcontractur des Arms. Der Plexus supraclavicularis wurde gedehnt. Danach verwandelte sich die Contractur in Paralyse. Pat. fühlte sich erleichtert, da ihm der schlaffe Arm lieber war als der steife.

Im Allgemeinen betrachtet der Vortr. die Nervendehnung als ein wirksames Mittel, die Leistungsfähigkeit der Nerven herabzusetzen, und hält sie da für angezeigt, wo an jene übermässige Ansprüche gestellt werden. Er will sie nur an motorischen Nerven ausüben, und zieht für sensible die Resektion vor.

9) Herr Erb - *Heidelberg* demonstirte einen Fall von *Athetose*.

Bei einem jetzt 14jähr. Mädchen, dem 3 Geschwister in früher Kindheit an „Gichtern“ gestorben waren, hat sich die Krankheit im 4. Lebensjahre nach einer wahrscheinlich scrophulösen Entzündung des Metacarpalknochens des linken Zeigefingers entwickelt. Nie bestanden Schmerzen, nie Lähmung. Gegenwärtig zeigen Finger und Zehen links die eigenthümlichen Bewegungen, welche man nach Hammond Athetose nennt. Langsam wie spielend werden die Finger gestreckt und eingeschlagen, dabei bestehen geringe Bewegungen im Hand- und Ellenbogengelenk. Die Muskeln der linken Glieder zeigten einen mässigen Grad von permanenter Contraction und Steifigkeit. Hat das Kind etwas mit der Hand gefasst, so ist es nicht im Stande sofort wieder loszulassen, sondern erst nach einiger Zeit folgen die Muskeln der Aufforderung. Der linke Arm hat einen um 3 Cm. grösseren Umfang als der rechte. Die galvanische Behandlung brachte nur vorübergehende Besserung.

Der Vortr. hält die Athetose für eine bestimmte, von der Chorea unterschiedene Form der Bewegungsstörung und glaubt, dass dabei eine bestimmte Stelle im Centralorgan lädirt sei.

10) Herr Feldbausch - *Heidelberg* demonstirte ein *microcephales Kind mit eigenthümlichen spastischen Symptomen*.

Der auf der Klinik des Herrn v. Dusch befindliche Microcephalus ist 2 Jahr 7 Monat alt, 73 Cm. lang und 5000 Gr. schwer. Die Eltern leben in äusserst ärmlichen Verhältnissen, der Vater ist Potator, 3 Kinder (darunter eine Missgeburt) wurden todgeboren, 5 leben gesund. Das kranke Kind, dessen Vorderkopf besonders klein ist, ist im Uebrigen normal entwickelt, seine Sinne sind thätig, seine Intelligenz dagegen gleich Null. Die eigenthümliche Erscheinung ist eine bei den verschiedensten Reizen eintretende Steifigkeit sämmtlicher Muskeln. Kneipt man z. B. eine Hautstelle, so wird das Kind starr und steif, die Athmung schnarrchend und erst allmählich verliert sich die Starre wieder.

11) Herr Schultze - *Heidelberg* sprach über *Rückenmarksaffection nach Einwirkung plötzlich erniedrigten Luftdrucks*.

Der Vortr. hätte Gelegenheit gehabt, das Rückenmark eines italienischen Arbeiters zu untersuchen, welcher, nachdem er bei Gelegenheit eines Brückenbaues 6 Stunden unter einem Druck von

3 Atmosphären gearbeitet hatte, beim Heraustreten aus einem Caisson mit Schmerzen in den Füßen erkrankte und nach 2½ Monaten unter den Symptomen einer dorsalen Myelitis gestorben war.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich in der That eine Myelitis dorsalis, welche ihren Sitz hauptsächlich in den Hintersträngen und den hinteren Abschnitten der Seitenstränge hatte, während die graue Substanz verhältnissmässig wenig betheilt war. Secundäre Degeneration in den Goll'schen Strängen und in den peripheren Abschnitten der Seitenstränge nach oben und unten. Von Blut oder Blutüberresten fand sich nichts.

Dieser Befund entspricht also vollkommen dem kürzlich von *Leyden* publicirten Falle. Als Ursache der Erkrankung betrachtet der Votr. den Eintritt in niederen Atmosphären-Druck, da Ueberanstrengung oder Erkältung nicht wohl verantwortlich gemacht werden können. Dass Blutungen die Ursache der Myelitis seien, glaubt er nicht, hält die Hypothese, dass jene durch aus dem Blut austretende Luftblasen erzeugt werde, für nicht unwahrscheinlich, hält es aber für auffallend, dass bei der *alle* Gefässe betreffenden Gasentwicklung stets nur die dorsalen Partien des Rückenmarks, niemals wie es scheint, disseminirte Abschnitte des Nervensystems (Retina, *Corti'sches Organ*, Gehirn) betroffen werden.

12) Herr *Kuhnt-Heidelberg* sprach über *zwei Fälle von Sehnervenerkrankung bei Hirnerkrankung*, in denen Oedem der Papille bestand, und deren einer eine Neuritis und deren anderer eine Stauungspapille darstellte. Er gab einen genauen anatomischen Befund und erläuterte seinen Vortrag durch Demonstration von Zeichnungen und anatomischen Präparaten.

13) Herr *Emminghaus-Würzburg* sprach über *einen Fall von progressiver Paralyse ohne Grössenwahn*.

Ein sehr wohl situirter 40jähr. Mann erkrankte mit hypochondrischen Vorstellungen, brustkrank zu sein und dgl. Bald gesellte sich Abnahme der Intelligenz und Gedächtnisschwäche hinzu. Er fing an, viel von dem starken Würzburger Landwein zu trinken, zu stottern, zu stammeln und einzelne Dinge falsch zu bezeichnen. Der Umstand, dass er eines Tages eine Obligation von nicht unbedeutendem Werth verschenkte, veranlasste seine Aufnahme in die Anstalt. Hier zeigt er sich als kräftiger Mann, etwas pastös, mit verengten Pupillen, leichtem Zungentremor, etwas Stolpern beim Gehen, rascher geistiger Ermüdung bis zur Confusion. Den Tag über war er bettsüchtig und schlief fast immer, Nachts war er sehr unruhig. Ein bezeichnendes Symptom war, dass der Kranke oft den Ort verwechselte. Allmählich entstand allgemeine Parese und Pat. starb. Nie waren Affecte, von der Hypochondrie abgesehen, nie Hallucinationen, nie Grössenideen beobachtet worden. Die Section ergab eine diffuse Rindenerkrankung des Vorderhirns, eine syphilitische schwartige Meningitis, die nur das Vorderhirn sammt den Centralwindungen betraf. Der Votr. hat 20 Fälle von Erkrankung des Vorderhirns zusammengestellt und gefunden, dass zu ihren hervorragenden Symptomen gehören:

- a) Hypochondrie (vergl. Schröder van der Kolk). Diese Thatsache glaubt der Votr. auch durch Ladame's Statistik der Hirntumoren bestätigt zu sehen.
- b) Intelligenzdefekt und
- c) Schlafsucht, resp. allgemeine Abgeschlagenheit.

14) Hentschel-Heidelberg sprach über die *differentielle Diagnose der multiplen Sclerose*.

Ein früher gesunder, 39jähr. Mann erkrankte mit Intentions zittern, Diplopie, Amblyopie, Sprachstörung (monotone, scandirende-Sprache), Schmerzen in den Füßen, Schwindel, epileptiformen Anfällen. Nach seiner Aufnahme am 15. Okt. 1877 gesellten sich dazu Parese des einen Facialis und der Beine mit geringer Sensibilitätsstörung. Die Sphincteren waren intact, es bestand keine Atrophie. Das Befinden des Pat. besserte sich und er wurde entlassen. Am 26. Okt. 1878 trat er von neuem ein und bot jetzt ein ganz anderes Bild. Es bestand heftige psychische Erregung, die Sprache ist behindert, mit Mühe wurden die Worte einzeln herausgestossen, Pat. äusserte Grössenideen. Ausserdem bestand Parese der Beine mit Sphincterenlähmung, Parese des rechten Arms, Ataxie, Facialisparese. Der Augenbefund war normal. Nach Jodkalium trat Besserung ein, bald jedoch kam es zu Decubitus und am 13. Dezember 1878 starb Patient.

Bei der Section ergab sich ein der Paralyse entsprechender Befund, etwas Hyperämie und Meningitis adhaesiva. Erst nach Erhärtung in Müller'scher Lösung liessen sich im Rückenmark multiple sklerotische Heerde erkennen. Im Gehirn fand sich auch jetzt nichts als mässige Periarteriitis.

Es lag also hier möglicherweise eine Combination von progressiver Paralyse mit multipler Sclerose vor.

Als Versammlungsort für das Jahr 1880 wurde **Baden-Baden**, als Geschäftsführer wurden die Herren **Jolly-Strassburg** und **Fischer jun. - Pforzheim** gewählt. Mittags 12 $\frac{1}{2}$ Uhr wurde die Versammlung durch den Vorsitzenden geschlossen.

II.

Die Section für Psychiatrie und Nervenkrankheiten der diesjährigen Naturforscher-Versammlung zu Baden - Baden.

Durch ein soeben ausgegebenes Circular, unterzeichnet von den Professoren Erb, Jolly und Westphal wird zur Kenntniss der Fachgenossen gebracht, dass durch den I. Geschäftsführer der diesjährigen Naturforscher-Versammlung, Herrn Dr. Baumgärtner der Gedanke angeregt worden sei, die bisherige Section für *Psychiatrie* zu einer solchen für *Psychiatrie und Nervenkrankheiten* zu erweitern und ein Comité zu constituiren, welches die Aufgabe übernehme, zu Vorträgen in dieser Section aufzufordern. Dieses Comité hat sich constituirt, mit dem erwähnten Circulare sich vorgestellt und ladet in demselben zu Vorträgen ein; selbige

müssen bis zum 30. Juni der „Geschäftsführung der Naturforscher-Versammlung in Baden-Baden“ angemeldet werden, damit sie in der später zu erlassenden Einladung zu der Versammlung bereits publicirt werden können.

Wenn ich diese Mittheilung in allen ihren Details mit lebhaftester Freude begrüße, so geschieht dies nicht nur aus dem Grunde, weil ich durch das personelle wie sachliche Arrangement eine gedeihliche Förderung der Section und ihrer Arbeiten daraus erwarte, und weil ich hoffe, dass durch dies Procedere auch eine neue Strömung in die Section gebracht wird, die den reactionären Staub von den Sesseln des Bureau's wegfegen wird, der sich dort innerhalb der letzten Jahre angesammelt hat — sondern auch darum, weil ich mit Genugthuung in dem Inhalte des erwähnten Circulars die Realisirung meiner eigenen Vorschläge erblicke, denn die Priorität dieses von dem I. Geschäftsführer der diesjährigen Versammlung emanirten Gedankens muss ich für mich beanspruchen.

In dem Octoberhefte dieses Blattes vom vorigen Jahre, also wenige Tage nach der Wahl der diesjährigen Geschäftsführer, und zu einer Zeit, wo diese der Organisation der diesjährigen Versammlung im Detail gewiss noch nicht näher getreten waren, schrieb ich in einem Berichte über die Casseler Versammlung, — nachdem ich aus Gründen der wissenschaftlichen Gerechtigkeit und der Zweckmäßigkeit die nothwendige Erweiterung der Section für Psychiatrie betont hatte, — zum Schlusse Folgendes:

„Den Geschäftsführern der nächstjährigen Versammlung empfehlen wir daher eine „Section für Psychiatrie und Neurologie“ und erlauben uns, wenn es anders bei der Wahl von Baden-Baden dieses Hinweises noch bedarf, sie auf die Geschäftsführung des Vereins „südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte“ hinzuweisen. Dieselbe pflegt sich mit den berufensten Vertretern der beiden Fächer frühzeitig in Verbindung zu setzen, zu Vorträgen aufzufordern, und dann die angemeldeten gleichzeitig mit der Einladung zur Versammlung bekannt zu machen. Auf diese Weise wird für Material gesorgt, eine feststehende, reiche Tagesordnung wird den Theilnehmern rechtzeitig bekannt gemacht, und die Section wird in einer ihr würdigen Weise die Sitzungen abzuhalten im Stande sein.“

Dies mein Programm ist also vollständig acceptirt, und ich registriere mit Freude den vorläufigen Erfolg, den das „Centralblatt“ errungen, und zweifle nicht, dass, falls äussere Umstände der Versammlung nicht besondere Schwierigkeiten bereiten, auch die neue „Section für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ mit Erfolg arbeiten wird.

Indem ich von dem Abdruck des ganzen Circulars aus Raumangel abstehe, beschränke ich mich darauf, den Hauptinhalt desselben hiermit wiedergegeben zu haben und allen Lesern dieses Blattes dringend zu empfehlen.

Erlenmeyer.

II. Referate.

141) **O. Kahler** und **A. Pick**: Beiträge zur Pathologie und patholog. Anatomie des Centralnervensystems.

(Prager Vierteljahrsschrift 1879.)

Unter diesem Titel vereinigen die Verf. eine Reihe von interessanten — nicht in directem Zusammenhange stehenden — Abhandlungen. In der ersten „Beitrag zur Lehre von der Localisation der Hirnfunctionen“ führen sie zahlreiche Beweise für die Richtigkeit der von **Wernicke** verfochtenen Ansicht in Betreff der Ursache der Worttaubheit — Läsion in der linken ersten Schläfenwindung — an, geben namentlich eine eingehende Darstellung der neueren anatomischen und physiologischen Errungenschaften (**Munk**, **Ferrier**) auf genanntem Gebiete und bringen zwei eigene genau beobachtete Fälle zur Kenntniss.

I.) Eine 42jährige Frau erkrankte unter Kopfschmerzen und verlor allmählig Sprache und Gehör. Als sie in die Beobachtung der Verf. kam, bot sie das Bild des apathischen Blödsinnes und hochgradige Störungen der Sprache dar. Sie konnte nur „tschen“ und „tscho“ sagen und verstand, obwohl sie gut hörte, das Gesprochene absolut nicht. (Worttaubheit). Die Section ergab eine Erweichung *beider Schläfenlappen* mit Ausnahme der basalen Windungen und der hinteren Hälfte der 3. linken Stirnwindung; secundäre Degenerationen fehlten. Verf. beziehen die schwere Aphasie auf die Zerstörung der 3. linken Stirnwindung, die Worttaubheit auf die Läsion der Schläfenlappen, den apathischen Blödsinn (auf Grund der Erörterungen von **Wernicke** und mit Rücksicht auf einzelne Fälle der Literatur) auf den durch die Ausschaltung beider Schläfenlappen nothwendig bedingten psychischen Defekt.

Der 2. Fall betrifft einen 37jährigen Potator, der in früherer Zeit 2 Anfälle von Hemiplegie, den einen von Aphasie begleitet, überstanden hatte, und bei Untersuchung durch die Verf. deutliche atactische Aphasie, leichte Worttaubheit bei intactem Gehör darbot und nach Besserung genannter Erscheinungen in apathischen Blödsinn verfiel. Die Section ergab: hochgradige ältere Pachymeningitis int. hämorrh. mit bedeutender Compression der ganzen linken Hemisphäre, die namentlich die 3. linke Stirnwindung und den linken Schläfenlappen, in dessen hinterer Partie sich ebenso wie im linken Hinterhauptslappen Erweichungsheerde befanden, betraf.

Hieran schliessen die Verf. zahlreiche aus der Literatur gesammelte Fälle, die ihnen ebenso wie die mitgetheilten eigenen zu beweisen scheinen, dass in der That die der Worttaubheit zu Grunde liegende Läsion in den linken Schläfenlappen zu localisiren ist und erörtern dann die Bedingungen unter denen derartige Erscheinungen sich zurückbilden. Anhangsweise berichten die Verf. über einige kleine poliomyelitische Heerde, die sich gelegentlich der Untersuchung des Rückenmarks des 1. Falles constatiren liessen und weisen darauf hin, dass man aus diesen Läsionen, deren Entstehung offenbar in die frühe Jugend zu verlegen sei, und mit Rücksicht auf die

späteren Hirnläsionen wohl eine verminderte Resistenz des Centralnervensystems erschliessen dürfe.

II. Ein Fall von Worttaubheit bei einem schon lange leidenden 51 jährigen Manne. Es besteht stupider Gesichtsausdruck, leichte rechtsseitige Facialisparalyse, posthemiplegische Haltung des r. Armes. Bei Intactheit des Gehörs fehlt alles Verständniss für Gesprochenes; Melodien werden nicht verstanden, aber als Gesang erkannt. Es ist Aphasie und leichte Anarthrie, Agraphie und Wortblindheit (versteht Aufgeschriebenes nicht) zu constatiren. Percussion des Schädels in der Gegend beider Schläfenlappen ist schmerzhaft. Aphasie und Worttaubheit bessern sich allmählig.

Verf. sind auch hier geneigt auf Grund der obigen Auseinandersetzungen zur Erklärung der persistenten Worttaubheit eine alte Läsion beider Schläfenlappen anzunehmen.

III. Ueber die Localisation der posthemiplegischen Bewegungserscheinungen (mit Tafel).

Auf Grund eines eingehend beobachteten und anatomisch untersuchten Falles gelangen die Verf. zu der Ansicht, dass die posthemiplegischen Bewegungserscheinungen Läsionen ihre Entstehung verdanken, welche einen Reizzustand des compacten Bündels der Pyramidenfasern setzen, das zwischen Thalamus und dem hintern Ende des Linsenkerns aufsteigt.

Es handelt sich um eine bei einem 60jährigen Manne plötzlich entstandene cerebrale Hemianästhesie und unvollkommene Hemiplegie der linken Seite ohne Bewusstseinsverlust mit späterm nahezu vollständigem Rückgängigwerden, der motorischen, aber nur theilweise erfolgender Besserung der sensiblen Erscheinungen. Ein halbes Jahr nach dem ursprünglichen Anfall treten Bewegungserscheinungen an den gelähmten Gliedern auf, die bis zum Tode, der erst nach drei Jahren erfolgt, persistiren. Es war anfangs ein ruheloses, rasches Muskelspiel, welches die Finger und Zehen betheiligte, vollkommen entsprechend jenen Erscheinungen, die Oulmont als eigene Form der posthemiplegischen Bewegungsphänomene aufzustellen gewillt ist und identisch mit den von Remak beobachteten clavierspielmässigen Bewegungen vorhanden; später waren es die heftigen, schleudernden Bewegungen der Hemichorea, endlich angesprochene Athetosenbewegungen, die zur Beobachtung kamen. Die Verf. verwerthen die Analyse dieser Phänomene für den Beweis der Zusammengehörigkeit aller posthemiplegischen Bewegungserscheinungen (Gowers). Die anatomische Untersuchung des Falles lieferte den Befund eines alten hämorrhagischen Herdes, welcher einen Theil der äussern Hälfte des Sehhügels einnahm und zugleich die innere Capsel an einer Stelle betraf, welche dicht hinter jener lag, die nach Fleischig das compacte Bündel der Pyramidenfasern enthält. Nach rückwärts erstreckte sich die Läsion bis in das Meynert'sche sensible Bündel. Hervorzuheben ist ferner dass den Verf. der Nachweis einer partiellen secundären Degeneration im rechten Hinterseitenstrang gelungen ist, den sie ebenfalls dafür verwerthen, dass hier wirklich eine partielle Läsion des Pyramidenfaserbündels an der genannten Stelle vorlag. Somit lassen sich,

nach Ansicht der Verf., die klinisch nicht gut trennbaren Erscheinungen der späten Contractur und der posthemiplegischen Bewegungserscheinungen auch anatomisch vereinen. Bei später Contractur hat die cerebrale Läsion den grössten Theil des Querschnittes des compacten Pyramidenfaserbündels in der innern Capel getroffen (Flechsig), (den Beweis dafür liefert die hochgradige secundäre Degeneration); bei posthem. Bewegungsphänomenen, welche als motorische Reizungserscheinungen aufzufassen sind, handelt es sich um partielle Läsion desselben Bündels oder, was noch häufiger der Fall zu sein scheint, um Reizung desselben durch einen unmittelbar anliegenden Herd. Hier kann die secundäre Degeneration in leichtem Grade vorhanden sein oder sie kann auch vollständig fehlen.

Schliesslich werden die in der Literatur vorhandenen anatomischen Befunde bei posthemipl. Bewegungserscheinungen einzeln auf die Richtigkeit der ausgesprochenen Anschauung geprüft und in positivem Sinne verwerthbar befunden.

Rosenbach (Breslau).

142) E. A. Hoffmann (Dorpat): Reflexlähmung bei Ulcerationen im Dickdarm.

(Virch. Arch. Bd. 75, Heft 2, 1879.)

Ein 27 jähr. Soldat, der lange an dysenterischen Erscheinungen gelitten, bekam Schmerzen im Kreuz, die besonders heftig ins linke Bein ausstrahlten: Die Wirbelsäule war vom 11. Dorsalwirbel abwärts sehr druckempfindlich. Das linke Bein wurde plötzlich von Krämpfen ergriffen, darnach vollkommen gelähmt und anästhetisch. Wenige Tage später wurde auch das rechte Bein anästhetisch und paralytisch; zugleich Harnverhaltung und unwillkürlicher Kothabgang. Reflexerregbarkeit und farad. Reaction in den gelähmten Extremitäten blieb erhalten, Patellarreflex fehlte. Rasch entstehender Decubitus. — Tod.

Die Section ergab im Coecum und Colon käsig-einlagerungen zwischen Submucosa und Mucosa und grosse Ulcerationen, theilweise mit polypösen Wucherungen; in der Flexur besonders tiefe die Schleimhaut unterminirende Geschwüre. Narbe an der Leberoberfläche, Diphtheritis der Harnwege, Nierenabscesse, Thrombose der linken Cruralvene. Das Rückenmark zeigte erst nach der Härtung Veränderungen. Es fand sich zwischen 7. u. 10. Dorsalnerven ein circumscribter Herd, der die graue Substanz und den grössten Theil der Hinter- und Seitenstränge, wie einen kleinen Theil der Vorderstränge einnahm und sich mikroskopisch durch reichliche Sternzellen, zahllose neugebildete Bindegewebsfasern neben Atrophie der Nervenfasern (theilweise auch der Ganglienzellen) auszeichnete. Oberhalb des wenig umfänglichen Herdes fand sich in den hintern Parthien der Seitenstränge Atrophie der Nervenfasern neben dichter Anhäufung von Rundzellen im Zwischengewebe und stellenweis hypertrophische Nervenfasern (Axencylinder). Von den Hintersträngen nur der *linke* erheblich verändert. Eine Veränderung nach abwärts vom Herd lässt sich nicht nachweisen. Die Nerven des linken Lumbalplexus nicht verändert.

(Die Angaben über das histologische Detail lassen an Deutlichkeit und Sicherheit sehr zu wünschen übrig. Ref.) Verf. nimmt an dass von einer cirumscripten Erkrankung des linken Hinterstrangs aus sich eine Myelitis acuta transversa entwickelt habe : ob die Degeneration des linken Gollsehen Strangs secundär war, wagt er nicht zu entscheiden. Die Ursache dieser Myelitis findet er in der chronischen Darmerkrankung und einer längs der hintern Wurzeln ins Rückenmark propagirten Endzündung, deren Spuren allerdings histologisch nicht mehr nachweisbar waren.

Eisenlohr (Hamburg).

143) **Duguet** : Embolie beider Art. fossae Sylvii während des Reconvalescenzstadiums eines acuten Gelenkrheumatismus, rascher Tod.

(Soc. méd. des hôpit. in le Practiciens, 1879, Nro. 2.)

63jährige Frau litt öfter an schlecht ausgeprägtem Rheumatismus, und wurde zuletzt von einem acuten Gelenkrheumatismus befallen der mit täglichen Gaben von 5,0 Natrum salicylicum behandelt wurde und nach Verlauf von 2 $\frac{1}{2}$ Monaten schwand. Da trat plötzlich in der Nacht eine linksseitige Hemiplegie ohne Verlust des Bewusstseins, mit etwas behinderter Sprache ein, dem 36 Stunden später ein zweiter Anfall mit vollständigem Bewusstseinsverlust folgte. Tiefstes Coma, Stertor, Unempfindlichkeit, links complete motorische und sensible Hemiplegie, rechts eine gleiche, nur weniger stark ausgebildet, Pupillen gleich, mässig erweitert, sonst nichts Abnormes, auch am Herzen nicht, zu entdecken. Trotz eines wirksamen Salzwasserklysters steigern sich die Erscheinungen, P. 88 T. 39,0, es treten profuse Schweisse und grosse Aufregung der Kranken auf; sie stirbt 45 Stunden nach dem Auftreten der 2. Attacke. Die Section ergibt:

1) eine *Embolie der rechten Sylvischen Arterie* mit Erweichung des ganzen von ihr versorgten Rindenbezirks, *hortensiarosenrothe Verfärbung* der ersten und zweiten und der 2 hintern Drittel der dritten Stirnwindung, aller Inselwindungen, der Ränder der Sylvischen Furche, des untern Drittels der vordern, der Hälfte der hintern Centralwindung, der drei Schläfewindungen und eines grossen Theiles des Gyrus angularis. 2) Eine zweite Embolie der linken Art. fossae Sylvii mit einer, der so eben beschriebenen rechtsseitigen analogen Erweichung, welche sich bis in den Streifenhügel erstreckte, aber weniger ausgesprochen war. 3) Eine *geringe Endocarditis atrio-ventricularis*, welche zu einer Ansammlung von fibrinösen Vegetationen zwischen den Columnen des Herzohres Veranlassung gab; von hier aus entstammten die beiden Emboli. Ausserdem fand sich eine interlobäre fibrinöse Pleuritis, Hypostase der Lungen, Steine in der Gallenblase und Congestion zu Leber und Nieren.

Da die Endocarditis während des Lebens unbemerkt blieb, so wäre die Möglichkeit einer Verwechslung, mit Gehirnrheumatismus gegeben. Der rasch eintretende Tod liess sehr schön die Begrenzung der rothen Erweichung auf das Gebiet der Sylvischen Arterien erkennen.

Hinze (St. Petersburg).

144) **Fr. Schultze** (Heidelberg): Ueber Atrophia muscularis pseudohypertrophica.

(Virch. Arch. 75. Bd. 1879.)

Die geringe Anzahl namentlich in Betreff des centralen Nervensystems genau untersuchter Fälle von Pseudohypertrophie der Muskeln veranlasste Verf. den folgenden mitzuthemen.

Der 13 Jahre alte Kranke, von gesunden Eltern stammend, liess in früher Jugend schon eine Volumszunahme der Wadenmuskeln erkennen. Dieselbe fällt bei Erhebung des stat. praes. sofort in die Augen und beträgt bei einer Körperlänge von 150 Ctm., links 39, rechts 36 $\frac{1}{2}$ Ctm., während die Oberschenkel in der Mitte 40, die Vorderarme an Stelle ihrer grössten Dicke rechts 20 $\frac{1}{2}$, links 20, die Oberarme nahe dem Ellenbogen 18, links 17 $\frac{1}{2}$ Ctm. zeigten. Die hypervoluminösen Wadenmuskeln sind von derber Consistenz, die Muskeln der Oberschenkel, die Glutaei, diejenigen der Schulter und Oberarme weich und teigig. *Atrophisch* sind die Muskeln der Arme, die Deltoidei, Pectorales, Cucullares, Latissimi dorsi. Die Functionen der betroffenen Muskeln sind überall behindert, Gehen ist nur mit Hilfe eines Stockes möglich. Die Sensibilität ist überall völlig normal. Fleckige bläuliche Verfärbung der Haut. Durch Harpunirung aus der Wade erhaltenes Muskelfleisch zeigt massiges Fettgewebe mit dünnen, schmalen Muskelfasern, alle aber noch quergestreift; hie und da Vermehrung der Kerne. Alte „interstitielle“ Lipomatose, einfache Atrophie der Muskelemente, stellenweise Zeichen parenchymatöser Reizung (Friedreich). Das Volumen der Oberschenkel und Waden nahm mit der Zeit ab. Keine Patellarsehnenreflexe. Füsse in Spitzfussstellung. Pat. erhängte sich.

Nervensystem und Muskeln ergaben bei der Section Folgendes:

Die Substanz des Rückenmarkes fest, normal voluminös, Medulla Cerebellum und Gehirn überhaupt von normalem Aussehen, Nervenwurzeln normal. 3 Categorien in der Muskulatur zu unterscheiden, 1) die am stärksten degenerirte: Muskeln der Schulter und Oberarme, 2) die mässig stark entartete: Rückenmuskulatur und die der Oberschenkel, 3) normale oder nahezu normale: Muskeln der Unterschenkel.

Mikroskopisch wurde in Bezug auf die Muskeln constatirt, dass mit seltenen Ausnahmen Querstreifung zu erkennen war, bei den meisten auch Längsstreifung. Keine wachsartige Degeneration, keine Verfettung. Bei Querschnitten sieht man an Fasern von mittlerem Caliber 3—4 Kerne, an den grösseren 6. Zwischen den Muskelfasern der macroscopisch als fettreich erschienenen Muskeln Anhäufung von Fettzellen, an anderen Stellen auch derbes Bindegewebe, einzelne Faserbündel durchsetzend. Eben solches Bindegewebe an den Vorderarmmuskeln, den Muskeln des Daumenballens.

Die peripheren Nerven zeigen an circumscribten Stellen Anhäufung von Bindegewebe mit vermehrten Kernen. Vordere Wurzeln, intramedulläre Wurzelfasern, weisse Substanz, vordere graue Substanz normal. Ganglienzellen, besonders in der Lumbalanschwellung gross, voluminös mit wenig gefärbten Fortsätzen. Gesamt-

anzahl der Ganglienzellen in Hals und Lendentheil gering. Der ganze Befund beweist mithin, dass es sich nicht um eine spinale, sondern um eine Muskelerkrankung handelt, wie denn auch die Symptome der ersteren fehlen, da niemals sich Bulbärparalyse hinzugesellt, die häufig genug bei progressiver Muskelatrophie vorkommt. Der Befund der Muskeln stimmt dagegen schon eher mit dem bei letzterer Krankheit, wiewohl auch jene eigenthümlichen, spindelförmigen Elemente — Myeloblasten — fehlen. Bei der acuten Poliomyelitis anterior finden wir zum Unterschiede eine massenhafte Atrophie ganzer Muskelgebiete nebst enormem Kernreichthum. Der Befund in den peripheren Nerven ist entweder als aufsteigende Neuritis interstitialis oder als eine coordinirte Veränderung mit denen im Muskel anzufassen.

Goldstein (Aachen).

145) **Laudon Carter Gray** (Brooklyn): Cerebral Thermometry.

(Chicago Journal of nervous and mental disease, Januar 1879.)

Verf. untersuchte bei 102 Medicinern im Alter von 18 bis 50 Jahren die Temperatur der Kopfhaut an verschiedenen Stellen. Zur Temperaturmessung dienten genau gearbeitete Thermometer mit knopförmigem Fusse von $\frac{3}{8}$ Zoll Durchmesser und 4 Zoll langer Scala, Fahrenheit'scher Gradeintheilung. Sie wurden an den von Broca angegebenen Stellen aufgesetzt, jederseits etwas hinter und über dem Processus zygomaticus, gerade über dem Ohr und am Hinterhaupte. Ausserdem mass Verf. auch die Scheiteltemperatur als die Temperatur des hauptsächlich motorischen Bezirkes. Da nach verschiedenen Autoren der Anfang des Sulcus Rolando an dem Sulcus longitudinalis ca. 47—48 Millim. von der Sutura coronaria entfernt ist, dieselbe aber beim Lebenden nicht zu fühlen, so mass Verf. an skeletirten Schädeln die Entfernung der Sutura coronaria von der Nasenwurzel und fand, dass beim Lebenden der Ursprung des Sulcus Rolando im Mittel $6\frac{7}{8}$ '' von der Nasenwurzel entfernt sei; über diese Stelle wurden dann 4 Thermometer im Viereck von ca. 1'' aplicirt. — Die Thermometer wurden am Fusse mit einem wollen gefütterten seidenen Polster, an der Scala mit einem seidenen Futteral bedeckt, und mittelst durchlöcherter Riemen, in die sie gesteckt waren, am Kopfe festgehalten. Bei jeder untersuchten Person wurde die Temperatur des Mundes gemessen.

Es ergaben sich folgende Mitteltemperaturen (möglichst annähernd in Celsius-Grade umgesetzt. Ref.)

Für die Stirn links 34,68° C.; rechts 34,28° C.; überm Ohr links 34,70, rechts 34,22; am Hinterhaupte links 33,70, rechts 33,30; für die ganze linke Seite 34,36; die ganze rechte 33,85; für den ganzen Kopf 34,15° C. Die Scheiteltemperatur wurde nur bei 13 Personen, welche sehr dünnes oder kein Haar hatten, gemessen, betrug im Mittel 33,12, das Mittel für den ganzen Kopf bei diesen 33,70. Die Temperatur des Mundes betrug 37,60. Während aber hier die Schwankungen von der Minimal- bis Maximaltemperatur nur in 1,5° sich bewegten, fand dies bei der Kopftemperatur in einem Zwischenraum von 4 Graden statt. Uebrigens bewegte sich die Temperatur

des Kopfes bei 77,95 Procent der Untersuchten im Zwischenraum von $1,8^{\circ}$ um das Mittel und nur bei 13 Procent in dem von 4° . Verf. glaubte daher, dass man schon, wenn die Kopftemperaturen nach oben oder unten 2° vom Mittel sich entferne, das Recht habe, am normalen Zustande des Gehirns zu zweifeln; dass man beinahe mit Sicherheit eine Krankheit annehmen könne, wenn der Abstand der Temperatur noch grösser sei — vorausgesetzt natürlich, dass die Körpertemperatur die normale.

Der Einfluss geistiger Arbeit wurde an 4 Personen untersucht und gefunden, dass die Gesamtemperatur des Kopfes stieg, und ebenso die Temperatur in der Gegend der dritten linken Frontalwindung; ausserdem aber zeigen die Zahlenangaben ein ganz unregelmässiges Verhalten der einzelnen Stellen; Sinken der Temperatur an der einen, Steigen an der andern Stelle; Sinken auf der einen Kopfseite, Ansteigen auf der andern. Uebrigens stieg die Temperatur über der linken Frontalwindung in einem Falle auch nur um $0,3^{\circ}$.

In einem Falle mit Hirnsymptomen suchte Verf. die Kopfthermometrie auch practisch zu verwerthen. Es fand sich beträchtliche Steigerung der Temperatur auf der rechten Seite, besonders überm Ohre und am Hinterhaupte. Verf. zog hieraus den Schluss, dass ein entzündlicher Vorgang von dem Grunde der Sylvischen Furche nach rückwärts über den Hinterlappen sich erstreckte. Bei der Section fand sich ein haselnussgrosser Tumor zwischen dem horizontalen Ast der Sylvischen und der ersten Temporalfurche; ferner der rechte Hinterhauptslappen völlig eingenommen von einem Gliom.

Karrer (Erlangen).

146) **D. Maragliano** und **G. Seppilli**: Zwei Fälle von Hirnrinden-Heerderkrankung.

(Riv. sper. 1878. II. u. III. p. 876 mit 2 Tafeln.)

Beide Fälle sind sehr instructiv. Der erste betrifft *progressive Paralyse, linksseitige Hemiplegie, Contractur und Convulsionen rechts*, Läsion der Rinde der rechten Hemisphäre.

Ein 37jähr. Uhrmacher, hereditär belastet, war schon früh psychisch abnorm, bald melancholisch, bald sehr reizbar etc. Später syphilitisch erkrankt (Näheres nicht zu ermitteln), wird sein Gedächtniss schwach, die Sprache schwer. Weiterhin Kopfcongestionem mit Verlust der Sprache und der Motilität. Davon hergestellt, bleiben Schwäche in den Gliedern zurück, Schwierigkeit in der Pronunciation, confuse Ideen; Verfolgungswahnsinn, Sitofobie, Schlaflosigkeit. Im Krankenhaus ist er Anfangs noch wohlgenährt und kräftig, aber sehr aufgeregt, fürchtet Vergiftung, hört Stimmen etc. Epileptiforme Anfälle von 2—3 stündiger Dauer mit tagelang dauernder Erschöpfung treten auf, die geistigen Fähigkeiten schwinden rapid, ebenso die Motilität, so dass der Kranke nicht mehr allein gehen kann; Sprache verloren, nur unartikulierte Töne noch möglich. Fibrilläre Contraktionen im Gesicht, in der Zunge und den Extremitäten; Pupillen gleichmässig aber eng, sedes invol. Nach einem

epileptoiden Anfall am 19. Dez. 77, der von Coma gefolgt war, ist *complete Hemiplegie links*, mit Betheiligung der l. Gesichtshälfte aufgetreten, gleichzeitig Verringerung der Schmerzempfindung links, und Abweichen des Mundwinkels und der Zunge nach rechts. Temp. während des Anfalls 39, nach einigen Tagen auf 37, 2—6 zurückgehend. Von nun an treten nur *rechtsseitige Convulsionen* auf, mit Betheiligung der Gesichtsmuskeln, und häufige fibrilläre Zuckungen, ebenfalls rechts. Tod am 28. Januar 78. In der letzten Zeit waren die unteren Extremitäten in Halbcontractur, ziemlich atrophirt und von Tremor ergriffen; die linkss. Hemiplegie war unverändert geblieben. Das Ende war durch Decubitus und hypostat. Pneumonie herbeigeführt.

Die Autopsie zeigte der Hauptsache nach *Atrophie* der den sulc. Rolando begrenzenden Windungen *rechterseits*, besonders der front. ascendens (Vord. Centralwindg. Eck.) am Ursprung der Frontalis secunda und des Fusses der letzteren. Die Pia adhärirt an circumscripten Stellen am mittleren Theile der front. ascend., am hinteren Ende der 3., ebenfalls atrophischen Frontalwindung, am Fusse der 2. Frontalw. und am lob. paracentr. Die Windungen der Insel sind erweicht; die Basalganglien intakt. Im Rückenmark finden sich erweichte Stellen in der Cervical- und in noch höherem Grade der Lumbalregion. Bei Transversalschnitten zeigt sich in der Cervicalregion die weisse Substanz erweicht, die graue von grauröthlicher Farbe; dies tritt um so deutlicher hervor, je tiefer man die Schnitte macht, so dass am Anfang des Lumbarmarkes weisse und graue Substanz nicht mehr zu unterscheiden sind. — Die Reflektionen der Autoren betreffen den Zusammenhang der geschilderten Symptome mit dem anatomischen Befunde. Die convulsivischen Erscheinungen der rechten Seite, für welche kein anatom. Substrat in der linken Hemisphäre gefunden wurde, werden auf Reflexe von der anderen Hirnseite her bezogen, nach den Experimenten von Rochefontaine und Duret. Die Befunde im Rückenmark stützen u. A. die Ansicht von Westphal und Magnan, nach welchen die progressive Paralyse nicht allein vom Gehirn abhängt.

Im zweiten Falle handelt es sich um *partielle Epilepsie und Hemiplegie* auf der rechten Seite, und Aphasie, bedingt durch einen *Erweichungsheerd im untern Abschnitte der vord. Centralwindung, und im hintern der 2. und 3. Frontalwindung*. Er betrifft eine 52 Jahre alte Frau, die vielfach krank gewesen war, und schliesslich der Trunkenheit verfallen war. Die Symptome gleichen mutatis mutandis sehr denen des ersten Falles. Auch hier Spasmen zuerst in der rechten Gesichtshälfte, im m. orbicularis beginnend und dann den andern Muskeln sich mittheilend, später auch im rechten Arm ansetzend, schliesslich Alalie und vollkommene Paraplegie rechterseits; nur blieb hier die Sensibilität erhalten, und die Intelligenz nicht gestört. Am Kopfe fand sich eine bei Berührung und Perkussion äusserst schmerzhaft Stelle, entsprechend der Mitte einer vom rechten Ohr zur Mittellinie des Kopfes gezogen gedachten Linie. Einige Zeit vor dem Tode hatten die Convulsionen

aufgehört, während die Hemiplegie stationär geblieben war. Ausser dem oben angegebenen Befunde zeigte die Autopsie noch theilweise atheromatöse Entartung in der art. basilaris und in der Aorta; im Herzen Auflagerungen auf den Klappen.

G. Salomon (Hamburg).

147) **Jaccoud**: Deux faits contraires aux localisations cérébrales.

(Gazette hebdomadaire 1879, Nro. 9.)

Bei einem 42 jährigen Patienten, der etwa 4 Wochen lang über Kopfschmerzen geklagt, ein eigenthümliches Benehmen gezeigt, unvernünftige Handlungen begangen hatte, wurden während des zweitägigen Aufenthaltes in der Abtheilung des Verf. folgende Erscheinungen vor dem Tode beobachtet. Fieber, Benommenheit, Injection des Gesichtes, Convulsionen der linken Gesichts- und Extremitätenmuskeln; erstere andauernd, letztere stundenlang aussetzend, endlich gleichseitige, aber wechselnde Augendeviation.

Die Section ergab eine linksseitige eitrige Infiltration der Pia mater hauptsächlich über den Centralwindungen und im Sulcus Rolando mit Adhärenz der Pia an die Gehirnsubstanz in den obern zwei Drittheilen der Centralwindungen. Rechts nur Hyperämie des Gehirns.

Eine 83jährige Frau wurde während eines Spazierganges vom Schläge gerührt und am selben Abend 23. Januar 1879 in die Krankenabtheilung gebracht. Während der kurzen Zeit, welche Pat. nach der Aufnahme noch bei Besinnung war, constatirte man vollständige Lähmung der rechten Extremitäten, unvollständige des rechten Gesichtes; völlige Anaesthesie des rechten Armes; verlangsamte Empfindung am Beine; Reflexerregbarkeit (durch Kitzeln an der Fusssohle) rechts erhöht. Pat. wurde bald bewusstlos und starb am dritten Tage nach der Aufnahme. Bei der Section fand sich ein ca. 9 Cm. langes 3 Cm. breites und wenigstens $\frac{1}{2}$ Cm. dickes Blutextravasat auf der normalen Pia liegend hauptsächlich oberhalb der motorischen Windungen und zwar auf der rechten Seite, der Seite der Lähmung.

Diess die beiden Beobachtungen, die Jaccoud gegen die Localisationstheorie anführt; es sind beides diffuse Erkrankungen, und als solche wenig geeignet zu einer Beleuchtung der Frage überhaupt; ausserdem wären sie nicht gegen die Localisationstheorie, sondern nur gegen die Theorie der Kreuzung der Läsion und Lähmung anzuwenden, wenn nicht die Flechsig'schen Untersuchungen hierüber neues Licht verbreitet hätten.

Karrer (Erlangen).

III. Kleinere Mittheilungen.

148) **Ludwig Löwe** (Bern): Ueber die Faserbahnen im peripheren Nervensystem.

(Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1879. Nr. 19.)

Verf. hat seine bereits auf der Casseler Naturforscher-Versammlung mitgetheilten Studien (vergl. das Referat auf Seite 263 unseres Blattes vom vorigen Jahre) über die verschiedene Carminfärbung der embryonalen motorischen und sensiblen Nerven weiter ausgedehnt und kommt zu folgenden bemerkenswerthen

Schlüssen: Die dunklere Carminfärbung der motorischen Theile eines gemischten Nerven hebt sich auf Längs- wie Querschnitten gegen dieselben Färbung der sensiblen Fasern ab, und gestattet eine genaue Lagebestimmung. Letztere ist für das periphere Nervensystem eine vollständig schematische. Der hintere sensitive Nerv liegt sofort nach der Vereinigung mit dem vorderen motorischen Genossen am Aussenrande des letzteren und bleibt im ganzen vorderen Aste immer an dessen Aussenseite, ohne sich je mit ihm zu vermischen. Im hinteren Aste verhält sich die Sache gerade umgekehrt; hier liegt der motorische Nerv nach aussen, der sensitive nach innen. Diese beiden Thatsachen sind sicher, sie wiederholen sich bei jedem Nerven, der bis jetzt untersucht wurde. Die Verbindungsfäden, die der vordere Ast eines jeden Nervenstammes zum nächsten Ganglion des Sympathicus abgibt, sind rein sensitiver Natur, da sie nur von der hinteren Wurzel stammen. Beim N. cutaneus lateralis scheint der sensitive Theil immer hinter dem motorischen zu liegen. — Erlenmeyer.

149) Die Tontaubheit, eine der Farbenblindheit entsprechende Erscheinung, im Gebiete des Gehörsinns hat Grand Allen an einem Manne beobachtet,

Lässt man auf dem Piano zwei beliebige Noten ertönen, so vermag er bei der grössten Aufmerksamkeit keinen Unterschied herauszufinden, und hört sie für übereinstimmend; beim gleichzeitigen Anschlagen der beiden Töne einer Secunde hört er keine Dissonanz. Ebenso wenig findet er einen Unterschied zwischen C und E oder C und G. Er unterscheidet nur Noten, welche um eine Octave und darüber von einander entfernt sind, wenn das Intervall 2 Octaven betrifft, so fühlt er den Unterschied noch deutlicher. Sein Gehör ist im Uebrigen gut, er unterscheidet hohe und tiefe Töne, sein Ohr ist empfindlich gegen Geräusche. Gefühl für Rythmus ist enthalten.

(Der Naturforscher; citirt nach d. österr. ärztl. Vereinszeit. 1879, Nr. 10.)

IV. Neueste Literatur.

- 26) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. Bd. I. Die allgem. Pathologie und Therapie des Irreseins. Stuttgart. Enke 1879. gr. 8°.
- 27) Mordret, Considérations sur la Sensibilité. Paris. Baillièrre et fils. gr. 8°. 64 pag. M. 1.50.
- 28) Stricker, Studien über das Bewusstsein. Wien, Braunmüller. gr. 8°. pag. 99. M. 2.40.
- 29) Hammond, Traité des maladies du système nerveux. Franz. Uebersetzung durch Labadie-Lagrave. Paris ebend. Lex. 8°. 1280 pag. M. 22.
- 30) Maudsley, The pathology of Mind. III. Aufl. London, Macmillan & Co. M. 18.
- 31) Wood, Insanity and the Lunacy Law. London, Churchill. M. 2.
- 32) Alter, Gründung und Entwicklung der Prov.-Irrenanstalt zu Brieg, nebst Jahresberichten pro 1877 und 1878.
- 33) Fèvre, Etude sur les paralysies du nerf cubital. 8°. 100 p. Paris b. Coccoz.
- 34) Cossy, Etude experim. et clin. sur les ventricules latéraux. 8°. 110 pag. Paris, Germer-Baillièrre & Co.
- 35) Julliard, Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis: 8°. 95 pag. ebendas.
- 36) Hamant, Etude sur l'hémi-anesthésie saturnine. 8°. 52 pag. Versailles, Cerf et fils.

- 37) Testute, De l'emploi de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. 4^o. 102 pag. Paris, Masson.
- 38) Jahrbücher für Psychiatrie, herausgegeben vom Verein für Psychiatrie und forens. Psychologie, redigirt von Gauster u. Meynert. Neue Folge des bisherigen „psych. Centralblattes.“ Jährlich in 3—4 Heften. Wien bei Toeplitz & Deutike. Abonnem. jährlich 6 M. Vom Inhalte des I. Hefes liegt vor:
- Meynert, Th., (Wien): Ueber Verlagerung in Bezug auf Schädel und Becken.
Derselbe, Die centralen Verbindungen der Retina.
Gauster, M. (Wien): Die Heilung progressiver Paralyse.
Derselbe, Die Fortschritte im Irrenanstaltsbau in Oesterreich.
Derselbe, Zur Casuistik des Blödsinnes in civilrechtlicher Beziehung.
Fritsch, J. (Wien): Zur Frage der primären Verrücktheit.
Kowalewsky, P. (Charkow): Ein Verbrechen im Anfall epileptischer Geistesstörung.
Meynert, Th.: Rückblick auf den Verein für Psychiatrie in Wien.
Derselbe, Die Beurtheilung und Verurtheilung der Lehre von magnetischen Einwirkungen im vorigen Jahrhundert.
Zach, J. (Graz): Statistik der steiermärkischen Landes-Irrenanstalt Feldhof 1877/78.

Ferner Buchschau, statistische Nachrichten, Notizen, Personalien etc.

V. An die Herren Mitarbeiter.

Die Redaction der am 1. jeden Monats erscheinenden Nummer des C.-Bl. wird am 20. des vorhergehenden, die der am 15. auszugebenden Nummer am 5. desselben Monats geschlossen. Danach ist die Zeit der Zusendungen zu bemessen.

Wiederholt ersuche ich um deutlichere Manuscripte, und bitte nur die Vorderseite eines Blattes zu beschreiben, keine Abkürzungen anzuwenden, die Eigennamen und Technicismen besonders leserlich zu schreiben und bei Referaten über selbstständige Broschüren deren Format, Seitenzahl, Preis, Verlagsort und Verleger genau anzugeben.

Bei Arbeiten, welche „in die nächste Nummer“ aufgenommen werden sollen, und dieser Wunsch wiederholt sich fast immer, ist es meist aus zeitlichen Gründen unmöglich dem Autor selbst die Correctur zuzusenden; ich besorge dann dieselbe persönlich sehr gerne für ihn, muss aber jede Verantwortung für stehengebliebene Fehler — speziell wie allgemein — ablehnen, da ich keine Zeit erübrigen kann um s. g. Handschriften zu studiren. Wer seine Arbeit fehlerfrei gedruckt sehen will, der sende sie in deutlich fehlerfreier Schrift zum Abdruck ein; er fördert damit seine eigene Arbeit und erleichtert die Herstellung des Blattes. E.

VI. Berichtigung.

Seite 218 Z. 12 v. o. ist Hyperacusis statt Hyperaemie zu lesen. Seite 221 Z. 21 v. o. nun statt nur, Seite 233 Z. 13. v. o. Sensibilitäts-Lähmung statt Pupillen-Lähmung.

VII. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialständ. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 2) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a. Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage; Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. b. Assistenzarzt sofort, 1500 M. jährl. freie Stat. Wohn., Heizung und Beleuchtung. 3) Prov. Irrenanstalt O w i n s k: a) II. Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung, Wäsche. b) Volontairarzt, 1600 M. im Uebrigen dasselbe, 1/4jährliche Kündigung, nur für Unverheirathete. 4) Stephansfeld (Elsass): Volontairarzt, sofort, 600 M. jährlich und freie Station. 5) A n d e r n a c h, provinc. Irrenanstalt: II. Arzt; 2700 M. freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, Arznei. (Meldungen bei dem Landesdirector der Rheinprovinz, Freiherrn von Landsberg in Düsseldorf.) 6) Görlitz (Privatanstalt des Dr. Kahlbaum) Assistenzarzt. 7) Prov.-Irrenanstalt Eichberg (Nassau) III. Hülfesarzt, 1. Juli, 900 M., freie Beköstigung I. Classe. 8) C o e s l i n, Regierungs- und Medicinalrathsstelle. 9) Die Kreisphysicate Nieder-Barnim, Bromberg, Bublitz, Darkehmen, Erkelenz, Moers, Mogilno, Rügen, Saetzig, Schlochau, Sensburg, Sorau, Oststernbern, Tönning, Warendorf, Wehlan.

Besetzte Stellen. 1) Irrenheil-Anstalt Sonnenstein: Assistenzarzt Dr. Neuendorf aus Alt-Scherbitz. 2) Prov. Irrenanstalt Dürren: Volontairarzt Dr. Schmitz aus Niederdrees. 3) Provinzial-Irren-Anstalt Uecker-münde, II. Arzt: Dr. Flüge aus Göttingen. 4) Trier, Reg.- und Medicinalrathsstelle: Dr. Schwartz aus Coeslin. 5) Die Kreisphysicate Rössel: Dr. Müller aus Schlochau; Neustettin: Dr. Liedke aus Bublitz; Wittenberg: Dr. Wachs daselbst.

VIII. Anzeigen.

Ballenstedt am Harz.

Heilanstalt für Nerven- & Gemüthskranke.

Prospecte stehen zu Diensten.

Dr. Wiedemeister.

Kennenburg

bei Esslingen, Württemberg.

Heilanstalt für Nerven- und psychische Kranke.

Die Anstalt — allen zeitgemässen allgemeinen und speziellen Anforderungen entsprechend eingerichtet — empfiehlt sich zur allzeit möglichen Aufnahme von Kranken jeder Form von Seelenstörung — mit Ausnahme epileptischer.

Prospecte, sowie jede weitere Auskunft stehen zu Diensten.

Die Direction der Anstalt:

Dr. Paul Landerer.

Urtheile ärztlicher Sommitäten über die

**FRANZ JOSEF
BITTERQUELLE**

☞ das annerkannt wirksamste aller Bitterwässer. ☜

Reg.-Rath Prof. Dr. Meynert, Wien: „Wird auf Klinik mit Vorliebe verwendet, weil es durch die anwendbaren mässigen Dosen und seine schonende Wirkung bei den einschlägigen frischen Erkrankungensfällen dieser Klinik oft einer wichtigen Causalindication genügt.“
Wien, 13. Januar 1879.

Oberm.-Rath Dr. Landenberger, Stuttgart: „Im hiesigen Katharinenhospital bei Kranken der verschiedensten Art zur Verwendung gebracht, und bin in der Lage dessen ebenso sichere als milde Wirkung zu bezeugen, welche letztere seine Anwendung selbst bei entzündlichen Zuständen des Darmes, die andere Bitterwasser oft verbieten, noch vollkommen zulassen.“
Stuttgart, 24. März 1879.

Prof. Dr. Max Leidesdorf, Wien: „Das Franz Josef Bitterwasser unterscheidet sich in seiner Wirkung dadurch vortheilhaft von den übrigen bekannten Bitterwässern, dass es in kleineren Quantitäten wirksam und nach längerem Gebrauche von keinerlei üblen Folgen begleitet ist.“
Wien, 21. April 1877.

Prof. Dr. W. Leube, Erlangen: „Nach den auf meiner Klinik gewonnenen Resultaten wirkt das Franz Josef Bitterwasser sicher abführend und macht keinerlei Beschwerden, auch wenn es in etwas zu grosser Quantität genommen wird. Selbst in Fällen, wo es bei reizbarem Darne verabreicht wurde, speziell in der Reconvalescenz von Blinddarmentzündung mit Betheiligung des Bauchfells, erzielt das Wasser schmerzlosen Stuhlgang.“
Erlangen, 26. Dezember 1878.

Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Depôts, Brunnen-
schriften etc. gratis durch die Versendungs-Direktion in Budapest.

Er erscheint in 180 Lieferungen à 50 Pf.

6. Auflage
mit zahlreichen Karten
und Illustrationen.

WARS

Universal-
Conversations-Lexikon.

Ist das vollständigste, beste und
billigste Werk dieser Art.

In 12 eleg. geb. Halbfranzbänden à 7 Mk.
In Calico à 6 Mk. 50 Pf.

Buch- und Notendruckerei von Ph. Werle in Coblenz,

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
80 Pfg. für die durchgehende Pettizelle oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg. 1. Band.

15. Juni 1879.

Nrs. 12.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Prof. Dr. O. Berger: Neuropathologische Studien. (Schluss.) 8. Zur Semiotik
der cerebralen Hemiplegie. 4. Nachtrag zur ersten Mittheilung.

II. REFERATE. 150) A. Nieden: Ueber Temperaturveränderungen (Hyperpyrexie und Apyrexie)
bedingt durch Verletzung des Halsrückenmarkes. 151) C. Westphal: Ueber strangförmige
Degeneration der Hinterstränge mit gleichzeitiger fleckweiser Degeneration des Rücken-
markes. 152) O. Berger: Zur Aetiologie der Tabes dorsalis. 153) A. Seeligmüller:
Eine seltene Schulterdeformität. 154) J. Déjérine: Recherches sur les lésions du système
nerveux dans la paralysie saturnine. 155) O. Berger: Ueber eine eigenthümliche Form
von Parästhesie. 156) Jasterbow: Herabsetzung der Hautsensibilität im Bereiche der
peripheren Endigungen des N. genito-cruralis auf der obern vordern Fläche des Oberschen-
kels, gleichzeitig mit einer Ovarialcyste auftretend. 157) Tschiriew: Lésions de la moelle
épinrière et de la peau dans un cas de lèpre anesthétique. 158) Bourneville et Poi-
rier: Atrophie cérébrale — hémiplegie — épilepsie partielle-tuberculeuse pulmonaire.
159) R. Richter: Catalépsie et Somnambulisme hystériques. (Aus Charcot's Klinik.)
160) P. Poirier: Des moyen d'arreter les attaques hystero-épileptiques, et en particulier
du compresseur des ovaires. (Aus Charcot's Klinik.) 161) C. Binswanger: Anatomische
Untersuchungen über die Ursprungsstelle und den Anfangstheil der carotis interna. 162)
Kleudgen: Mittheilung eines Falles von Sclerose des Gehirns und eines Falles von Hirn-
tumor. 163) Grossmann: Doppelseitige Neuroretinitis descendens mit consecutiv einge-
tretener Amaurose bei Diabetes mellitus: Tumor cerebri. 164) A. Voisin: Traité de la
paralysie générale des aliénés.

III. PERSONALIEN. IV. BERICHTIGUNG. V. ANZEIGEN.

Die

verehrten Herren Abonnenten

*werden ergebenst gebeten das Abonnement auf
das III. Quartal rechtzeitig zu erneuern, damit
in der Zusendung des Centralblattes keine Stö-
rung eintrete.*

I. Originalien.

Neuropathologische Notizen.

Von Prof. Dr. O. BERGER in Breslau.

(Schluss.)

III.

Zur Semiotik der cerebralen Hemiplegie.

Eine seit langer Zeit allgemein acceptirte Doktrin besagt, dass bei der *gewöhnlichen*, d. h. bei der durch eine Läsion der Basalganglien bedingten Hemiplegie, die mit der Extremitätenlähmung gleichseitige Gesichtsparese nur die *unteren* Facialisäste betrifft, während die *oberen* regelmässig verschont bleiben. Landouzy hat auf Grund dieses klinischen Axioms die Hypothese ausgesprochen, dass der *Augenfacialis* ausschliesslich bulbären Ursprungs sei, d. h. dass zwischen ihm und der Hemisphärenrinde eine Verbindung nicht existirt. Broadbent hat eine andere Erklärung versucht: Die Ursprungskerne für die Nerven jener Muskeln, welche gewöhnlich nur in bilateraler Association in Thätigkeit treten, sind durch Commissurenfasern so innig mit einander verknüpft, dass bei einseitigem Ausfall von der gesunden Seite her noch immer genügende Impulse nach der Peripherie gelangen können, so dass gerade diese Muskeln (oberer Facialis, Augenmuskeln, Muskeln des Stammes) keine, oder je nach dem Ausbildungsgrade dieser transversalen Verbindung, eine nur geringe Parese darbieten.

Eine Hemiplegie mit Betheiligung der *oberen* Gesichtszweige pflegt man demgemäss als eine *ungewöhnliche*, d. h. mit anderweitiger, ungleich seltenerer Localisation (Brücke, Hirnschenkelschlinge), zu betrachten. — Vor Kurzem hat Coingt*) diese angebliche Immunität des oberen Facialis wieder zur Sprache gebracht und mit vollem Rechte hervorgehoben, wie leicht eine geringe Parese in diesem Gebiete übersehen werden kann, wenn man sich nicht bemüht, sie mit besonderen Hilfsmitteln zu demaskiren. Eine einfache Erwägung wird es uns sehr verständlich erscheinen lassen, weshalb *geringe Paresen* im Gebiete der oberen Gesichtsäste viel leichter unbeachtet bleiben können, als Paresen des Mundfacialis. Diese verrathen sich in der Mehrzahl der Fälle schon beim Anblick des Kranken durch die charakteristische Deviation des Mundes, oder werden wenigstens sinnfällig bei der Mehrzahl der mimischen Bewegungen, beim Sprechen und Essen. Die bei Weitem lebhaftere Action der gerade beim Menschen so reichlich entwickelten Muskulatur der Mundspalte erklärt es zur Genüge, dass durch die überwiegende Thätigkeit auf der gesunden Seite sich sehr rasch eine deutliche Asymmetrie entwickelt, während an den oberen Muskeln diese günstigen Bedingungen zur Entstehung derselben nicht vorhanden sind. Dazu kommt, dass die oberen Zweige in der That

*) Contribution à l'Étude des symptômes oculaires dans les maladies du système nerveux central, Paris 1878.

sach gewöhnlich in geringerem Grade betroffen werden, als die unteren, wofür vielleicht die ansprechende Hypothese Broadbent's die beste Erklärung liefert. Coingt citirt eine Angabe von Pottain, welcher bei Hemiplegischen ein Verhalten constatirte, aus dem eine Parese des Augenschliessmuskels zu ersehen sei. Die Kranken können nämlich das Auge der kranken Seite nur gleichzeitig mit dem anderen Auge schliessen, nicht aber für sich allein. Coingt bediente sich in einem von ihm selbst beobachteten Falle, in welchem die Autopsie eine Erweichung des rechten Corpus striatum und des vorderen Theils der inneren Kapsel ergab, einer anderen von Legendre geübten Procedur zur Erkennung einer Parese des Orbicularis palpebrarum. Sie besteht darin, dass man bei geschlossenen Augen mit dem Finger das obere Lid erhebt und den Grad des dabei geleisteten Widerstandes abschätzt; eine deutliche Differenz deutet auf die vorhandene Parese. Coingt konnte in seinem Falle auch eine Betheiligung des Frontalis und des Corrugator superc. nachweisen. — Diese Mittheilung veranlasst mich, mit wenigen Worten auf meine eigenen Erfahrungen hinsichtlich dieser Frage hinzuweisen. Seit circa fünf Jahren habe ich in den sehr zahlreichen, zu meiner Beobachtung gelangten Fällen von Hemiplegie nie versäumt, gerade auf das Verhalten der oberen Facialiszweige speziell zu achten, nachdem mich mehrere Fälle mit sehr ausgesprochener, schon bei mimischer Ruhe sichtlicher Parese der betreffenden Muskeln darauf aufmerksam gemacht hatten. Ich habe nun gefunden, und sehr häufig zu demonstrieren Gelegenheit gehabt, dass die *Betheiligung des Augenfacialis bei der gewöhnlichen Hemiplegie nicht als eine Ausnahme von der Regel gelten darf, sondern mit einer solchen Häufigkeit vorkommt*, dass die vollständige Integrität sämtlicher in Betracht kommender Muskeln eher als eine Ausnahme bezeichnet werden könnte. Dieses Verhalten zeigt sich durchaus nicht nur bei frisch entstandenen, sondern auch bei veralteten seit langen Jahren bestehenden Hemiplegien. *Am regelmässigsten ergibt sich eine Betheiligung des Orbicularis palpebr.* Obwohl das Auge auf der kranken Seite vollständig geschlossen werden kann, so zeigt sich, wenn der Kranke sich bemüht, den Augenschluss mit möglichster Energie zu vollziehen, eine nicht zu verkennende Differenz zu Ungunsten der gelähmten Seite, indem sowohl die Faltenbildung, als die Einziehung der Cilien geringer erscheint. Weit seltener lässt sich eine geringe Erweiterung der Lidspalte constatiren. Auch am Frontalis und Corrugator kann man an der, wenn auch geringen, doch deutlichen Differenz bei energischer Willkürbewegung die Betheiligung dieser Muskeln erkennen, weit weniger sicher an einer Asymmetrie bei mimischer Ruhe: an der geringeren Entwicklung der Stirnfalten und einem leichten Herabsinken der Augenbraue. Von den zuletzt genannten Muskeln zeigt sich die Differenz bald deutlicher an dem einen, bald an dem anderen; öfters ist sie, zumal in älteren Fällen, nicht mit Sicherheit zu eruiren, namentlich da manche Individuen sich zu diesen Bewegungen sehr ungeschickt anstellen. Aus früheren Jahren kann ich keine bestimmten Zahlenangaben machen, dagegen habe ich in 32 mir augenblicklich (theils auf meiner Kranken-Ab-

theilung, theils poliklinisch) zu Gebote stehenden Fällen von gewöhnlicher Hemiplegie, sämmtlich älteren Datums, 21 Mal eine deutliche Theilnahme des Orbicularis, 16 Mal des Frontalis, 10 Mal des Corrugator, und nur in 8 Fällen die Integrität *aller drei* Muskeln constatirt, bei noch mehr minder deutlicher Parese des Mundfacialis. In 13 Fällen hatten die Kranken die Fähigkeit der isolirten Schliessung des Auges der gelähmten Seite verloren, über die sie vor ihrer Erkrankung, wie wenigstens für die Mehrzahl festgestellt werden konnte, verfügt hatten. In einer Reihe meiner früheren Beobachtungen hatte ich Gelegenheit, die Diagnose einer „gewöhnlichen“ Hemiplegie, d. h. *den Sitz des* (hämorrhagischen oder Erweichungs-) *Herdes in den Grosshirnganglien durch die Autopsie zu bestätigen.* — Im Anschluss hieran erwähne ich, — an dieser Stelle nur mit wenigen Worten — einen Fall von sehr präcis localisirter *Läsion der Grosshirnrinde*, in welchem die während des Lebens genau untersuchte Gesichtslähmung neben den Mundzweigen in sehr markanter Weise auch den Orbicularis palpebrarum, in allerdings nur geringem Grade auch den Frontalis und den Corrugator, betheiligt hatte. Ein 68 jähr. Phtisiker mit hochgradiger Arteriosclerose, seit langer Zeit auf meiner Kranken-Abtheilung, erkrankte plötzlich, ohne irgend welche allgemeine Hirnerscheinungen, an einer *Parese des linken Facialis* mit der eben erwähnten Verbreitung auf die oberen und unteren Zweige. Die Thatsache, dass die *sofort nach der Entstehung der Lähmung* vorgenommene Untersuchung das Vorhandensein eben nur einer Parese, aber nicht einer kompletten Lähmung ergab, wie sie, nach meinen Erfahrungen, wenigstens für eine gewisse Zeit, selbst die leichtesten *peripheren* (Stammes-) Gesichtslähmungen darbieten, erweckte sofort den Gedanken an eine *cerebrale* Erkrankung und bei dem Mangel anderweitiger Lähmungssymptome an eine *corticale* Läsion. Diese Annahme wurde zunächst hinsichtlich ihrer allgemeinen Fassung zur Gewissheit, als sich eine *Zungenlähmung* besonders der linken Zungenhälfte, mit hochgradiger Dysarthrie, hinzugesellte. Ohne dass irgend welche anderweitige Erscheinungen das Bild getrübt hatten, starb der Kranke 21 Tage nach dem Beginne. Aus naheliegenden Gründen, auf welche hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll, wurde die Diagnose auf einen *Rindenherd* der rechten Grosshirnhemisphäre (Erweichung oder Blutung) gestellt und zwar mit spezieller Localisation *im untersten Theil der vorderen Centralwindung, mit Propagation auf die angrenzende Basis der unteren Stirnwindung.* Bei der von Herrn Prof. Weigert ausgeführten Obduction fand sich in der That *genau an der während des Lebens angenommenen Stelle ein kirschkerngrosser Erweichungsherd bei vollständig normalem Verhalten* des übrigen Theiles der Hemisphäre. — Hieran reihe ich die kurze Mittheilung eines anderen Falles, der für die uns beschäftigende Frage ebenfalls von Interesse ist.

Ein 62 jähr. Mann mit Cirrh. hepatis erkrankte unter den charakteristischen Erscheinungen einer langsam erfolgenden, aber allmählig reichlicher werdenden *Haemorrhagia - cerebri.* Es bestand eine Hemiplegia sinistra mit Bethheiligung des linken Facialis, *auch*

in seinen oberen Zweigen. Die Obduction (Herr Dr. Binswanger) ergab eine *Blutung in das Centrum ovale, bei durchaus intactem Verhalten der Rinde einerseits und der Centralganglien andererseits*, und zwar beschränkt auf denjenigen Theil des weissen Marklagers, welcher dem mittleren Theil der Hemisphäre, der sogenannten *Regio fronto-parietalis* (nach der Nomenclatur von Pitres), dem eigentlichen *motorischen Grosshirn*, angehört. —

Wir sehen also auf Grund der übereinstimmenden Beobachtungen am Krankenbett und Leichentisch, dass bei cerebralen Herd-erkrankungen innerhalb der motorischen Sphäre des Grosshirns, — Corticalzone, Corpus striatum (im weiteren Sinne aus Nucleus caudatus, nucl. lentiformis und Capsula interna bestehend) und dem diese beiden Endglieder des Meyner'schen Projectionssystem I. Ordnung mit einander verknüpfenden Theil der Stabkranzfasern — nicht nur der allgemeinen Annahme gemäss die für die untere Gesichtshälfte bestimmten Zweige des Facialis, sondern auch, wenn gleich gewöhnlich in geringerem Grade, auch die oberen Zweige, insbesondere der für den Augenschliessmuskel bestimmte, eine Innervationsunterbrechung erleiden. *Es muss demgemäss auch für den Augenfacialis ein von der motorischen Grosshirnrinde durch die Basalganglien, resp. innere Kapsel, nach abwärts ziehendes cortico-bulbäres Faserbündel stationirt werden.* —

Die Betheiligung der oberen Facialisäste bei der Basalganglien-Hemiplegie ist sicherlich auch anderen Beobachtern nicht entgangen. Ich versäume nicht, ganz besonders anzuführen, dass Nothnagel in der *zweiten* Auflage seines Handbuches hervorhebt, dass man sehr oft auch bei den *alltäglichen* Hemiplegieformen die den M. frontalis, corrugator supercilii und Orbicularis palpebrarum versorgenden Zweige, wenn auch nicht so hervortretend, wie die unteren Gesichtstheile, betroffen sieht. —

Vor einiger Zeit hat Nothnagel auf die *Betheiligung des Sympathicus* bei cerebraler Hemiplegie die Aufmerksamkeit gelenkt.¹⁾ In einem von ihm mitgetheilten Falle fand sich neben dem gewöhnlichen Symptomencomplex eine Reihe von Erscheinungen, genau entsprechend dem bekannten Bilde nach Durchschneidung des Halstheils des Sympathicus: Verengerung der Lidspalte und Pupille, Zurückweichen des Bulbus in die Orbita, erhöhte Temperatur der gelähmten Gesichts- resp. Kopfhälfte und abnorme Secretion aus dem Auge, der Nasenhöhle und wie es scheint auch aus den Speicheldrüsen der gelähmten Seite. Da nach Nothnagel dieser Fall der erste der Art vom Krankenbett mitgetheilte ist, so erlaube ich mir in Kürze über einen analogen Fall zu referiren, welcher noch durch die wenigstens höchst wahrscheinliche Localisation des Cerebral-Herdes ein besonderes Interesse verdienen dürfte. Am 5. Juni 1878 trat ein 74 jähriger Hausdiener mit sehr ausgesprochener Arteriosclerose der palpablen Arterien in meine Behandlung. Ende Dezember 1877 hatte der bis dahin gesunde Mann einen apoplectischen Anfall erlitten, der mit drei Tage andauernder, vollständiger Bewusstlosigkeit

¹⁾ Virchow's Archiv. 68. Band.

keit einherging und eine Lähmung der linken Körperhälfte zurückliess, welche jedoch nur das Gesicht und den Arm betraf, *bei vollständig intactem Verhalten der unteren Extremität*. Articulation und Deglutition waren nach dem Anfälle eine Zeitlang erschwert. Im Februar 1878 trat ein ganz analoger Insult auf, welcher diesmal mit so hochgradigen und anhaltenden Delirien verbunden war, dass der Kranke auf die Irren-Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals dirigirt wurde. Nach dieser neuen Attaque restirten in erhöhtem Grade die vorhererwähnten linksseitigen Motilitätsstörungen, während das Bein auch diesmal verschont geblieben war. Die Untersuchung des seinem Alter entsprechend kräftig gebauten und gut genährten Mannes ergab bei jetzt vollständig freiem Sensorium eine hochgradige Parese des linken Armes und des linken Facialis, mit deutlicher Betheiligung des Orbicularis palp.; sowohl das rechte, als das linke Auge kann isolirt willkürlich geschlossen werden. Die *electriche Erregbarkeit* im linken Facialisgebiet *deutlich etwas gesteigert*, sonst normal. Die Unterextremität ist vollständig frei, die Sensibilität nirgends gestört. Leichte Dysarthrie und Deglutitions-parese, ohne dass die Einzelbewegungen der Zunge eine merkliche Störung erkennen lassen. Der Angapfel beiderseits nach allen Richtungen hin frei beweglich, dagegen zeigt sich beim ersten Blick *die linke Lidspalte auffallend verkleinert*, so dass das Oberlid fast bis an den Pupillarrand hinabreicht. Der Längsdurchmesser der Lidspalte beträgt rechts 8, links 5 Mm. der Querdurchmesser rechts 17, links 15 Mm. Eine verminderte Mitbewegung des oberen Augenlides bei Hebung und Senkung der Visirebene erscheint nicht vorhanden; *auch geht die willkürliche Erhebung des oberen Lides prompt von Statten*, obwohl der Totaleffect, im Vergleich zur rechten Seite, links etwas zurückbleibt. *Die rechte Pupille* etwa um ein Drittheil enger, als die linke und von deutlich trägerer Reaction, sowohl auf Licht, als auf accomodative Impulse. Beide Bulbi sind etwas tiefliegend, doch *der linke ganz entschieden* und für jeden Beobachter sofort in die Augen fallend tiefer in die Orbita zurückgewichen. *Die linke Wange lehhafter injicirt und wärmer als die rechte*; wiederholte Messungen im Meas. audit. ext. — auf meiner Abtheilung mit möglichster Sorgfalt ausgeführt — ergaben rechts 35,4°, links 35,8°, rechts 35,7°, links 36°, rechts 35°, links 35,9°. *Häufiges Thränen des linken Auges* und *reichliche Secretion* eines dünnen Schleimes aus der linken Nasenhöhle. Keine vermehrte Speichelsecretion.

Während der Zeit meiner Beobachtung traten bei dem Kranken mehrere Anfälle von sogenannter „partieller Epilepsie“ auf: Plötzliches Erblassen, Schwindelgefühl, mehrmals auch Bewusstlosigkeit, *starke Zuckungen in der linken Gesichtshälfte und im linken Arm*. Nach den Paroxysmen Zunahme der Lähmung, immer mit derselben Beschränkung auf Gesicht und Arm, — besonders auch der motorischen Sprachbehinderung. — Es bedarf wohl keiner weiteren Auseinandersetzung, dass wir es hier mit einer cerebralen Herd-Läsion zu thun haben, die mit grosser Wahrscheinlichkeit als eine *corticale* angesprochen werden darf, und in diesem Sinne habe ich auch den Kranken wiederholt als ein charakteristisches Paradigma für die

klinische Besprechung der Diagnose der localisirten Rinden-Affectionen in meinen Vorlesungen demonstrirt. *Grade deshalb verdient die so manifeste Betheiligung des Hals-sympathicus eine besondere Beachtung*; die bekannten Versuche von Brown-Séguard und Eulenburg und Landois bilden die experimentellen Grundlagen für die Genese des beobachteten Erscheinungs-Complexes. —

Nachtrag zur ersten Mittheilung.

Die Kranke mit der nach einer rheumatischen Facialislähmung zurückgebliebenen Contractur der linksseitigen Gesichtsmusculatur gab mir bei einer in den jüngsten Tagen vorgenommenen Untersuchung an, dass die bei willkürlicher Schliessung des linken Auges auftretende Gehörempfindung *seit circa 4 Wochen vollständig verschwunden sei*. Die geschilderten Mitbewegungen der mimischen Gesichtsmuskeln bestehen dabei in unveränderter Weise fort. Dieser Umstand könnte neben dem bereits früher geltend gemachten gegen die Annahme verwerthet werden, dass es sich schliesslich doch nur um das *Muskelgeräusch* des beim Lidschluss sich contrahirenden *Orbicularis* handle. Allerdings könnte man andererseits wieder supponiren, dass vorher vorhanden gewesene günstige Bedingungen für die Perception dieses Geräusches aus irgend einem Grunde jetzt nicht mehr existiren und dass es deshalb nunmehr für die Wahrnehmung der Kranken verschwunden sei. Die jüngst publicirte sehr interessante Mittheilung von Hering „Ueber Muskelgeräusche des Auges“*) hat von Neuem die Frage nahe gelegt in wie weit bei dem in Rede stehenden Hitzig'schen Phänomen das sog. „*Orbiculargeräusch*“ zu Grunde liegt, und ob man überhaupt nicht fehl geht, dabei irgend welche Beziehungen zum *Musc. Stapedius* anzunehmen. Bernhardt hat bereits für seinen Fall, in welchem jede Mitbewegung der Gesichtsmuskeln fehlte, sich dagegen verwahrt. Ganz abgesehen von der positiven Angabe von Lucae hinsichtlich der von ihm beobachteten Bewegung des Trommelfells, möchte ich besonders hervorheben, dass in den Fällen von Hitzig und mir die Kranken in bestimmter Weise von der Empfindung eines *tiefen Tones* berichteten, während das Orbiculargeräusch sich als ein schwirrendes Rauschen darstellt. Nur in dem Hitzig'schen Falle bestand das Symptom der *Hyperacusis*, welche es erklären würde, dass das Muskelgeräusch des *Orbicularis* zur Zeit, eben auf Grund der abnormen Feinhörigkeit, nicht aber vor dem Eintritt der Lähmung von dem Kranken selbst gehört wurde; in den beiden anderen Fällen aber war keine Gehörssteigerung vorhanden. Das von mir selbst bei energischer Contraction des linken *Orbicularis* im linken Ohre empfundene Schwirren ist in qualitativer Hinsicht völlig identisch mit dem Orbiculargeräusch und ich glaube daher jetzt, dass es sich dabei in der That nicht um eine Mitbewegung des Binnenmuskels handelt. —

*) LXXIX. Band der Sitzb. der k. Akad. der Wissensch. III. Abth. Febr.-Hft. Jahrg. 1879.

Gelegentlich erlaube ich mir hier noch anzuschliessen, dass ich auf Grund der Hering'schen Mittheilung mit dem von ihm angegebenen Apparate bei einer Reihe von peripheren Facialisparalysen das Orbiculargeräusch untersucht habe. Es lässt sich dabei auf das Bestimmteste nachweisen, — durch Vergleich mit der gesunden Seite — dass die Intensität des Geräusches in direktem Verhältniss steht zur Contractionsfähigkeit des Orbicularis. Je hochgradiger die Lähmung, um so weniger laut ist das charakteristische Rauschen zu vernehmen. An und für sich würde dieses Verhalten allerdings nicht von stringenter Beweiskraft sein gegen die von Hueter vertretene Ansicht, welcher annimmt, dass dieses Geräusch durch den Blutstrom der Capillaren der Lidhaut und der Blutgefässe des Bulbus und der Orbitalhöhle bedingt ist. Man könnte sich denken, dass beim Lidschluss eine der Energie desselben entsprechende Einwirkung auf die Circulation ausgeübt und eben dadurch bei energischer Orbicularcontraction die Intensität des Geräusches gesteigert wird. Das von Hering beschriebene *Dauergeräusch*, welches auch bei möglichster Erschlaffung des M. Orbicularis hörbar ist, ist gerade bei peripherer Lähmung dieses Muskels vortrefflich zu demonstrieren, da man wegen des Wegfalles der Reflexbewegungen den Schalltrichter sehr bequem auf die Sclera aufsetzen kann. —

Ich habe auch in drei Fällen von *Morbus Basedowii* die Muskelgeräusche des Auges zu untersuchen Gelegenheit genommen. Von der Ueberlegung ausgehend, dass der Exophthalmus wenigstens zum Theil auf Blutüberfüllung der Orbita zurückzuführen ist, (bekanntlich hat Bodd aert nach Unterbindung der Ven. jugul. int. und extern. und gleichzeitiger Durchschneidung beider Halssympathici einen nicht unbedeutenden Exophthalmus bei Kaninchen und Meerschweinchen erzeugt,) erscheint die Voraussetzung berechtigt, dass man, ebenso wie an der Basedow'schen Struma ein deutliches Fremissement zu verspüren ist und die Auscultation laute Gefässgeräusche ergiebt, auch die Geräusche am Bulbus in verstärktem Grade hören müsste, wenn die Hueter'sche Deutung die richtige ist. Allein in den drei von mir untersuchten Fällen, in welchen die Struma in sehr ausgesprochener Weise die bekannten Zeichen der Gefässerweiterung darbot und der Exophthalmus ein beträchtlicher war, fand ich, dass weder das Orbiculargeräusch, noch das Dauergeräusch eine Intensitätssteigerung erkennen liessen, — ein wie mir scheint beachtenswerthes Moment gegen die Auffassung von Hueter. —

II. Referate.

150) **A. Nieden** (Bochum): Ueber Temperaturveränderungen (Hyperpyrexie und Apyrexie) bedingt durch Verletzung des Halsrückemarks.

(Berl. Kl. Wochenschr. 1878. Nro. 50).

Es sind von Verf. 3 Fälle von Rückenmarksverletzungen mitgetheilt, die er als Hausarzt im deutschen Hospital in London zu beobachten Gelegenheit hatte.

Der erste betraf einen 60 jährigen Droschkenkutscher, welcher so unglücklich, beim Herabsteigen der Leiter ausglitt, dass er gegen eine Wand geschleudert wurde und darauf eine Stunde bewusstlos blieb. Im Hospitale wurde eine gänzliche Paralyse und Anaesthesia unterhalb der Arme und der unteren Extremitäten constatirt.

Die Section ergab eine Luxation des ersten Dorsalwirbels und 7. Halswirbels, während der entsprechende Theil des Rückenmarkes sich in eine gänzlich gequetschte Masse umgewandelt fand. Die bei diesem Falle beobachtete Temperatur gibt folgende Tabelle: sie zeigt eine Erniedrigung derselben, wie sie wohl bis jetzt in der Literatur nicht mitgetheilt ist:

6. October.	Morg.	35,1	Ab.	35,3
7.	"	36,0	"	36,2
8.	"	37,0	"	36,5
9.	"	35,4	"	36,1
10.	"	35,4	"	35,4
11.	"	35,0	"	35,0
12.	"	32,3	"	31,1
13.	"	30,1	"	30,5
14.	"	29,5	"	29,1
15.	"	27,2	"	27,0

Diesem Falle sog. Apyrexie ist ein zweiter von Hyperpyrexie gegenübergestellt, der einen 23 Jahre alten Bierkellner betraf, welcher auf den Rücken gestürzt war. Es zeigte vom 3. Intercostalraume an eine totale Anaesthesia der Haut auf electricischen Reiz, ferner Unbeweglichkeit der willkürlich zu bewegendenden Organe ausser Arme, Hals und Kopf. Die Section zeigte einen Stich im Lungengewebe, einen Rippenbruch, Zerreiſung der cartilago intervertebralis des 6. und 7. Halswirbels, Bluterguss in der Dura und der grauen Substanz, während die weisse Substanz in einen röthlich grauen Brei umgewandelt war.

Temperaturen: 22. Juli 7 $\frac{1}{2}$ Uhr A. 38,8. 8 Uhr 40,0. 9 Uhr 40,5. 12Uhr 41,5. 12 $\frac{1}{4}$ Uhr 41,8.

23. Juli 1 $\frac{1}{4}$ Uhr 42,5. 1 $\frac{3}{4}$ Uhr 42,6. 3 $\frac{1}{2}$ Uhr 42,9. 4 $\frac{3}{4}$ Uhr 43,4.

Der 3. Fall steht vermittelnd zwischen beiden und betrifft einen 37 Jahre alten Bahnarbeiter, der sich gleichzeitig eine Stirnwunde zuzog. Druck in der Gegend des 4. Halswirbels sehr schmerzhaft. Sämmtliche Extremitäten gelähmt, ebenso besteht Anaesthesia für jegliche Art Reizung vom 2. Intercostalraume an. Selbst die Behinderung der Wärmeabgabe durch Einschlagen in wollene Decken etc. konnte das anfängliche Sinken der Temperatur nicht aufhalten. Bei der Section wird eine Fractur des 3. Halswirbelbogens nebst Zerreiſung des 4. Halswirbelkörpers in 3 Fragmente constatirt. Das Mark war an dieser Stelle zertrümmert und in eine graue röthliche Masse umgewandelt.

Temperaturen: 22. October 8 Uhr M. 33,4. 11 Uhr 33,2. 12 $\frac{1}{2}$ Uhr p. m. 32,3. 2 $\frac{1}{2}$ Uhr 33,3. 4 $\frac{1}{2}$ Uhr 35,5. 6 Uhr 35,7. 7 $\frac{1}{2}$ Uhr 37,3. 9 Uhr 38,4. 10 Uhr 38,9. 23. October 1 Uhr M. 39,2.

17 St. post mortem 26,5.

Eine Einheit in den Erscheinungen der Temperatur bei Ver-

letzungen des Rückenmarkes durch Versuche an Thieren, sowie durch die pathologische Beobachtung ist bislang noch nicht erzielt.
Goldstein (Aachen).

151) **Westphal**: Ueber strangförmige Degeneration der Hinterstränge mit gleichzeitiger fleckweiser Degeneration des Rückenmarkes.
(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. IX. Band. 2. Heft.)

Es ist eine bekannte Thatsache, dass bei der fleckweisen Degeneration des Rückenmarks (inselförmigen Sklerose) auch einzelne Abschnitte der *Hinterstränge* ergriffen werden. In dem nach allen Richtungen hin eingehend mitgetheilten Falle handelt es sich aber um die — zum ersten Male mit Sicherheit nachgewiesene Combination einer *strangförmigen Erkrankung* der Hinterstränge (*in ihrer ganzen Länge*) mit einer multiplen fleckweisen, alle Markstränge und die graue Substanz in unregelmässiger Weise angreifenden Degeneration. Indem wir hinsichtlich der Details auf die Org.-Arbeit verweisen, heben wir hier nur hervor, dass die Vertheilung der degenerirten Partien der *Seitenstränge* durchaus unregelmässig erschien; vorwiegend jedoch waren die *vorderen* Abschnitte betroffen. Ferner war ein Vorderhorn theilweise mit ergriffen, und zwar in der Halsanschwellung, im oberen und untern Brusttheil und im oberen Theile der Lendenanschwellung das rechte, im unteren Theile der letzteren das linke. Das *Krankheitsbild* glich in vieler Hinsicht dem bekannten der einfachen Hinterstrangsklerose, indess zeigte sich eine Reihe abweichender Erscheinungen: Zittern der Beine beim Gehen in einer früheren Krankheitsperiode, Mangel des atactischen Ganges, der vielmehr den Character des paretischen darbot, ausgesprochene Motilitätsparese, Rigidität des Quadriceps femoris beim Versuche zu passiven Bewegungen, bei gleichzeitigem Fehlen des Kniephänomens. Ueberdies bestand noch eine *Abmagerung* an der linken Hand, die namentlich das erste Spat. inteross., ausserdem aber auch die Muskeln des Daumenballens betraf und sich auch auf die Volarfläche des Vorderarms erstreckte. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der betreffenden Muskeln liess jedoch keine Veränderungen erkennen, so dass es sich entweder nur um eine durch den Schwund von subcutanem Fettgewebe resp. Fett in den Muskeln selbst vorgetäuschte Atrophie oder um eine einfache (nicht degenerative) Volumsabnahme der Muskelfasern handelte. Das Hauptinteresse des Falles beruht in *anatomischer* Hinsicht in dem Nachweise einer *Strang-Sclerose* der Hinterstränge *in Verbindung* mit einer *fleckweisen* Erkrankung anderer Markstränge und der grauen Substanz, in *klinischer* Beziehung in der *Combination* von Symptomen der *Tabes dorsalis (Ataxie)* mit *Seitenstrang-Phänomenen (Paresen)*. Der von Westphal aufgestellte Satz, dass in Fällen, in welchen die Degeneration der Hinterstränge bis in den Lendentheil hinabreicht, das Kniephänomen *fehlt*, selbst wenn eine strangförmige Erkrankung der Seitenstränge vorliegt, kann nunmehr dahin erweitert werden, dass dasselbe unter der angeführten Bedingung auch bei der multiplen grauen Degeneration fehlt, selbst wenn eine Rigidität des Quadriceps vorhanden ist.

Berger (Breslau).

152) O. Berger (Breslau): Zur Aetiologie der Tabes dorsalis.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift. 1879. Nro. 8.)

Von 185 Fällen typischer Tabes, welche B. selbst beobachtete, waren 145 Männer, 40 Weiber (3,6 : 1), in 83%, der Fälle begann die Krankheit zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre. Die Hauptursache der Tabes ist Erkältung, fraglich ist die Rolle von Ueberanstrengung und sexuellen Excessen, höchst wahrscheinlich jedoch giebt es eine syphilitische Tabes. In 20% von B.'s Fällen war Syphilis vorausgegangen, in mehreren Fällen kurze Zeit vorher. Antisyphilitische Behandlung erzielte in einer relativ grossen Zahl entschiedene, wenn auch nur palliative Erfolge. Ein Fall wurde definitiv geheilt. Ein Fall ging unter Cerebralerscheinungen zu Grunde, die für Lues charakteristisch sind.

Möbius, (Leipzig).

153) Seeligmüller (Halle a. S.): Eine seltene Schulterdeformität.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. IX. Band. 2. Heft.)

Ein 8 Jahre altes, im Uebrigen gesundes Mädchen, mit schlaffer, wenig entwickelter Muskulatur, zeigt eine *höchst auffallende Deformität* des linken *Schulterblattes* in dem Augenblick, wenn sie den linken Vorderarm nach dem Rücken hinbewegt, während man bei normaler Stellung der Arme nichts Auffallendes bemerkt und das Schulterblatt seine normalen Bewegungen ausführt, wenn das Kind die Arme nach vorn oder nach der Seite hin elevirt. Die Deformität zeigt sich in der Weise, dass sich die Spitze der linken Skapula plötzlich in ganz abnormer Weise vom Thorax abhebt und mit einem Ruck das Schulterblatt eine solche Lage einnimmt, dass es eine fast senkrecht auf der Thoraxfläche aufstehende Pyramide darstellt, deren Basis von dem oberen Skapularrande, und deren frei hervorragende Spitze von dem c. 5 Ctm. von der Thoraxfläche entfernten unteren Schulterblattwinkel gebildet wird. Der M. infraspinatus ist dabei ad maximum contrahirt. Bewegt die Kleine die Hand wieder nach vorn, so ist ebenso blitzschnell die Deformität wieder verschwunden. Bei der Analyse der eigenthümlichen Erscheinung unterscheidet der Verf. zwei Phasen ihrer Entstehung: Bei der Rückwärtsbewegung der Hand bis zur Höhe des Kreuzbeins tritt die Deformität nur andeutungsweise hervor, vollständig dagegen erst, wenn die Hand nach Oben, bis über Gürtelhöhe gebracht ist. In der ersten Phase sind es die vom Proc. coracoid. entspringenden drei Muskeln: die Mm. pectoralis minor und coracobrachialis und der kurze Kopf des biceps, welche durch eine krampfartige Contraction den unteren Schulterblattwinkel von der Thoraxfläche abheben, (sobald ihre unteren Ansatzpunkte zu fixen Punkten werden), durch den M. pect. minor wird überdies der Proc. coracoid. nach Innen gezogen und so die Skapula auch mit ihrem medianen Rande vom Thorax abgehoben. Auch auf dem Wege des faradischen Experimentes lässt sich dieser Effect der genannten Muskeln demonstrieren. Aus dem Umstand, dass auf der rechten Seite die Deformität nicht entsteht, geht hervor, dass noch ein anderes Moment

vorhanden sein muss, welches eben die Verstellung der Skapula zu Stande kommen lässt: es ist dies eine Subparese derjenigen Muskeln, welche im normalen Zustande das Schulterblatt an den Thorax angedrückt erhalten, des *M. serratus anticus*, der *Mm. rhomboidei* und des *latissimus dorsi*. Die zweite Phase der Deformität wird wesentlich hervorgebracht durch eine plötzliche, maximale Contraction des *M. infraspinatus* welcher das Schulterblatt sobald seine Insertion daselbst das *Punctum mobile* darstellt, mit abgehobenem unteren Winkel nach Aussen und Oben zieht. — Hinsichtlich der Pathogenese der Affektion spricht der Vf. die Ansicht aus, dass es sich um einen *Reflexkrampf*, um eine „*krampf-hafte Mitbewegung*“, handelt, dessen periphere oder centrale Begründung sich nicht bestimmen lässt. *Therapeutisch* empfiehlt sich der Versuch, die Energie des *Serratus*, der *Rhomboidei* und des *Latis-simus dorsi* durch Faradisation zu kräftigen.

Berger (Breslau).

154) J. Déjérine: Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie saturnine; note communiquée à la Société de biologie, s. d. 8. Febr. 1879.

(Gaz. méd. d. Paris. Nr. 12.)

D. untersuchte in 5 Fällen von Bleilähmung den *N. radialis* und die vorderen *RM.*-Wurzeln. Er constatirte immer die Alteration einer gewissen Zahl von Nervenfasern im *N. radialis* in verschiedenen Höhen, einmal konnte er veränderte Nervenfasern an der Abgangsstelle des *radialis* vom *plex. brachialis* nachweisen. Die Veränderung bestand in verschiedenen Stadien der degenerativen Atrophie. In 2 Fällen boten auch die *vorderen RM.*-Wurzeln evidente Veränderungen, in allen Punkten denen der peripheren Nerven ähnlich, doch viel weniger zahlreich — partieller Schwund des Myelin, Vermehrung der Kerne, Untergang des Axencylinders, leichte Hyperplasie des Zwischenbindegewebes. Im 1. Fall, in dem die Lähmung einseitig war, beobachtete D. auch die Läsion der vorderen Wurzeln nur auf der correspondirenden Seite. (Ausser D. hat nur *Vulpian* in einem Fall von Bleilähmung Alteration der vorderen Wurzeln gefunden).

D. verwirft die Annahme einer von den Muskeln fortgepflanzten, ascendirenden Neuritis zur Erklärung der Alteration der vorderen Wurzeln. Er glaubt, dass die saturnine Paralyse abhängt von einer Veränderung der grauen Substanz des *RM.* und stellt die Untersuchung der Rückenmarke seiner 5 Fälle zur Entscheidung der Frage in Aussicht.

Eisenlohr (Hamburg).

155) O. Berger (Breslau): Ueber eine eigenthümliche Form von Paraesthesiae. Verhandl. der med. Section der Schles. Ges. f. vaterl. Cultur.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift. 1879. Nro. 7—8.)

Als eine noch nicht beschriebene Sensibilitätsneurose, welche eine Locomotionshemmung verursacht, schildert B. eine eigenthümliche Affection, welche er bisher 6 mal beobachtet hat. Als wesentlichste

Krankheitserscheinung ist eine anfallsweise auftretende, durch ihre ausserordentliche Intensität ausgezeichnete, nicht eigentlich schmerzhaft Parästhesie der Beine (Ameisenlaufen, Stechen, Brummen, seltener Brennen) hervorzuheben. Der Anfall erscheint gewöhnlich nach längerem Sitzen oder Stehen, nicht nach anhaltendem Gehen. Die krankhafte Sensation beginnt entweder an der Hüfte und läuft herab bis in die Zehen oder schlägt den umgekehrten Weg ein, selten werden die Arme befallen, oft ist die Affection einseitig oder auf einer Seite stärker als auf der anderen. Regelmässig damit verbunden ist ein hochgradiges Schwächegefühl in der betr. Extremität, welches die Bewegungen sehr erschwert. Der Anfall selbst dauert gewöhnlich nur wenige Minuten, wiederholt sich aber oft rasch. In 2 Fällen erstreckte sich die Empfindung bis in die Herzgegend und war mit einem peinlichen Constrictionsgefühl verbunden. Die Kranken erschienen im Uebrigen, nach allen Richtungen hin untersucht, vollständig gesund. Weitere Symptome fehlten selbst nach langjähriger Dauer (bis 9 Jahre). Bei einigen Fällen bestand zwischen den Anfällen das als „anxietas tibiaram“ bekannte Gefühl quälender Unruhe im Unterschenkel und Fuss. Das Leiden ist ein äusserst peinliches und für die Kranken um so beschwerlicheres, als sie dadurch in Ausübung ihres Berufes fast völlig gehindert werden. Man kann dasselbe nach B. als eine eigenthümliche Form cutaner und musculärer Parästhesie bezeichnen und darf den Sitz der Affection in das Rückenmark verlegen. Alle therapeutischen Mittel versagten' mit Ausnahme des Arsenik, doch entfaltete auch dieser eine nur palliative Wirksamkeit. Von den 6 Kranken waren 4 männlich, 2 weiblich; alle standen im Alter von 14 — 33 Jahren und gehörten den gebildeten Ständen an.

M ö b i u s (Leipzig).

156) **Iastrebow**: Herabsetzung der Hautsensibilität im Bereiche der peripheren Endigungen des N. genito-cruralis auf der obern vordern Fläche des Oberschenkels, gleichzeitig mit einer Ovarialcyste auftretend. Aus der propädeutisch-gynäkologischen Klinik des Prof. **Slawjasky** in St. Petersburg.

(Wratschebuye Wedomoaki (ärztliche Zeitung) 1879. Nro. 324, 325, 326.)

Am 27. September 1878 wurde in die Klinik des Prof. **Slawjasky** eine 26 jährige Jüdin aufgenommen, welche nach vorhergehenden Unregelmässigkeiten in der Menstruation und Schmerzen im Unterleibe 6 Monate vor ihrem Eintritte in die Klinik eine faustgrosse Geschwulst im linken unteren Theile des Bauches bemerkt hatte, an welcher Stelle auch heftige, während der Regel exacerbirende Schmerzen gefühlt wurden; 2 Monate rückte die Geschwulst zur Medianlinie des Körpers vor. Dieselbe wurde als multiloculäre Ovarialcyste bei der nähern Untersuchung erkannt und am 1. November operirt. Ich übergehe die nähern Details der Exploration sowohl, als auch der Operation, welche nichts Besonderes bieten, und referire über die vorgefundene Hautanästhesie. Die Untersuchung mit dem **Weber'schen** Tasterzirkel ergab keine Differenz der beiden Körperhälften mit Ausnahme des vordern obern Bezirks beider

Oberschenkel im Gebiete des N. genito-cruralis; die Doppelpempfindung der Zirkelspitzen schwand am rechten Schenkel bei 4, am linken bei 7 Cm. Distanz, also 3 Ctm. Unterschied zu Ungunsten der letztern Stelle; geprüft wurde nur die Schmerzempfindung. Nach der Operation waren die Unterschiede folgende:

	Rechts	Links.
6. Tag	3,0	1,5.
9. "	4,6	1,3.
20. "	3,5	3,5.
32. " (vor der Regel)	3,5	4,0.

Vor der Operation stieg die Empfindlichkeit der betreffenden Stelle rechts während der Menstruation auf 2 Cm. Zirkeldistanz, während dieselbe links unverändert blieb.

Es ergibt sich aus dem Vorstehenden, dass die Schmerz-anästhesie gleichnamig mit dem Sitze der Geschwulst war, ein Factum, welches, wenn durch weitere Beobachtungen bestätigt, ein wichtiges diagnostisches Zeichen für die Bestimmung des Sitzes der Geschwulst hinsichtlich des einen oder des andern Eierstockes, abgeben könnte. Die Erhöhung der Sensibilität mit dem Eintritte der Menstruation ruft den Verdacht eines Zusammenhanges beider Prozesse wach, um so mehr, da anatomisch eine Verbreitung eines Reizes vom Ovarium auf den Oberschenkel möglich ist; es besteht eine Verbindung zwischen dem aus dem plexus aorticus und renalis kommenden plexus ovarialis s. spermaticus und dem aus dem plexus lumbalis kommenden N. genito-cruralis, welcher theilweise das Trigonum subinguinale versorgt.

Hinze (St. Petersburg).

157) **Tschiriew**: Lésions de la moelle épinière et de la peau dans un cas de lèpre anesthétique, communicat. préalable, soc. d. biol. séance du 8. Mars. 1879.

(Gaz. méd. de Paris. Nr. 13.)

Befund im RM. und der Fingerhaut eines Leprösen.

1) Im Rückenmark fand T. beträchtliche Atrophie der Ganglienzellen der Hinterhörner (Clarke'schen Säulen), Anfüllung des Centralcanals mit kleinen runden Zellen, die weisse Substanz normal, ebenso die RM.-Wurzeln.

2) In der Haut der 2. und 3. Phalanx eines Fingers zeigten sich tiefgehende Veränderungen, Endarteritis an den kleinen Arterien, Infiltration der Cutis und des subcutanen Gewebes mit Rundzellen, völlige Zerstörung der Structur der cutis. Die Nervenquerschnitte vollständig verschwunden, durch Züge faserigen Bindegewebes ersetzt.

Eisenlohr (Hamburg).

158) **Bourneville et Poirier**: Atrophie cérébrale — hémiplegie — épilepsie partielle — tuberculose pulmonaire. Vorgetragen in der Soc. anatomique am 27. Dezember 1878.

(Progrès Médical. 22. Mars 1879.)

Die Patientin, ein 16 jähriges Mädchen, stammte von einem unbekanntem Vater und einer nervösen Mutter, deren Schwester

an Krämpfen litt. Sie hatte schon als 1 jähriges Kind nervöse Erscheinungen (Verdrehen der Augen) gezeigt und sich von Anfang an des linken Arms zum Greifen bedient, während der rechte schlaff herabhing. Mit 16 Monaten beobachtete man zum ersten Male *allgemeine Krämpfe*, die bis zum Alter von 3 $\frac{1}{2}$ Jahren etwa wöchentlich einmal wiederkehrten. Die Anfälle bestanden in einer epigastrischen Aura, Erbleichen des Gesichts, Bewusstseinsverlust, convulsivischen Bewegungen, die rechts stärker als links waren. Nach dem Anfall bestand gewöhnlich eine halbe Stunde lang Zittern im rechten Arm und Bein. Vom 4. Jahre an wurden die Anfälle häufiger. Mit 10 Jahren traten am rechten Bein sieben Abscesses auf, die ohne besondere Zufälle heilten. Allmählig bemerkte man nun eine Veränderung des Charakters, das Kind wurde widerpenstig, jähzornig, und Abnahme der Inteligenz. Die Deformationen der rechten Glieder waren schon im 2. Jahre entwickelt. Die Menses waren mit 14 Jahren ohne Störung des Befindens eingetreten.

In der Salpêtrière bot Pat. folgenden Befund (Januar 1878): der Kopf war klein, der rechte Stirnhöcker trat etwas mehr hervor als der linke, die linke Augenspalte war kleiner als die rechte, die rechte Nasolabialfalte verstrichen, die Zunge wich nach links ab. Der Gaumenbogen war symmetrisch. Die Percussion des Kopfes nicht schmerzhaft.

Der rechte Arm, im Winkel gebeugt, war fest an den Thorax geschlossen. Die geschlossene Hand und der Arm waren pronirt. Nur unter Schmerzen und Krachen im Gelenk gelang es den Arm vom Thorax zu entfernen, ebenso den Unterarm zu strecken. Sehr stark war die Contraktur der Fingerbeuger. Nur in den engsten Grenzen waren willkürliche Bewegungen möglich. Genaue Messungen ergaben eine Verschwächung des rechten Arms in allen Maassen gegenüber dem linken.

Das rechte Bein war in mässiger Streckcontraktur. Pes varoquinus. Kein Zittern. Ebenfalls Verschwächung gegenüber dem linken Bein. Die willkürlichen Bewegungen waren ziemlich erhalten. Pat. ging mit leichtem Hinken auf den Fussspitzen. Die Wirbelsäule zeigte eine Concavität nach rechts.

Die Sensibilität war nach allen Richtungen erhalten, ebenso die Spezialsinne. Die Articulation war gestört, einzelne Worte konnte Pat. gar nicht aussprechen. Mässiger Schwachsinn.

Beim Beginne eines Anfalls rief sie um Hülfe, zeigte auf das Epigastrium, als ob sie da Schmerzen hätte. Im Anfall war der Kopf nach rechts gedreht, die Convulsionen waren in den gelähmten Gliedern, besonders im Arm, viel stärker als links. Nie trat Delirium nach dem Anfall auf. Sie hatte sowohl zahlreiche Krampffälle als Schwindelanfälle.

Während ihres Aufenthaltes im Hospital verfiel Pat. rasch. Es entwickelte sich eine Infiltration beider Lungenspitzen, Decubitus, und am 23. Dec. starb die Kranke.

Bei der Eröffnung der Schädelhöhle zeigte die Dura über dem linken Parietallappen und hintern Theil des Frontallappens eine dreieckige verkalkte Stelle, welche mit der Unterlage verwachsen

war. Das Gehirn wog 980 gr. Sofort fiel ein Grössenunterschied beider Hemisphären ins Auge: die Länge der linken Hemisphäre betrug 14,5 Cm. die der rechten 17 Cm., jene wog 320 gr. diese 590 gr. Die linke Kleinhirnhälfte wog 70 gr., die rechte 90 gr., letztere war härter und zäher als die linke. Nach Entfernung der blutreichen, besonders links mit Ekchymosen bedeckten Pia konnte man die Atrophie der linken Hemisphäre noch deutlicher erkennen. Zwar waren alle Windungen verjüngt, in besonderem Maasse aber die beiden Centralwindungen, die erste Stirnwindung und der Paracentrallappen. Hier war offenbar die primäre Läsion. Die centralen Massen zeigten keine Veränderung. An der Basis zeigte sich, atrophirt: der linke Tractus opticus, das corpus candicans, der Hirnschenkel, die Pyramide des verlängerten Markes. Die Arterien waren beiderseits gleich entwickelt. Die rechte Hemisphäre zeigte keine Abnormitäten.

Möbius (Leipzig).

159) **R. Richter**: Catalepsie et Somnambulisme hystériques provoqués. (Aus Charcot's Klinik.)

(Le progrès médicale 1878. Nro. 51.)

Lässt man Hysteroepileptische in sehr helles Licht (z. B. Drumond'sches) blicken, so kann man dadurch bei den meisten Kranken einen kataleptischen Zustand herbeiführen. Die Augen stehen weit offen, der Körper ist völlig anaesthetisch, die Glieder beharren in den gegebenen Stellungen, die Muskeln sind schlaff, nur selten rigid, contrahiren sich nicht auf mechanischen Reiz; der Zusammenhang mit der Aussenwelt scheint beim Pat. völlig aufgehoben. Durch plötzliche Unterbrechung der Lichteinwirkung, sei's durch Entfernung der Quelle oder durch Bedecken der Augen, kommt es nun zu einem Zustande, den Charcot Lethargie nennt.

Die Augen sind geschlossen oder halboffen, die obere Augenlider zittern unaufhörlich, die Augäpfel sind von convulsivischen Bewegungen ergriffen; die totale und absolute Anaesthetie dauert an, die Muskeln aber befinden sich in Uebererregbarkeit; durch Klopfen, Drücken lösen sich Muskelzuckungen aus, Muskelcontracturen lassen sich durch mechanischen Reiz hervorbringen. Durch Verschluss nur eines Auges können die Pat. halbcataleptisch und halb-lethargisch gemacht werden. Werden Pat. im lethargischen Zustande angerufen, so werden sie Somnambulen; sie machen die verschiedensten Bewegungen (Schreiben, Nähen etc.), antworten sogar und zeigen dabei anscheinend eine erhöhte Intelligenz. Der Anfall wird aufgehoben durch Anblasen der Somnambulistischen oder durch Druck auf die Ovarien. Wird aber eine Lethargische, bei der eine Muskelcontractur erzeugt worden war, zuerst wieder kataleptisch gemacht und dann erst in den wachen Zustand übergeführt, so bleibt die Contractur bestehen; und kann dann metallotherapeutisch behandelt werden.

Wie durch Licht, so können auch durch Töne dergl. Anfälle hervorgerufen werden. Karrer (Erlangen).

160) **P. Poirier**: Des Moyens d'arrêter les attaques hystéro-épileptiques, et en particulier, du compresseur des ovaires. (Aus Charcot's Klinik.)

(Le Progrès médical. 1878. Nro. 52.)

Einathmung von Chloroform, Aether, Amylnitrit; Injectionen von Morphin coupiren oder unterbrechen hystero-épileptische Anfälle; wirken aber nicht so sicher wie Compression der Ovarien. Verf. beschreibt einen zu diesem Zwecke construirten Apparat; ein am Rücken gepolsterter Beckengurt, der quer über den Leib einen metallenen Bügel trägt, an welchem wieder eine Schraube in beliebiger Stelle zu fixiren ist, die mit einem pelottenförmigen Ende gegen das Ovarium eindringt. Drei Krankengeschichten bekunden die erfolgreiche Anwendung des Apparates, den die Kranken schliesslich selbst handhabten; bei drohendem Anfalle also die Schraube gegen das Ovarium spielen liessen und nach der Coupirung wieder zurückdrehen. Die Anwendung soll schmerzlos sein. Uebrigens giebt es auch Fälle, in denen die Ovarienpresse nutzlos ist.

Karrer (Erlangen).

161) **O. Binswanger**: Anatomische Untersuchungen über die Ursprungsstelle und den Anfangstheil der carotis interna.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. IX. Heft 2.

Nachdem durch die anregenden Untersuchungen von Ludwig Meyer der Versuch gemacht war aneurysmatische Veränderungen an der carotis int. Geisteskranker als Maassstab für intra vitam stattgehabte Hirncogestionen zu betrachten, hat bekanntlich Schäfer den Nachweis zu liefern sich bemüht, dass die von Meyer beschriebenen Veränderungen in keiner Weise Geisteskranken eigenthümlich seien, sondern dass sie bei Leichen aus den verschiedensten Lebensaltern und nach den variabelsten Krankheitsprocessen gefunden würden. In Rücksicht auf die grosse Bedeutung der vorliegenden Frage für die Pathologie der Psychosen unterwarf Verf., gestützt auf ein sehr grosses Leichen-Material den Gegenstand einer genauen Untersuchung. Der makroskopische Theil der Beobachtungsreihe wurde theils an Injectionspräparaten theils an feucht aufbewahrten oder aufgeblähten und an der Luft getrockneten Objecten ausgeführt.

Vor allem ist hervorzuheben, dass Verf. einen *doppelten Modus der Carotidentheilung* beobachtete, indem sich die carot. commun. entweder spitzwinklich theilt, wobei beide aus der Theilung hervorgegangenen Gefässe als directe Fortsetzung des Hauptstammes betrachtet werden können, oder indem die carot. ext. allein die Fortsetzung der carot. commun. bildet, während die int. in der Theilungsebene bogenförmig schräg nach hinten und aussen umbiegt. Bezüglich der aneurysmatischen Erweiterungen fand B., dass der Anfangstheil der carot. int. bei Erwachsenen (nur mit ganz wenigen Ausnahmen) immer bulbär erweitert, dass aber die Form und Ausdehnung dieser Erweiterung in ihrer Mannigfaltigkeit und scheinbaren Regellosigkeit einerseits von der Theilungsart der car. comm., andererseits von der Abgangsstelle und Abgangsart der Thyreoid sup. abhängig ist.

Nro. 11. Centrabl. f. Nervenheilk., Psychiatrie u. gerichtl. Psychopathologie. 18*

Kaum in der Hälfte der Beobachtungen war die bulbäre Erweiterung auf die int. beschränkt, bei den übrigen Objecten war auch noch die der commun. angehörige Theilungsebene mit in die Erweiterung hineinbezogen. (Wegen der Details der auf ausgedehnte Messungen beruhenden anatomischen Ergebnisse muss auf das Original verwiesen werden.)

Die bis zu einem gewissen Grad pathologische Erscheinung der bulbären Erweiterung — kindlichen Gefässen des 1. u. 2. Lebensjahres fehlt dieselbe — findet ihre Erklärung durch gewisse Anomalien der Blutströmung, welche durch die beschriebene Art und Weise des Gefässursprungs bestätigt sind. Es ist hier eine durch die fötale Anlage und Weiterentwicklung dieses Gefässabschnittes morphologisch bedingte Abweichung von der hydrodynamischen Selbstgestaltung und damit der Grund zu abnormen Stromverhältnissen gegeben. Ein ausgezeichnetes Beispiel hierfür bieten besonders Varietäten der Gefässtheilung dar, bei denen je nach der Verschiebung des Astursprungs an ganz anderer Stelle z. B. an der Thyreoid sup. die Bulbusbildung auftritt. — Die gesetzten Stromhindernisse müssen selbstverständlich an dieser Stelle die Gefässwand in pathologischer Weise beeinflussen. Zuerst tritt im Theilungswinkel und im Anfangstheil der carot. int. eine auffällige Veränderung der Wand auf, welche ausschliesslich auf Kosten der Media geschieht und erst in zweiter Linie zeigen sich endarterische Veränderungen der Wand, welche natürlich das absolute Maass der bulbären Erweiterung beeinflussen müssen und schliesslich eine wahre Aneurysmenbildung bewirken können. Durch diese, wegen der Fülle der einzelnen Thatfachen einer referirenden Wiedergabe schwer zugänglichen Untersuchungen B's, ist die Frage nach der Bedeutung der Erkrankungen dieses Gefässabschnittes wohl endgiltig dahin entschieden, dass sie für die Pathologie der Psychosen keinerlei pathognomonische Bedeutung besitzen.

Rosenbach (Breslau).

162) Kleudgen (Bunzlau): Mittheilung eines Falles von Sclerose des Gehirns und eines Falls von Hirntumor.

(Breslauer ärztl. Zeitschrift 1879 Nro. 7.)

1) Die betr. Kranke wurde als Kind von schwerer Epilepsie befallen und blieb in ihrer geistigen Entwicklung zurück. Sie lernte sprechen, nicht lesen noch schreiben. Zwischen dem 16. und 20. Lebensjahre trat eine rechtsseitige Parese ein. Seit dem 20. Jahre cessirten die Anfälle und begann die Menstruation. Bei der Aufnahme erwies die Kranke sich als Idiotin mittleren Grades, sie war reizbar, unzugänglich, zum Schimpfen geneigt. Später traten Grössenwahnideen auf. Die Sprache, welche früher sicher fehlerlos gewesen war, erschien in der Anstalt zwar geläufig, doch oft verworren, polternd und sich überstürzend. Pat. fluchte jedoch sehr gewand und verständlich. In den letzten Monaten wurde sie einsylbiger, war aber nie aphasisch. Es bestand ferner leichter Intentionstremor der Hände. Sinnesstörungen wurden nicht beobachtet. Pat. starb, 43 Jahre alt, an Lebercacinom.

Die Section des Hirns ergab: verdicktes Schädeldach, normale Hirnhäute, sklerotische Heerde in beiden Hemisphären. An der linken Hemisphäre war sklerosirt: der grösste Theil der oberen Stirnwindung, das untere Ende der vordern Centralwindung bis zur Fossa Sylvii, das hintere Ende der untern Stirnwindung, kleinere Stellen in der hintern Centralwindung und im Hinterhauptslappen; rechterseits: eine Stelle im obern Scheitelläppchen, der Hinterhauptslappen fast in seiner ganzen Ausdehnung. Nur die Gyri waren verändert, die grossen Marklager normal. Die Consistenz der härtesten Stellen war knorpelähnlich, auf dem Schnitt war die Grenze zwischen grauer und weisser Substanz verwischt. Die Section des Rückenmarkes wurde nicht ausgeführt. Vf. hebt hervor, dass in diesem Falle die Broca'sche Region entartet war, ohne dass Aphasie bestand. Die Kranke war linkshändig gewesen und hatte spät sprechen gelernt.

2) Der zweite Fall betrifft ebenfalls einen Idioten, der beinahe 20 Jahre in verschiedenen Irrenanstalten verpflegt wurde und das Alter von 62 Jahren erreichte. Seine Sprache war sehr unbeholfen, er verfügte nur über einen geringen Wortvorrath. Um Mitte des Jahres 1876 entwickelte sich eine linksseitige Ptoxis. Ende des Jahres wurde constatirt: schwankender Gang, Oedem der linken Gesichtshälfte, Chemosis und Amaurose links. Wiederholt trat starkes Nasenbluten ein. Allmählig wurde auch das rechte Auge amaurotisch, beide Augen bewegten sich nur minimal. Kurz vor dem Tode, der am 24. Mai 1877 erfolgte, bestand Apathie, lallende Sprache, totale Blindheit, Starrheit der Bulbi, Anästhesie des Gesichts.

Bei der Section fand sich ein Carcinom der Schädelbasis, das die Knochen derselben in grosser Ausdehnung zerstört, den Sehnerv, die Augenmuskelnerven und die beiden ersten Aeste des Trigemini in sich aufgenommen, die übrigens unveränderte Dura im Umkreis von ca. 5,5 Cm. emporgewölbt hatte und sich weit in den Nasenrachenraum wie in die Augenhöhlen erstreckte. Am macerirten Schädel fehlten: die Gäumenbeine, der proc. palatinus des Oberkiefers, das ganze Keilbein bis auf einen Rest des rechten Flügels, die pars basilaris des Hinterhauptbeins, Stücke vom Felsenbein, die innere Wand des antrum Highmori, das Siebbein bis auf die crista galli.

Möbius (Leipzig).

163) Grossmann (Budapest): Doppelseitige Neuroretinitis descendens mit consecutiv eingetretener Amaurose bei Diabetes mellitus: Tumor cerebri.

(Berl. kl. Wochenschrift Nr. 10. 1879. pag. 138.)

Ein 31 Jahre altes Dienstmädchen hat ausser an Intermittens an keinen erheblichen Erkrankungen gelitten. Seit 1½ Jahren klagte sie über zeitweilige Kopfcongestionen mit intercurrenten Schwindelanfällen. Die Menstruation cessirte und es stellte sich ein unstillbarer Durst und grosser Heisshunger ein, zugleich zeigte sich langsam aber stetig fortschreitender Verfall des Sehvermögens.

Der Augenspiegel wies eine doppelseitige Stauungspapille des Sehnerveneintrittes nach, nebst zonulärer Färbung der Retina in naher Umgebung der Papille. Urin stets zucker- und eiweisshaltig. Behandlung bestand in Anwendung von antidiabetischer Kost und Carlsbader Wasser, und hatte in der Zuckerausscheidung sehr guten Erfolg. Nach 4 wöchentlicher Cur trat plötzlich unter hohen Fiebererscheinungen ein convulsivischer Anfall ein, starkes Eingenommensein des Kopfes, Klingen und Brausen in den Ohren, zeitweiliger Excitationszustand. — Der gleiche Anfall wiederholte sich nachmols c. 3 Monate später, heftiger Kopfschmerz, Zuckungen der Gesichtsmuskeln, sowie Erbrechen begleitete denselben. Rechterseits war jetzt vollkommene Taubheit vorhanden, links stark herabgesetztes Gehörvermögen, ebenso vollkommene Amaurose auf beiden Augen. Ophthalmoskopisch wurde weisse Sehnervenatrophie constatirt. Der Tod erfolgte bald darauf plötzlich und ergab die Section, dass die Seitenventrikel durch grossen Serumgehalt enorm ausgedehnt waren. An der Basis cranii fand sich ein wallnussgrosser, harter Tumor, der auf der Dura mater der sella turcica und Umgebung fest adhärirte. Die Geschwulst hat ihren Platz auf Kosten der Hypophyse, des Infund., Chiasma, subst. perfor. ant. und pars ant. des corp. callos., sowie des hinteren Theiles der Frontalwindungen und des vorderen Theiles des Gyrus callosmarg., des sept pelluc. und der Köpfe der corp. striata eingenommen. — Die Umgebung der Hirnmasse ist zerfliessend weich. Der 4. Ventrikel ist mit einer pseudo-membranösen Masse gänzlich wie ausgegossen, die einen deutlichen Abdruck der Configurationen der Ventrikel-Wände erkennen lässt. Mikroskopisch erweist sich die Geschwulst als eine zu der Classe der Sarcome gehörende Neubildung, die allerdings durch eine reiche Gefässneubildung in ihrem Innern sich in etwas differenzirt. Von Interesse ist in diesem Falle der Befund, dass durch die Neubildung grade jene Hirnprovinzen, deren Verletzung bekannter Weise zum Diabetes führen, pathologisch verändert gefunden wurden. Die nahezu millimeter dicke Pseudomembran des 4. Ventrikels hatte die Hirnfasern in der Nähe der Rautengrube, sowie an der Oberfläche des Pons zerfallen gemacht. Die Neuroretinitis ist nicht, wie ante mortem angenommen wurde, Folgezustand des Diabetes, sondern des direkten Druckes des Tumors auf das Chiasma und den tractus optic. gewesen.

N i e d e n (Bochum).

164) **A. Volsin**: *Traité de la paralysie générale des aliénés.*

(Paris, 1879. Bailliére et fils. Lex. 8^o. 540 pag. mit 15 color. Tafeln.)

Aus diesem bedeutenden Werke, auf das wir hoffentlich noch wiederholt zurückkommen werden, mögen für heute nur die therapeutischen Bemerkungen mitgetheilt werden. Der Skepticismus in der Therapie hält den Fortschritt der Wissenschaft auf und ist zumal auf dem Gebiete der Psychosen energisch zu bekämpfen. Die paralytische Geistesstörung ist an ein Gehirnleiden gebunden — mag man diess nun als Ursache oder Folge der functionellen Störungen ansehen — und dieses muss bekämpft werden. Gegen die *functio-*

nellen Störungen zieht eine gute psychische Hygiene mit Erfolg ins Feld, und der prophylaktische Nutzen einer vernünftigen Erziehung ist besonders beachtenswerth. Diese beiden Factoren sind zumal bei hereditärer Belastung hochwichtig. Sollte die geistige Thätigkeit die normalen physiologischen Grenzen überschritten haben (Ueberanstrengung der Geisteskräfte etc.) und sich dieses hereits in somatischen Störungen; Schlaflosigkeit etc. kundgeben, so muss mehr die gemüthliche und somatische Sphäre in Thätigkeit gesetzt werden, während der intellectuellen Ruhe gegönnt wird. Andererseits ist aber richtige geistige Thätigkeit hochwichtig nicht allein für die Erhaltung der Intelligenz, sondern auch für die der physischen Gesundheit, doch kann nur ein gesundes Gehirn eine normale Action leisten, und jede hereditäre Anlage, jede vorangegangene Hirnkrankheit, so unbedeutend sie auch gewesen sein mag, warnt vor Ueberanstrengung der geistigen Thätigkeit. Sollten aber bereits congestive Hirnzufälle vorangegangen sein oder gar die Betreffenden sich bereits im ersten Stadium der Paralyse befinden, so muss jede Beschäftigung sofort aufgegeben und darf vor vollständiger Genesung nicht wieder aufgenommen werden. Auch körperliche Arbeit trägt zur Erhaltung der Gesundheit bei, doch muss eine entsprechende geistige Beschäftigung mit ihr Hand in Hand gehen; ein erquickender Schlaf ohne Träume ist das sicherste Criterium, dass nach keiner Richtung hin die Grenzen der physiologischen Leistungsfähigkeit überschritten worden sind.

Wir sind nicht aller Mittel baar, um die beginnende Hirnläsion anzugreifen, und werden dies mit um so besserem Muthe thun, als wir ja wissen, dass die Paralyse theils spontan theils bei Anwendung geeigneter Mittel heilen oder doch eine bedeutende Besserung erfahren kann. Einzelne der versuchten Mittel sind ganz verwerflich, dahin rechnet Voisin Opium und Morphinum als Basis der ganzen Behandlung, dagegen sind Arsenik, Secale cornut., Digitalis Veratrum virid., Chinin. sulphur. Bromkalium allein oder in Verbindung mit Jodkalium und überhaupt alle antiphlogistische Mittel sowohl bei acutem als bei chronischem Beginn der Krankheit zu versuchen; ja sie sind selbst im 2. und 3. Stadium des Leidens nicht ausgeschlossen. Der Aderlass ist nur bei kräftigen Individuen angezeigt, zumal wenn apoplektiforme Anfälle auftreten. Sehr kleine wiederholte Aderlässe, Blutegel an den Arus, die Füße oder Zitzenfortsätze werden beim Beginne der Krankheit grossen Nutzen bringen; sie sind aber in der 2. und 3. Periode nicht mehr gestattet oder doch nur mit allergrösster Reserve. Abführmittel sind sehr vortheilhaft. Vesicanten auf den Kopf und Cauterien in den Nacken sind ebenso wichtig als bandförmige Vesicanten längs der Wirbelsäule. Cauterisation der Wirbelsäule ist hochwichtig im Anfange einer Meningitis spin. post., auch Haarseile in den Nacken kommen mitunter zur Anwendung. Kalte Bäder, umsichtig geleitet und überwacht, geben mitunter die schönsten Resultate, sie wirken antiphlogistisch, tonisch und gleichzeitig ableitend. Sie sind zumal in Fällen von Stuper angezeigt, dann da, wo die psychische Störung hauptsächlich als allmälige Abnahme der Geisteskräfte auftritt.

Sie scheinen die Congestionen gegen den Kopf hintanzuhalten, ebenso die apoplektiformen und convulsiven Anfälle, verhindern so viel als thunlich die Bildung von Brandschorfen und sind zumal während der Remissionen angezeigt, so wie als Nachkur nach gänzlichem Verschwinden aller krankhaften Erscheinungen. Auch in der 2. und 3. Periode können sie noch nützlich sein, sind dagegen streng zu meiden während der Menstruation und in jenen Fällen, wo ihnen der Kranke einen allzu heftigen Widerstand entgegengesetzt. Auch ist es unumgänglich nothwendig, dass der Arzt bei Verabreichung des Bades zugegen sei und dessen Wirkungen genau überwache.

Ref. beabsichtigte mit diesem kurzen Excerpte nur die Aufmerksamkeit der Collegen auf dieses bedeutende Werk zu lenken, ging daher in keine Details ein, hofft aber demnächst auf andere Partien desselben noch zurückzukommen. *)

Smoler (Prag).

*) Von A. Voisin ist mir die Uebersetzung seines bedeutenden Werkes über die „Allgemeine Paralyse“ übertragen worden; leider kann ich mich dieses ehrenvollen Auftrages aber nicht entledigen, da es mir nicht gelungen ist, eine unserer grösseren deutschen Verlagshandlungen für die Uebernahme des sehr umfangreichen und theuren Werkes zu interessieren. Für die Ueberlassung der zugehörigen colorirten Tafeln etc. wurden von dem franz. Verleger zu hohe Preise verlangt.

Erlenmeyer.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialstäad. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 2) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a. Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage; Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. b. Assistenzarzt sofort, 1500 M. jährl. freie Stat. Wohn., Heizung und Beleuchtung. 3) Prov. Irrenanstalt O w i n s k: a) II. Assistenzarzt, 2000 M., freie Wohnung, Heizung, Wäsche. b) Volontairarzt, 1600 M. im Uebrigen dasselbe, 1/4jährliche Kündigung, nur für Unverheirathete. 4) Stephansfeld (Elsass): Volontairarzt, sofort, 600 M. jährlich und freie Station. 5) A n d e r n a c h, provinc. Irrenanstalt: II. Arzt; 2700 M. freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, Arznei. (Meldungen bei dem Landesdirector der Rheinprovinz, Freiherrn von Landsberg in Düsseldorf.) 6) Görlitz (Privatanstalt des Dr. Kahlbaum) Assistenzarzt. 7) Prov.-Irrenanstalt Eichberg (Nassau) III. Hilfsarzt, 1. Juli, 900 M., freie Beköstigung I. Classe. 8) C o e s l i n: Regierungs- und Medicinalrathesstelle. 9) Ueckermünde: Provinzial-Irrenanstalt: III Arzt, zum 1. August. 1000 M., frei Station. 10) Klingenmünster: Director, 5000 M., Familienwohnung, Garten, Entschädigung für Holz und Licht. Bewerbungen bis 15. Juni bei der Kgl. Bayr. Regierung in Speyer. 11) Die Kreisphysikate Nieder-Barnim, Bromberg, Bublitz, Darkehmen, Erkelenz, Moers, Mogilno, Rügen, Saetzig, Schlochau, Sensburg, Sorau, Oststernberg, Tönning, Warendorf, Wehlau.

Besetzte Stellen. Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim: Dr. F. Fischer, bisher 2., zum 1., Dr. Brünninghausen, bisher 3. zum 2. Hilfsarzt befördert, Dr. Röth zum 3. Hilfsarzt ernannt.

IV. Berichtigung.

Herr Prof. Jolly in Strassburg ersucht um Aufnahme einer Berichtigung zu dem Referate über einen in Heidelberg gehaltenen Vortrag, dahin gehend, dass er nicht selbst einen Preis ausgesetzt und zuerkannt habe, sondern die medicinische Facultät in Strassburg, in deren Auftrag der Vortragende ein Thema für die zu stellende Preisfrage vorzutragen hatte.

Briefkasten der Redacton.

Zusendungen von Dr. Koch, Wiesbaden, Dr. Krueg, Wien, Dr. Hinze, Petersburg, Dr. Smoler, Prag, Prof. Eulenburg, Greifswald, Dr. Rosenbach, Breslau, Dr. Schultze, Heidelberg dankend erhalten. — Dr. Krueg, das Referat über S. kam zu spät. — Dr. Obersteiner, Ihre Arbeit erscheint in nächster Nummer, Sie wollen die lange Verzögerung gütigst entschuldigen. — Dr. Karrer, Dr. Rosenbach wir sandten Ihnen englische Literatur. —

Wir suchen noch einen Referenten für französische Psychiatrie und gerichtl. Psychopathologie.

Titel, Inhaltsverzeichnis und Register zu dem mit der heutigen Nummer beendeten I. Bande des II. Jahrgangs folgt demnächst.

Druckfehler.

Pag. 246 Z. 24 v. o. lies 38, 80 statt 37, 80.

V. Anzeigen.

Ballenstedt am Harz.

Heilanstalt für Nerven- & Gemüths Kranke.

Prospecte stehen zu Diensten.

Dr. Wiedemeister.

Kennenburg

bei Esslingen, Württemberg.

Heilanstalt für Nerven- und psychische Kranke.

Die Anstalt — allen zeitgemässen allgemeinen und speziellen Anforderungen entsprechend eingerichtet — empfiehlt sich zur allzeit möglichen Aufnahme von Kranken jeder Form von Seelenstörung — mit Ausnahme epileptischer.

Prospecte, sowie jede weitere Auskunft stehen zu Diensten.

Die Direction der Anstalt:

Dr. Paul Landerer.

Urtheile ärztlicher Sommitäten über die

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

das anerkannt wirksamste aller Bitterwässer.

Reg.-Rath Prof. Dr. Meynert, Wien: „Wird auf der psychiatrischen Klinik mit Vorliebe verwendet, weil es durch die anwendbaren mässigen Dosen und seine schonende Wirkung bei den einschlägigen frischen Erkrankungsfällen dieser Klinik oft einer wichtigen Causalindication genügt.“
Wien, 13. Januar 1879.

Oberm.-Rath Dr. Landenberger, Stuttgart: „Im hiesigen Katharinenhospital bei Kranken der verschiedensten Art zur Verwendung gebracht, und bin in der Lage dessen ebenso sichere als milde Wirkung zu bezeugen, welche letztere seine Anwendung selbst bei entzündlichen Zuständen des Darmes, die andere Bitterwasser oft verbieten, noch vollkommen zulassen.“
Stuttgart, 24. März 1879.

Prof. Dr. Max Leidesdorf, Wien: „Das Franz Josef Bitterwasser unterscheidet sich in seiner Wirkung dadurch vortheilhaft von den übrigen bekannten Bitterwässern, dass es in kleineren Quantitäten wirksam und nach längerem Gebrauche von keinerlei üblen Folgen begleitet ist.“
Wien, 21. April 1877.

Prof. Dr. W. Leube, Erlangen: „Nach den auf meiner Klinik gewonnenen Resultaten wirkt das Franz Josef Bitterwasser sicher abführend und macht keinerlei Beschwerden, auch wenn es in etwas zu grosser Quantität genommen wird. Selbst in Fällen, wo es bei reizbarem Darne verabreicht wurde, speziell in der *Resovalescenz* von Blinddarmentzündung mit Betheiligung des Bauchfells, erzielt das Wasser schmerzlosen Stuhlgang.“
Erlangen, 26. Dezember 1878.

Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Depôts, Brunnenschriften etc. gratis durch die Versendungs-Direktion in Budapest.

Eine

Privat-Irrenanstalt

in unmittelbarer Nähe Berlins ist zu verkaufen.

Franco Offerten sub. A²/₃ befördert die Exped. d. Bl.

Ein *vielseitig gebildeter Arzt*, hauptsächlich Nervenpatholog, 45 Jahre alt, unverheirathet, wünscht Stellung in einer Irren- oder Wasserheilanstalt, oder sonst eine für ihn passende Position bei geringen pekuniären Ansprüchen. Gef. Offerten nimmt die Exped. des Centr. Bl. entgegen unter S. 100.

Buch- und Notendruckeri von Ph. Werle in Coblenz,

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Sogen Mark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Petitzelle oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

1. Juli 1879.

Nro. 13.

I N H A L T.

- I. PERSONALIEN.** Dr. Aug. Dyes: Die durch den Stockschneppen erzeugte Hirnreizung, die da-
durch bedingte Gemüthskrankheit und deren Heilung.
- II. REFERATE.** 165) Ueber die im Jahre 1878 publicirten wichtigeren Arbeiten, welche die verglei-
chende Anatomie des Centralnervensystems der Vertebraten betreffen. 166) Bourneville
et Regnard: Iconographie photographique de la Salpêtrière. (Service de M. Charcot.)
167) J. Stilling (Cassel): Ueber die Bedeutung des Occipitalappens des Gehirns für das
Sehen. 168) Reich: Neuritis optica als Merkmal der Cerebralgeschwülste. 169) Prof. H.
Munk: Zur Physiologie der Grosshirnrinde. 170) Wertheimer: Ueber den Pavor noc-
turnus der Kinder. 171) Ein Fall von Herdsclerose. (Aus Charcot's Klinik.) 172) Baum-
garten: Ein Fall von verbreiteter obliterirender Entzündung mit Arteritis und Periarthritis
gummosa cerebrialls nebst Bemerkungen über Hirnarteriensclerose und die als Periarthritis
nodosa (Kussmaul und Mator) oder multiple Aneurysmen mittlerer und kleiner Arterien
(Meyer) bezeichnete Erkrankung. 173) Wilhelm (Wien): Zwei Fälle von Morbus Basedowl.
174) Schwimmer (Budapest): Ein universelles Sklerem der allgemeinen Decke. 175) Max
Buch (Ishewsk): Klinische Prüfung der Frage von den peripheren vasomotorischen Centren
und den gefässerweiternden Nerven. 176) Lauder Lindsay: Mechanical restraint in Eng-
lish asylums. 177) Baudy: Emotional Insanity. 178) Mitchell: Beitrag zur Statistik der
Sterblichkeitsziffer in den Irrenanstalten. 179) Chapman: Ueber den Einfluss von Alter,
Geschlecht und Ehe auf die Disposition zu Geistesstörung.
- III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. IV. PERSONALIEN. V. ANZEIGEN.**

**Mehrfachen Wünschen entsprechend soll
die Eintheilung eines Jahrganges des Central-
blattes in II Bände unterbleiben. Wir bringen
daher heute II. Jahrgang Nro. 13 — nicht II.
Jahrgang II. Band Nr. 1 — und werden Titel
und Inhaltsverzeichnis am Jahresschluss lie-
fern.**

Die Red.

I. Originalien.

Die durch den Stockschnupfen erzeugte Hirnreizung, die dadurch bedingte Gemüthskrankheit, und deren Heilung.

Von Dr. Aug. Dyes, Oberstabsarzt L. Ol. in Hannover.

Der Stockschnupfen ist eine wenig beachtete Krankheit, obwohl er so häufig vorkommt, und die *Ursache* vieler und gefährlicher *Folge-Krankheiten* ist, wie ich zuerst in meiner in Helwing's Verlags-Buchhandlung erschienenen Schrift „Aerztliche Beobachtungen, Forschungen und Heilmethoden“ erörtert habe.

Diese Folgekrankheiten sind: Verlust des Geruchsinns, Neigung zum Nasenbluten und dadurch bedingte Blutarmuth, Ozaena, Nasen-Polyp, Gesichtsröthe, Ohrenentzündung und Ohrenfluss, allgemeine Verunreinigung des Blutes durch Eiter, und die dadurch bedingten skrophulösen Krankheiten.

Alle am Stockschnupfen Leidenden klagen im höheren oder geringeren Grade über *Kopfschmerzen*, und diese steigern sich zuweilen zur hochgradigen *Hirnreizung*, wodurch Eklampsie, Epilepsie, Apoplexie, wie auch *Gemüthskrankheit* entstehen kann, wie ich mehrfach beobachtete.

Der Grund, wesshalb man den Stockschnupfen so wenig beachtet, und dass in den therapeutischen Schriften, wie auf den Lehrstühlen seiner wenig oder gar nicht Erwähnung geschieht, dürfte dem Umstande beizumessen sein, dass der Name „Stockschnupfen“ das Wesen dieser in ihren Folgen so gefährlichen Krankheit gar nicht bezeichnet.

Der Stockschnupfen, welcher theils katarrhalischen, theils diätetischen Ursprunges ist, würde seinem Wesen entsprechend richtiger *Verschwörung* der Schleimhaut der Nasenhöhle genannt werden, und dann die Aufmerksamkeit der Laien und Aerzte im höheren Grade erregen.

Während das Sekret der gesunden Nasen-Schleimhaut ein eiweissähnlicher *Schleim* ist, so ist das Nasen-Sekret beim Stockschnupfen ein gelber oder gar grüner *Eiter*.

Dieser Eiter wird zunächst von den Lymphgefässen der Nasen-Schleimhaut aufgesogen, und erzeugt die Anschwellung der Nase, Oberlippe und Halsdrüsen; die hochgradige Aufsaugung dieses Eiters hat Gesichtsröthe (eine Lymphangitis), immer Kopfschmerzen, bisweilen hochgradige Hirnreizung zur Folge.

Da man den Stockschnupfen wegen mangelhafter Würdigung meistens unbeachtet lässt, und ein wirksames Heilverfahren bislang dagegen nicht kannte, so wird die Verschwörung der Nasenschleimhaut häufig sehr hochgradig und umfangreich, afficirt dann auch die Knochenhaut der Nasenknochen, insonderheit der Muscheln, und erzeugt Caries.

Mit dem Beginn der Knochenhaut-Entzündung nimmt das sich gleichzeitig vermehrende, bislang gelbe Nasen-Sekret eine grünliche Färbung an.

Wird auch in diesem Stadium des Stockschnupfens ein radikales Heilverfahren nicht angewandt, so führt die Knochenhaut-Entzündung sehr bald zur Caries, welche sich durch den widerlichsten Geruch (Ozaena) bemerklich macht.

Das Sekret des Geschwürs der Nasenhöhle ist dann nicht mehr pus, sondern ichor; und es liegt auf der Hand, dass die Aufsaugung des ichorösen Eiters die hochgradigsten und gefährlichsten Folgekrankheiten, selbst acute Pyämie veranlassen kann.

Direct dringt das sich in der Nasenhöhle bildende Eiter-Sekret auch in die Eustachischen Rohre, und erzeugt die schmerzhafteste und gefährlichste Ohrenentzündung, welche häufig den lethalen Ausgang durch Eklampsie zur Folge hat, wenn nicht Perforation des Trommelfells und Ohrenfluss diesen Ausgang abwenden.

Diese das Leben rettende und die Schmerzen aufhebende Perforation hat freilich häufig Schwerhörigkeit und nicht selten Taubheit zur Folge.

Direct gelangt dieser Eiter auch durch die Thränengänge zu den Augen, und erzeugt Entzündung dieser Canäle, sowie die skrophulöse Augenentzündung.

Bei längerem Bestehen des Stockschnupfens, welcher spontan niemals heilt, wird durch die fortgesetzte Eiteraufsaugung das Blut auch im Allgemeinen verunreinigt (chronische Pyämie oder Skrophulosis). Diese Blutverderbniss (Dysämie, Kachexie) würde schliesslich den Tod durch acute Pyämie zur Folge haben, wenn der in's Blut gelangte Eiter nicht glücklicher Weise durch Abscesse, Furunkel, Ekzeme, Flechten, Acne, Tuberkeln etc. wieder ausgeschieden würde.

Ein Glück, wenn die Natur zu dieser heilsamen Eiter-Elimination die äussere Haut wählt.

Werden diese heilsamen Ausscheidungen durch Erkältung, oder durch metallische Salben-Einreibungen gestört, so stellen sich nicht selten Eiter-Stockungen in den wichtigeren Organen ein.

So wie die Eiter-Ausscheidung an der äussern Haut dadurch zu Stande kommt, dass der im Blut befindliche Eiter in den Haargefässen stockt (weil die Eiterkügelchen etwas grösser sind als die Blutkügelchen), so können auch in allen wichtigeren Organen des Körpers solche Eiter-Stockungen entstehen, welche so lange sie klein sind Tuberkeln genannt werden, deren Vergrösserung durch Zusammenfliessen zur Abscessbildung führt.

Dass auf diese Weise auch an den Häuten des Gehirns Tuberkeln und Abscesse entstehen können, und dass dadurch *Hirnreizung*, *Eklampsie*, *Epilepsie*, *Apoplexie* und auch *Seelenstörungen* veranlasst werden können, liegt auf der Hand..

Dass alle diese Krankheitsformen in der That durch den sich beim Stockschnupfen erzeugenden Eiter entstehen können, das beweist die meinerseits vielfach beobachtete Thatsache, dass diese Krankheiten durch die *radicale* Heilung der Verschwärung der Nasenhöhlen-Schleimhaut, also durch *Beseitigung* der *Eiterquelle* in kurzer Zeit geheilt werden.

Da ich auch drei Fälle von Gemüthskrankheit durch dieses Heilverfahren in kurzer Zeit heilte, so möchte ich die Leser dieses

Blattes veranlassen, meine Beobachtung zu beachten und bei skrophulösen Gemüthskranken zu verwerthen.

Weil der praktische und insonderheit der Militair-Arzt selten Gelegenheit hat, Gemüthsranke zu behandeln, da gewöhnlich dieselben bald möglichst einer Anstalt überwiesen werden, so dürfte aus dem Umstande, dass innerhalb eines Jahres (1865) drei Fälle von solchen skrophulösen Gemüthskranken in meine Behandlung kamen, der Schluss zu ziehen sein, dass diese Entstehungsweise (Pathogenese) der Gemüthskrankheit häufig sei.

Als ich diese meine Beobachtung den Aerzten einer grossen Irrenanstalt mittheilte, erklärten sie, dass sie ihnen neu sei.

Die durch das gedachte Heilverfahren im Verlauf von 5 bis 6 Wochen geheilten drei Gemüthskranken waren: Eine Nähterin vom Lande, 30 Jahre alt; eine Bauern-Magd, 25 Jahre alt; und ein Bauern-Sohn, 20 Jahre alt.

Da die Krankheits-Erscheinungen bei ihnen grosse Aehnlichkeit hatten, so darf ich einen generellen Bericht erstatten:

Alle drei hatten nach den Angaben der Angehörigen von Jugend auf an Skropheln gelitten, und die Anschwellung der Nase, Oberlippe und Halsdrüsen bestätigte diese Angaben.

Sie hatten vor Beginn ihrer Seelenstörung längere Zeit anfangs periodisch, zuletzt andauernd an *Kopfschmerzen* gelitten.

Früher fleissig, waren diese drei Kranken mit dem Beginn der Gemüthskrankheit unlustig zur Arbeit geworden; sie zeigten sich vergesslich, stürten häufig gedankenlos in's Leere; zur Arbeit erinnert, arbeiteten sie dann eine zeitlang hastig, aber sinnlos, bis sie aufs Neue in Träumerei verfielen.

Die beiden Mädchen, früher Freundinnen des geselligen Verkehrs und des Gesanges, mieden dann jede Gesellschaft, ihre Lieder verstummt, und sie suchten die Einsamkeit auf.

Bei allen Dreien steigerte sich dieser Zustand bald zum Verfolgungswahn, und sie versteckten sich.

Wenn man den Bauernburschen aufsuchte, so zeigte er sich gereizt, heftig, selbst aggressiv; während die beiden Mädchen scheu und schüchtern blieben.

Als ich diese Kranken zuerst sah, erwiesen sich die Magd und der Bursch scheu, eigensinnig, wortkarg, und die gegebenen Antworten zeugten von Irrsinn; während die Nähterin sehr redselig war, und ohne Aufhören pathetisch schwatzte.

Als die Magd genesen war, bedankte sie sich für die Cur, und äusserte sich etwa in diesem Sinne: „Ich bin wie aus einem Traume erwacht, weiss, dass ich irrsinnig war, unlustig und unfähig zur Arbeit, schwermüthig, menschen-scheu; ich hielt mich für verfolgt, ich hörte allerlei Drohungen; eines Abends wollte ich mich ertränken, als mir einige Männer begegneten, vor denen ich in mein Versteck zurück floh, weil ich glaubte, ihnen sei mein böses Vorhaben bekannt.“

Alle drei waren, als ich sie in Behandlung nahm, mager, von leidendem Aussehen.

Nach erfolgter Beseitigung des Gemüthsleidens besserte sich auch ihr somatischer Zustand schnell.

Nach Angabe der Angehörigen war ihr Appetit seit Beginn ihres Seelenleidens sehr unregelmässig gewesen, der Art, dass sie wiederholt Tage lang ganz ohne Nahrung blieben, und dann wieder viel und hastig assen.

Da die Angehörigen sich nicht sofort entschliessen konnten, zum Theil auch nicht die Mittel hatten, diese Kranken einer Irrenanstalt zu übergeben, so wurde einstweilen meine ärztliche Hülfe in Anspruch genommen.

Da ich zufällig bei einem skrophulösen Nasenbluter die Beobachtung gemacht hatte, dass wiederholte Aetzungen der Nasenhöhle mit Höllenstein den Erfolg hatten, nicht nur dieses schwächende Symptom zu beseitigen, sondern auch das Skrophelsiechthum zu heilen, so beschloss ich, dieses Heilverfahren, wodurch ich schon eine Anzahl von Skrophulösen geheilt hatte, auch gegen die Skrophulose dieser Gemüthskranken in Anwendung zu ziehen.

Offen bekenne ich, dass ich von dieser Cur nur in somatischer Beziehung Erfolg erwartete. Wie erstaunte ich, als die heilsame Wirkung dieses eingreifenden Heilverfahrens sich bezüglich ihres *Seelenleidens* bei allen Dreien zuerst bemerklich machte.

Schon die erste Aetzung der Nasenhöhle hatte eine erhebliche Besserung zur Folge, und nach der dritten Aetzung war die Rückkehr der Vernunft eine vollständige.

Auch die früheren Kopfschmerzen waren durch dieses Verfahren beseitigt; im Verlauf von 5 bis 6 Wochen war die Anschwellung der Nase und Oberlippe gehoben, und das gesunde Aussehen dieser Kranken bekundete die vollständige (radikale) Tilgung des früheren Skrophelsiechthums.

Seitdem habe ich die überraschende gute Wirkung dieses Heilverfahrens bei hunderten von Skrophelkranken bestätigt gefunden, skrophulöse Gemüthsranke sind mir aber nicht mehr zur Behandlung gekommen.

Deshalb möchte ich den Herren Irren-Aerzten mein Heilverfahren zur Prüfung empfehlen, da ich die Ueberzeugung habe, dass dadurch viele skrophulöse Gemüthsranke geheilt werden würden.

Was die Ausführung dieses wirksamen Heilverfahrens anlangt, so bediente ich mich anfangs eines in eine lange Federpose befestigten Stückes lapis infernalis mitigatus Nro. 2.

Da aber die vier Nasengänge, welche die vordere Nasenhöhle mit der hintern verbinden, häufig sehr eng, und auch etwas gewunden sind, und einem *steifen* Aetzstift den Durchgang nicht gestatten, so versuchte ich einen dünnen *Wachsstift* (Bougie), dessen Spitze ich in Oel tauchte, damit das Höllenstein-Pulver daran haften.

Als dieser Wachsstift aber im Sommer wegen zu grosser Weichheit sich unbrauchbar erwies, nahm ich meine Zuflucht zum *Gummi-stift* von $\frac{1}{3}$ Cm. Dicke.

Damit dieser Stift (welchen ich 12 bis 13 Cm. tief einführe, und rotirend zurück ziehe) die Wände der Nasengänge recht zart berühre, so knicke ich ihn etwa $1\frac{1}{2}$ Cm. von seiner Spitze entfernt etwas ein. Ohne diesen Knick ist es häufig unmöglich, den Stift bis in die hintere Nasenhöhle einzuführen.

Neben diesen Aetzungen der Nasengänge, welche ich jeden vierten oder fünften Tag wiederhole, lasse ich die Nasenhöhlen täglich mindestens drei Mal mit verschlagenem Wasser mittelst einer Gummispritze oder Irrigators ausreinigen, und danach mit Jodkali-Solution ($2\frac{1}{2}$ —3 : 180) ausspritzen.

Zu den Irrigationen kann man auch Alaun-Solutionen (4 : 180) mit Nutzen verwenden.

Zur Beschleunigung der Cur verordne ich solche Arzneien, welche auf die Blutverbesserung hinwirken, und ich möchte nachstehende Verordnung besonders empfehlen:

Rad. Rhei Centigr. 50.

Anthracit de Piesberg (Osnabrück).

Ferr. carbon.

Carbon. animal.

Spong. ust.

Magnes. carbon.

Elaeos. flaved. Citr. ana Gramm 3.

M. f. Pulv. S. Zwei Mal täglich eine gute Taschenmesserspitze voll.

Die in dem obigen Aufsätze mitgetheilten höchst auffallenden therapeutischen Erfolge liessen uns den unverkürzten Abdruck desselben gerechtfertigt erscheinen; die Vertretung der in demselben ausgesprochenen Anschauungen über die Natur des Stockschnupfens, etc. etc. müssen wir dem Herrn Verfasser allein überlassen.

Die Redaction.

II. Referate.

165) Ueber die im Jahre 1878 publicirten wichtigeren Arbeiten, welche die vergleichende Anatomie des Centralnervensystems der Vertebraten betreffen.

1. Berger E. Ueber ein eigenthümliches Rückenmarksband einiger Reptilien und Amphibien. (Sitzb. der k. Ac. d. Wissensch. zu Wien. LXXVII. Bd.)
2. Broca P. Anatomie comparée des circonvolutions cérébrales; le grand lobe limbique. (Revue d'Anthropologie 1878). 3. Derselbe, Etude sur le cerveau du Gorille (ibid). 4. Cope The brain of Procamelus occidentalis. (Proc. of the Amer. Phil. Soc. XVII. und Brain vol. I). 5. Duval Sur l'origine réelle des nerfs craniens. (Journ. de l'anat. et de phys. norm. et path. 1875, 1877, 1878). 6. Freud S. Ueber Spinalganglien und Rückenmark des Petromyzon. (Sitz. d. k. Ac. d. Wissensch. zu Wien. LXXVIII. Bd.). 7. Fritsch G. Untersuchungen über den feineren Bau des Fischgehirns. Berlin 1878. 8. Garrod The brain and cervical nerves of the Manatee. (Trasact. of the Zool. Soc. vol. X.). 9. Ders. The brain of the Sumatran Rhinoceros (ibid). 10. Ders. The brain of the Three banded Armadillo. (Proceed. of the Zool. Soc. 1878.) 11. Ders. The brain of the Cape hunting dog. (ibid). 12. Gervais Ostéographie des Monotrèmes vivants et fossiles. (Refer. in Brain vol. I). 13. Graux G. De la paralysie du moteur oculaire externe. Paris 1878. 14. Krueg J. Ueber die Furchung der Grosshirn-

rinde der Ungulaten. (Zeitschr. f. wissensch. Zoologie XXXI. Bd.). 15. Lewis Bevan. On the comparative Structure of the cortex cerebri. (Brain vol. I.). 16. Pansch Einige Bemerkungen über den Gorilla und sein Gehirn. (Schrift des naturwiss. Ver. für Schleswig Holst. III. Bd.) 17. Reichenheim M. Ueber das Rückenmark und den elektrischen Lappen von Torpedo. (Mitth. aus dem Labor. für vergl. Anatomie in Rom.) 18. Rohon S. V. Ueber den Ursprung des Nervus vagus bei den Selachiern. (Arb. d. zool. Inst. zu Wien I). 19. Schöbl J. Ueber eine eigenthümliche Schleifenbildung der Blutgefässe im Gehirn und Rückenmark der Saurier Arch. f. mikr. Anat. Bd. 15. 20. Stefani A. und Weiss G. Ricerche anatomiche intorno a cervello di colombi. (Acad. med. chir. di Ferrara). 21. Tartuferi Sull'anatomica microscopica e sulla morfologia cellulare delle eminence bigemine dell'uomo e degli altri mamiferi. (Riv. sperim. di freniatria e di medicina legale. 1878.)

Bei der immer wachsenden Bedeutung, welche die vergleichende Anatomie für die Neuropathologie gewinnt, dürfte eine kurze Uebersicht über die Fortschritte der erstgenannten Doctrin auch hier am Platze sein, wobei wir uns selbstverständlich auf einen kürzern Hinweis auf die einzelnen Arbeiten beschränken müssen; ebensowenig kann hier absolute Vollständigkeit beansprucht werden, wenn auch kaum eine besondere hervorragende literarische Erscheinung auf diesem Gebiete übergangen sein dürfte.

Die ausgedehnteste Arbeit über die Grosshirnwindungen bei Säugethieren verdanken wir Broca (2). Den Ausgangspunkt seiner Betrachtungen bildet der Gyrus oder richtiger Lobus limbicus, annähernd dem Gyrus fornicatus mit dem Gyrus hippocampi entsprechend. Dieser L. limbicus findet sich bei allen, auch bei den niedrigsten Säugern; während aber bei den höher organisirten die ganze übrige Grosshirnoberfläche sich complicirt, durch das Auftreten von Furchen und Windungen, behält der L. limbicus seine Einfachheit durch die ganze Säugethierreihe hindurch bei, und wenn sich mit dem höheren Grade der Intelligenz gewisse Hirntheile ganz besonders mächtig entwickeln (Stirnloben), so gilt für jenen ein derartiges Fortschreiten nicht, er erscheint vielmehr gerade bei den Primaten gewissermassen verkümmert.

Es zeigt sich, dass die Entwicklung des Lobus limbicus bis zu einem gewissen Grade gleichen Schritt hält mit der Ausbildung des Lobus olfactorius, also mit der Ausbildung des Geruchsinnes. Broca theilt demnach alle Säugethiere ein 1. in solche, bei welchen der Lobus olfactorius und der Lobus limbicus mächtig entwickelt sind (mammifères osmatiques) und 2. in solche, bei welchen die eben genannten Lobi fehlen (Cetaceen) oder nur eine geringe Ausbildung zeigen (Wasserraubthiere Primaten); letzere nennt er mammifères anosmatiques. Der Lobus limbicus zusammen mit dem Lobus olfactorius lässt sich seiner Form nach vergleichen mit einer beim Federballspiel gebräuchlichen Netzschleuder; der Lobus olfactorius stellt deren Stiel dar. Die äussere Wurzel des Riechlappens geht in den Gyrus hippocampi genannten Theil, die innere Wurzel in das vordere Ende des als Gyrus fornicatus bekannten Abschnittes des Lobus limbicus ein. Die mittlere Wurzel des Lobus olfactorius setzt sich theils direct über dem Chiasma nerv. opt. in den Hirn-

schenkel fort, theils tritt sie in die Bildung der vorderen Commissur ein, während ein dritter, bei den Primaten nur sehr wenig entwickelter Antheil als obere Wurzel sich im Stirnlappen verliert.

In die genaueren Details bezüglich des Lobus limbicus können wir hier nicht eingehen.

Als Sulcus Rolandi sieht Broca eine constante Furche an, welche bei Raubthieren wenig vor dem vorderen Ende der Sylvischen Furche, sehr schief von unten nach vorne und oben, aufsteigt, so dass nur ein ganz geringer Theil des Grosshirnes als Stirnlappen noch vor der Centralpalte übrig bleibt. Die 3 bis 4 concentrischen Windungen der convexen Oberfläche des Raubthiergehirnes gehören demnach bei dem Mangel eines eigentlichen Occipital- und Temporallappens, ausschliesslich dem Parietallappen an, welcher also mit dem Lobus limbicus den weitaus überwiegenden Theil des Grosshirnmantels darstellt. Aehnliche Verhältnisse finden wir bei den meisten übrigen Säugern, mit Ausnahme der Primaten.

Bei den Cetaceen ist die untere Fläche des Stirnlappens in ihrem hinteren Theile, im Vergleiche zu der so reichen Furchung des übrigen Gehirnes ganz glatt, Broca nennt diesen Theil der Grosshirnoberfläche *désert olfactif*, Riechwüste, da er sich gleichsam wie eine von fruchtbarem Lande umgebene Wüste auf einer Landkarte ausnimmt.

Auch über die Inselwindungen gibt B. sehr interessante Aufschlüsse, denen wir hier aber nicht folgen können.

Ueber die Hirnwindungen des Gorilla schrieb Broca (9) und Pansch (16). Das Thier, welchem das von Broca beschriebene Gorillagehirn angehörte, war wahrscheinlich seinem Alter und der Species nach verschieden von jenem, welches den früheren Bearbeitern zu Gebote stand, daher sich gewisse Differenzen in der Furchung erklären; am auffallendsten musste die geringe Anzahl von Furchen erscheinen; es war im ganzen ärmer an Furchen als ein Chimpanse-Gehirn.

Pansch (16) hat unterdessen Gelegenheit gefunden ausser seinem ersten, noch 3 neue Gorillahirne zu untersuchen, welche den bestimmten Nachweis liefern, dass eine reiche Furchung, welche besonders am Scheitellappen in die Augen springt, ein typischer Vorzug des Gorillahirnes sei. Hingegen zeigten der Hinterhauptlappen mit der queren Afenspalte, sowie die Fossa Sylvii grosse individuelle Verschiedenheiten.

Garrod (11) beschreibt ganz kurz die Gehirne zweier Carnivoren und zwar von *Lycaon pictus* und von *Nyctereuter procyonides*; das Gehirn des ersten nähert sich sehr dem des Fuchses, das des letzteren gleicht fast vollständig dem Hundehirne.

Die Gehirne der Ungulaten haben mehrfach Bearbeitung gefunden, am ausführlichsten von Krueg (14). Ohne in die Details seiner Untersuchungen einzugehen, wollen wir nur kurz einige der wichtigeren Resultate mittheilen. Er schliesst sich der Ansicht an, dass man bei der Beschreibung der Hirnrinde von den Furchen, und nicht von den Windungen ausgehen müsse. Am ausgebildeten Gehirne findet sich ein Stock bestimmter Furchen (10 Hauptfurchen),

die mit geringen Variationen allen Ungulaten, zum grössten Theile aber auch den Carnivoren zukommen. Bei derselben Species zeigen sich sehr grosse individuelle Verschiedenheiten. Einen viel augenfälligeren Einfluss als die Stellung im System, übt die Grösse des Thieres auf die Gestaltung der Grosshirnhemisphären aus. Dieser Einfluss ist ein dreifacher: 1. werden die accessorischen Furchen mit der Grösse des Hirns, also wol auch mit der Grösse des Thieres, vermehrt. 2. Aendert sich die Gesamttform des Gehirnes; es kommen im Allgemeinen den grösseren Thieren einer Abtheilung mehr gedrunge gebaute, stumpfere Hemisphären zu, während kleinere Thiere ein mehr schlankes, nach vornehin spitz zulaufendes Gehirn besitzen. 3. Beim Grösserwerden des Gehirnes treten immer mehr Windungen von der Convexität der Hemisphäre auf die Medianfläche über, während umgekehrt bei kleineren Gehirnen solche Windungen, welche sonst der Medianfläche angehören, sich bereits auf der convexen Hemisphärenfläche finden (Pronation und Spination). Für die Entwicklung der Furchen an embryonalen Gehirnen ergab sich, dass nirgends vergängliche, radiär oder sonst irgendwie gestellte Furchen als Vorläufer der definitiven auftreten, ebensowenig scheint es vorzukommen, dass eine einmal angelegte Furche im Verlaufe der Entwicklung späterhin wieder an irgend einer Stelle durch eine Ueberbrückung unterbrochen wird. Die wichtigsten Furchen, welche auch bei den übrigen Säugern am constantesten vorkommen, erscheinen am foetalen Ungulatengehirne zuerst, hierauf folgen die anderen allen Ungulaten zukommenden Hauptfurchen.

Alle diese, zunächst nur für die Ungulaten aufgestellten Sätze, dürften mutatis mutandis wol für alle Säugethiere Geltung haben.

Garrod bildet das Gehirn von *Ceratorhinus Sumatrensis* ab; (9) es zeichnet sich durch seinen ganz besonderen Reichtum an Windungen (speziell auch gegenüber dem grösseren *Rhinoceros unicornis*) aus, so dass es sehr schwer ist, die typischen Verhältnisse wieder zu finden. Der Schädelausguss von *Procamelus occidentalis* gibt Cope (4) Gelegenheit sich über das Gehirn dieses ausgestorbenen Wiederkäuers zu äussern; während der vordere Theil des Gehirnes ärmer an Windungen erscheint, als bei irgend einem lebenden Wiederkäuer, fügt sich der übrige Theil der Hemisphärenoberfläche den für diese Ordnung charakteristischen Merkmalen.

Von Edentatenhirnen hat Garrod (10) das von *Tolypeutes tricinctus* und von *Xenurus uncinatus* abgebildet; das erstere besitzt einen nur kurzen Balken, aber eine wol ausgebildete vordere Commissur. Ferner bringt Gervais (12) den Schädelausguss von *Acanthoglossus Bruijnii* einer *Echidna*art, deren sehr windungsreiches Gehirn in schroffem Gegensatze zu dem fast ganz glatten Gehirne der zweiten Familie der Monotremen (*Ornithorhynchus*) steht.

Die Wassersänger sind durch *Manatus americanus* vertreten, dessen Gehirn und Cervicalnerven von Garrod (8.) untersucht und beschrieben wurden. Eigentliche Windungen fehlen, der *Sulcus calloso-marginalis* ist wohl ausgebildet, Balken und vordere Commissur zeigen eine geringe Entwicklung. — Von den Arbeiten über

den feinem Bau des Centralnervensystems seien zunächst die vergleichenden Untersuchungen von Bevan Lewis (15) erwähnt. Er verglich die Stuctur der motorischen Rindenpartien beim Menschen mit dem Bau der homologen Rindenstellen bei der Katze und beim Schafe. Es fand sich im Allgemeinen derselbe Typus (5 Schichten) wieder, nur waren Unterschiede hinsichtlich der Breite der einzelnen Schichten sowie der Grösse der nervösen Elemente zu beobachten.

Sehr ausgedehnte Untersuchungen über den Ursprung der Hirnnerven bei Menschen und Thieren veröffentlicht seit mehreren Jahren Duval (5). Bisher behandelte er die centralen Ursprungsstätten des IV. V. VI. VII. und XII. Hirnnervenpaares, doch stehen weitere Fortsetzungen zu erwarten.

Im bekannten Hypoglossuskern finden sich ausser den grossen, zu Gruppen vereinigten Ursprungszellen, des XII. Paares, Häufchen kleiner Zellen (bei der Katze und beim Menschen) welche dem Acusticus angehören. Vom XII. Kerne gehen gekreuzte Fasern gegen das Grosshirn hinauf; Die Wurzelfasern des Hypoglossus selbst sind aber ohne Ausnahme ungekreuzt. Die untere Olive der Katze ist in Wirklichkeit nur der Nebenolive des Menschen homolog. Es gibt ferner bei der Katze wie beim Menschen noch einen accessorischer Hypoglossuskern (Kern des Seitenstranges) welcher eine grosse Zellen enthaltende, reticuläre Substanz darstellt, und nach aussen und vorne vom eigentlichen XII. Kerne, lateral neben den Wurzelfasern des XII. gelegen bis nahe an die Olive heranreicht.

Der Verlauf des N. facialis innerhalb der Medulla oblongata, ist bei der Katze viel leichter zu studiren, als beim Menschen, indem die 3 Schenkel des Facialisknie bei ersterer einfach, gerade verlaufen, beim Menschen aber selbst wieder mehrfache Krümmungen darbieten, und der eigentliche Facialiskern sich nach aufwärts bis in die Höhe der austretenden Facialiswurzel erstreckt.

Aus dem Kerne des Abducens, welcher sich in den Bogen des Facialisknies einbettet, gehen einzelne Fasern auch zum Facialis, daher er Facialis-abducens-Kern genannt werden darf.

Der untere Trigeminuskern geht ohne scharfe Grenze aus der Substantia gelatinosa des Hinterhornes hervor (beim Menschen wie bei den übrigen Säugethieren). Die Fasern welche aus dem untern V. Kerne entspringen legen sich ihm seitlich an, und bilden so die nach oben hin zunehmende aufsteigende Quintuswurzel (Racine bulbair). Die mittlere V. Wurzel vom Boden des vierten Ventrikels herkommend zeigt nirgends eine so mächtige Entwicklung wie beim Menschen. Die bekannte absteigende Trigeminuswurzel findet sich bei den verschiedenen Säugethieren ebenfalls wieder. Der durch grosse Ursprungszellen ausgezeichnete motorische V. Kern liegt ungefähr in der Höhe des V. Austrittes seitlich vor der mittleren sensorischen Wurzel.

Der Trochleariskern der Katze liegt oberhalb des Ursprungs dieses Nerven, neben dem hintern Längsbündel; während ihres Verlaufes nach abwärts bilden die Wurzelbündel einen Bogen, und kreuzen sich in der Valvula cerebelli (bei den Säugern, auch bei Vögeln) vollständig. Die absteigende V. Wurzel liegt beim Men-

schen ausserhalb, bei der Katze innerhalb des Bogens, den die Trochlearisfasern bilden, beim Kaninchen endlich wird jene von den IV. Fasern durchbrochen.

(Schluss folgt.)

Obersteiner (Wien).

166) Bourneville et Regnard: Iconographie photographique de la Salpêtrière. (Service de M. Charcot.)

(Paris, Adrien Delahaye. 2 Bände. I. 1876—1877, II. 1878.)

Wenn es in der Pathologie bloess auf eine massenhafte Zufuhr von neuem und interessantem Beobachtungsmaterial, auf eine Casuistik der auserlesensten Art ankäme, so müsste die Lehre von jener dunkeln Gesamterkrankung des Nervenapparates, die wir hergebrachtweise unter der Benennung „Hysterie“ begreifen, im Laufe der letztern Jahre wahrhaft immense Fortschritte gemacht haben. Wenn wir aber in der Pathologie wie auf jedem Gebiete wissenschaftlicher Forschung eine diesen Namen verdienende dauernde Durchdringung des Stoffes, ein Verständniss der einzelnen Erscheinungen und eine Unterordnung derselben unter allgemeine, in ihrer Allgemeingiltigkeit erkannte und anerkannte biologische Gesetze verlangen und erwarten — dann, müssen wir uns wohl gestehen, hat dieser Theil der Pathologie trotz des reich herzuströmenden empirischen Materials erwähnenswerthe positive Fortschritte bisher nicht zu verzeichnen. Im Gegentheil, eine Menge neuer Probleme ist aufgetaucht von theilweise so schwieriger Art, dass ihre Lösung vorläufig und noch auf längere Zeit kaum zu erwarten steht — ja einzelnen derselben gegenüber dürfte man beinahe geneigt sein, die Möglichkeit ihrer völligen und befriedigenden Erkenntniss überhaupt zu bezweifeln.

Indessen diese relativ unbefriedigende Lage der Dinge kann uns nicht verhindern, denjenigen ärztlichen Forschern unsere Anerkennung zu zollen, die mit einem so grossen Aufwande von Fleiss, Scharfsinn und eindringender Beobachtung dieses spröde Material in Fluss gebracht und wenigstens nach einzelnen Richtungen hin in leichter übersehbare Bahnen gelenkt haben. Und hier steht, wie auf anderen Gebieten neuropathologischer Forschung, Charcot obenan, der über ein unvergleichbares Material gebietend und zudem in besonderer Weise mit der Fähigkeit schraf einschneidender und zersetzender Analyse bewaffnet allerdings wie kein Anderer berufen erschien, auch auf diesem schwierigen und verworrenen Terrain durch Geltendmachung neuer Gesichtspunkte reformatorisch zu wirken.

Allbekannt ist, was durch Charcot selbst und seine Schüler für die Kenntniss und Beziehungen der Hysterie zu anderweitigen schweren Neurosen, namentlich Epilepsie — für die Kenntniss gewisser partieller oder localisirter Formen der Hysteria gravis — und endlich neuerdings für das Studium der Metall-, Electricitäts- und Magnetwirkungen u. s. w. bei Hysterischen geleistet worden ist. Ein zusammenfassendes, zugleich vielfach ergänzendes und lebhaft veranschaulichendes Bild des auf diesem Gebiete neugewon-

nenen Materials und der neugebauten oder in Anbahnung begriffenen Forschungswege bietet uns das merkwürdige, vom Progrès médical publicirte Illustrations-Werk, das unter dem Namen „*iconographie photographique de la Salpêtrière*“ von Bourneville und Regnard im Laufe der drei letzten Jahre in zwei stattlichen Bänden mit zusammen 79 Tafeln (ausser zahlreichen in den Text selbst aufgenommenen Figuren) erschienen.

Der Verfasser der Textes ist Bourneville, während dagegen von P. Regnard die seit dem Jahre 1875 aufgenommenen Photographien des ersten und die Photolithographien des zweiten Bandes herrühren. Beide haben die interessantesten seit dieser Zeit vorgekommenen Fälle der Charcot'schen Abtheilung zu ihrem Beobachtungsobjecte gemacht. Die beiden vorliegenden Bände — mit denen wir aber das Werk wohl noch nicht als abgeschlossen ansehen dürfen — sind fast ganz ausschliesslich der Hysterie namentlich der Hystero-Epilepsie, nächst dem zum kleinern Theile auch der so viele Berührungspunkte mit jener darbietenden partiellen (hemiplegischen) Epilepsie gewidmet. Sowohl der höchst eingehende textliche Commentar an sich — der ausser mehr generalisirenden Betrachtungen verschiedener Art 16 in grosser Ausführlichkeit mitgetheilte Krankenbeobachtungen enthält — wie die meist wohl gelungenen photographischen Aufnahmen der betreffenden Hysterischen, Hystero-Epileptischen und Epileptischen sind nach verschiedenen Richtungen hin ausserordentlich instructiv und belehrend. Was die Abbildungen betrifft, so führen uns dieselben alle Stadien und Einzelphasen der so mannigfaltigen Crisen, der einfachen und gemischten Anfälle und den intervallären Zustand jener Kranken in sprechender Naturwahrheit (wie wohl Jeder einräumen wird, der zu derartigen Beobachtungen in der Salpêtrière selbst Gelegenheit gehabt hat) vor Augen, und bieten uns in ihrer Auswahl und Aufeinanderfolge für manche Fälle förmlich einen illustrirten Abriss der gesammten Leidensgeschichte oder wenigstens der sämmtlichen merkwürdigeren und wichtigeren Leidensstationen. So z. B. für die vierte Beobachtung des ersten Bandes (Tafel 13—24) die fünfte desselben Bandes (Tafel 25 — 40) und die zweite Beobachtung der zweiten Abtheilung des zweiten Bandes, zu welcher die Tafeln 14 — 30 desselben gehören. Der Text gewährt im Wesentlichen ein dreifaches Interesse. Einmal durch die sehr genaue Detailschilderung der betreffenden Krankheitsfälle, welche nicht nur als exquisite Typen ihrer Gattung und Art gelten können, sondern überdies noch vielfach einen culturhistorisch merkwürdigen, spezifisch nationalen und localen, pariserischen Zug an sich tragen — man fühlt sich durch Einzelnes förmlich an die bekannten realistischen Schöpfungen Zola's und seiner Mitsterbenden erinnert! — und somit zu einer künftigen vergleichenden historisch-geographischen Pathologie der Hysterie werthvolle Bausteine liefern. Sodann, was hiermit in anderseitigem Zusammenhang steht, durch die erschöpfende Rücksichtnahme auf historisch bekannte und interessante Parallelfälle (Nonnen von London, Convulsionäre, Marie Alacoque, Madeleine Bavent u. s. w.), worüber der Textverfasser eingehende Studien gemacht und zum Theil aus Processacten und anderweitigen Original-

quellen ein beweiskräftiges Vergleichsmaterial herbeigeschafft hat. Endlich durch die den Einzelfällen voraufgehende oder nachfolgende systematische Darlegung des gegenwärtigen Standes der Lehre von der Hystero-Epilepsie, partiellen Epilepsie und verwandten Zuständen, welche dem Werke zugleich die Bedeutung einer erschöpfenden Monographie dieser in die Lehr- und Handbücher kaum erst aufgenommenen Innervationsstörungen sichert.

Prof. Dr. A. Eulenburg (Greifswald).

167) J. Stilling (Cassel): Ueber die Bedeutung der Occipitallappen des Gehirns für das Sehen.

(Centralblatt für pr. Augenheilkunde Febr. 1879. S. 33.)

Man kann sich sehr leicht durch grosse Querschnitte durch Thalamus opticus und die angrenzenden Hemisphärentheile überzeugen, dass zahlreiche Faserzüge aus dem Sehhügel direct in die weisse Substanz des Occipitallappens eintreten; wonach also dieser Theil des Hirns der centrale Sitz des Sehvermögens ist. Ferner fand St. dass die Endigungen eines Theiles der Sehnervenfasern im Pons cerebri statthat, und eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Fasern des Sehnerven selbstständig ihren Ursprung aus der grauen Substanz des tuber cinereum nehmen, indem sie sich mit kegelförmigen Fortsätzen in dieselbe einsenken.

Nieden (Bochum).

168) Reich: Neuritis optica als Merkmal der Cerebralgeschwülste.

(Protoc. der kaukas. med. Gesellschaft 1878. Nro. 13 nach Hirschberg's C.-B.)

Wenn man bei einem Kranken einseitige Neuritis optica findet, so ist dieses Zeichen an und für sich, ohne andere Symptome in Betracht zu ziehen, noch nicht massgebend eine intracranielle Geschwulst mit Sicherheit zu diagnosticiren. Diese Neuritis kann auch bei Meningitis und Gehirnbrabscess zugegen sein. Die Abwesenheit der Neuritis schliesst ebenfalls nicht (absolut) die intracranielle Geschwulst aus (Heinzel, Jackson, Bull). Beiderseitige Neuritis weist beinahe ohne Ausnahme auf intracranielles Leiden des Gehirns oder seiner Häute hin und in sehr vielen Fällen erscheint sie als Symptom zum Erkennen der intracraniellen Geschwulst, obwohl die letztere in seltenen Fällen sich entwickeln und verlaufen kann, ohne die Entzündung der Sehnerven mittelbar oder unmittelbar hervorzurufen. Neuritis optica schliesst fest aus die Apoplexie und Embolie der Hirngefässe. Die Erscheinung der starken venösen Hyperämie des im Auge sichtbaren Theiles vom Sehnerv auf beiden Augen weist auf erschwerten Blutumlauf im Cranium hin. —

Nieden (Bochum).

169) Prof. H. Munk: Zur Physiologie der Grosshirnrinde.

Arch. für Physiologie von E. du Bois-Reymond 1878. V u. VI.

Vor der Sehsphäre und Hörsphäre des Hundes in der Rinde des Scheitellappens liegt die Fühlsphäre der entgegengesetzten Körperhälfte, die nach vorn bis in die Stirnlappen reicht. Geht man von der Sehsphäre in der Hinterhauptsrinde nach vorne, so stossen

wir unmittelbar davor, beim Hunde wie beim Affen, auf die selbstständige Fühlphäre des Auges. Ist diese rein extirpirt, so tritt bei Berührung des Auges der *entgegengesetzten* Seite kein Blinzeln ein. Die Bewegungen dieses Auges sind weniger excursiv. Die Thiere verfehlen mit diesem Auge leichter kleine Nahrungstücke, die vor ihnen liegen, weiter aber tritt vorübergehend Ptosis und Thränen ein. Die Intelligenz hat *überall* in der Grosshirnrinde ihren Sitz und nirgends einen besonderen.

N i e d e n (Bochum).

170) Wertheimer: Ueber den Pavor nocturnus der Kinder.

(Archiv für klin. Medicin. Band XXIII.)

Die keineswegs seltene Affection der ersten Lebensjahre ist characterisirt durch jähes, plötzliches Auffahren aus tiefem Schlafe der ersten Nachtstunden, Aeusserungen der Angst und des Schreckens mit deutlichem Bezuge auf vorschwebende Wahngelüste, Hemmung des Bewusstseins, Wiederversinken in Schlaf nach Rückkehr des Bewusstseins, Mangel jeder Erinnerung an das Vorgefallene. Die Körpertemperatur ist während des Anfalles nicht erhöht, der Herzstoss bedeutend verstärkt, die Haut mit Schweiss bedeckt, die Pupillen von normaler Weite und Reaction. Theils in periodischen, theils in vollständig unregelmässigen Zwischenräumen wiederholen sich die c. 5—10 Minuten dauernden Anfälle, von denen meist einer, manchmal aber bis zu sieben auf dieselbe Nacht fallen. Es handelt sich gewöhnlich um scrophulöse oder anaemische Kinder, oder um Reconvalescenten, selten lässt sich hereditäre Belastung auffinden. Als Gelegenheitsursache für den Ausbruch der einzelnen Anfälle kann man fast regelmässig ängstigende Gemüthsbewegungen, in sehr seltenen Fällen Verdauungstörungen nachweisen.

Die Ursache der Erkrankung sind leichte Ernährungsstörungen des Gehirns, welche eine gesteigerte Erregbarkeit des Organes bedingen, weshalb solche Kinder auch am Tage erhöhte Irritabilität des Nervenapparates zeigen. Ob die Erkrankung als Ausgangspunkt für weitere Störungen der Gehirnfunktionen zu betrachten ist, kann erst weitere Beobachtung lehren; jedenfalls dürfen die Kinder, schon des beängstigenden Eindrucks der Anfälle auf die Umgebung wegen, nicht expectativ behandelt werden. Neben Hebung der Constitutionsanomalie durch die geeigneten Arzneimittel sind Chinin (bei den mehr periodisch auftretenden Fällen) oder Bromkalium in Verbindung mit lauwarmen nicht zu concentrirten Salzbadern oder leichten hydratischen Methoden anzuwenden.

K o c h (Wiesbaden.)

171) Ein Fall von Herdsclerose. (Aus Charcot's Klinik.)

Im Progrès med. 1879 Nr. 6 ist ein Fall von unvollkommener (fruste) Herdsclerose mitgetheilt, der in der Salpêtrière von Charcot beobachtet und vorgestellt wurde. Die Krankengeschichte ist folgende:

Eine Näherin von 35 Jahren, ohne neuropathische Belastung, erkrankte mit dem 21. Jahre, angeblich in Folge häufiger Nachtwachen an einer Schwäche beider unteren Extremitäten, die von da auch bald auf die oberen überging.

Diese Schwäche nahm stetig zu, sodass die Patientin nach einigen Jahren nicht mehr gehen und stehen konnte und des freien Gebrauches ihrer Hände vollständig beraubt war. Nach Anfällen von *Schwindel* ohne Verlust des Bewusstseins blieb für einige Zeit eine Verschlimmerung der paretischen Erscheinungen zurück. Bei intendirten Bewegungen trat *Zittern* in den Händen ein. Von Zeit zu Zeit Ameisenkriechen in den oberen Extremitäten. Es entwickelte sich rasch eine fast vollständige *Bündheit*, die 3 Monate bestand und dann in kurzer Zeit wieder verschwand. An *Doppeltsehen* litt die Kranke ungefähr 5 Jahre. Zwischen dem 23. und 33. Jahre mehrere Remissionen. Die eine erfolgte nach einer hydrotherapeutischen Behandlung, täuschte fast eine vollständige Genesung vor. Ein Rückfall erfolgte nach heftigem Schrecken. Zwei Jahre vor der Aufnahme in die Salpêtrière im Juli 77 stellte sich zeitweiliges Zittern in den unteren Extremitäten, blitzähnliche Schmerzen, häufiger und unfreiwilliger Harnabgang und wiederholtes Doppeltsehen ein.

Bei der Aufnahme wurde folgender Status praesens aufgenommen: Abgeschwächtes Gedächtniss, verbunden mit geistiger Trägheit und rasch eintretender geistiger Ermüdung. Die Sehschärfe ist etwas herabgesetzt. Es besteht weder Schwindel noch Dunkelwerden vor den Augen. Von Zeit zu Zeit stellt sich leichter Kopfschmerz ein. Die Zunge ist frei beweglich, zeigt fibrilläre Zuckungen. Die Sprache ist behindert. Die Muskelkraft der obren Extremitäten ist fast erloschen. Kein Zittern der Hände. Die unteren Extremitäten sind nicht besonders abgemagert, sind etwas rigide. Bei dem Versuche die Beine zu flectiren tritt vollständige Contractur ein. Selbst bei Unterstützung kann die Kranke keinen Schritt gehen, überhaupt keine Bewegung machen, weil sich die Beine anspannen und aneinanderklammern. Das Knie- und Fussphänomen ist excessiv gesteigert. Es besteht keine Hyperästhesie und keine Anästhesie. Nur zeitweise stellt sich Ameisenkriechen und beissender Schmerz in den Fersen ein. Die Kranke starb nach dem Auftreten von Decubitus und Erysipelas an den unteren Extremitäten im März 78 an Entkräftung.

Die Diagnose, welche bei einer ausgebildeten und weitverbreiteten Herdsclerose keine Schwierigkeiten macht, war in vorliegendem Falle nicht ganz leicht zu stellen, da bei der Aufnahme die meisten für diese Krankheit prägnanten Symptome fehlten. Mit Beihilfe der Anamnese wurden jedoch fast alle Symptome, welche die Herdsclerose characterisiren (die langsam sich entwickelnde Lähmung ohne Sensibilitätsstörung, Zittern bei intendirten Bewegungen, Doppeltsehen, vorübergehende Blindheit, Schwindelanfälle, Sprachstörungen und Cerebralerscheinungen) aufgefunden. Das hervorragendste Symptom bei der Aufnahme der Kranken war die Paraplegia spasmodica, die der Verfasser der Mittheilung ebenso wie Charcot nicht als eine besondere Krankheitsform angesehen wissen will, sondern als einen Symptomencomplex der bei den verschiedenartigsten Erkrankungen des Rückenmarkes welche die Seitenstränge des Rückenmarkes in Mitleidenschaft ziehen, vorkommt und bei *Herdsclerose fast nie fehlt*. Die Lähmung hysterischer mit und ohne Contractur lässt er ebenfalls von einer Seitenstrangaffection abhängig sein.

Die Diagnose wurde durch die Section glänzend bestätigt. Im Cerebrum und Cerebellum finden sich zahlreiche aber kleine Herde in den verschiedensten Bezirken auf der Oberfläche und im

Innern. In den Pyramiden sind ebenfalls einige kleine Plaques. Unmittelbar unter dem Bulbus sind die hinteren Rückenmarksstränge befallen. An der Halsanschwellung sitzt ein Plaque auf jedem Seitenstrang; im untern Halsmark ein solcher auf dem linken Seitenstrang. Im Dorsaltheil ist das Mark ziemlich gleichmässig von Sclerose durchsetzt. Im oberen Lendentheil befindet sich ein Plaque im Hinterstrang.

Halbey (Bendorf).

172) **Baumgarten**: Ein Fall von verbreiteter obliterirender Entzündung mit Arteriitis und Periarteriitis gummosa cerebialis nebst Bemerkungen über Hirnarterien-sclerose und die als Periarteriitis nodosa (Kussmaul und Maier) oder multiple Aneurysmen mittlerer und kleiner Arterien (Meyer) bezeichnete Erkrankung.

(Virch. Arch, Bd. 76. Heft 2.

Verf. beschreibt eingehend den Befund an den Gehirngefässen eines 32jährigen weiblichen Individuums, welches 2 Jahre vor dem Tode an Schwindel und öfteren Anfällen von Bewusstlosigkeit gelitten hatte. Nachdem sich ausserdem Gedächtnisschwäche eingefunden hatte, trat rasch ein comatöser Zustand ein, in welchem der Tod erfolgte. Eine eigentliche Lähmung der Extremitäten- und Gesichtsmuskulatur liess sich nicht nachweisen. Für das Bestehen von Lues liess sich nur eruiren, dass von der betreffenden Person fünfmal faultodte Kinder zur Welt gebracht worden waren, dass zwei weitere Kinder post partum gestorben sind und nur eins am Leben blieb. —

Bei der Autopsie ergab sich, dass die Arachnoidea des Gehirns (es konnte nur die Section des Gehirns vorgenommen werden) zwischen vorderem Rande des Pons und hinterem Chiasmawinkel in ein sulzig-speckiges Gewebe umgewandelt war, und dass an der Aussenseite beider Carotides internae sich höckerige bis erbsengrosse Bildungen von grauröthlicher Farbe und dorber Consistenz erkennen liessen. Tuberkulose bestand nicht. Eine grosse Menge der mittleren und vorderen Gehirnarterien sind enorm verändert; ihre Gefässwand stark infiltrirt und verdickt, hier mehr in diffuser, dort in nodöser Weise. Manche Gefässe erscheinen obliterirt, in solide Stränge verwandelt. Die hinteren Cerebralarterien makroskopisch intact. Hirn normal; kein Hydrops ventriculorum. Auch mikroskopisch zeigt sich das Gehirn, besonders die Rinde normal.

Die genauere histologische Untersuchung der Gefässe, auf deren Detail hier nicht genauer eingegangen werden kann, ergab an den knotenförmigen Gefässanschwellungen vor Allem Anhäufungen von ovalen oder grossen runden Zellen zwischen Adventitia und Media; aber auch eine Intimaneoplasie fehlte nicht, welche zum Theile echte sogenannte Tuberkelriesenzellen enthielt. In den grösseren Nodositäten, besonders an den Carotiden, fand sich centraler käsiger Gewebszerfall. —

In der Epikrise hebt Verf. hervor, dass in dem geschilderten Falle nur die verbreitete Gefässdegeneration zur Erklärung der kli-

nischen Symptomen herbeigezogen werden könne, und dass erst, nachdem die allein intact gebliebenen hinteren Cerebralarterien durch eine dissecirende Thrombose der Basilaris zu functioniren aufhörten, der letale Ausgang sich einstellte. Unzweifelhaft gummöser Natur erscheint die geschwulstartige Neubildung im Subarachnoidalraum; aber auch die Gefässveränderung, welche sie begleitet, wird für eine specifisch syphilitische angesehen. Dafür spricht ihre tumorförmige Gestalt, ihre Zusammensetzung aus Granulationsgewebe mit centraler käsiger Metamorphose, ihr Gehalt an typischen Riesenzellen „bei Abwesenheit jeder tuberkelartigen Bildung in ihrem Innern“, und schliesslich ihr inniger Zusammenhang mit Producten narbig-fibröser Periarteriitis. Die gewöhnliche Veränderung bei Arteriosclerose ergibt andere Verhältnisse. Vor Allem findet sich bei ihr niemals eine so hochgradige Veränderung der Adventitia und Media; aber auch die endarteritischen Veränderungen, auf welche Heubner allein Gewicht legt, bieten histologische Differenzen bei beiden Processen. Immerhin ist eine gemeinsame Grundlage bei beiden Arten der Arterienveränderung vorhanden, nämlich eine formative Reizung des Gefässendothels, die bei der Arteriosclerose nur „spärliche Veränderungen innerhalb der Nutritioncentren der Gefässwand“ einleitet, während sie bei der Arteriitis obliterans syphilitica viel stärkere Zellenwucherungen erzeugt, der ausserdem die senile Disposition zur Verfettung fehlt.

Zum Schluss giebt Verf. einen Ueberblick über die spärliche Anzahl ähnlicher Fälle in der Literatur und wendet sich gegen die Auffassung von Meyer, welcher für derartige Fälle eine Zerrei- sung der morphologisch nicht mehr nachweisbaren Muskelhaut als primäres Moment annimmt, an welche Zerrei- sung sich erst sekundär arteriitische und periarteriitische Vorgänge anschliessen sollen.

Schulze (Heidelberg).

173) Wilhelm (Wien): Zwei Fälle von Morbus Basedowi.

(Pester med chir. Presse. 1879 Nro. 23.)

Bei der Section des 1. Falles, bei dem die Symptomentrias der Bas. Krankheit ausgebildet war, und welcher trotz der vom Verf. gerühmten Anwendung des constanten Stromes am Halse unter immer stürmischerem Carotiden- und Radialispuls, „zeitweiligen Schüttelfrösten, Erscheinungen von Collaps und Gehirnödem“ zu Grunde ging fand sich ein normales Herz, in der geschwollenen Schilddrüse eine Cyste, normales Rückenmark, und *graue Degeneration der oberen Halsganglien des Sympathicus*.

Bei dem zweiten Fall bewirkte die sog. Galvanisation des Sympathicus einen „eklatanten Erfolg“. „Die Symptome der Sympathicuslähmung gingen allmählig zurück, die Angenlider konnten nach 10 maliger Anwendung die Augen wieder bedecken, auch die Innervationsstörungen der Gefässwände liessennach, in dem der Hals abschwell, und die Circulation der Halsarterien wieder ruhiger wurde“.

Beide Fälle betrafen Weiber mit schlechtem Ernährungszustande.

Erlenmeyer.

174) **Schwimmer** (Budapest): Ein universelles Sklerem der allgemeinen Decke.

(Vortr. in der K. Ges. der Aerzte in Budapest; Pester med. chir. Presse 1879. Nro. 23.)

Es handelt sich um eine 28 jähr., früher gesunde Frau, die 4 normale Geburten überstanden hat. Bei dem letzten diffuse Peritonitis; gleichzeitig die ersten Spuren der Sklerodermie am Sternum. Die Affection griff rasch um sich, und war nach 2 Monaten diffus. Sie stellte eine ausgebildete Form eines hochgradigen universellen Sklerems dar; Spannung der allgemeinen Decke intensiv; Hautfarbe blass; Gesichtszüge marmorartig; Muskelbewegungen des Gesichts wie der Extremitäten behindert; Gehen nur mit Schwierigkeit möglich. Nachdem alle therapeutischen Versuche (namentlich Roborantien und Moorbäder) misslungen waren griff Verf. zum constanten Strom (Sympathicus und R.M.-Symp.-Ströme) und erzielte in 6 Monaten einen wesentlichen Erfolg. Die Haut wurde weicher, die Spannung liess nach.

Verf. hält diesen Fall von Sclerem besonders auf Grund des therapeutischen Erfolges für eine vom Sympathicus bedingte Ernährungsstörung.

Erlemeyer.

175) **Max Buch** (Ishewsk): Klinische Prüfung der Frage von den peripheren vasomotorischen Centren und den gefässerweiternden Nerven.

(St. Petersburger Medicin. Wochenschrift. 1879. Sep.-Abdr.)

Verf. versucht die Erscheinungen abnormer Temperatur (Erhöhung, dann Erniedrigung) Oedem, Cyanose und Atrophie an gelähmten Gliedern auf Grund der bekannten Experimente von Goltz zu erklären. Er supponirt 1) Centren der gefässerregenden Nerven in der unmittelbaren Nähe der Gefässeränderungen oder in ihnen selbst, 2) gefässerweiternde Nerven resp. Hemmungsnerven für die gefässerengernden. Ad. 1 führt er an die automatischen Herzganglien, Ganglienknotten an den Verzweigungen der Carotis, die sog. Schaltknotten des Sympathicus am Ursprung der Art. lingualis, temporalis, pharyngea ascendens, am Theilungswinkel der gemeinsamen Kopfschlagader, am Ursprung der Art. laryngea und maxillaris interna, die kleinen, fast mikroskopischen Ganglienknötchen die Hyrtl in dem die Art. corporis callosi begleitenden Zuge sympathischer Fasern eingesprengt fand und spricht die Ansicht aus, dass gleiche Centren an anderen Gefässen noch nicht gefunden seien, weil man sie dort noch nicht gesucht habe. Von Hemmungsnerven nennt er den Vagus (für die automatischen beschleunigenden Herzganglien) die Nn. erigentes (für die Ganglien der Penisgefässe). Er erklärt nun wie folgt zunächst kurz die nach erfolgter peripherer Lähmung eintretende erhöhte Temperatur: die gefässerweiternden Nerven werden durch den Insult und die daran sich schliessende Entzündung gereizt, es erfolgt Gefässerweiterung, vermehrte Blutfülle, vermehrte Wärmeabgabe an die umgebenden Theile event. Oedem. Dass, wie Nothnagel betont hat, die bei Lähmungen häufig beobachteten diffusen Schmerzen mit dem Oedem coincidiren

erklärt Verf. durch die Annahme, dass sensible und gefässerweiternde Nerven durch denselben Reiz angeregt werden. Allmählig nimmt die Entzündung ab, die erhöhte Temperatur macht einer normalen Platz, welche nach und nach in eine subnormale übergeht. Anatomisch bedeutet dies: Lähmung resp. Degeneration der gefässerweiternden und Persistenz und kräftige Wirkung der gefässerengernden Nerven.

Dies liegt auch vor bei Atrophie. Man bedarf also nicht der trophischen Nerven, um die Atrophien zu erklären, oder die gefässerweiternden Nerven sind die trophischen Nerven, deren Ausschaltung Atrophie verursacht. Auch die Cyanose ist leicht erklärt. Durch die Verengung des Gefässystems wird eine Verlangsamung des Blutstromes veranlasst, das Blut muss also länger in der gelähmten Extremität weilen, wird venöser und verleiht der Extremität die blaue Färbung.

Bei centralen Lähmungen ist das Verhalten der Temperatur etc. (Anfangs erhöht, dann erniedrigt) ebenso wie bei peripheren, also müssen sich wohl in Hirn und R.-M. Centren für depressorische Nerven finden. Je tiefer das R.-M. laedirt, desto grösser die Temperaturherabsetzung, weil desto mehr Centren nicht mehr functioniren.

Erlenmeyer.

176) **Lauder Lindsay**: Mechanical restraint in English asylums.

(Sep.-Abdruck aus American Journal of Insanity. April 1879.)

Lindsay wendet sich in diesem Artikel gegen den Bericht, welchen eine Parlaments-Commission über den Einfluss der Irrengesetze auf Verletzung der persönlichen Freiheit herausgab, und vornehmlich gegen einen Ausspruch von Lord Shaftesbury, Vorsitzenden der Irren-Behörde, dahin lautend, dass der Gebrauch mechanischer Beschränkung in den englischen Anstalten völlig abgeschafft sei. Verf. beruft sich zum Beweise der Unrichtigkeit dieser Behauptungen auf die von der Irrenbehörde herausgegebenen Blaubücher, die regelmässig von Lord Shaftesbury selbst unterzeichnet seien. Nur in dem einen Blaubuch, das, im August 1878 erschienen, über die Vorkommnisse in den Anstalten während des Jahres 1877 berichtet, fand Verf. 123 Fälle von Anwendung mechanischer Beschränkung angeführt. Er führt die Namen der Anstalten auf, in denen sie vorkamen; dann die Begründungen die gegeben waren; so zur Verhütung von Selbstbeschädigung, von Selbstmord, von Zerstörung von Verbänden; wegen Gewaltthätigkeit, Zerreißen, Zerkratzen von Gesicht oder Kopf etc. Die Art der Beschränkung bestand in Anwendung von trockenen und nassen Einwicklungen, von Jacken, Handschuhen, Befestigung im Bett, Beschränkung der Hände durch Flanell- und andere Binden etc. und dauerte eine Nacht, 10 Stunden, Tagelang bis zu 103 Tagen und 47 Wochen. Eine Zusammenstellung gibt die Anzahl der Fälle in jeder einzelnen Anstalt; eine weitere die günstigen Urtheile, welche von den Visitatoren diesen einzelnen Anstalten gependet werden bezüglich der humanen, freudlichen Behandlung der Kranken. Mit diesen nachgewiesenen Thatsachen glaubt Verf. aber die Zahl der Fälle

von Anwendung mechanischer Beschränkung noch lange nicht erschöpft, indem über die in Arbeitshäusern, in Privatanstalten und in Privatpflege untergebrachten Kranken keine zuverlässigen Berichte vorhanden seien, und anzunehmen sei, dass die mechanische Beschränkung noch häufiger vorkomme als in den öffentlichen Anstalten. Verf. hält sich dem obigen Ausspruche Lord Shaftesbury's gegenüber berechtigt zu der Annahme, dass während des Jahres 1877 zum mindesten in 300 Fällen mechanische Beschränkung angewendet worden sei. Karrer (Erlangen).

177) **J. K. Baudy**: Emotional Insanity.

(The Saint Louis medical and surgical Journal. April 1879.)

In einer Einleitung bespricht Verf. zuerst die Diagnostik der Geisteskrankheiten im Allgemeinen und kommt dann auf die Diagnose der Emotional Insanity oder des affectiven Irreseins, welches am allerschwerigsten unter den übrigen Formen von Geistesstörung zu erkennen sei. Verf. theilt mit *Maudsley* den Irrsinn in zwei Hauptgruppen, das *affective* Irresein und das *intellectuelle* Irresein. Der Grundprocess beim Irrsinn ist die Veränderung des affectiven Lebens; bei allen Formen der Geistesstörung ist dieselbe nachzuweisen. Sie kann für sich bestehen bleiben und damit das affective Irresein bilden, oder weiterschreiten und das intellectuelle Irresein einleiten; im ersteren Falle haben wir es mit irren Handlungen, dem Ausdruck der irren Gefühle, im andern auch mit irren Worten, dem Ausdruck der irren Gedanken zu thun. Verf. lehnt sich ganz an *Maudsley* an, den er auch häufig citirt. Das affective Irresein theilt er auch ein in das *moralische* und das *impulsive* Irresein. (instinctive *Maudsley* Ref.) Die klinische Schilderung bietet nichts Neues. Im letzten Abschnitte über die gerichtlich-medicinische Seite des affectiven Irreseins kämpft Verf. energisch unter Beiziehung verschiedener Autoren für die Unzurechnungsfähigkeit der an affectivem Irrsinn Leidenden, sowie der Geisteskranken überhaupt und gegen das Vorurtheil, als ob häufig nur Irresein vorgeschützt würde. Er will, dass bei jedem Falle, wo Verbrechen vorliege und der geistige Zustand Zweifel erzeuge, eine Commission von mehreren Sachverständigen mit der Untersuchung beauftragt werde. Auffallend ist bei dem Eifer des Verf. für die Kranken, dass er fordert, es solle eine Person, die von einem Morde wegen Geistesstörung freigesprochen worden sei, nun auf *Lebenszeit* in einer Irrenanstalt untergebracht werden, auch wenn Heilung eintrete; da man nicht sicher sei vor einem Rückfall und einer Wiederholung des Verbrechens.

Karrer (Erlangen).

178) **Mitchell**: Beitrag zur Statistik der Sterblichkeitsziffer in den Irrenanstalten.

(Contribution to the study of the Death-rate of Persons in Asylums. Journal of mental science, April 1879. p. 1 bis 4.)

In den schottischen Irrenanstalten sterben jährlich 8,3 Procent der verpflegten Geisteskranken, von der Gesamtbevölkerung Schottlands nur 1,7 Procent. Um den Umstand, dass in den

Irrenanstalten nur wenige Kranke unter 10 Jahren vorkommen, auszugleichen, wurden auch bei der Einwohnerzahl Kinder unter 10 Jahren nicht gerechnet. In den Anstalten starben von der Altersklasse von 10 bis 15 Jahren 6,2 Procent, diese Ziffer wächst ziemlich stetig mit zunehmendem Alter, wird nur etwas niedriger zwischen 25 und 30 Jahren, um besonders nach den 50er Jahren sehr rasch zuzunehmen, bis zu 59,5 Procent zwischen 80 und 90 Jahren. Bei der Gesamt-Bevölkerung beginnt die Sterblichkeitsziffer mit 0.58 in dem Alter von 10 bis 15 Jahren, wächst in langsamer Progression bis zu 1,97 zwischen 50 und 55 Jahren, von da rascher, bis zu 38,41 Procent zwischen 90 und 100 Jahren.

Krueg (Oberdöbling bei Wien).

179) **Chapman:** Ueber den Einfluss von Alter, Geschlecht und Ehe auf die Disposition zu Geistesstörung.

(On the Influence of Age, Sex and Marriage on the Liability to Insanity: bring an Analysis of some Statistical Tables in the Thirty-Second Report of the Commissioners in Lunacy (England). Journ. of mental science, April. 1869, p. 28—40.)

Der Arbeit des Verfassers liegen die Berichte über sämtliche im Jahre 1876 in allen englischen Anstalten aufgenommene Geisteskranke zu Grunde. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die benützten Zahlen sind gross genug um befriedigende Resultate zu gestatten.

2) Im Verhältniss zur Gesamtbevölkerung wächst die Zahl der Aufnahmen mit dem Alter bis zum 35ten Jahre (12 von 10000), von da an nimmt sie stetig ab (in hohem Alter 10 von 10000); rechnet man nicht vom Tage der Aufnahme, sondern vom ersten Anfall an, so bleibt die Neigung zur Geistesstörung vom 30. oder schon vom 20. Jahre an aufwärts für jedes Alter ziemlich gleich.

3) In dem Alter zwischen 20 und 40 Jahren überwiegen stark die Männer, vom 40. bis zum 60. etwas die Weiber, über dem 60. wieder etwas die Männer. Schliesst man die allgemeine Paralyse aus, so wird die stärkere Disposition der Weiber zwischen dem 40. und 60. Jahre noch viel deutlicher.

4) Von allen Leuten, die das 20. Jahr überschreiten, kommen im Laufe ihres späteren Lebens 3,5 Procent in Anstalten.

5) Berücksichtigt man das Verhältniss der Ledigen, Verheiratheten und Verwitweten in der über 20 Jahre alten Gesamtbevölkerung, so werden auf je einen verheiratheten 2,83 ledige und 1,5 verwitwete Geisteskranke in den Anstalten aufgenommen.

6) Es ist ziemlich sicher, dass die Ueberzahl der Ledigen nicht dadurch zu erklären ist, dass Ehelosigkeit Geistesstörung verursacht, sondern diese oder eine Neigung dazu halten von der Ehe ab. Unter dieser Voraussetzung würden in einem Alter von 20 bis 30 Jahren 1 Procent und zwischen 30 und 40 Jahren 3 Procent aller Ledigen wegen Disposition zur Geistesstörung unverheirathet bleiben und späterhin in Anstalten kommen.

7) Die allgemeine Paralyse ist häufiger bei Männern als bei Weibern, doch gerade im ungünstigsten Alter, zwischen 40 und 50 Jahren ist die Differenz am geringsten.

8) Im Gegensatz zu den übrigen Formen ist die Paralyse bei den Ledigen kaum häufiger, als bei Verheiratheten, was vielleicht mit der selteneren erblichen Disposition zusammenhängt.

9) Die allgemeine Paralyse wird viel häufiger als die anderen Formen von Ursachen bedingt, die geschäftliche Energie und starken Gebrauch (oder Missbrauch) der Lebensthätigkeiten in sich schliessen, und seltener als jene durch von dem Individuum anhängende (ererbte) Gebrechen.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

III. Verschiedene Mittheilungen.

180) Die Entdeckung der Seele durch Herrn Prof. J ä g e r in Stuttgart.

1. Prof: J ä g e r an den Herausgeber des Auslands Herrn v. Hellwald.

Stuttgart, 11. Mai 1879. Wertheater Freund! Da ich weiss, dass Sie sich für meine „Entdeckung der Seele“ lebhaft interessiren, wird Ihnen vielleicht die kurze Notiz willkommen sein, dass es mir heute, nachdem mein Chronoskop seit acht Tagen im Gang, gelungen ist, den mathematischen Beweis für den Knotenpunkt meiner Entdeckung in wünschenswertheater Weise zu führen. Auf der nächsten Naturforscher-Versammlung in Baden-Baden werde ich die Seele an Händen und Füssen mathematisch gebunden ad oculos, ad nares et ad manum demonstiren. Mit besten Grüßen Ihr Dr. G. J ä g e r.

2. Herr Ch. Edler von Schick h an den Redacteur der deutschen Zeitung in Wien.

Herr Redacteur! Als ich von der obigen Zuschrift Kenntniss genommen, schrieb ich an Herrn Professor Dr. G. J ä g e r um näheren Aufschluss, weil ich selbst mich dem gleichen Punkte auf dem naturwissenschaftlichen Erkenntnissfelde in meinen Arbeiten zugewendet hatte und daher das grösste Interesse an allem darauf Bezüglichem nahm.

Ich erhielt nun folgendes Antwortschreiben:

Gehrter Herr!

3. Den thatsächlichen Nachweis von der Richtigkeit meiner Behauptung, dass die Dichtstoffe, die man an einem lebenden Geschöpfe riecht, die Seele sind, habe ich dadurch geliefert, dass ich mittelst eines sehr feinen Zeitmessers die Geschwindigkeit der Nervenleitung nach einer in der Experimental-Physiologie längst gebräuchlichen Methode prüfte. So konnte ich ziffermässig nachweisen, dass die genannten Dichtstoffe in intensivster Weise auf das Nervensystem wirken, und dass sie die Erzeuger der „Seelenaffecte“ sind, und zwar in doppelter Weise: ein Geschöpf kommt in Affect: 1) wenn in ihm selbst der Dichtstoff seines eigenen Eiweisses entbunden wird, 2) wenn es diesen Dichtstoff oder den entsprechenden einer anderen Person einathmet. Die Experimente sind in der mannigfaltigsten Weise varürt worden und lassen für den Fachmann nicht den mindesten Zweifel mehr übrig.

In der in Kurzem erscheinenden zweiten Auflage meiner Schrift „Entdeckung der Seele“ werden alle Nachweise und neue ungeahnte Aufschlüsse enthalten sein, auch einige interessante Angaben über Natur und Wesen des Geistes, der sich mit völliger Klarheit als etwas real Exist-

tirendes von der Seele toto e coelo Verschiedenes herausstellt. Die materialistische Lehre erhält durch meine Entdeckung einen Schlag, von dem sie sich schwerlich wieder erholen wird, und die practischen Früchte meiner Entdeckung, die ich bereits in vollsten Zügen genieße, werden meiner Entdeckung den Triumph schneller erringen, als irgend eine andere Entdeckung von ähnlicher Tragweite, wesshalb all' der Blödsinn, mit dem anonyme Feuilletonisten meinen Brief an Hellwald zu garniren für gut finden, bloß erheiternd auf mich wirkt.

Stuttgart, am 7. Juni 1879.

Mit besten Grüßen Ihr ergebenster

Dr. G. Jäger.

Wir halten vorläufig, sagt die W. Med. Pr. der wir diese Correspondenz entnehmen, das ganze für eine gelungene Satyre, wenn nicht gar für Selbstironisirung. Da jedoch die Sache so vielfach besprochen wird, glaubten wir, selbe den Lesern nicht vorenthalten zu sollen. (D. Med. W. 1879. 26.)

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialstädt. Irrenanstalt zu Schwetz: Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. 2) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a. Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage; Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. b. Assistentenarzt sofort, 1500 M. jährl. freie Stat. Wohn., Heizung und Beleuchtung. 3) Andernach, provinc. Irrenanstalt: II. Arzt; 2700 M. freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, Arznei. (Meldungen bei dem Landesdirector der Rheinprovinz, Freiherrn von Landsberg in Düsseldorf.) 4) Prov.-Irrenanstalt Eichberg (Nassau) III. Hülfarzt, 1. Juli, 900 M., freie Beköstigung I. Classe. 5) Coeslin: Regierungs und Medicinalrathsstelle. 6) Ueckermünde: Provinzial-Irrenanstalt: III Arzt, zum 1. August. 1000 M., frei Station. 7) Klängenmünster: Director, 5000 M., Familienwohnung, Garten, Entschädigung für Holz und Licht. Bewerbungen bis 15. Juni bei der Kgl. Bayr. Regierung in Speyer. 8) Saargemünd: Assistentenarzt, 1200 M., freie Station. 9) Die Kreisphysikate Angerburg, Nieder-Barnim, Bromberg, Bublitz, Creuzburg, Darkehmen, Dortmund, Erkelenz, Moers, Mogilno, Rügen, Ruppin, Saetzig, Schlochau, Sensburg, Sorau, Ost-Sternberg, Tönning, Warendorf.

Ernannt: Der Kgl. Bezirksarzt Dr. Friedrich Roth zum Oberarzt der Local-Irrenanstalt St. Getreu bei Bamberg.

V. Anzeigen.

Ein gebildeter

Oberwärter

kann sogleich bei uns Stellung finden; wir bitten um Einsendung von Zeugnissen über den bisherigen Wirkungskreis sowie um Angabe des Gehaltsanspruches.

Bandorf bei Coblenz, 1. Juli 1879.

**Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt
für Gemüths- und Nervenkranken.**

Die Redaction des Centralblattes empfängt folgende Journale und Zeitschriften regelmässig:

1.) Durch Tausch:

1. Aerztliche Mittheilungen aus Baden. — 2. Medicinisches Correspondenzblatt des Württembergischen Vereins. — 3. Breslauer ärztliche Zeitschrift. — 4. Memorabilien und Irrenfreund. — 5. Friedreich's Blätter für gerichtliche Medicin. — 6. Berichte der naturforschenden Gesellschaft zu Bamberg. — 7. Gazette médicale de Strassbourg. — 8. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. — 9. Organ der Taubstummen- und Blindenanstalten in Deutschland. — 10. Oesterreichische ärztliche Vereinszeitung. — 11. Psychiatrische Jahrbücher als neue Folge des psychiatrischen Centralblattes (Wien). — 12. Medicinisch-chirurgische Rundschau (Wien). — 13. Pester medicinisch-chirurgische Presse. — 14. Bulletin de la société des sciences médicales du Grande-Duché de Luxembourg. — 15. Annales medico-psychologiques. — 16. Le progrès médicale. — 17. Bulletin générale de thérapeutique. — 18. Journal de Médecine (Bruxelles). — 19. Bulletin de la société mentale de Belgique. — 20. Journal of mental science. — 21. Journal of mental and nervous disease (Chicago). — 22. St. Louis medical and surgical journal. — 23. Journal of insanity (Utica N. Y. — 24. Rivista sperimentali di freniatria e medicina legale. — 25. Bolletino del manicomio provinciale di Ferrara. — 26. Boletín del Instituto medico Valenciano. —

2.) Durch Abonnement:

27. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — 28. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. — 29. Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. — 30. Berliner Klinische Wochenschrift. — 31. Deutsche medicinische Wochenschrift. — 32. Allgemeine medicinische Centralzeitung. — 33. Schmidt's Jahrbücher. — 34. Deutsches Archiv für Klinische Medicin. — 35. Lyon médicale. —

Reclamationen gegen unregelmässigen Empfang unseres Blattes sind an derjenigen Stelle anzubringen, bei welcher auf das Blatt abonniert worden. Post wie Buchhandel sind zu unentgeltlicher Nachlieferung verpflichtet.

Gegen Francoeinsendung von M. 6 an uns erfolgt portofreie Zusendung der bisher erschienenen 12 Nummern dieses Jahrgangs. Einige complete Expl. des I. Jahrgangs können für M. 8 abgelassen werden.

Bendorf bei Coblenz den 1. Juli 1879.

Die Expedition.

Briefkasten der Redaction.

Dr. Wladimir Roth; dankend erhalten, in nächster Nummer.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERMENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Fettschleife oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

15. Juli 1879.

Nr. 14.

I N H A L T.

- I. ORIGINALIEN. 1. Dr. Wladimir Roth: Ueber das Verhalten der Muskelkerne bei progressiver Muskelatrophie und amyotrophischen Lähmungen. 2. Dr. Erlenmeyer Nachtrag zu dem Aufsatz: Eine bemerkenswerthe Beobachtung über die Wirkung der statischen Electricität bei einem Falle von hysterischer Lähmung. Offener Brief an Herrn Dr. Romain Vigou-roux in Paris.
- II. REFERATE. 181) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. (Fortsetzung.) 182) Ueber die im Jahre 1878 publicirten wichtigeren Arbeiten, welche die vergleichende Anatomie des Centralnervensystems der Vertebraten betreffen. (Schluss.) 183) Werner: Trepanation der Wirbelsäule bei Wirbelfrakturen. 184) Dieulafoy: De la paralysie du nerf radial. 185) J. Hughlings Jackson: Lectures on the Diagnosis of Epilepsy. 186) Danillo: Zur Casuistik der Meningitiden. Beobachtung aus der Kriegspraxis. 187) Savage: (London) Gebrauch und Missbrauch von Chloralhydrat. 188) Needham (Barwood): Ueber künstliche Ernährung. 189) Fletcher Beach: Zwei Fälle von vorübergehender Aphasie nach einer Reihe von schweren epileptischen Anfällen. 190) Savage: Zwei Fälle von gehaltter Geistesstörung nach langjährigem Aufenthalt in einer Irrenanstalt. 191) Rigler (Berlin): Ueber Verletzungen des Rückenmarkes und über Siderodromophobie. 192) Vieusse: Directe Communication des Schädelraumes mit der Tenon'schen Kapsel. 193) Billod: Des effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité dans la détermination de certains types de folie.
- III. VERSCHIEDENE MITTHELUNGEN. IV. NEUESTE LITERATUR. V. PERSONALIEN. VI. ANZEIGEN.

I. Originalien.

I.

Ueber das Verhalten der Muskelkerne bei progressiver Muskelatrophie und amyotrophischen Lähmungen.

Von WLADIMIR ROTH.

Hier möchte ich nur einige das Verhalten der Muskelkerne bei den in der Ueberschrift genannten Prozessen betreffende Facta betonen und zugleich die irrthümliche Auffassung zurückweisen, welche meine darüber gemachten Angaben in einem in Nr. 10 dieser Zeitschrift enthaltenen Referat erfahren haben. Die von mir im Text gegebene Schilderung wo ich den noch den Franzosen geläu-

figen Ausdruck noyaux du sarcolemme (welcher wie es scheint den Referenten irre geführt hat) im Sinne von *Muskelkerne* gebrauchte, lautet, wie folgt: „Les noyaux du sarcolemme sont en prolifération en général peu prononcée; sur une ou deux préparations cependant ils forment un manchon autour de la substance striée. Ils sont hypertrophiés et ont des nucléoles distincts de volume ordinaire. La prolifération ne marche pas de la même manière que l'atrophie. Les noyaux semblent au contraire diminuer de nombre dans une dernière période, car dans les fibres les plus atrophiées et dans les sarcolemmes dont le contenu strié a complètement disparu, on ne voit que relativement peu de noyaux. (Arch. de physiol. 1878. S. 636.)“ Weiter ist von keinen *anderen* Muskelkernen die Rede, sondern von ausserhalb der Muskelfaser gelegenen Embryonalzellen, ihrer Umwandlung in Bindegewebe etc.

Die oben citirte Beschreibung passt im Allgemeinen auch für die von mir später untersuchten Fälle von Progr. Muskelatrophie, Sclérose latérale amyotrophique und anderen atrophischen Lähmungen. Als erste unter dem Mikroscope wahrnehmbare Veränderung in den Muskelfasern zeigte sich stets eine Hypertrophie und Proliferation ihrer Kerne mit der bekannten Bildung von Kernketten, die in einigen, öfter unterbrochenen, bisweilen auch zusammenfliessenden Reihen sich der contractilen Substanz anschmiegen. Im weiteren Verlaufe des Processes lösen sich die diese Ketten bildenden Kerne von einander, verändern ihre Form und Lage, entwickeln sich zu indifferenten Zellen, nur wenige bleiben als differencirte Muskelkerne zurück. Ob später innerhalb des Sarkolemma's noch einige neue Kerne (in der allgemeinen Bedeutung des Wortes) durch weitere Proliferation oder vielleicht Einwanderung erscheinen, mag dahingestellt bleiben; im Grossen und Ganzen *nimmt ihre Zahl mit fortschreitender Atrophie der contractilen Substanz entschieden ab*. Davon kann man sich besonders gut überzeugen, wenn man die am meisten atrophirten Fasern ins Auge fasst. Denn, obwohl man unter ihnen einzelne findet, deren contractile Substanz von einem förmlichen Mantel von „Kernen“ umgeben ist, (was übrigens noch keine absolute Vermehrung in späteren Stadien der Muskelatrophie beweist), so enthält doch der weitaus grösste Theil derselben nur wenige „Kerne“, was besonders auffallend ist, wenn man die oft beträchtliche Proliferation im frühesten Stadium des Processes berücksichtigt. Eben diese Proliferation könnte sich dem Auge entziehen, wenn die Kerne sich schlecht gefärbt haben und man die Präparate nur mit schwacher Vergrösserung flüchtig durchmusterte; in dünnen und feinen Fasern springen dagegen alle „Kerne“, ob gefärbt oder nicht, schön hervor; ihr Durchmesser übertrifft ja oft den der quergestreiften Substanz. Auf welchem Wege die „Kerne“ in den einfach atrophischen Fasern verschwinden, konnte nicht mit Sicherheit eruiert werden. In dem körnig degenerirenden geht der grösste Theil atrophisch zu Grunde. Die unregelmässig zerstreuten oder in Häufchen zusammengedrängten Kerne werden allmählig kleiner, ihr Inhalt wird homogener und färbt sich leichter mit Carmin. Es ist leicht alle Stufen der Kernatrophie zu verfolgen. Ebenso leicht

ist es sich zu überzeugen, dass die Zahl und durchschnittliche Grösse der Kerne in den dünnsten in körniger Degeneration und Zerfall begriffenen Fasern geringer als in den relativ besser erhaltenen ist. Am wenigsten Kerne findet man in den leeren Sarkolemma-schläuchen. Die sogenannten Muskelzellenschläuche müssen als eine sehr seltene Nebenerscheinung aufgefasst werden, die ihre speciellen Ursachen haben mag und in Nichts die oben aufgestellte allgemeine Regel erschüttert. —

Wien, d. 14. Juni 1879.

II.

Nachtrag zu dem Aufsätze: Eine bemerkenswerthe Beobachtung über die Wirkung der statischen Electricität bei einem Falle von hysterischer Lähmung (d. B. 1879. I.)

Offener Brief an Herrn Dr. Romain Vigouroux in Paris
von Dr. A. ERLÉNMEYER.

Sehr geehrter Herr College!

Sie haben in Nr. 8 des Progrès médical vom 22. Februar d. J. meine kleine hier in der Ueberschrift näher bezeichnete Arbeit durch eine eingehende Besprechung geehrt, und darin einige Fragen an mich gerichtet und einige Bemerkungen einfließen lassen, die eine Antwort und Berichtigung meinerseits erheischen. Wenn ich erst heute dazu komme, diese zu geben, so wollen Sie mein ungebührlich langes Schweigen damit entschuldigen, dass ich zuvor noch den Einfluss eines inzwischen beschafften Hufeisenmagnetes mit einer Tragkraft von 144 Kilo bei 18 Kilo Eigengewicht*) auf die halbseitige Sensibilitäts- und Motilitätslähmung meiner Patientin abwarten und Ihnen mittheilen wollte.

Bei meiner damaligen Publication war es mir einzig und allein darum zu thun, die eigenthümliche, von jener der constanten und unterbrochenen Electricität so differente und zeitlich so beschränkte Wirkung der statischen Electricität hervorzuheben, und ich habe es ausdrücklich betont, dass bei vollständig normaler farado- und galvanomusculärer Contractilität niemals die Spur spontaner Bewegung bei monatelang fortgesetzter centraler und peripherer Behandlung mit diesen beiden Stromarten bei meiner Patientin erzielt werden konnte, dass dagegen schon nach relativ kurzer Zeit der Application der statischen Electricität eine durch ihren jedesmaligen kurzen Bestand characterisirte spontane Bewegungsfähigkeit producirt worden sei. Dieser aus der faradischen und galvanischen Therapie ungekannte Erfolg schien aber eine gewisse Aufmerksamkeit zu verdienen, weil er mir wie eine Art besonderer *Reactionsform* imponirte, die vielleicht bei eingehenderer Beachtung weitere Schlüsse auf den Ernährungs- beziehungsweise histologischen Zustand der Muskeln gestattete. Ich scheue mich nicht es anzusprechen, dass ich das geschilderte Verhalten für eine Art von Ermüdungs- oder Entartungsreaction auffasse, die nur auf Erregung mit der statischen Electricität eintritt, und die sich durch eine ausserordentlich kurze Zeitdauer characterisirt.

*) Aus der Fabrik von van Wetteren in Haarlem.

Wenn es gelingt durch fortgesetzte faradische oder galvanische Reizung i. e. eine sogenannte Behandlung einer gelähmten Muskelgruppe die active Bewegungsfähigkeit derselben wieder herzustellen, so bleibt diese, einmal angeregt, auch fortan bestehen. Anders verhielt es sich in meinem Falle; die electro-statisch producirte active Bewegungsfähigkeit persistirte hier nicht, sondern nahm nach Aussetzen des electricischen Reizes quantitativ allmählig ab, um schliesslich ganz zu verschwinden. Die gelähmten Muskeln reagirten mithin nicht nur in qualitativ verschiedener Weise gegen die statische wie gegen die faradische und galvanische Electricität, indem dort eine active Contractionsfähigkeit eintrat, die hier ausblieb, sondern diese qualitativ veränderte Reactionsform zeigte ausserdem noch eine sehr kurze Intensitätsdauer, indem sie quantitativ abnahm.

Auf dieses Verhalten die Aufmerksamkeit zu lenken, war die einzige Absicht meiner damaligen Publication.

Sie haben nun, verehrter Herr College, diesen Hauptpunkt meiner Mittheilung — wie ich Angesichts Ihrer umfangreichen Erfahrung grade auf dem einschlägigen Gebiete sagen muss — *leider* nicht berücksichtigt, Sie haben sich vielmehr vorzugsweise darauf beschränkt, die von mir mehr nebenbei erwähnte Nichtwirkung der Metalle, des Magneten und der statischen Electricität auf die Sensibilität aus meiner Mittheilung hervorzuheben und an der Richtigkeit meiner Methode und der Zulänglichkeit meines Instrumentarium Zweifel zu hegen.

Sie fragen zunächst, ob die 3 genannten Agentien nur auf die kranke, oder auch auf die gesunde Seite der Patientin applicirt worden seien. Hierauf antworte ich, dass ich, gerade durch Ihre Publicationen über diesen Punct veranlasst, immer zuerst die gesunde Seite vorgenommen habe; es ist aber ein positiver Erfolg, wie bereits erwähnt, nicht eingetreten. Noch mehr, inzwischen habe ich einen Magneten von 144 Kilo Tragkraft auf die gesunde Seite applicirt, aber ein positiver Erfolg, oder überhaupt eine allergeringste Wirkung ist auch hier weder objectiv noch subjectiv, zu verzeichnen.

Sie fragen weiter nach der Stärke meiner statischen Electrisirmaschine und der Form der Excitatoren. Die letzteren sind kugelrund. Die erstere ist bekanntlich eine aus variablen Componenten sich ergebende Grösse, die kaum annähernd zu bestimmen ist. Doch mag die Angabe genügen, dass bei einem Scheibendurchmesser von 35 Ctm. gewöhnlich 4—5 Ctm. lange Funken producirt werden.

Dass ich zu der Leydener Flasche griff, hat ganz natürlich darin seinen Grund, weil ich mit der Maschine allein zu keinem Resultate kam und sie mir zu schwach vorkam, obwohl das Einschlagen der Funken in die Patientin wie das Abziehen aus derselben leicht schmerzhaft war. — Ihre Vermuthung, dass meine Versuchsordnung (ein Draht um den Kopf) durch die Nähe des Gehirns zu Inconvenienzen führen könne, kann ich nicht bestätigen. Es lag ja sehr nahe den Versuch zu machen, ob nicht durch eine länger fortgesetzte Electrisation ein längeres Bestehenbleiben der durch sie producirtiven activen Beweglichkeit hervorzurufen sei, und

ich habe die Patientin stunden- selbst einen ganzen Tag lang unausgesetzt von 3 zu 3 Minuten durch eine vermittelst der Leydener Flasche verstärkte Entladung erschüttern lassen; die gehoffte zeitliche Aufbesserung der activen Bewegungsfähigkeit trat nicht ein, aber auch keinerlei Symptome wurden beobachtet, die auf eine Ueberreizung des Gehirns hätten bezogen werden können; nicht einmal der Kopfschmerz an dem die Patientin beständig litt, wurde durch die erwähnte Manipulation verstärkt.

Die überaus günstige Wirkung von passiven Bewegungen als eines die active Bewegung fördernden Mittels — was Sie bisher nicht beobachtet haben — muss ich noch einmal ausdrücklich, auf unzählige absolut positive Versuche gestützt, hier hervorheben. Ich kann sogar hinzufügen, dass es mir zu der Zeit, wo die active Bewegungsfähigkeit noch gleich Null war mehr als einmal gelungen ist, durch energische passive Bewegungen eine leichte active Bewegung zu ermöglichen. Und noch heute, wo die Patientin schon längst zu gehen vermag, wird noch jedesmal nach einer und durch eine Reihe von passiven Bewegungen die Weite der activen Bewegungsexcursionen ganz erheblich gesteigert.

Damit wären Ihre Fragen beantwortet und ich gehe nun über zur Mittheilung der Beobachtungen, die ich bei Application eines Hufeisenmagneten von 144 Kilo Zugkraft gemacht habe. Zuvor will ich nur noch kurz betonen, dass durch die fortgesetzte Anwendung der statischen Electricität nach keiner Richtung hin irgend etwas erreicht worden ist, ja dass sogar die in meiner ersten Publication mitgetheilten kleinen Erfolge nach und nach wieder zurückgegangen sind.

Dass der Magnet auf die fühlende Seite der Patientin applicirt, eine Veränderung der Sensibilität *nicht* hervorbrachte, habe ich bereits erwähnt; wohl war, wenn er auf die anaesthetische Seite gelegt wurde regelmässig später ein Sensibilitätstransfert zu constatiren. Dagegen ist niemals der geringste Einfluss auf die halbseitige Anomie, Achromatopsie, die halbseitig verminderte Seh- und Hörschärfe meiner Patientin eingetreten; auch die vorhandene Erscheinung der conträren Muskelcontraction wurde nie im Mindesten alterirt. Was die Beweglichkeit anlangt, so trat jedesmal, wenn das vorher gefühllose Bein durch den Magneten sensibel geworden war, eine active Beweglichkeit ein, die genau so lange anhielt, als das Gefühl andauerte, und mit diesem wieder abnahm. Auch hier wurden durch zeitlich prolongirte Applicationen — die Patientin lag z. B. während der ganzen Nacht auf den Polen des Magneten — keine besonderen Fortschritte erzielt, und erst dadurch, dass ich begann zur Zeit des Sensibilitätstransfert, also wenn das kranke Bein sensibel geworden, dasselbe zu faradisiren, ist es schliesslich gelungen, die active Bewegungsfähigkeit quantitativ und zeitlich zu steigern und die Patientin nach und nach vollständig zum Gehen zu bringen. Sie vermag jetzt ganz vorzüglich mit dem Stock zu gehen, allein — und ich hebe das ausdrücklich hervor — die Hemianästhesie, die Hemianomie, die Hemiachromatopsie etc. etc. bestehen heute noch ebenso unverändert, wie früher.

Es vermochte also der Magnet nicht — und Sie werden ihm ge-

wiss den Vorwurf der Schwäche nicht machen können — die Anästhesie dauernd zu beseitigen, und die active Beweglichkeit ohne die Hilfe des faradischen Stromes herbeizuführen; jedenfalls eine neue Stütze jener Ansicht, dass die „Metallotherapie“ (im weitesten Sinne genommen) noch nicht so gesetzmässig und schematisch sich verhält, wie sie ihre „gläubigen“ Vertreter hinstellen wollen.

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen über die „expectant attention“, die durch die Erwartung gesteigerte Willenskraft.

Dass Metalle, Magnete, statische Electricität etc. bei Kranken *unter gewissen Bedingungen* bestimmte Veränderungen der *Sensibilität* hervorbringen (Transfert) ist eine Thatsache, die nicht anzufechten ist, die aber sehr viel von ihrer Bedeutung verloren hat, seitdem die Untersuchungen von Rumpf dargethan haben, dass es sich bei dem Transfert um ein physiologisches, bei jedem Gesunden producirtbares Phänomen handelt. Die bestimmten Bedingungen unter denen diese Erscheinungen auch in pathologischen Fällen auftreten suche ich in einem, wenn ich so sagen darf proportionalen Verhältniss zwischen der Schwere der Erkrankung und der Stärke der angewandten Apparate. Eine Electricitätsmaschine wie die der Salpêtrière, die mit Dampf getrieben wird, dürfte wohl für alle Fälle ausreichen und beweisen, dass es nur auf den *geeigneten und hinreichend starken Reiz* ankommt.

Nicht so unanfechtbar scheint mir die Beeinflussung der *Motilität* durch die öfters genannten Apparate zu sein und gerade hierfür kann ich nicht umhin dem Willen der Kranken einen erheblichen, ja den grössten, Einfluss einzuräumen.

Welche Patientin wollte nicht von ihren Leiden gerne befreit sein? Und welche Patientin vermuthet nicht, dass wenn ihr Arzt irgend Etwas an ihr vornimmt mit Instrumenten und Apparaten, dass es geschehe um in letzter Linie ihr Leiden zu bessern und zu beseitigen? Wird sie nicht, wenn sie eine günstige Wirkung der mit ihr oder an ihr vorgenommenen Manipulationen erwartet, diese durch eine ihrerseits erhöhte Innervation, ein *Bewegen wollen* unterstützen? Und schliesslich hat denn diese Annahme so etwas Wunderbares und *Unbekanntes*, dass man ihr ganz rücksichtslos gegenüber treten zu müssen glaubt? Im Gegentheil, ich glaube, dass wir mit diesem Factor beständig auf allen Gebieten der Therapie, allerdings wohl öfter unbewusst als bewusst rechnen, und dass die Concession seiner Wirkung auch bei der Therapie der Hysterie unbedingt zugegeben werden muss. Ob es durch homoeopatische Dosen von Milchzucker oder eines beliebigen andern, durch die colossale Verdünnung indifferent gewordenen Arzneimittels gelingt eine hysterische Lähmung zu beseitigen, oder ob dies gelingt durch den Genuss des Wassers von Lourdes, durch einen Schrecken, eine plötzliche Freude, das Anfliegen einer geheiligten Reliquie, eines Amulettes, eines Zwanzig-Francsstückes, oder eines Magneten auf die gelähmte Extremität oder ob es gelingt durch sog. thierische Electricität und Mesmerismus — bei allen wirkt in letzter Instanz nur eine durch festen, unerschütterlichen Glauben und Vertrauen sowohl wie gesteigerte Hoffnung auf Besserung angefachte Willenskraft der betreffenden Patientin,

und der Arzt, welcher nicht das unbedingte und unbegrenzte Vertrauen einer Hysterica besitzt, der ihr vielmehr unsympathisch ist und unangenehm, der wird nie und nimmer seine Patientin zur Genesung bringen.

Diese meine Ansicht der einschlägigen Frage, welche ich durch eine Reihe von treffenden Beispielen unterstützen kann, glaubte ich Ihnen nicht vorenthalten zu sollen.

Gehnehmigen Sie verehrter Herr College den Ausdruck meiner besonderen Hochschätzung und Verehrung, worin ich verharre
Ihr ganz ergebener
Dr. Erl en m e y e r.

II. Referate.

181) **O. Kahler** und **A. Pick**: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.

(Prager Vierteljahrsschrift 1879.)

(Fortsetzung.)

IV. Die Verf. treten der von **Erb** und **Friedreich** in neuerer Zeit aufgestellten Theorie von der motorischen Ataxie entgegen und sprechen sich für die ältere Anschauung (**Leyden**) aus, dass Coordinationsstörungen der Bewegungen Folge von Läsionen der die Bewegungscontrole vermittelnden centripetalen Bahnen seien. Insbesondere widersprechen sie der Annahme **Erb's**, dass zur Erlernung der coordinirten Bewegungen centripetal leitende Bahnen erforderlich seien, zur Fortdauer derselben aber nicht mehr, indem sie auf die Nothwendigkeit der Anpassung einer jeden willkürlichen Bewegung an den wechselnden Herd und an die Umgebung, welche der steten Controle durch das Sensorium bedarf, hinweisen. Auch die Vermuthung **Erb's**, dass centrifugale coordinatorische Bahnen in den Kleinhirnseitenstrangbahnen verlaufen und die Ansicht **Friedreich's**, der centrifugale coordinatorische Bahnen in den Hintersträngen annimmt, wollen Verf. vom anatomischen Standpunkt aus nicht gelten lassen, und weisen nachdrücklich auf die bisher bei allen Formen spinaler Ataxie constatirte Läsion der Hinterstränge hin. Bei Besprechung der cerebralen Ataxie theilen die Verf. eine Beobachtung mit, aus der sie mit Hinweis auf die Resultate experimenteller Forschung den Schluss ziehen, dass auch diese cerebrale Form der Ataxie auf die Störung einer Function sensibler Nerven, nämlich der Bewegungsempfindung zurückzuführen sei. Mit Rücksicht auf die seither veröffentlichten Versuchsergebnisse **Munk's** (*Arch. f. Phys.* von **Du Bois-Reymond** 1878 und 1879.) erscheint die gennante, bisher wohl in ihrer Art einzige Beobachtung, einer kurzen Mittheilung werth. Bei einem 33 jährigen tuberculösen Mädchen beginnt die Erkrankung mit Ameisenlaufen, welches vom 2. und 3. Finger der rechten Hand ausgehend sich langsam im Laufe von 5 Wochen über die ganze rechte obere Extremität, die rechte Kopf- und Gesichtshälfte, die rechte Hälfte der Zunge und

Mundhöhlenschleimhaut, und entsprechende Hälfte des Rachens ausbreitet. Bei der klinischen Untersuchung wird hochgradigste, bei geschlossenen Augen sich steigernde Bewegungsataxie der rechten oberen Extremität sowie vollständiger Verlust des Muskelgefühls und der Bewegungsempfindung in derselben constatirt. Später traten rechtsseitige paretische Erscheinungen auf; auch wurde geringe Aphasie beobachtet. Die Sektion der einer tuberculösen Meningitis basilaris erlegenen Kranken ergibt in der Rinde der linken Grosshirnhemisphäre einen bohngrossen, flachen, käsigen, nur einige Mm. in die Tiefe der Substanz eindringenden Tumor an der hintersten Partie des Stirnlappens und einen zweiten ähnlichen, aber kleineren, am Scheitellappen (vordere und hintere Centralwindung).

Neben den bekannten Formen der Ataxie, die durch Läsionen des Centralnervensystems bedingt sind, gibt es aber eine ansehnliche Gruppe, die anatomisch noch nicht erforscht sind. Es sind dies die von Leyden als acute, von Friedreich zum Theil als functionelle bezeichneten Ataxieen, die man auch, da die weitaus überwiegende Mehrzahl von Beobachtungen solche betrifft, die nach acuten Erkrankungen entstanden sind, als Ataxieen nach acuten Erkrankungen bezeichnen könnte.

Solche Erkrankungen sind die Diphtheritis, der Typhus, die Pocken, Masern, das Erysipel, die Pneumonie und wie die Verff. nachweisen, auch der Malariaprocess. Es folgt eine Zusammenstellung eigener Beobachtungen und des vollständigen aus der Literatur gesammelten casuistischen Materiales in der Weise, dass die Fälle nach dem Verlaufe in drei Gruppen geschieden werden: a) Fälle mit mehr oder weniger raschem Ausgange in Genesung; die rasch entstandene Ataxie und die anderen Krankheitserscheinungen sind nach Wochen oder Monaten geschwunden. Hier bringen die Verff. eine sorgfältige eigene Beobachtung bei von Entwicklung hochgradiger allgemeiner Bewegungsataxie nach Wechselfieber.

Nach 11 äusserst schweren typischen Intermittensparoxysmen entwickelten sich bei dem 53jährigen Manne zur Zeit als der 12te bevorstand, schwere nervöse Störungen. Als Pat. am folgenden Tage zur Beobachtung gelangte, wurde Bewegungsataxie der oberen und untern Extremitäten, Schwanken des Rumpfes beim Aufsitzen, ataktische Sprachstörung und ataktischer Nystagmus (Friedreich) constatirt. Neben diesen hervorstechendsten Erscheinungen wurde noch beobachtet eine psychische Alteration leichteren Grades, ausgesprochene Abnahme der Muskelkraft, Störung des Muskelgefühls an den untern Extremitäten und Fehlen des Patellarsehnenreflexes beiderseits. Durch 6 Tage blieb der Zustand des Kranken unverändert, dann begann langsame Rückbildung der Erscheinungen, zuerst der Sprachstörung, dann der Bewegungsataxie (zuerst an den oberen Extremitäten), dann des ataktischen Nystagmus. 16 Tage nach der Aufnahme gelang es zum erstenmale den rechtsseitigen Patellarsehnenreflex nachzuweisen, einen Tag später auch den linksseitigen.

Die Zusammenfassung aller in diese Gruppe gehörigen Beobachtungen zu einem Krankheitsbilde ergibt die Thatsache, dass ausser den die Scene beherrschenden ataktischen Erscheinungen

noch eine ganze Reihe nervöser Symptome sich mehr oder weniger constant vorfindet, nämlich cerebrale Störungen (z. B. Aphasie), verschiedene motorische und Sensibilitätsdefecte, Störungen der spinalen Reflexe etc.

Da sich aber die meisten dieser Symptome in bestimmte Beziehung bringen lassen zu Läsionen gewisser Theile des Centralnervensystems (vergl. oben) und Verf. dies auch für die Ataxie anzunehmen nicht anstehen, so kann es sich hier wegen der Vielfältigkeit dieser Localisationen nach Ansicht der Verf. nur um einen diffusen rp. disseminirten, jedenfalls in seiner Verbreitung von Nervenbahnen unabhängigen Process handeln. b) Fälle bei denen in dem eben genannten beschränkten Zeitraum die Heilung nicht erfolgt, vielmehr der Uebergang in ein chronisches Leiden stattfindet; die rasch entstandenen Erscheinungen nehmen meist einen progressiven Charakter an oder werden stationär; später zeigen sie mitunter selbst einen leichten Nachlass, in jedem Falle aber bleiben gewisse schwere nervöse Störungen zurück, unter denen die Ataxie jedoch fehlen kann.

Die initialen Symptome, welche bei den in diese Gruppe gehörenden Fällen (Westphal, Otto, Ebstein) zur Beobachtung kommen, zeigen nahezu vollständige Uebereinstimmung mit jenen, die der ersten Reihe angehören und das spätere Krankheitsbild erweist sich, wie die Verf. des Näheren ausführen, als identisch mit dem der disseminirten Herdsclerose, deren Auftreten nach acuten Krankheiten ja schon mehrfach klinisch und in dem bekannten Falle Ebstein's auch anatomisch sicher gestellt ist. Die Verf. bereichern die einschlägige Casuistik um einen neuen Fall nach Typhus.

c) Fälle mit rasch tödtlichem Ausgange. Hier können die Verf. nur zwei Fälle (mit dem Befunde einer acuten Myelitis, einen nach Diphteritis von Oertel, einen in Folge des puerperium von Leyden und Jolly) anführen, eine geringe Zahl, die jedoch von Bedeutung ist, wenn man die von Westphal nachgewiesene fleckweise auftretende oder disseminirte Myelitis nach acuten Erkrankungen berücksichtigt.

Verf. halten somit die Abhängigkeit des Krankheitsbildes, das als Ataxie nach acuten Erkrankungen geschildert wird, von einem disseminirt im Centralnervensystem localisirten Prozesse für erwiesen und geben im Anschlusse nachfolgende Hypothese: Alle genannten Erkrankungen, die Ataxie im Gefolge haben können, sind Infectionsprocesse, folglich parasitäre Erkrankungen, bei denen der ursächliche Zusammenhang localer Gewebsveränderungen und Ernährungsstörungen mit der Entwicklung importirter Pilzkeime vielfach klargelegt ist. Es handelt sich hier um einen gleichen Process im Centralnervensystem. Leisten die Gewebelemente den hervordrängenden Organismen genügenden Widerstand, so kömmt es zu rascher Wiederherstellung der gestörten Function (erste Gruppe), ist das Gegentheil der Fall, so entwickeln sich Gewebsveränderungen, Myelitis und Sklerose (2te und 3te Gruppe). (Forts. folgt.)

Rosenbach (Breslau).

182) Ueber die im Jahre 1878 publicirten wichtigeren Arbeiten, welche die vergleichende Anatomie des Centralnervensystems der Vertebraten betreffen.

(Schluss.)

Ueber das Verhältniss des Nervus abducens zum N. oculomotorius giebt **Graux** (13) interessanten Aufschluss. Es ist ihm nämlich am Gehirne der Katze gelungen, Fasern nachzuweisen, welche vom Abducenskerne nach aufwärts gekreuzt gegen den Oculomotoriuskern der anderen Seite verlaufen, und sich hier dem Bündel der austretenden III. Wurzel anschliessen. (Derartige Bündel konnte er allerdings ebensowenig wie **Duval** weder beim Menschen, noch beim Affen auffinden.) Auf Grundlage dieses anatomischen Verhältnisses ist er demnach geneigt anzunehmen, dass von jedem Abducenskerne aus der *Musculus rectus externus* derselben, und der *M. rectus internus* der andren Seite innervirt werden, wodurch sich der Synergismus dieser beiden Muskeln einfach erklären würde.

Vergleichende Untersuchungen über die vorderen Vierhügel hat **Tartufferi** (21) angestellt. Als Hauptergebniss seiner ausgedehnten Arbeit ist die Thatsache anzusehen, dass die oben genannten Gebilde in der ganzen Säugethierreihe, speciell aber auch bei Thieren mit rudimentärem Gesichtsansatz (*Talpo*) nach einem und demselben Typus gebaut sind. Die grösseren Wurzel des unzweifelhaft vorhandenen Nervus opticus hat auch beim Maulwurf ihren Ursprung in den vorderen Vierhügeln. Die Wurzelfasern des N. opticus erreichen dieses Ganglion, nachdem sie vorher die *Eminentia thalamo-geniculata* (entstanden aus der Verschmelzung des Thalamus mit beiden Kniehöckern) passiert haben. Auch über die *Corpora geniculata* bei den verschiedenen Säugethieren gibt **Tartufferi** Auskunft.

Vom Kleinhirn der Taube ist nach **Stephani** und **Weiss** (20) zu bemerken, dass die drei hintersten Windungen desselben beiderseits zu einer einzigen Windung zusammenfliessen, welche sich nach aussen zu als kleiner Zapfen fortsetzt. Von diesem Zäpfchen verläuft ein äusserst zartes, weisses Band nach rückwärts gegen den Ursprung des Nervus acusticus hin, um daselbst zu endigen (*bandedetta acustica*). — Hinsichtlich des feineren Baues finden sich in der Rinde des Kleinhirnes bei Tauben vollkommen dieselben Schichten und Elemente wieder, wie bei Säugethieren. Die Purkinje'schen Zellen sind meist bipolar (nur ein peripherer Fortsatz) und verfallen bei Thieren, denen die Bogengänge durchschnitten worden sind, der Verhornung oder Verfettung.

In einer ausführlichen, auf zahlreiches Untersuchungsmaterial gestützten Arbeit hat es **Fritsch** (7) in sehr geistreicher Weise unternommen, die Uebereinstimmung der Anlage des Centralnervensystems aller Wirbelthierklassen bei den Fischen in seinen Eigenthümlichkeiten zu verfolgen und dabei die Punkte der Annäherung wie der Abweichung genauer festzustellen. Es ergab sich aus seinen Untersuchungen, deren Resultate sich in Kürze nicht mittheilen lassen, dass viele der bisher als dem Fischgehirn eigenthümlich be-

trachteten Bildungen in der That nur in bestimmter Weise veränderte Organe der vollkommeneren Gehirne repräsentiren, und Homologien mit einer sehr grossen Wahrscheinlichkeit sich häufig selbst bis auf feinere Details ausdehnen lassen.

Reichenheim (17) findet, dass bei *Torpedo electricus* nicht zwei getrennte, sondern nur ein einziger elektrischer Lappen vorhanden sei. Er macht auf den physiologisch merkwürdigen Umstand aufmerksam, dass während beim Zitterwels jederseits eine einzige colossale Ganglienzelle (nach der Angabe von Bilharz) genügt um das elektrische Organ zu versorgen, beim Zitterrochen ungefähr 150,000 Ganglienzellen des *Lobus electricus* diese Aufgabe erfüllen. Da die elektrischen Organe des Zitterrochens unter der Herrschaft des Willens stehen, so ist a priori zu erwarten, dass auch die *Lobi optici* mit dem Bewusstseinsorgane, mit dem Vorderhirne, in Verbindung stehen. Zu diesem Zwecke befindet sich unter dem *Lobus electricus* jederseits ein Nervenkerne, von welchem deutliche Fasern in den *Lobus electricus* eindringen, und von welchem Verbindungsbahnen gegen das Grosshirn angenommen werden können, wenn auch der directe Nachweis nicht gelungen ist.

Rohon (18) kann sich der eben mitgetheilten Anschauungsweise keineswegs anschliessen; der Bau der elektrischen Lappen sei überdies ein viel complicirter als er von Reichenheim angegeben wird. Ausserdem bringt Rohon werthvolle Angaben über den Ursprung des *N. vagus* bei Selachiern, deren er zahlreiche Arten untersuchte. —

Freud (6) hat eingehende Studien über das Rückenmark, über die Spinalnervenwurzeln und die Spinalganglien von *Petromyzon* geliefert, welche vielfach auch Schlüsse auf die Verhältnisse bei höheren Thieren gestatten. Die sehr einfach gebauten Spinalganglien von *Petromyzon* enthalten nur 8 — 23 Zellen; letztere sind fast ausschliesslich bipolar. Die Spinalganglien können gewissermassen als hinaus geschobener Antheil des Hinterhornes angesehen werden; Spinalganglion und Hinterhorn bilden in Bezug auf ihr Verhältniss zur hintern Wurzel ein Ganzes. In der *Pia spinalis* ist ein feines Netz varicöser Nervenfasern nachzuweisen. Eigenthümlich sind die Gefässverhältnisse im Centralnervensysteme der meisten Saurier mit Ausnahme der Chamäleoniden nach Schöbl (19). Jede Arterie wird von einer entsprechenden Vene ausnahmslos bis in die allerfeinsten Verzweigungen, ohne die geringste Deviation begleitet; nachdem jene capilläre Feinheit erreicht hat, löst sie sich nicht in ein Capillarnetz auf, sondern jedes Capillarzweigen biegt schlingenförmig in das betreffende venöse Stämmchen um. Jede Arterie bildet dadurch mit ihrer Vene ein abgeschlossenes, isolirtes Ganze, welches nirgends, weder durch ein Capillarnetz, noch durch Anastomosen mit einem benachbarten Zweigen communicirt.

Längs des Seitenstranges des Rückenmarkes verläuft bei einigen Reptilien und Amphibien, besonders bei Schlangen, ein im Querschnitte linsenförmiges, fibröses Band, zwischen *Pia mater* und Marksubstanz, von welchem Berger (1) meint, dass sein Zweck

hauptsächlich darin bestehe, das Rückenmark vor localen Zerrungen zu schützen; es fand sich eben nur bei solchen Thieren, deren Wirbelsäule stärkeren Biegungen ausgesetzt ist.

H. Obersteiner (Wien).

183) **Werner**: Trepanation der Wirbelsäule bei Wirbelfrakturen.

(Strassburger Inaugural-Dissert. 1879.)

Anknüpfend an einen auf der Strassburger chirurg. Klinik beobachteten Fall von Wirbelfraktur, bei welchem entsprechend dem in der Gegend des 11. Rückenwirbels vorhandenen Defekt eine Längsincision gemacht wurde, die losen Knochensplitter extrahirt, Theile des Wirbelbogens resecurt wurden ohne dass, trotzdem die Wunde gut heilte, eine wesentliche Besserung der vorhandenen motorischen und sensiblen Lähmung der Unterextremitäten erzielt wurde, — bespricht der Verf. den Effekt und die Berechtigung der Trepanation der Wirbelsäule bei Fraktur derselben, sich stützend auf 31 in der Literatur bekannte Fälle.

Von diesen 31 Fällen sind 7 genesen, 24 gestorben. In keinem Falle verschwand nach der Trepanation die Lähmung. 12 Mal trat vorübergehende Besserung ein.

So lange die Frage über Regenerationsfähigkeit des Rückenmarks noch eine offene ist, so lange ferner die Compression, Contusion und vollständige Zerreißung des Rückenmarks klinisch nicht scharf zu trennen sind, so lange wird man nach der Ansicht des Verf. betrechtigt sein die Operation auch in Fällen zu machen, in denen durch spätere anatomische Untersuchung nachgewiesen wird, dass die Zerstörung selber die Möglichkeit eines Erfolges ausgeschlossen hat.

Sonnenburg (Strassburg. i. E.).

184) **Dieulafoy**: De la paralysie du nerf radial.

(Gaz. hebdom. 1879. Nr. 22.)

Bei einem bisher gesunden Patienten stellte sich ohne nachweisbare Ursache eine Paralyse des Nerv. radial. ein. Als Pat. am Morgen erwachte, war die linke Hand gelähmt. — Ausser der charakteristischen Stellung der Hand und des Vorderarms war die Sensibilität erhalten, wie es gewöhnlich auch bei Radialparalysen zu sein pflegt. Ebenso war die elektro-muskuläre Erregbarkeit vorhanden. — Nach drei Wochen war die Heilung bei consequenter elektrischer Behandlung vollständig.

Was die Pathogenese anbetrifft, so hält D. die Entstehung der besagten Paralyse in Folge von Kältewirkung (Erkältung) fest, und lässt die gegen die Entstehungsursache der Paralyse durch Erkältung von Panas angeführte Localisation der Radialislähmung nicht gelten.

Für die Persistenz der elektro-muskulären Contractilität bei Radialisparalyse fehlt nach D., der die bisherigen Anschauungen einer Kritik unterwirft, eine genügende Erklärung.

Sonnenburg (Strassburg i. E.).

185) **J. Hughlings Jackson**: Lectures on the Diagnosis of Epilepsy.
(The British medical Journal 1879. Nro. 941. 943. 944.)

Verf. hat vor der Harveian Society eine Reihe von Vorträgen gehalten, die uns unter dem obigen Titel vorliegen.

Dieselben bieten neben den zahlreichen diagnostischen Beiträgen noch ein ganz besonderes Interesse dar, weil ihr erster Theil der Beantwortung der Frage über *Sitz und Wesen der Epilepsie* gewidmet ist. Obwol vielen Lesern die einschlägigen in englischen und amerikanischen Journalen zerstreuten Arbeiten Jackson's bekannt sind, so möchten wir hier dennoch auf die vorliegenden etwas genauer eingehen, schon deshalb, da Verf.'s Ansichten über die Pathogenese der Epilepsie wesentlich von den bei uns herrschenden abweichen.

Auf Grund klinischer und pathologischer Beobachtungen über epileptiforme Krämpfe bei Rindenerkrankung stellte Verf. schon vor Jahren die Hypothese auf, dass die eigentliche *Epilepsie* das Resultat einer *Entladungs-Affection* („Discharging lesion“) der *Hirnrinde* — und nicht das einer krankhaften Erregung der Reflexcentren des Pons und des verlängerten Markes sei.

Werden in gewissen Territorien der Rinde bestimmte Ganglien-Zellengruppen durch eine anomale Ernährung in einen Zustand von erhöhtem *labilem Gleichgewichte* gebracht, so resultirt daraus eine permanente Störung ihrer Function. Ist ein solcher Zustand nun einmal geschaffen, so bedarf es nur noch einer directen, irritirenden Ursache, um dann eine *plötzliche excessive Entladung* dieser Zellengruppe herbeizuführen.

Normaliter entladen diese sensito-motorischen Centren ihre Kraft allmählig und regelmässig und nicht in Form einer Explosion. Der *besondere Sitz der Entladungs-Affection* in der Hirnrinde bedingt die verschiedenen *Arten* der Epilepsie.

Von der *Stärke der Entladung* und dem *Widerstande*, der ihrer Ausbreitung von den benachbarten Zellengruppen entgegengesetzt wird, hängen die *Grade* der Insulte ab.

Da gewisse Rindencentren auch organischen Functionen vorstehen, so fänden auch die organischen Störungen eine ungezwungene Erklärung. Fügen wir noch dazu, dass die Rindenzellen nicht durch eine primäre Erkrankung, sondern erst in *sekundärer Weise durch eine Alteration der kleinsten Arterien* — Embolie oder Thrombose — in den Zustand von grosser Labilität gerathen, so haben wir die Hauptpunkte der Lehre Jackson's angeführt.

Es lässt sich nicht leugnen, dass in dieser Lehre manche Punkte enthalten sind, denen wir vollkommen zustimmen können, so namentlich dem, dass eine occasionelle, irritirende Ursache — sofern sie einen epileptischen Insult auslösen soll — stets ein dazu schon vorbereitetes, mit der sogenannten epileptischen Veränderung versehenes Gehirn treffen muss.

Doch sind darunter andererseits, noch eine solche Reihe von blossen Vermuthungen und subjectiven Annahmen, dass wir sie, obgleich sie durch die Thierexperimente von Hitzig, Ferrier, Eulen-

burg und besonders durch die direkte faradische Reizung der menschlichen Hirnrinde in dem bekannten Falle von Bartholow eine grosse Stütze gewonnen haben, als nichts anderes ansehen können, denn als eine *geistreiche* — *Hypothese*. —

Der zweite und grössere Theil der vorliegenden Arbeit behandelt in eingehender und erschöpfender Weise die klinische Seite der *leichten epileptischen Insulte* („little fit“) namentlich mit Rücksicht auf die Diagnostik.

Zu praktischen Zwecken theilt er alle hierhergehörigen Fälle in typische und subtypische, und bringt zur Illustration der verschiedenen klinischen Arten zahlreiche einschlägige Beobachtungen bei.
F. Müller (Graz).

186) **Danillo**: Zur Casuistik der Meningitiden. Beobachtung aus der Kriegspraxis.

(Medizinsky Westnik, medicinischer Bote 1879. Nr. 5.)

Die differentielle Diagnose der verschiedenen Formen der Meningitis ist wegen mancher, allen gemeinschaftlichen Symptome schwer. Dieser, so wie der Umstand, dass die idiopathische Basilar meningitis eine seltene Krankheitsform (cf. Huguenin, Ziemssen's Handbuch 11 par. 525), besonders in Kriegszeiten darstellt, geben ein gewisses Recht, den vorliegenden Fall zu veröffentlichen, um so mehr, da die Diagnose durch die Section bestätigt wurde und der Fall einen, von dem durch Huguenin geschilderten abweichenden Verlauf nahm. Höchst wahrscheinlich haben in den Hospitälern während des letzten Krieges beschäftigte Collegen ähnliche Fälle beobachtet, es könnte also dieser Fall in Gemeinschaft mit etwaigen andern die ätiologischen Momente klarer stellen (cf. Huguenin pag. 529.)

Die *Anamnese* ergab folgendes: der Kranke wurde in das 59. temporäre Kriegshospital in Tiraspoli während des Durchzugs des Regiments auf den Kriegschauplatz aufgenommen; der Transport der Truppen geschah in Waggons, welche zum Ueberführen von Vieh bestimmt waren und für die Soldaten umgerichtet wurden. So weit ich die Bekanntschaft solcher Waggons auf der Streke Odessa-Kischinev machte, fand ich sie grösstentheils dumpf und stinkend; ich muss noch hinzufügen, dass zur Zeit der Aufnahme des Kranken ins Hospital (Ende August 1877) die Tage heiss, die Nächte aber kalt waren und Patient bis dahin gesund war. Der bis zu seinem Eintritt ins Hospital immer gesund gewesene Kranke wurde am 27. August von Schwindel befallen, was ihn auch veranlasste ärztliche Hülfe zu suchen. Dr. Danillo bekam ihn am 1. September zu Gesichte.

Status praesens. 27 jähriger Mann von kräftiger Körperconstitution, Brustorgane normal, die Milz ein wenig vergrössert, Kahnbauch, beide Conjunctiven injicirt, Pupillen verengt, geringe Photophobie, P. 54, Achseltemperatur 37,7⁰ c., allgemeiner Kopfschmerz und Schwäche. Der linke Mundwinkel herabgezogen, die belegte Zunge zittert beim Hervorstrecken, der Kranke schwankt beim Gehen mit geschlossenen Augen, die Bewegungen sind gut coordinirt, aber ruckweise; A. T. 98,0⁰. 2. IX. Es sind mehrere Schwindelanfälle

und Uebelkeiten beobachtet worden, die Pupillen reagiren gegen Licht nicht, das Sensorium nicht frei, der Kranke antwortet zögernd und den an ihn gestellten Fragen nicht entsprechend, zeitweilig Krämpfe im Gebiete des linken N. facialis T. 37,9, A. 38,2, P. 62—58.

3. IX. Apathie, Obstipation seit 3 Tagen, Harnverhaltung, die Facialiskrämpfe links sehr häufig, die Pupillen eng, reactionslos, es sind mehrmals Krämpfe in den oberen und unteren Extremitäten aufgetreten. T. 38,1 A. 37,6 P. 80—96 4. IX. T. 36,9 A. 36,9 P. 82—90, unzusammenhängende Delirien, welche mit ruhigen Intervallen abwechseln; der Kranke reagirt gegen äussere Reize gar nicht, Krämpfe im Gebiete bald des rechten, bald des linken Facialis, die Lider zittern, die rechte Pupille enger als die linke, beide reagiren nicht, Druck und Schmerzreflexe verlangsamt und träge, häufige beiderseitige tonische Zuckungen in den Flexoren der Unterarme und der Hände. 5. IX. T. 36,9⁰—37,7⁰, P. 90—100. Derselbe apathische Zustand, Harn und Stuhl gehen unwillkürlich ab, die Facialiskrämpfe häufig und sehr heftig, die Schmerzreflexe wenig deutlich, kein Strabismus. 6. IX. T. 36,7⁰ A. 37,9⁰ P. 100—90., derselbe Zustand, unregelmässige Zuckungen einzelner Muskelgruppen an den oberen und unteren Extremitäten, die rechte Pupille fast ad maximum erweitert, keine Reaction gegen Licht. 7. IX. 36⁰,0 A. 35,7⁰ P. 110—120. Das Schlucken unmöglich, die eingegossene Flüssigkeit regurgitirt, fast ununterbrochene Krämpfe im Bereiche beider Faciales, ähnliche, aber weniger Zuckungen in den Flexoren der Extremitäten, unwillkürlicher Koth- und Harnabgang; am Abend Cheyne-Stokes'sches Phänomen. 8. IX. T. 35,7⁰, P. unzählbar, schwach, völlige Bewusstlosigkeit, klonische Zuckungen im Gebiete beider Radialnerven, keine Reflexe mehr auszulösen, A. T. 35⁰,1 und Tod.

Aus den Ergebnissen der *Section* führte Dr. Danillo nur den Befund in der Schädelhöhle an, da die übrigen Organe, auch das Halsmark nichts Abnormes boten. Die Schädelhöhle enthielt viel Flüssigkeit, die Dura mater injicirt, die Pia stellenweise getrübt, nicht injicirt, die Gehirnsubstanz fest, der Subarachnoidalraum weist keine Feuchtigkeit auf. Die *Gehirnbasis*: die *pia* ist, angefangen von der Commissura arcuata anterior zwischen dem Trigonum intercrurale und der Austrittsstelle des Glossopharyngeus bis zu den crura cerebelli ad pontem verdickt, deutlich gelbroth gefärbt, die Entzündungsproducte verdecken an den bezeichneten Stellen vollkommen die unterliegenden Gehirntheile. Diese Veränderungen sind am deutlichsten im Trigonum intercrurale und auf der untern Fläche des pons ausgeprägt, man sieht an einigen Stellen der Piagefässe gelbgräue Verdickungen; frische Glycerinpräparate der *pia* von der Gehirnbasis zeigten ein dichtes, eng verflochtenes Fasernetz, welches das ganze Gesichtsfeld bedeckte, im Verlaufe der erweiterten Gefässe aber eine grosse Anhäufung von runden, den Eiterkörperchen ähnlichen Zellen. Die Ventrikel und die Chorioidalplexus wurden nicht untersucht, weil dies Präparat heil an Prof. Merschejewsky geschickt wurde.

Die Diagnose wurde am 31. VIII. auf Basilar meningitis ge-

stellt und durch den weitem Verlauf der Krankheit, wie auch durch die Section bestätigt. Von der Hugu en i n'schen Beschreibung weicht der vorliegende Fall mehrfach ab, H. fixirt die Dauer der Krankheit auf 17—64 Tage, während hier der Kranke nur 13 Tage, incl. Vorläufer litt. H. sagt ferner, dass die motorischen Störungen schwach ausgeprägt seien und durch freie längere Intervalle unterbrochen werden und dass das Sensorium fast bis zum Tode frei bleibe, was im vorliegenden Falle nicht stattfand.

H i n z e (St. Petersburg).

187) **Savage** (London) Gebrauch und Missbrauch von Chloralhydrat. (Uses and Abuses of Chloral Hydrate. Journal. of mental science April 1879 p. 1 bis 8.)

S a v a g e sagt, Chloral sei eher ein Zwangs- als ein Heilmittel, hie und da mag es in nützlicher Weise Schlaf erzeugen, gewöhnlich aber mit Uebelständen. Da Schlaf machen nicht heilen heisst, so glaubt er es, besonders in Anstalten, fast vorziehen zu sollen, dass die Kranken in der Nacht lärmten, als dass sie durch Chloral beruhigt werden. Ein länger fortgesetzter Gebrauch erzeugt Abmagerung, Schwäche, Nervosität, Hypochondrie, ja Melancholie mit Neigung zur Nahrungsverweigerung und Selbstmord. Er sah mehrmals nach Chloral-Missbrauch Geistesstörung entstehen, gibt aber zu, dass jener meistens nur eine, nicht die einzige Ursache war.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

188) **Needham** (Barnwood): Ueber künstliche Ernährung.

(On forced Alimentation. Journal of mental science, April 1879. p. 19 bis 23.)

Verf. macht in Fällen, wo die Ernährung durch den Schlund nicht möglich war, Klystire von starker Fleischbrühe und Brandy 4 bis 6 mal täglich, mit gutem Erfolg.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

189) **Fletcher Beach** : Zwei Fälle von vorübergehender Aphasie nach einer Reihe von schweren epileptischen Anfällen.

(Two Cases of Temporary Aphasia from Shock after a Series of Severe Epileptic Fits, Journal of mental science, April 1879, p. 53 bis 57.)

Ein 15 jähriges Mädchen hatte Status epilepticus, 14 Anfälle in kurzer Zeit, am nächsten Tag war sie noch bewusstlos, am darauf folgenden bei Bewusstsein, aber sie konnte nicht sprechen, sie bewegte wohl die Lippen, brachte aber keinen Laut heraus, am nächsten Tag konnte sie auf Fragen langsam antworten.

Ein 15jähriger Knabe hatte an einem Tage 19 Anfälle in kurzer Zeit, am nächsten Morgen war er noch bewusstlos, kam im Laufe des Tages etwas zu sich, am darauffolgenden Tage zeigte er auf alle Fragen nur die Zunge heraus, langsam kehrte die Sprache wieder zurück.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

190) **Savage**: Zwei Fälle von geheilter Geistesstörung nach langjährigem Aufenthalt in einer Irrenanstalt.

(Two Cases of Recovery from Insanity, after many years in an Asylum. Journal of mental science, April 1879, p. 57 bis 59.)

Ein erblich belasteter Mann, der schon im Jahre 1839 durch 9 Monate geisteskrank war, kam im Jahre 1844 damals 25 Jahre alt wegen Melancholie in die Irrenanstalt. Bald nach der Aufnahme machte er einen Selbstmordversuch, bis zum Jahre 1851 wurde er besser, blieb dann ziemlich gut bis 1862, nur zeitweilig deprimirt. Von 1863 bis Sommer 1878 war er tiefmelancholisch, sass abseits, ohne sich für irgend etwas zu interessiren oder zu sprechen, seitdem wurde er zunehmend lebhafter, so dass selbst einige Zeit ein maniakalischer Anfall befürchtet wurde, jetzt ist er gesund.

Ein 66 jähriger Mann war 1860 aufgenommen worden, melancholisch, unrein, mit dem ausgesprochenem Trieb sein Weib umzubringen. Er blieb in wechselnden Befinden, bis 1878 sein Weib starb, da verlangte er nach Hause gelassen zu werden, es wurde ihm gewährt und er befindet sich seitdem wohl.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

191) **Rigler** (Berlin): Ueber Verletzungen des Rückenmarkes und über Siderodromophobie.

(Ueber die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere der Verletzungen des Rückenmarkes. Berlin, Hirschwald 1879.)

Selbst leichte Verletzungen bei Eisenbahnunfällen erhalten unter Umständen durch den nicht *selten eintretenden Shock* eine besondere Bedeutung; dessen Erscheinungen gehen wohl meist bald vorüber, können aber auch einen lethalen Ausgang nehmen, und scheinen wenigstens stets einen nachtheiligen Einfluss auf die Heilung der Verletzung auszuüben. Verletzungen und Erschütterungen des Kopfes erhalten wieder eine besondere Wichtigkeit dadurch, *dass sie psychische Erkrankungen* bedingen können, die entweder als alleinige und unmittelbare Folge des Insults auftreten oder sich erst nach längerer Zeit bemerklich machen, oder es gehen der Psychose Erscheinungen organischer Hirnerkrankung voran, oder es wird durch die Verletzung nur eine Prädisposition zur Geisteskrankheit gesetzt, auf der sich oft erst nach Jahren gelegentlich das psychische Leiden entwickelt. Ref. glaubt die Wichtigkeit aller dieser Fälle — schon *Erichsen* hat einschlägige, sehr interessante Krankengeschichten mitgetheilt — um so mehr besonders hervorheben zu müssen, als sie noch nicht in wünschenswerther Weise studirt sind, auch die in Rede stehende Arbeit füllt diese Lücke nicht aus, und es wäre höchst erfreulich und dankenswerth, wenn durch dieselbe die Anregung zu einem genaueren Studium der betreffenden Fälle gegeben würde.

Zu beachten ist die von *H. Weber* festgestellte Thatsache, dass bei starkem Ueberbeugen der Wirbelsäule nach hinten die Biegung sich an 3 Punkten am stärksten ausspricht, zwischen den untern Halswirbeln, dem 11. Brust- und 2. Lendenwirbel und zwischen dem 4. Lendenwirbel und dem Kreuzbein. Hier haben die Bänder die

geringste Festigkeit, hier kommen deshalb die mit Zerreiſſung derselben verbundenen Wirbelverenkungen vor, sowie bei violenten Beugungen der Säule Zerreiſſungen oder Verletzungen des Markes und seiner Häute. Bei Zusammenstößen sind 3 Möglichkeiten gegeben, 1. Fahrzeuge laufen in entgegengesetzter Richtung an einander 2. in Bewegung befindliche Waggonen stossen gegen stillstehende und genügenden Widerstand leistende Gegenstände 3. schneller sich bewegendes Waggonen folgen langsamen sich bewegendem und laufen an dieselben an. Personen welche dem Zusammenstosse die Vorderseite des Körpers zukehren bleiben meist unbeschädigt, tragen höchstens eine leichte Zerrung der Ligamente davon, Personen aber, welche dem Punkte des Zusammenstosses den Rücken zuwenden, werden sehr leicht beim Zusammenstosse eine plötzliche und heftige Beugung resp. Einknickung der Wirbelsäule nach hinten erleiden, die in der Mehrzahl der Fälle verhängnisvolle Folgen hat. Es handelt sich dann meist um eine Affection ganz besonderer Art, die recht *eigentliche railway-spine*, nicht aus der Erschütterung allein, sondern aus dieser mit gleichzeitiger Zerrung und Quetschung des Rückenmarkes und seiner Häute bestehend. Bei dem Fehlen jeder sichtbaren Spur einer Verletzung unmittelbar nach dem Insulte ist die Wahrscheinlichkeit einer Läsion des Rückenmarkes erst dann gegeben, wenn der Betroffene dem Punkte des Zusammenstosses den Rücken zuwandte.

Die Erscheinungen der Rückenmarks-Erschütterung können wie jene der *Comotio cerebri* rasch vorübergehen, sie können aber auch längere Zeit anhalten, Lähmungen von verschiedener In- und Extensität bedingend und können endlich selbst ohne nachweisbare Veränderungen im Marke den Tod herbeiführen. In andern Fällen kommt es zu Rapturen der Membranen, zu Blutergiessungen in das Rückenmark oder dessen Häute, aus denen sich Meningitis, Myelomeningitis oder Myelitis entwickelt, Affectionen die schleichend beginnen und anfangs oft nur geringe Erscheinungen setzen können. Seltenerer Folgen der Erschütterung sind Tetanus oder die Entwicklung der Tumoren. Fracturen und Luxationen der Wirbel sind nicht häufig. Entzündliche Vorgänge an den Knochen und Bändern der Wirbelsäule als Folgen traumatischer Einwirkungen äussern sich durch grosse Empfindlichkeit bei Druck und Berührung, und pflanzen sich leicht auf die Rückenmarkshüllen fort. Auch selbständige Entzündung dieser letzteren ist nach Traumen nicht selten, veranlasst die heftigsten Reizungserscheinungen und meist auch lebhaftes Fieber. Das Hauptsymptom aller Rückenmarksaffectionen bleibt aber die Lähmung zumal der untern Extremitäten, der Blase und des Mastdarms, während die obern Extremitäten meist nicht oder in geringerem Grade ergriffen sind, ausgenommen bei der schwersten Form der allgemeinen Spinalparalyse. Schmerzhaftes Paraplegien begleiten meist die Compressions-Myelitis; jene bei Texturerkrankung des Markes sind meist schmerzfrei. Auf die weiteren Symptomen-Störungen der Sensibilität, der Coordination, der Ernährung etc. ist hier nicht der Ort näher einzugehen, hier geben die neuern Werke über Rückenmarkskrankheiten genügende Auskunft.

In Bezug auf *Therapie* steht obenan absolute körperliche und geistige Ruhe, weiter gleich nach dem Unfalle strenge Antiphlogose, locale Application der Kälte, Blutentleerungen durch Blutegel oder Schröpfköpfe, später Ableitung durch Vesicanten und örtliche Anwendung des Quecksilbers und der Jodpräparate. Nach Ueberwindung des entzündlichen Stadiums eröffnet sich ein weites Feld für therapeutische Eingriffe, aber auch jetzt bleibt möglichste körperliche Ruhe die Hauptsache, daneben sind Gegenreize am Platz, periodische Applicationen trockener Schröpfköpfe, Sinapismen etc. Innerlich empfiehlt sich am meisten Jod und Bromkali, allenfalls auch Sublimat. Dabei verbessere man vorsichtig die bisher mehr entziehende Diät, und erst weit später bei zurückgebliebener Lähmung oder lähmungsartigen Schwäche ist ein Versuch mit roborirenden und excitirenden Mitteln gestattet, wie Strychnin, China und Eisenpräparate, örtlich belebende Einreibungen, Sool-, Schwefel-, Thermalbäder, Douchen, Electricität, Heilgymnastik, Hydrotherapie, Moor- und Soolbäder.

Symptome. Unmittelbar nach dem Anfall glaubt der Verletzte nur in Folge des Schrecks und der etwa erlittenen Contusionen angegriffen zu sein, vermag meist auch seine Reise, etwa bis in seine Heimath fortzusetzen, versucht selbst nach einigen Tagen der Ruhe, zumal als dann der Shock überwunden ist, seine gewohnte Thätigkeit wieder aufzunehmen, erkennt aber bald, dass er es nicht vermag. Gemüthlich verstimmt und beunruhigt, meist auch fieberhaft erregt, fühlt er sich nun bei mangelndem Appetit und gestörter Verdauung matt und elend, ermüdet leicht und eine gewisse Steifigkeit im Rücken und in den Lenden erschwert ihm jede Bewegung. Rückenschmerzen, meist von einer Stelle ausstrahlend machen die Beugung unmöglich und veranlassen eine steife gezwungene Haltung. Druck auf die Dornfortsätze steigert den Schmerz. Der Gang beginnt charakteristische Eigenthümlichkeiten zu zeigen, der Kranke setzt die Beine weit auseinander, schleppt gewöhnlich ein Bein nach, tritt plattfüssig auf und geht unbeholfen, wie ein Blinder. Das Treppensteigen fällt ihm schwer, mitunter tritt schon jetzt das Gefühl des umgelegten Reifens auf, Hyperaesthesien besonders im Rücken, Formicationen und Schmerzen in den Gliedern. Später beherrschen die Störungen der Motilität jene der Sensibilität und mit Zunahme jener stellen sich auch Störungen in den Sinnesorganen ein, Alteration der Sehstärke, Accommodationsparese etc. auch Sprachstörungen, Kopfschmerz, Schwindel, Gedächtnisschwäche etc. Die ersten paralytischen Erscheinungen treten 6—8 Wochen nach der Verletzung auf, nicht selten aber auch später bis zu 2 Jahren und mehr nach dem erlittenen Insult; doch war in der Zwischenzeit nie ein ungetrübter Gesundheitszustand vorhanden.

Durch den Einfluss verschiedener Berufsschädlichkeiten entwickelt sich bei den Beamten des Maschinen- und Fahrdienstes eine nach den individuellen Verschiedenheiten mehr weniger deutlich ausgesprochene Irritation der Nervencentren, die allerdings erst nach sehr langen und angestregten Dienstzeit zu Tage tritt, unter der Einwirkung einer äussern Gewalt oder des Shock aber vorzeitig und in erhöhtem Grade sich bemerkbar macht. Und wenn das Ge-

waltsame, Plötzliche und Schreckenerregende, das mit den Unfällen auf Eisenbahnen verknüpft ist, niemals verfehlt, auf jeden der dabei Betheiligten einen tiefen und dauernden Eindruck zu äussern, so wird sich bei den im Fahrdienst Angestellten diese Wirkung um so nachhaltiger geltend machen, als die Betreffenden sich bewusst sind, mehr wie jeder Andere dem wiederholten Eintritt ähnlicher Unfälle ausgesetzt zu sein. Schon das Pfeifen der Locomotive kann unter Umständen Zittern und Beben in allen Gliedern bewirken, so dass die Betreffenden nicht mehr im Stande sind, ihren Dienst anzutreten, sie schauern davor. Ein solcher Zustand hat etwas Psychopathisches, beeinflusst sicher in hohem Grade die Freiheit des Willens und stellt im Zusammenhange mit dem sonstigen Befunde einen so besondern und eigenthümlichen Zustand dar, dass es gerechtfertigt ist ihn als:

Siderodromophobie (neugriechisch, *Eisenbahnfurcht*) aufzufassen und zu bezeichnen. Es handelt sich, hier um eine mehr weniger hochgradige mit allgemeiner hysterischer Verstimmung und krankhafter Abneigung gegen die gewohnte Thätigkeit verbundene Spinalirritation, welche unter Einwirkung des Shock bei den im Maschinen- und Fahrdienst der Eisenbahnen Angestellten sich aus einer durch ihren Beruf bedingten Krankheitsanlage entwickelt. Als Hauptsymptom ist der Rückenschmerz zu betrachten; weiter in einzelnen Fällen drückende und stechende Empfindungen in der Brust mit dem Gefühl der Angst und Beklemmung mit Herzklopfen und Kurzatmigkeit, besonders nach Anstrengungen. Auch motorische Störungen fehlen nicht, indem die Bewegungen der oberen, noch mehr aber der untern Extremitäten an sich zwar frei, aber schwerfällig sind. Die Kranken klagen über Schwäche und Verlahmung in den Armen und Beinen, über Unsicherheit beim Gehen etc. Sie treten zwar ziemlich fest auf, können aber nur kürzere Strecken zurücklegen. Selbst lähmungsartige Erscheinungen schwerer Art können sich einstellen, weiter Hyper- oder Anästhesie der Haut, Formication, Abmagerung der Muskeln, gastrische Störungen, Flatulenz, Harnverhaltung, Blasenschwäche, Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, reizbare oft weinerliche gedrückte Gemütsstimmung etc. Der Verlauf des Leidens ist schleppend und wechselvoll, von psychischen Eindrücken in hohem Grade beeinflusst, bei schlaffen und energielosen Menschen kann es sehr hartnäckig werden und eine grosse Intensität erreichen. Unmittelbar nach überstandener Katastrophe wird der zu diesem Leiden Prädisponirte sich in Folge des Shock im ganzen Körper wie geschlagen fühlen. Von allerlei abnormen Sensationen geplagt und der geistigen Energie beraubt wird er über seinen Zustand selbst getäuscht und hält sich für ernstlicher beschädigt, als er es wirklich ist. Nach einigen Tagen verlieren sich zwar die Wirkungen des Shock aber es treten die Erscheinungen der Siderodromophobie ein, und werden durch das Haftpflichtgesetz noch begünstigt; denn früher, wo die Verpflichtung der Eisenbahnunternehmungen zur Entschädigung bei Körperverletzungen im Bahnbetrieb eine beschränktere war, zwang die Sorge und Existenz den mit Siderodromophobie Behafteten mit Aufgebot aller

Kräfte die psychische Verstimmung zu überwinden und trotz des heftigsten Widerstrebens die gewohnte Thätigkeit wieder aufzunehmen. Gerade hierdurch aber erstarkte er aufs Neue, während die jetzige veränderte Gesetzeslage den keinesfalls schon Arbeitsunfähigen in Unthätigkeit, demnächst aber auch in immer tiefere körperliche und geistige Verstimmung versinken lässt. Daher hat sich mit der Emanation des Haftpflichtgesetzes die Zahl der Eisenbahn-Invaliden so ausserordentlich vermehrt.

(Soulé erwähnt in seiner Denkschrift über die Krankheiten der Eisenbahnbeamten noch eine Möglichkeit, wie Verletzungen bei Eisenbahnfahrten vorkommen können; der Wind hat nämlich in 2 Fällen die in schiefer Richtung bestrichenen Züge umgekertert und vollkommen aus den Schienen gehoben. Ob zwar Rigler auch auf die Entstehung von Psychosen Rücksicht nimmt, pag. 22, 23, 57, so ist Erichsen doch in dieser Beziehung weit reichhaltiger (pag. 25, 37, 47, 53, 55, 63, 89, 92, 108 seines bekannten Werkes) und Ref. möchte dieses Werk, trotzdem es schon aus dem Jahre 1868 datirt, dringend der Aufmerksamkeit aller Collegen empfehlen. Ohne die Vorzüge der Rigler'schen Arbeit zu unterschätzen — er wäre ja sonst nicht so ausführlich auf selbe eingegangen — stellt er doch Erichsen's Werk weit höher, schon aus dem Grunde, weil er darin dem gewählten Motto: „Je raconte, je ne juge pas“ treu geblieben ist, während Rigler in seinem Eifer gegen das Haftpflichtgesetz und für den Vortheil der Eisenbahn - Unternehmungen mitunter fast über das Ziel hinausschiesst und allenthalben Simulation wittert. Ref.)

Smol er (Prag).

192) **Visusse**: Directe Communication des Schädelraumes mit der Tenon'schen Kapsel.

(Recueil d'ophth. 1878. Octob.)

Bei einem Soldaten sank das linke Auge bei der Horizontallage des Körpers tiefer in die Orbita zurück, während es bei aufrechter Stellung und vorn über gebeugter Kopfhaltung exophthalmisch und zugleich amaurotisch wurde. Aus diesem Verhalten schloss Verf. auf eine directe Communication zwischen der Arachnoidalflüssigkeit des Schädelraumes mit jener der Tenon'schen Kapsel.

Nieden (Bochum).

193) **Billod**: Des effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité dans la détermination de certains types de folie.

(Annal. méd. psych. März 1879.)

Durch die häufige Thatsache, dass Geisteskranke, bei welchen trotz genauen Nachforschungen keine Heredität zu ermitteln ist, deutliche Zeichen des hereditären Irreseins darbieten, wird Verf. zu der Ansicht geführt, dass die Entwicklung der hereditären Syntome ihre Entstehung oft der Chronicität der psychischen Erkrankung zu verdanken hat oder dass mit andern Worten die lange Dauer der Krankheit stellvertretend als ätiologisches Moment für die hereditäre Disposition eintreten kann. Die bekannte Ver-

änderung des Krankheitstypus, welche man sonst erst bei den Descendenten beobachtet, erfolgt also in solchen Fällen schon in dem ersten Gliede der Reihe selbst, ohne dass eine vorherige Uebertragung der Krankheit auf ein anderes Individuum statt gefunden hat. Zur näheren Beleuchtung dieses Gedankens theilt Verf. einige Fälle mit, in welchen der Anfang der Krankheit unter den gewöhnlichen maniakalischen Formen aufgetreten ist, während bei langer Dauer der Krankheit die klinischen Erscheinungen des hereditären Irreseins allmählig sich ausbildeten.

Engelhorn (Winnenthal.)

III. Verschiedene Mittheilungen.

- 194) Aus Petersburg: Orig. Corresp. Durch Allerhöchst vom 8. Mai c. bestätigtes Reichsrathsgutachten ist bestimmt worden, bei der medicinischen Fakultät der Universität Dorpat am 1. Januar 1880 das Amt eines ordentlichen Professors der Psychiatrie, sowie die Aemter zweier Assistenten bei der Klinik für Nerven- und Geistesranke zu creiren und zu solchem Zwecke jährlich 3200 Rubel aus dem Reichsschatze abzulassen. Das Gehalt des ordentlichen Professors ist auf 2400 Rubel, das jedes Assistenten auf 400 Rubel fixirt und stehen ihnen alle die für die ordentlichen Professoren resp. Assistenten der Hospitalsklinik durch das Statut der Dorpater Universität vom Jahre 1865 festgesetzten Dienstrechte zu. Dr. Hinze.

IV. Neueste Literatur.

- 39) Heller, Specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten der peripheren Nerven. Wien, Braumüller 1879. gr. 8^o. pag. 320. M. 6.
- 40) Benedict, Anatomische Studien an Verbrecher-Gehirnen mit 12 Tafeln und 8 Photographien. Wien 1879, ebendaa. pag. 150. M. 15.
- 41) Kahler und Pick, Beiträge zur Pathologie und patholog. Anatomie des Centralnervensystems. Sep.-Abdruck aus der Prager Vierteljahrsschrift. Leipzig, Hirschfeld. pag. 186. M. 3.
- 42) Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band IX. Heft. 3.
- 43) von Benz, Die Heilkräfte der s. g. indifferenten Thermen insbesondere bei Krankheiten des Nervensystems. II. Auflage. Bonn, Lempertz. pag. 158. M. 2 50.
- 44) Journal of Mental science. Juli Heft.
- 45) Bucknill and Tuke, Manual of psychological Medicine. London, Churchill. IV. Auflage. 8^o. M. 25.
- 46) Tuke, Illustrations of the influence of the Mind upon the body. London, ebendaa. 8^o. M. 15.
- 47) Gowers, A Manual and Atlas of Medical ophthalmoscopy. 112 orig. illustr. London, ebendaa. M. 20.
- 48) Vulpian, Maladies du système nerveux etc. 16. Lieferung; damit ist der I. Band abgeschlossen.
- 49) Gelineau, Des névroses spasmodiques. Paris, Doïn 1878. 8^o. 130 pag.

- 50) Boyer, Études topographiques sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux. Paris, bureau de Progrès médical. 8°. 190 pag.
- 51) Legrand du Saule, Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie. Paris, Delahaye et Cie. 8°. 624 pag.

V. Personalien.

- Offene Stellen.** 1) Provinzialstätt. Irrenanstalt zu Schwetz: a) Volontärarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. b) Assistenzarzt, 1. September, 1200 M. freie Station. 2) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a. Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage; Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Wisingrode in Merseburg. b. Volontärarzt sofort, 600 M. freie Stat. Persönliche Meldung. 3) Andernach, provinc. Irrenanstalt: II. Arst; 2700 M. freie Wohnung, Garten, Heizung Beleuchtung, Arznei. (Meldungen bei dem Landesdirector der Rheinprovinz, Freiherrn von Landenberg in Düsseldorf) 4) Coeslin: Regierung und Medicinalrathsstelle. 5) Ueckermünde: Provinzial-Irrenanstalt: III. Arst, zum 1. August. 1000 M., frei Station. 6) Klingenmünster: Director, 5000 M., Familienwohnung, Garten, Entschädigung für Holz und Licht. Bewerbungen bis 15. Juni bei der Kgl. Bayr. Regierung in Speyer. 7) Saargemünd: Assistenzarzt, 1200 M., freie Station. 8) Sachsenberg: Assistenzarzt, 1. October, frei Station I. Classe 1200 M. 9) Die Kreisphysikate Angerburg, Nieder-Barnim, Bromberg, Bublitz, Creuzburg, Dortmund, Erkelens, Moers, Mogilno, Ruppin, Rüssel, Saetzig, Schlochau, Sensburg, Sorau, Ost-Sternberg, Tönning, West-Sternberg, Warendorf, Wehlau.
- Ernannt:** Dr. Settegast in Bergen zum Kreisphysicus des Kreises Rügen. Dr. Ideler in Berlin zum Director der Irrenanstalt Dalldorf. Dr. W. Sander in Berlin zum dirig. Arzt der Irren-Siechen-Anstalt zu Dalldorf. Dr. Freyer in Mehlanken zum Physikus des Kreises Darkehmen.

VI. Anzeigen.

An der Westpreuss. Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz ist die Stelle des

Assistenzarzes

mit welcher 1200 Mark jährliches Gehalt und freie Station verbunden sind, zum 1. September d. J. zu besetzen.

Bewerbungen, denen die Approbation beizufügen ist, nimmt der unterzeichnete Director der Anstalt entgegen.

Schwetz, den 3. Juli 1879.

Dr. Wendt.

Zum 1. October c. wird die Stelle des

2. Assistenzarzes

hiesiger Staats-Irrenanstalt vakant. Gehalt: freie Station I. Classe und 1200 M. jährlich. Bewerbungen nebst Zeugnissen sind zu richten an

SACHSENBERG bei Schwerin in Mecklenburg.

Medicinalrath Dr. Figges.

Ein Arzt in einer Privat-Irrenanstalt sucht für einige Wochen Vertretung.

Franco Offerten unter Dr. X. Y. Z. besorgt die Exped. d. Bl.

Ein gebildeter

Oberwärter

kann sogleich bei uns Stellung finden; wir bitten um Einsendung von Zeugnissen über den bisherigen Wirkungskreis sowie um Angabe des Gehaltsanspruches.

Bendorf bei Coblenz, 15. Juli 1879.

Dr. Erlenneyer'sche Anstalt
für Gemüths- und Nervenranke.

Es ist erschienen:

Die Operation einer Interoostal-Neuralgie

von
Prof. Dr. von Nussbaum, k. b. Gen.-St. Arzt à l. s.

Vortrag gehalten im ärztlichen Bezirksverein München.

Preis 45 Pfg.

Von demselben Verfasser erschien:

Ueber den Shock großer Verletzungen und Operationen. 1877. 80 Pfg.

Bildung eines künstlichen Harnleiters, Nervendehnung bei centralem Leiden, Seilung von Hernien. 1876. 1 Mark.

Prof. Dr. Lister's große Erfindung. 1875. 40 Pfg.

Ueber die Behandlung unglücklicher Vorkommnisse nach Seibrücken und über Knochen-Transplantation. 1875. 80 Pfg.

Ueber den Krebs. 1875. 70 Pfg.

Die Drainagirung der Bauchhöhle und die intraperitoneale Injection. 1874. 60 Pfg.

Jos. Ant. Finsterlin in München.

Briefkasten der Redaction.

Dr. Hinze in St. P. Ihren in Aussicht gestellten Mittheilungen sehen wir mit Spannung entgegen.

Nachdruck aus dem Centralblatt ist nur mit genauer Quellenangabe und Namhaftmachung des betr. Herrn Referenten gestattet.

Centralblatt

für
Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche
Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von
Dr. med. A. ERLENMEYER,
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen Stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

1. August 1879.

Nro. 15.

I N H A L T.

- I. REFERATE. 194) Kahler und Pick: Beiträge zur Pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. (Fortsetzung.) 195) Turner: Acute Myelitis in einem frischen Falle von Kinderlähmung. 196) Taylor: Rückenmark in einem Falle von Kinderlähmung. 197) Andr. Takács: (Budapest): Die graue Degeneration der hintern Rückenmarkstränge und die Ataxie. 198) Kélli: (Budapest): Ueber halbseitige Lähmung des Rückenmarkes. 199) Whittaker: Gelenkrheumatismus, Endocarditis, Embolie im Gehirn. 200) J. Grasset: (Montpellier): De la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Contribution à l'étude des localisations cérébrales. 201) Kumpf: Ueber einige Rückenmarkssymptome bei chronischen Gehirnkrankungen. 202) von Renz: Die Heilkräfte der sogenannten indifferenten Thermen, insbesondere bei Krankheiten des Nervensystems. 203) Benedict: Anatomische Studien an Verbrecher-Gehirnen. 204) O. Weller: Ueber die Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks bei Lyssa. 205) J. Hirschberg (Berlin): Rechtseitige Hemiplegie mit linksseitiger Oculomotoriuslähmung, doppelseitige Neuritis bei einem Kinde. Tuberkel in der linken Hälfte des Pons. 206) J. Hirschberg (Berlin): Stauungspapille durch Hirntumor. 207) Lents: Sur la classification des maladies mentales. 208) Rendu: Paralyse générale d'origine syphilitique. 209) Lammerts — van Buuren: Notes sur les relations, qui peuvent exister entre l'erysipele de la face et les affections névro-psychiques. 210) Kowalewsky: Ein Verbrechen im Anfall von epileptischer Geistesstörung. 211) J. Giraud und J. Christian (Maréville): Gutachten über einen geisteskranken Verbrecher.

II. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. III. PERSONALIEN. IV. ANZEIGEN.

I. Referate.

- 194) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.

(Prager Vierteljahrschrift 1879.)

(Fortsetzung.)

V. „Befund im Rückenmarke eines syphilitischen Kindes.“

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems eines 5 Monate alten (wahrscheinlich hereditär) syphilitischen Kindes, das sich von der Vierhügelregion nach abwärts sowie auch in der übrigen Med. spinalis als normal erwiesen hatte, fand sich etwas unterhalb der Pyramidenkreuzung im linken Seitenstrang, der Lage nach der Pyramidenseitenstrangsbahn entsprechend, eine etwa 6—7 Mm. hohe sklerotische Narbe, welche wegen der Anwesenheit zahl-

reicher verdickter und verengerter Gefässe (Pigmentgranulationen) in Uebereinstimmung mit Befunden von Leyden, Charcot und Gombault als syphilitische gedeutet wird. Die Verff. heben das Fehlen jeder secundären Degeneration hervor, während die zwei letztgenannten Autoren die Anwesenheit derselben als differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber der multiplen Sklerose betrachten; eine Entscheidung, weshalb dieselbe hier fehle, sei nicht zu fällen. Den Beginn der Affection verlegen die Verff. mit Wahrscheinlichkeit in's foetale Leben. Schliesslich machen sie auf die grosse Aehnlichkeit ihres Befundes mit dem von Schultze (S. dieses Blatt 1878. Nr. 8. S. 185) veröffentlichten aufmerksam.

VI. „Ueber Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarkes.“
(Mit Tafel.)

Ein 26 jähriger Potator, der als Soldat vor 6 Jahren die Ruhr überstanden, mehrfach an Gonorrhoeen, aber nicht an Syphilis gelitten, und schon zweimal Ohnmachtsanfälle erlitten hat, wird (wahrscheinlich nach einem Krampfanfall) ins Spital gebracht, woselbst Cyanose, Dyspnoe, Bewusstlosigkeit und Eiweiss im Urin constatirt wird. Später wird noch festgestellt, dass vor einiger Zeit sich eine zunehmende Schwäche in den Beinen und Armen eingestellt habe, dass keine Schmerzen, dagegen Kältegefühl und Ameisenlaufen bisweilen aufgetreten seien, und dass Pat. seit 5 Wochen nicht mehr ausgehen konnte.

In den folgenden Tagen kam Pat. wieder zum Bewusstsein, doch bestand hochgradige Amnesie; im Urin fand sich noch Eiweiss. Stat. praes. Kräftiger Mann, die Beine verhältnissmässig beträchtlich schwächer, stark entwickelter Panniculus, stellenweise Hautoedem. Hochgradige Parese der Beine, geringere der Arme; besonders stark betroffen sind die Strecker der l. Hand, in mässigem Grade die Muskeln welche der Fingerbewegung dienen. Keinerlei locale Atrophien; keine Ataxie; Parese der Rumpf- und Bauchmuskulatur. Die faradische Reizung: Links bei Reizung des Radialisstammes giebt nur der Supin. long. Reaction; die directe Erregbarkeit der Muskeln der Streckseite ist erloschen. Die Extens. digit. min. scheinen beiderseits unerregbar, es bestehen leichte Störungen der Sensibilität und des Muskelgefühls. Ophthalmoskopisch beide Papillen in der äusseren Hälfte geröthet, leicht geschwellt, die Ränder dieser Seite erscheinen verwaschen, an denselben zeigten sich leichte weissliche Trübungen. Im weiteren Verlaufe zeigt sich auch Sinken und Verlust der faradischen Erregbarkeit in bisher intacten Gebieten, doch stört das Oedem eine sichere Beurtheilung. Tod durch Pneumonie. Section: Pneumonia, Hydrothorax sin; Polysarcia myocardii, anaemia et degeneratio adiposa levis myocardii, Nephritis parenchymatosa.

Die mikroskopische Untersuchung des makroskopisch normalen Rückenmarkes ergab ziemlich reichliche Vacuolenbildung in den grossen Vorderhornzellen, in einzelnen bis zu 25; vielfach waren die kleinen Vacuolen zusammengeflossen, so dass die Ganglienzellen von 2—3 Hohlräumen vollständig angefüllt sind; hie und da schien es, als wenn auf diese Weise ein vollständiger Schwund herbeigeführt werden könnte. Die nicht von der Vacuolenbildung

betroffenen Ganglienzellen zeigten ein etwas gedunsenes mattes Aussehen. Die Möglichkeit, dass es sich um Kunstprodukte handle, wurde durch vergleichende Untersuchungen eliminirt, ebenso sind die Verf. geneigt, auf Grund ihrer Untersuchungen den vorliegenden Befund von den auch sonst zuweilen beobachteten, aber immer spärlicheren Vacuolenbildungen zu trennen und in Beziehungen zu den klinischen Erscheinungen zu bringen. Auf Grund eingehender Discussion der verschiedenen in Frage kommenden Affectionen fassen sie den Fall als Poliomyelitis ant. chron. (oder subacuta) auf; den anatomischen Befund bringen sie in Beziehung zu einem von Déjerine in einem Falle von schwerer Syphilis gemachten, den derselbe als ein Mittelding zwischen Poliomyelitis ant. subacuta und progressiver Muskelatrophie aufgefasst hatte; die Differenzen des klinischen Befundes (Fehlen entschiedener Muskelatrophie, der Sphincterenlähmung) sind die Verf. geneigt darauf zu beziehen dass Déjerine neben der Vacuolenbildung auch atrophische Vorgänge an den übrigen Ganglienzellen nachgewiesen hat. Die Bildung der Vacuolen glauben sie durch das Eindringen einer Flüssigkeit erklären zu können, wofür sich das eigenthümlich gequollene Aussehen der nicht von Vacuolen durchsetzten Ganglienzellen anführen lässt. Ob dieses Verhalten direct mit der Nierenaffection in Beziehung zu setzen sei, bleibt fraglich, da die Untersuchung des Rückenmarkes eines an acutem morbus Brightii Verstorbenen negativen Befund ergab.

VII. Missbildung eines menschlichen Rückenmarkes. Ein Beitrag zur Theorie der neuropathischen Disposition. (Mit Abbildungen).

Die mikroskopische Untersuchung eines Falles von grauer Degeneration der Hinterstränge ergab hochgradige Kleinheit der Hinterstränge, mangelhafte Entwicklung der Clarke'schen Säulen, abnorme Configuration der grauen Substanz die eine gewisse Thierähnlichkeit zeigt. Der Umstand, dass, wie eine Analyse des histologischen Befundes ergibt, die Kleinheit der Hinterstränge nicht durch sklerotische Schrumpfung derselben bedingt ist, führt, zusammengehalten mit der abnormen Configuration der grauen Substanz die Verf. zu der Anschauung, dass hier eine mangelhafte Anlage derselben vorliege, die im Hinblick auf den Befund der Clarke'schen Säulen vielleicht schärfer als mangelhafte Anlage der Hinterstrangsgrundbündel gedeutet werden darf; dieselbe wird für die schon früher ausgesprochene Ansicht der Autoren verwerthet, der zu Folge gewisse Systemerkrankungen auf mangelhafter Entwicklung der betreffenden Systeme beruhen, eine Deutung, die für den vorliegenden Fall noch dadurch gestützt wird, dass die Hinterstrangsklerose nach Pierrat in den gerade hier als mangelhaft veranlagt angenommenen Systemen einsetzt.

Das Verhältniss zwischen mangelhafter Anlage und späterer Erkrankung deuten die Verff. hypothetisch in der Weise, dass sie eine Incongruenz zwischen Leistungsfähigkeit und Arbeitsmass annehmen.

(Fortsetzung folgt.)

Rosenbach (Breslau).

195) **Turner**: Acute Myelitis in einem frischen Falle von Kinderlähmung.

(Medic. Times 15. Febr. 1879.)

Bei einem 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Kinde waren successive beide Beine gelähmt, beide Arme in den Bewegungen beschränkt, die Sensibilität nur an ersteren erloschen, keine Reflexerregbarkeit, Harn und Stuhl ins Bett, steifer Nacken, Schmerz bei Rotation des Kopfs; das Kind stirbt, von Masern befallen, an Bronchopneumonie. Das frisch herausgenommene Rückenmark zeigt rothe Erweichung der Vorderhörner, besonders des linken, am ausgesprochensten im linken Vorderhorn der Lumbalanschwellung, das Mikroskop wies hämorrhagische Herde mit vollständiger Zertrümmerung des Nervengewebes an den erweichten Stellen nach, die Ganglienzellen waren ganz geschwunden und es war nur ein sehr fibröses Reticulum zu constatiren, das drei Arten Zellen, exsudative Körperchen (?), granulirte gekernte und kernähnliche Zellen aufwies, das linke Hinterhorn war in ähnlicher Weise zerstört. Die correspondirenden Theile der rechten Rückenmarkshälfte boten ähnliche Veränderungen, nur in viel geringerem Grade dar. Schnitte unterhalb der Erweichung zeigten Anhäufungen von Zellen um die Gefässe herum; in dem Dorsaltheile waren die Abweichungen von der Norm weniger ausgesprochen, als im Lumbaltheile, das linke Vorderhorn erschien normal, während das rechte kaum eine Ganglienzelle, aber auch keine beträchtliche, die Gefässe umlagernde Anhäufung von Zellen zeigte. In dem Cervicaltheile waren aber dafür die oben genannten Veränderungen sehr ausgesprochen, besonders im linken Vorderhorne; die Brücke und das verlängerte Mark zeigten nur eine durchgängige Vermehrung der Leucocythen, die Vorderseitenstränge waren in ihrem ganzen Verlaufe sclerosirt, besonders links.

H i n z e (St. Petersburg).

196) **Taylor**: Rückenmark in einem Falle von Kinderlähmung.

(Med. Times 15. Febr. 1879.)

3 jähriges Mädchen wird 15 Monate alt von Kinderlähmung (Lähmung des linken Beines) befallen und stirbt im Oktober 78 an Bronchopneumonie. Das Rückenmark zeigt makroskopisch auf dem Querschnitte eine Verschmälerung auf der linken Seite in der Lumbalregion, besonders am Vorderhorne bemerkbar, die vorderen Wurzeln links schmaler als rechts, die hintern nicht, obgleich das linke Hinterhorn gleichfalls schmaler als das rechte war.

Das linke Hinterhorn zeigte unter dem Mikroskop sehr wenige und stark veränderte Ganglienzellen, sie waren kleiner, blasser, nicht scharf contournirt und entsendeten weniger und kürzere Fortsätze, als rechts; am auffälligsten fand sich dieses an den normaler Weise das Centrum und den äussern Rand des Horns einnehmenden Zellen. Die von den linken Vorderwurzeln nach hinten durch die graue Substanz gehenden Nervenfasern hatten an Zahl bedeutend abgenommen, waren nicht scharf ausgeprägt und verloren sich bald. Die Grundsubstanz des Vorderhorns bestand aus einem sehr dichten,

filzähnlichen Gewebe, das aus einförmig verflochtenen Fasern bestand und eine Wucherung des normalen Gewebes darstellte. Die Bindegewebskerne waren weder vermehrt noch vergrößert, die Gefäße sehr wenig zahlreich und mit verdickten Wandungen. Die übrig gebliebenen Ganglienzellen waren nicht von durchscheinenden Räumen (spaces) umgeben, sondern in das verfilzte Gewebe eingebettet, granuläre Körperchen nicht zu sehen. Die weisse Substanz der linken Vorderseitenstränge durch Bindegewebswucherung fester als normal, die Nervenröhren enthielten keine Axencylinder und waren schmaler als gewöhnlich, die zu den linken vordern Wurzeln ziehenden Bündel enthielten sehr wenig Nervenfasern und sehr viel Bindegewebe; das dem nackten Auge kleiner erscheinende linke Hinterhorn, sowie auch der schmalere linke Vorderseitenstrang zeigten unter dem Mikroscope keine Abweichung von der Norm, während, trotz der Nichtbetheiligung des rechten Beins an der Lähmung, das rechte Horn eine deutliche Verminderung der Ganglienzellen und die Anwesenheit jener der im linken Vorderhorn befindlichen gleichen, filzähnlichen Structur zeigte. Die Veränderungen betrafen nur den Lumbartheil; die Muskeln der Hüfte waren weich, blass, fettig degenerirt und serös durchtränkt. — Das klinische Bild dieser Lähmung wich darin von dem gewöhnlichen Verlaufe ab, dass die Krankheit mit scharfem, auf ein Trauma nicht zurückzuführendem Schmerze im linken Bein einsetzte.

H i n z e (St. Petersburg).

197) **Andr. Takács** (Budapest): Die graue Degeneration der hintern Rückenmarksstränge und die Ataxie.

(Arch. für Psych. und Nervenkrankheiten. Bd. IX. 3. H.)

Veranlassung zu seiner Arbeit gab dem Verf. ein auf Prof. Korányis Klinik beobachteter Fall von locomotorischer Ataxie. Aus der Krankengeschichte der 30 jährigen Patientin ist hervorzuheben, dass die Initialsymptome — Schmerzen im Rücken und in den untern Extremitäten, — nachdem sie 9 Monate bestanden hatten, auf den Gebrauch von Badener Schwefelthermen sich auf c. 1 Jahr vollständig verloren. Bei der Aufnahme — etwa 5 Jahre nach dem Beginn — bestand ziemlich hochgradige Ataxie der untern Extremitäten bei erhaltener motorischer Kraft, schlendernder Gang, heftiges Schwanken bei Augenschluss, Herabsetzung der Sensibilität in allen Qualitäten an den untern Extremitäten, besonders den Sohlen mit Verspätung der Empfindung, Trägheit der Hautreflexe, Anfälle heftiger von der Wirbelsäule nach der Magengegend ausstrahlender Schmerzen (Angaben über das Verhalten der Hirnnerven und über die Sehnenreflexe fehlen). Ausserdem litt die Kranke an einer rasch progressiven Phthise; sie starb 6 Jahre nach Beginn der Rückenmarkserkrankung. Es fand sich graue Degeneration der hintern Stränge im R.-M. und zwar in der Vertheilung, dass im untern Lendentheil an der hinteren Peripherie und in der Umgebung der hinteren Längsspalte noch intakte Parthien vorhanden waren, im obern Lenden-, im ganzen Brustheil und im unteren Halstheil sowohl der Goll'schen als der Burdach'schen Stränge im ganzen Querschnitt, im mittleren und oberen Halstheil nur die

Goll'schen Stränge degenerirt waren. Die hinteren Wurzeln vom mittleren Drittel der Lendenanschwellung bis zur Halsanschwellung hinauf hochgradig atrophisch. Ebenso zeigten die hinteren Hörner in den erwähnten Parthieen Veränderungen (Schrumpfung der Ganglienzellen, Kernvermehrung, Verdickung der Gefässwände). Speciell wird von den Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen im untern Brusttheil angegeben, dass sie grossentheils zu Grunde gegangen waren. Die Pia im Bereich der Hinterstränge verdickt und mit dem R.-M. verwachsen. Die Degeneration der Burdach'schen Stränge nimmt nach oben hin successive in der Weise ab, dass sich immer mehr normale Fasern längs der Hinterhörner einschieben. Die Degeneration der Goll'schen Stränge ist bis zur med. oblong. zu verfolgen.

Verf. sieht den anatomischen Befund seines Falles als Beweis dafür an, dass die Erkrankung in den hinteren Wurzeln begonnen, in die Hinterhörner sich fortgesetzt habe und von da auf die hinteren weissen Stränge übergegangen sei. In den Hinterhörnern habe der Process noch entzündlichen Character, in den Hintersträngen dagegen soll es sich lediglich um eine secundäre aufsteigende Degeneration handeln. Als das primäre aber wird die Meningitis spin. post. aufgefasst.

Im Anschluss an seine Beobachtung erörtert Verf. ausführlich die verschiedenen Ansichten über das Wesen der Ataxie und die Theorie der Krankheit, und kommt schliesslich zu einer mit der Leyden'schen im Princip übereinstimmenden Erklärung. Besonderes Gewicht legt er dabei auf die *Verlangsamung der Gefühlsleitung*.

Die irreguläre Wirkung der die Muskelbewegungen controlirenden Centren, d. i. eben die Ataxie, soll eine Folge sein der in anomaler Reihenfolge, — verspätet, — zu jenen Centren gelangenden Signale von den wechselnden Contractionszuständen der Muskeln.

Die vom Verf. aus seiner Beobachtung gezogenen Schlüsse sind theilweise recht anfechtbar. So vor Allem die Annahme, dass in seinem Fall aus einer Meningitis posterior zuerst eine entzündliche Affection der hintern Wurzeln und Hinterhörner, dann eine „secundäre“ Degeneration der hintern weissen Stränge sich entwickelt habe.

Eisenlohr (Hamburg).

198) Kóttl (Budapest): Ueber halbseitige Lähmungen des Rückenmarks.

(Pester med.-chirurg. Presse 1879. 10.)

Verf. stellte in der Königlichen Gesellschaft der Aerzte in Budapest einen in mehrfacher Richtung bemerkenswerthen Fall von halbseitiger Lähmung des Rückenmarks vor.

Johann Sz. 20 Jahre alt, Landwirth, bis dahin gesund, bekam 1871 auf der linken Seite des Nackens einen Abscess, der spontan aufbrach, blutigen Eiter entleerte und dann schnell vernarbte. Der Schmerz blieb bestehen, die Nackenmuskeln waren steif, die Bewegungen des Halses unmöglich, alles ungefähr 1 Jahr lang andauernd. Dann fühlte Pat. eine zunehmende Schwäche seiner rechtsseitigen Extremitäten, bald war der rechte Arm vollständig, das rechte

Bein theilweise gelähmt. Gefühlstörungen bestanden angeblich nicht; die linksseitigen Extremitäten waren gesund. Kopfschmerz, Intelligenzstörung, Abnormitäten beim Urinieren und bei der Stuhlentleerung fehlten. Diese rechtsseitige Lähmung schwand im Laufe von 5 Monaten allmählig ohne jede Behandlung, doch entwickelte sich danach zunehmend, mit Schwäche beginnend, eine motorische Lähmung der linken Extremitäten. Nach einem weiteren Jahre war auch diese wieder spontan geschwunden, nur der Schmerz im Nacken und die Bewegungsunfähigkeit des Halses blieben zurück. Nach einem halben Jahre (Herbst 1874) in der Gegend der linken Scapula heftige blitzartige Schmerzen durch 5 Monate; gleichzeitig wurden die rechten Extremitäten schwächer, bald ganz gelähmt und magerten rasch ab.

Status praesens. An der linken Seite des Atlas ein haselnussgrosser, steinharter schmerzloser Tumor, welcher anscheinend von dem Wirbelkörper ausgeht. Der Hals ist ein wenig nach links gewendet, steif, die Drehung nach rechts behindert wegen Spannung der Sternocleidomastoidei. Die rechtsseitigen Extremitäten gelähmt. Der Oberarm an den Stamm gedrückt, der Vorderarm halb gebeugt, in Prorotationstellung, die Finger zur Faust gepresst, passive Bewegungen wegen der steifen Muskeln schwer ausführbar. Das Bein schlepft nach, berührt den Boden nur mit den Zehenspitzen, weil die Gastrocnemii verkürzt sind. Totale Abmagerung der gelähmten Extremität, hie und da fibrilläre Zuckungen. Auf der rechten Körperhälfte besonders am Arm leichte Hyperaesthesia besonders des Schmerzgefühls, die genau bis zur Mittellinie reicht; Gesichts- und Kopfhaut sind nicht einbegriffen. An denselben Extremitäten fehlt der Muskelsinn und die electriche Muskelsensibilität in bedeutendem Maasse, ebenso der Drucksinn. Oberflächen-Temperatur rechts nur einen halben Grad niedriger als links (36,0 : 36,5). Achillessehnenreflex rechts bedeutend gesteigert, auf schnelle Schläge tritt ein wahrhafter Tetanus ein; links normal. Die motorische Fähigkeit der beiden Extremitäten normal, Sensibilität (alle Qualitäten) gesunken, Muskelsinn und electromuskuläre Sensibilität erhalten.

Es findet sich also bei dem Kranken des Verf:

Auf der rechten Seite: motorische Lähmung mit Atrophie, Contracturen, Steigerung der Sehnenreflexe; Hyperaesthesia, Abnahme des Muskelsinnes und des Drucksinnes; niedrigere Temperatur als links.

Auf der linken Seite: Motilität, Sehnenreflexe, Muskelsinn und electromuskuläre Sensibilität normal; Sensibilität abgestumpft.

Im Ganzen ist also das Symptomenbild der Brown-Sequard'schen Lähmung gedeckt, nur muss man, wenn man diese Diagnose stellt, absolut davon Abstand nehmen den Tumor an der linken Seite des Halses mit der Rückenmarksaffectio in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Es muss — oder die ganze Lehre der „Halbseitenläsion“ ist hinfällig — unbedingt für den vorliegenden Fall der Herd der Erkrankung in die rechte Rückenmarkshälfte verlegt werden. Das einzige widersprechende Symptom ist die Erhöhung der Temperatur auf der nicht gelähmten Seite; man braucht aber deshalb noch nicht anzunehmen, dass die vasomotorischen Fasern, entgegen der geläufigen Auffassung, dennoch eine Kreuzung eingehen, da es — allerdings wohl meist nur bei älteren Fällen — schon

öfter beobachtet worden ist, dass die anaesthetischen Glieder eine höhere Temperatur haben. Uebrigens ist mir die geringe sich durchaus innerhalb normaler Grenzen bewegende Temperaturdifferenz gar nicht von Belang. Mir persönlich sehr interessant ist das Vorhandensein von Contracturen und Steigerung der Sehnenreflexe auf der gelähmten Seite, Symptome die zwar gewöhnlich nicht in das Bild der Brown-Sequard'schen Lähmung gerechnet werden, die meiner Ansicht nach aber wohl dazu gehören*), ja bei ausgebildeten Formen, wie der vorliegende, dazu gehören müssen.

Erlenmeyer.

199) Whittaker: Gelenkrheumatismus, Endocarditis, Embolie im Gehirn.

(The Cincinnati Lancet and Clinic. 7. June 1879.)

17jähriges Mädchen bekam im Herbst 1873 acuten Gelenkrheumatismus, der 3 Monate dauerte und eine Endocarditis setzte. Im Juli 1878 wird die Kranke ins Good Samaritan Hospital in Cincinnati mit Herzhypertrophie und Endocarditis aufgenommen, am 22. Juli und am 30. September trat starkes Nasenbluten ein; während der letzten Epistaxis fühlte die Kranke plötzlich einen heftigen lancinirenden Schmerz im rechten Bein, welcher sich auch bald darauf im rechten Arme einstellte; es wurde hierbei eine bedeutende Parese und Anästhesie der ganzen rechten Körperhälfte constatirt, zugleich waren stilles Delirium und grosse Prostration vorhanden. Am 9. October kehrte die Motilität zurück, doch wurde die Kranke kindisch und somnolent; wieder Nasenbluten; am 26. October konnte die Kranke gehen. Am 1. Februar 1879 wurde die reconvalescirende Kranke von rasch vorübergehender rechtsseitiger Pleuritis befallen, worauf sie sich rasch erholte, aber Oedem der Füsse bekam. Am 2. März erkrankte sie plötzlich an einer linksseitigen Hemiplegie ohne Verlust der Hautsensibilität, grosser Stupor, dabei Klagen über starken Schmerz in Kopf und Nacken, Schlucken schwer, Sprache intact, Harnincontinenz.

Vom 6. März an traten Decubitus, tumultuarische Herzaction und verworrene Herzgeräusche auf, beide Beine schwellen stark an und starb die Kranke Mai 6. an colliquativem Durchfall. Die am folgenden Tage gemachte Section ergab bedeutende Hypertrophie Erweiterung und Degeneration des Herzens, besonders seines linken Ventrikels, die Klappen der Aorta und der Mitralis übersät mit Vegetationen und durch Verdickung und Adhäsionen degenerirt. Die rechte Pleura adhärirt fast in ihrer ganzen Ausdehnung an den Brustkorb, die rechte Lungenspitze zeigt zahlreiche käsige Herde. Das Gehirn ist feucht, die Pia über der grössten Convexität der rechten Hemisphäre zeigt einen grossen gleichförmig lebhaft rothen Fleck, die rechte Arter. fossae Sylvii ist in der ersten Abzweigung durch einen Embolus fest verstopft, zahlreiche kleinere Pfropfe sind im Verlaufe der 3 Zweige der Arterie zerstreut. Im Centrum des linken Hinterlappens ist ein grosser, breiiger hämorrhagischer

*) Vergl. Erlenmeyer, Ueber Tabes dorsalis incipiens. Corresp. Blatt für schweizer Aerzte IX, Sep.-Abd. pag. 11.

Infarct zu sehen, welcher sich fast bis zum Sinus longitudinalis erstreckte, eingekapselt und von nekrotischem Gewebe umgeben war. —
H i n z e (St. Petersburg).

200) J. Grasset (Montpellier): De la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Contribution à l'étude des localisations cérébrales. (Sep.-Abdr. aus le Montpellier médical. Paris, Delahaye, 1879. 24 S.)

Grasset hat ganz kürzlich in einer Mittheilung an die Akademie zu Montpellier (Sitzung vom 5. Mai dieses Jahres) auf Grund eigener fünf und der Revision von bisher publicirten Fällen, in Summa 117, die Frage nach der Richtung, in welcher die Augen und der Kopf bei Hirnläsionen abweichen, wiederaufgenommen. Bekanntlich hatte Prévost im Jahre 1868 nach 58 Beobachtungen und nach Experimenten an Thieren das Gesetz aufgestellt, *der Kranke sähe nach der Seite der verletzten Hemisphäre hin*. Noch 1875 bestätigte Lépine diesen Ausspruch als exakt, während im folgenden Jahre Landouzy den Satz *bekämpfte*, indem er unter 33 Fällen 10 Mal eine Ausnahme fand. Grasset hat nun von seinen fünf Fällen 2 dem Prévost'schen Gesetze entsprechend, 2 andere im Widerspruch mit demselben gefunden, während der 5. sich auf eine Verletzung der Brücke bezog also nicht herbeigezogen werden konnte; er untersuchte deshalb die Frage von Neuem. Er gelangte aber zu einem dem Landouzy'schen diametral entgegengesetzten Resultate. Letzterer hatte sehr richtig bemerkt, dass man einen Unterschied zwischen Lähmungs- und Reizungszuständen machen müsse, dann aber behauptet, *Kopf und Augen drehen sich nach der Seite der gelähmten Glieder*, wenn eben Lähmung vorhanden sei, aber nach der Seite der Hirnläsion, also nach der der gesunden Extremitäten, wenn *Krampf* der letzteren vorläge. *Genau das Gegentheil davon nun behauptet* Grasset, und weist die Richtigkeit seiner Ansicht durch die Analyse der 117 Fälle nach. (Eine einfache Ueberlegung genügt, um einzusehen, dass die Grasset'sche Ansicht dem physiologischen Experimente nach die einzig richtige sein muss. Um die Richtung der Augen zu bestimmen braucht man sich nur die Aktion des N. abducens der kranken Seite zu vergegenwärtigen, bei Krampf muss dieser nach Seite der vom Krampf ergriffenen Extremitäten wirken, also das Auge von der Läsion abwenden, bei Paralyse aber muss das Gegentheil stattfinden. Immerhin aber können Paralyse und Krampf gleichzeitig auf einer und derselben Seite stattfinden, und diese Fälle werden die Confusion der Autoren erzeugen haben. Ref.)

Von den 117 Fällen könnten nach Grasset fünf nicht mitzählen, da bei ihnen keine Extremitätenlähmung vorhanden war, weitere acht Fälle seien nicht beweisend, da entweder Kopf und Augen nicht nach derselben Seite gedreht waren, oder die Lähmung der Extremitäten eine gekreuzte war oder sonstige Anomalien vorlagen. Von den übrigen, brauchbaren, 104 Fällen aber bestätigten 99 die Grasset'sche Regel, und von den andern fünf könnten 4 allenfalls auch in dem Sinne gedeutet werden, während nur ein Fall eine formelle Aus-

nahme bildet. (Auch dieser letzte Fall, in dem nur angegeben ist: Linke hemiplegische Epilepsie, Abweichung nach rechts, kann da nichts Näheres mitgetheilt ist, nicht ohne Weiteres als Ausnahme gelten. Ref.)

Grasset untersuchte nun ferner die Frage nach dem präcisen anatomischen Sitz der Läsion, welche Rotation der Augen und des Kopfes hervorruft. Nach Ferrier ruft das Experiment nur in den von ihm mit den Nummern 12, 13, 13¹ und 14 bezeichneten Feldern des Hirnwindungenschemas eine solche Rotation hervor, d. h. die Region am Fusse der 2. Frontalwindung, die Region oberhalb der foss. Sylvii, die zwei hinteren Drittel der ersten Schläfenwindung und der gyr. angulatus. Später aber hat Ferrier (und auch Boyer in einer kürzlich erschienenen Thèse) nur den Fuss der 2. Frontalwindung als Localisation für die combinirten Augen- und Kopfdrehung angenommen und sieht in den andern erwähnten Stellen nur Centren für das Sehen. Nach Grasset aber ist der Bezirk, dessen Läsion das besprochene Phänomen hervorbringt, weit ausgedehnter und entspricht etwa der von Ferrier zuerst experimentell gekennzeichneten Region, dehnt sich aber noch weiter nach unten bis zur Brücke und dem Bulbus hin aus. Unter den 117 von Grasset analysirten Fällen betrafen nämlich 16 die Ferrier'schen Regionen 13, 13¹ und 14, ohne Betheiligung der 2. frontalis, 6 die Nachbarschaft der ersteren, 10 diese und die 2. Frontalis, 14 die weissen Faserbündel, welche von dieser Region ausgehen, 25 die Capsula interna und den pedunculus, 3 Fälle den untern Theil der Brücke, den Bulbus und das Kleinhirn, während 41 Fälle für eine Localisation nicht nutzbar gemacht werden können (Diffusion des Processes, ungenaue Angaben, Mangel der Autopsie etc.) und 2 Fälle vollständige Ausnahmen bilden (Läsion d. 2. u. 3. frontalis, Obliteration der Art. foss. Sylv. — Erweichung der vordern Centralwindg.) Grasset nimmt daher als Centrum für die Deviation, falls eine Rindenläsion vorhanden ist, die Windungen an, welche den Grund der f. Sylv. umgeben und den gyrus angulatus.

Auf Mittheilung der vorliegenden Arbeit an Landouzy hat dieser dem Autor ein Memoire mitgetheilt, das erst erscheinen soll, das er aber bereits in der Société anatomique gelesen hat, in welchem er seine frühern Schlussfolgerungen zurücknimmt, und die Thesen Grasset's, wenn auch mit andern Worten, acceptirt.

G. Salomon (Hamburg).

201) **Rumpf:** Ueber einige Rückenmarkssymptome bei chronischen Gehirnerkrankungen.

(Arch. für klin. Medicin. Band XXIII.)

Contracturen und ataktische Symptome sind bekannte Folgezustände bei Gehirnblutungen, Embolien und gewissenluetischen Erkrankungen des Gehirns, seltener beobachtet bei chron. Hydrocephalus und verwandten Processen. Die vom Verfasser mitgetheilten hier im Auszug folgenden Krankengeschichten beanspruchen deshalb das allgemeine Interesse.

1. Bei einem jetzt 6 $\frac{1}{2}$ jährigen Jungen war vor c. 3 Jahren

als Rest einer mit Kopfschmerz, Erbrechen, Fieber und Convulsionen einhergegangenen Affection, welcher nach 3 Jahren eine zweite kürzere Attaque folgte, neben Vergrößerung des Schädels, Lähmung im Bereiche der N. oculomotorii, beginnende Sehnervenatrophie und leichte Parese im Facialis dexter zurückgeblieben. Daneben finden sich aber ausgesprochene Störungen im Bewegungsapparat. Die Bewegungen der Hände sind unsicher, in beiden Händen tritt, am stärksten in der rechten, bei allen feinern Bewegungen deutliche, wenn auch geringfügige Ataxie hervor. Der Knabe geht unsicher, stolpernd, mit stark einwärts gedrehten Fusspitzen, schleudert dabei die Füße etwas, besonders den rechten, setzt sie meist mit der Ferse stampfend auf, scharrt dabei auch vielfach mit den Fusspitzen am Boden d. h. es findet sich ein eigenthümliches Gemisch von spastischem mit ataktischem Gang. Bei nicht verminderter motorischer Kraft zeigen die Beine im Liegen unzweifelhafte Ataxie bei normaler Sensibilität von Haut und Muskeln. Passive Bewegungen zeigen deutliche Muskelspannungen; Haut- und Sehnenreflexe sind wesentlich gesteigert; fibrilläre Zuckungen und Atrophie nicht vorhanden.

2. Bei einem 14jährigen, früher gesunden Jungen, entwickelt sich langsam unter Gedächtnisschwäche, stärkerem Kopfweh, Schwindel, häufigem Hinfallen eine beträchtliche Vergrößerung des Kopfes und bedeutende Bewegungsstörungen; er schleudert die Beine leicht, setzt mit der Ferse auf, klebt aber dann mit der Fusssohle am Boden, scharrt — d. h. er zeigt Gemisch von spastischem und ataktischem Gang; bei gewissen Bewegungen sind deutliche Muskelspannungen vorhanden; Haut- und Sehnenreflexe sind gesteigert. Neben normaler Haut- und Muskelsensibilität finden sich bei feineren Bewegungen in den Beinen ataktische Erscheinungen. In den obern Extremitäten ebenfalls Ataxie und leichte Muskelspannungen.

3. Ein jetzt 8jähriges Kind litt mit $1\frac{1}{2}$ Jahren an einer mit Convulsionen und Fieber verlaufenen Affection des Gehirns, als deren Rest starke Vergrößerung des Schädels, Verminderung der Intelligenz und motorische Störungen in den untern Extremitäten zurückgeblieben sind. Es zeigt exquisit spastischen Gang, erhöhte Sehnenreflexe, Muskelspannungen.

Gemeinsam sind diesen 3 Fällen von erworbenem chronischen Hydrocephalus (bei welchen übrigens Blase und Mastdarm normal functioniren) die Symptome der spastischen spinalen Paralyse und zwar vorzugsweise in den untern Extremitäten, wie dies ja auch bei der primären spastischen spinalen Paralyse vorkommt. Da in einem Falle von chronischem Hydrocephalus durch Schulze deutlich bis in die Pedunculi cerebri verfolgbare Degeneration der Seitenstränge des Rückenmarks nachgewiesen ist, so kann es auch keinem Anstand unterliegen die oben beschriebenen secundären Symptome bei chron. Hydrocephalus auf dieselbe anatomische Grundlage wie die primäre spastische spinale Paralyse zu beziehen.

Die ataktischen Symptome der beiden ersten Fälle lassen sich durch eine Erkrankung coordinatorischer Centren oder Leitungsbahnen erklären, oder auch wie bei gewissen Fällen von Dyphtherie

durch eine Ernährungsstörung der grauen Substanz. Hieran anschliessend theilt Verfasser die Krankengeschichte eines 9 jährigen Kindes mit, welches in frühester Jugend an einer entzündlichen Erkrankung des Gehirns gelitten hat, jetzt paretische Unterextremitäten mit hochgradigen Contracturen, gesteigerten Sehnenreflexen und ataktische Bewegungen zeigt. Der ziemlich steife rechte Arm hat an Chorea erinnernde Bewegungen, der linke ein Gemisch von ataktischen mit athetotischen Bewegungen. Da das Kind aber einen abnorm kleinen Schädel darbietet, so kann es sich hier nur um eine durch die entzündlichen Vorgänge bedingte Hemmungsbildung handeln, welche ähnliche Folgen wie der chronische Hydrocephalus gesetzt hat.

Koch (Wiesbaden).

202) von **Renz**: Die Heilkräfte der sogenannten indifferenten Thermen insbesondere bei Krankheiten des Nervensystems.

(Bonn, Lempertz II. Aufl. 1879. gross 8°. pag. 158.)

Die hystorisch - kritischen Vorträge, die Verf. im Collegen-Kreise gehalten, und die er im Mai v. J. in Buchform hatte erscheinen lassen liegen uns hier schon in II. vermehrter Auflage vor, ein Beweis, dass auch dieses Opus des bekannten Verf. sich seinen früheren Werken ebenbürtig zur Seite stellt. Auf den Inhalt der Schrift näher einzugehen, scheint mir bei einer II. Auflage nicht nothwendig; ich begnüge mich daher kurz hinzuweisen auf den Reichthum der geistvollen thatsächlichen und hypothetischen Anschauungen des Verf. über die Wärme („Thermen“-Theorie) Affinität und Electricität der s. g. indifferenten Thermosen, die er gegen die Ansicht **Brau's** und **Röhri g's**, jene seien nur indifferente Warmwasserbäder sehr *warm* vertheidigt, ferner auf seine dem *gegenwärtigen* Stande der Wissenschaft entsprechenden Belehrungen über den Gebrauch der Thermen im Allgemeinen und bei Krankheiten des Nervensystems im Besonderen, sowie auf die reichhaltigen historischen Notizen, die dem Verf. trotz seiner Verwahrung den Titel eines „gelehrten Hauses“ *erneut* einbringen. Auf letzterem Gebiete liegt namentlich die „starke Vermehrung“ der II. Auflage, die hiermit allen Aerzten auf das Angelegentlichste empfohlen sei.

Erlenmeyer.

203) **Benedict**: Anatomische Studien an Verbrecher - Gehirnen.

(Wien 1878, Braumüller. Mit 12 Tafeln und 8 Holzschnitten).

Endlich ist das so lange mit grösster Spannung erwartete Werk von der Verlagshandlung ausgegeben und scheint allen *objectiv* zu stellenden Aufforderungen vollständig Genüge zu leisten. Ich betone das Wort „*objectiv*“ ausdrücklich, weil bekanntlich dem Werke die gehässigste Agitation voran gegangen, die gehässigste, weil nicht nur gegen es selbst, sondern auch gegen die Person seines Verfassers gerichtet; diese Agitation entsprang einer localen leidenschaftlichen Gegnerschaft und ist nicht „vom intellectuellen, sondern nur von einem *ethopathischen* Standpunkte aus zu beurtheilen und zu verstehen“ wie der Verfasser sagt.

Den genauen Angaben über die Untersuchungen an 22 Verbrecher-Gehirnen (130 Seiten) geht eine kurze, aber sehr klare anatomische Darstellung des Baues der Gehirnoberfläche bei *normalem* Typus vorher, die durch einige Abbildungen trefflich unterstützt wird. Ich hebe daraus hervor, dass Verf. die Fissura occipitalis anterior zu Ehre ihres Entdeckers die *Wernicke'sche Furche* nennt, eine Bezeichnung, die verdient allgemein adoptirt zu werden.

Dem normalen Typus des menschlichen Gehirnes stellt Verf. einen andern Typus gegenüber dessen Charakteristik das Eigenthümliche der Verbrecher-Gehirne ist, da er ihn bei allen seinen Untersuchungen ausnahmslos gefunden hat. Die richtigste Charakteristik dieses Typus liegt darin, *dass wenn man sich die Furchen als Wasserstrassen denkt, man sagen kann, ein in irgend einer Furche schwimmender Körper kann in fast alle andern Furchen gelangen.* (Typus der confluirenden Furchen). Es fehlen also eine grosse Anzahl von *Brücken*, welche ebensoviele Territorien wichtiger Hirnsubstanz bedeuten und Aplasien darstellen, ein Verhalten, was bekanntlich bei normalen Gehirnen nicht angetroffen wird.

Ein derartig abnorm construirtes Gehirn macht den Eindruck ungewöhnlich starker Furchung, was man ja eigentlich als eine Stufe höherer Entwicklung anzusehen gewöhnt ist; es liegt aber doch dabei ein wesentlicher Unterschied vor, der sehr zu beachten ist. Tritt nämlich bei höherer Organisation des Gehirns eine neue Furche auf, so tritt damit gleichzeitig eine höhere Entwicklung der umgebenden Gyri ein, während hier bei den Verbrecher-Gehirnen eine Furchenvergrösserung stattfindet auf *Kosten* der Gehirnsubstanz, also ein Minus, eine Art Atrophie wenn man will.

Verf. hält, und wohl mit Recht, die eigentlichen Verbrecher für *belastete* Individuen, die sich zum Verbrecher ebenso verhalten „wie ihr nächster Blutsverwandter der Epileptiker und ihr Vetter, der Narr zu ihrem encephalopathischen Zustande“. „Die Verbrecher sind als eine anthropologische Varietät ihres Geschlechtes, oder wenigstens der Culturacien aufzufassen“.

Der Einwand der etwa erhoben werden könnte, dass es sich bei dem Typus confluirender Furchen um eine Raceneigenthümlichkeit handle, da Verf. grösstentheils slavische Gehirne untersucht hat, ist trotz der bislang wenig entwickelten vergleichenden Racen-anatomie, doch zurückzuweisen. Auch *Betz* in *Kiew*, der seine hervorragenden Studien vorzugsweise an slavischen Gehirnen anstellte, anerkannte die Atypie von Verf.'s Gehirnen und erklärte sie für pathologische. Dass Verf. seine allerdings bis jetzt nur an Verbrecher-Gehirnen constant wiederkehrende Befunde für ausschliessliche Eigenthümlichkeit der Verbrecher-Gehirne erklärte, ist nirgends in dem Buche zu lesen.

Wegen der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Dem Buche sind 36 photographische Abbildungen mit ebenso vielen erklärenden Zeichnungen der Gehirne beigelegt, die sämmtlich von Prof. *Betz* angefertigt sind. Die Ausstattung ist eine ganz vorzügliche.

Erlenmeyer.

204) O. Weller: Ueber die Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks bei Lyssa.

(Ach. f. Psych. u. Nervenkr. IX. Bd. 3 H.)

Verf. fand in Gehirn und Rückenmark von 7 an Lyssa zu Grunde gegangenen Hunden übereinstimmend eine Anzahl mikroskopischer Veränderungen. Am *frischen* Präparat war zu sehen: 1) Hyperämie der Gefässe besonders in der medull. oblongat. und oberem Halsmark 2) Anhäufung von lymphoiden Elementen in den perivascularären Räumen, Ausweitung der letzteren; 3) spärliche extravasirte rothe Blutkörperchen; 4) ein massenhaft um die Gefässwandungen abgelagerter Fettkörper, der stark lichtbrechende Schollen bildete. Diesen Fettkörper betrachtet Verf. als pathognomonisch für den Lyssaprocess, als identisch mit der hyaloiden Substanz und den Pigmentschollen, die von andern Beobachtern beschrieben wurden. Die Untersuchung der *gehärteten* Präparate ergab zunächst im Wesentlichen dieselben Befunde, wie am frischen Präparat, nämlich Hyperämie und Exsudation von weissen Blutkörperchen in die perivascularären Lymphräume. Ausserdem zahlreiche capilläre Apoplexien fast ausschliesslich in der grauen Substanz von der medull. oblong. und RM., ferner „entzündliche Herde“, Anhäufungen von Kernen resp. weissen Blutkörperchen. Auch diese Herde folgten besonders dem Verlauf der Gefässe; Neuroglia und die nervösen Elemente selbst zeigten nur „wenig nennenswerthe Veränderungen.“ (Die Angaben über die Ganglienzellen des RM. lassen eine Abnormität mit Sicherheit nicht annehmen.) Doch betrachtet Verf. den Fettkörper als Zeichen einer erheblichen Ernährungsstörung der Nervenelemente. — Verf. fügt ausdrücklich bei, dass ebenso behandelte Präparate aus normalen Hundehirnen weder die perivascularäre Auswanderung noch die Entzündungsherde zeigten.

Was die specielle Localisation des Processes anlangt, so fand Verf. im RM. fast ausschliesslich die graue Substanz und zwar vorwiegend die Parthien um den Centralcanal, die Vorderhörner und die äussere Randzone der Hinterhörner afficirt. Die med. oblong. zeigte sich am stärksten betroffen; in der Ponsfaserung waren nur ganz wenige kleine Herde zu sehen, in den Vierhügeln waren dieselben wieder ziemlich zahlreich, in den grossen Ganglien nahmen die entzündlichen Erscheinungen gradatim ab. Die Hemisphären des Grosshirns enthielten, mit Ausnahme der Riechlappen sehr wenig Entzündungsherde.

In einem von Prof. Huguenin untersuchten Gehirn und RM. eines an Lyssa verstorbenen Menschen fanden sich ganz ähnliche Veränderungen: starke Hyperämie, Exsudation von lymphoiden Elementen in die perivascularären Räume, capillare Blutungen und diffus. entzündliche Infiltration des Gewebes, ausserdem der eigenthümliche Fettkörper. Nur die Verbreitung der Prozesse war eine etwas verschiedene indem bloss med. oblong. und R.-M. ergriffen, oberhalb des Pons aber keine Veränderungen mehr sichtbar waren.

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchung zu folgenden Resultaten: 1) Die Wuthkrankheit localisirt sich in den Nerven-

centren in Form einer vom Gefässapparat ausgehenden Entzündung, die sich durch perivasculäre Exsudation und lymphoide Infiltration characterisirt. Zugleich tritt wahrscheinlich als Produkt degenerativer Vorgänge in den Nerven-elementen ein eigenthümlicher Fettkörper auf. 2) Die Entzündung ist das Anfangsstadium einer acuten Myelitis, sc. Encephalitis; 3) der Entzündungsprocess afficirt am stärksten die med. oblong. und speciell die Kerne des Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius. 4) Beim Menschen scheint der Process sich auf RM. und med. oblong. zu beschränken. — (Ref. gesteht, dass er die Ueberzeugung von der *primären* und *characteristischen Natur* der gefundenen Veränderungen *nicht* gewonnen hat.)
Eisenlohr (Hamburg).

205) J. Hirschberg (Berlin): Rechtsseitige Hemiplegie mit linksseitiger Oculomotoriuslähmung, doppelseitiger Neuritis bei einem Kinde.
Tuberkel in der linken Hälfte des Pons.

(Knapp's Archiv für Augenheilkunde VIII. 1. 49.)

Ein 3jähriges Mädchen leidet seit $\frac{1}{2}$ Jahr an rechtsseitiger Facialis- und linksseitiger Oculomot. Parese; während sich allgemeine Störung nur als leichte geistige Missstimmung kundgethan hat. Dazu kommt bald rechtsseitige Oculomotor. Parese, sowie hemiplegische Affection leichter Art der rechten Körperhälfte. Ophthalmoskopisch wird beiderseits Neuritis optica constatirt, Aderhaut-Tuberkel sind nicht nachweisbar. — Aus der bekannten Thatsache, dass wenn, namentlich bei Kindern, Parese des *einen* Facialis und *einer* Körperhälfte mit Oculomotorius-Paralyse der *anderen* Seite combinirt, alsdann der Herd auf der linken Seite im cerebrum sitzt, welcher die Augenmuskellähmung angehört und zwar in der Gegend, wo der Oculomot. dicht unter dem crus. cerebri vorbeistraift, wurde auch hier die Diagnose auf einen Tumor in der linken Hälfte des Pons angenommen. Die Section ergab unmittelbar unter der linken Hälfte der Vierhügel, in den Pons hineinragend, einen fast walnussgrossen, gelben und ziemlich trockenen Tuberkel gelagert. Sonst nur an der rechten Seite des Cerebellum stark adhärent durch mehrere sie verlöthende, haselnussgrosse, runde peripherisch gelegene Tuberkel, die von einer schmalen, grauen mit miliaren Tuberkeln durchsetzten Zone umgeben sind. In der Lunge ein kleiner käsig-herd; sonst nichts Abnormes. —

N i e d e n (Bochum).

206) J. Hirschberg (Berlin): Stauungspapille durch Hirntumor.

(Knapp's Archiv f. Augenheilkunde VIII. I. p. 51).

Ein sehr intelligenter 15 jähriger Knabe litt seit $2\frac{1}{2}$ Jahren an periodischer Verdunklung, und allmählig mehr und mehr zunehmender Herabsetzung der Sehschärfe bei hochgradig concentrischer Gesichtsfeldbeschränkung. Beide Papillen zeigten das characteristische Bild der Stauungserscheinungen, sonst sind keinerlei Lähmungen vorhanden. Das Sensorium ist vollkommen klar. Bald nachher trat vollkommene Erblindung ein, während der Tod erst nach c. 2 Jahren

erfolgte bei vollkommen freiem Sensorium und gutem Gedächtniss. 8 Wochen vor dem exitus trat vollkommene Paraplegie ein.

Die Section ergab, die Schädelkapsel enorm vergrössert und von innen her usurirt. Am vordern Theil des Kleinhirns fand sich eine markähnliche, zellenreiche Geschwulst, die nach unten und vorn über die Varol'sche Brücke hinübergreift. Enorme Stauungshydrops der Seitenventrikel bei relativ gut erhaltener grauer Hirnrinde; zahlreiche grauröthliche Tumoren der Medulla spinalis. Der Sehnerveneintritt zeigt noch den Charakter der regressiven Stauungspapille. Auffällig ist in der Retina die Atrophie die Nervenfasern und Ganglienzellen-Schichten. —

N i e d e n (Bochum).

207) **Lentz**: Sur la classification des maladies mentales.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1879. Nr. 13.)

Verfasser macht einige einleitende Bemerkungen darüber, wie die verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten unter dem Einflusse der socialen Verhältnisse stehen, überhaupt andere geworden sind. Die Spitäler füllten sich mit allerhand organischen Laesionen vom Bereich der Entzündung an bis zur Sclerose, während die reinen Psychosen seltner würden. Er bespricht dann die Schüle'sche Eintheilung der Psychosen und giebt zum Schluss dessen übersichtliche Zusammenstellung, wie sie im Handbuch 1878. p. 370 zu finden ist. Er bemerkt hierzu, dass trotz ihrer Mängel und obgleich sie nichts Neues bringe, diese Uebersicht doch ein so zusammenhängendes Ganze bilde, dass man die Aufmerksamkeit darauf lenken müsse.

Bis zu den drei grossen Gruppen der II. Hauptabtheilung, die übrigens De la S i a u v e schon im Princip aufgestellt habe, verhält sich Verfasser referirend. An der Gruppe Cerebro-Psychosen nimmt er in sofern Anstoss, als er diese theoretisch gut characterisirt findet, practisch aber nicht für genau abgrenzbar hält. In dem Abschnitt Psychoneurosen scheint ihm der für die maniacalische Erregung gewählte Ausdruck „Tobsucht“ nicht glücklich gewählt zu sein. Die maniacalische Erregung ist das Gegentheil der Melancholie, hat aber denselben Ursprung, das Gefühlsleben. Er erwähnt, dass Guislain diese Form am besten beschrieben und sie manie tranquille“ genannt habe. Es ist diess Pinel's „manies ans délire“, die „excitation maniaque“ Brierre de Boismont's, die „heitere Verstimmlung der Deutschen. (Erlenmeyer.)

Bei dem Versuch die „Verrücktheit“ französisch zu bezeichnen kommt er auf den Ausdruck „geschäftige Manie“, auch originelle, excentrische Manie, da aber unglücklicher Weise das Wort manie nie recht verstanden werde, schlägt er „chronisches Delirium“ vor.

Die Abtheilung b. der 2. Untergruppe, die Verrücktheit sensu strict., die psycho-convulsive Form, die psycho-kataleptische Form, übersetzt er mit: la folie du doute, la monomanie intellectuelle des Français, la monomanie sensorielle des Français und bemerkt hierzu, dass die Typen der beiden letzteren gut characteri-

sirt sind, die französische Benennung nicht passt. Partielles und sensorielles Delirium hält er für besser.

Zu dem Kapitel Paralyse bemerkt er, dass es bisweilen recht schwer sein dürfte eine genaue Grenze zu ziehen zwischen anschliesslich typischer Paralyse und solcher mit somatischen Symptomen, wie Schüle es will.

Neuendorff (Sonnenstein).

208) **Rendu** : Paralyse générale d'origine syphilitique.

(Annal. méd. psych. Mars 1879.)

Ein Mann von 36 Jahren hat sich im Jahre 1865 syphilitisch inficirt. Nach einer Reihe von Erscheinungen secundärer Lues ist er im Jahre 1875 psychisch erkrankt. Mit Verlust des Gedächtnisses beginnend machte die Krankheit schnelle Fortschritte und bald waren Sprachstörung, Pupillendifferenz, Schwerfälligkeit in den Bewegungen der Extremitäten bei grosser psychischer Schwäche, Unreinlichkeit und Nahrungsverweigerung zu beobachten. Unter der Behandlung mit Quecksilberinductionen bis zur Salivation trat Anfangs rasche dann allmähliche Besserung der psychischen und somatischen Krankheitserscheinungen ein bis zur vollkommenen Wiedergenesung nach Verlauf von 3 Jahren.

Engelhorn (Winnenthal).

209) **Lammerts — van Bueren** : Note sur les relations, qui peuvent exister entre l'erysipele de la face et les affections névro-psychiques.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1879. Nr. 13.)

Verfasser sucht, ausgehend, von dem bei Gelegenheit der Besprechung des Zusammenhanges von Gesichtserysipel mit Psychose gemachten Citat, in Schüle's Handbuch, : „ob aber hier wirklich auch eine aetiologische Verknüpfung und nicht ein zufälliges post hoc vorhanden war?“ zu beweisen, dass in der That diese Verknüpfung existire. Er erwähnt zunächst mehrere chronische Fälle und Paralysen, die von Erysipel befallen wurden, dann eine vor 2 Jahren in der Frauenabtheilung seines Etablissements beobachtete Erysipelenepidemie, der zwei Kranke zum Opfer fielen, weiterhin erwähnt er eines Gesichtserysipels bei einem Mann von 72 Jahren, der durch Tobsucht zu Grunde ging, schliesslich bringt er den folgenden Fall ausführlich. Derselbe betrifft eine Frau, die an intermittirender Demonomanie litt, bei welcher jeder Anfall, mit einem sehr ausgebreiteten Gesichtserysipel endete. Er beschreibt den Fall deswegen ausführlich, weil er ihm unstreitig zu beweisen scheint, dass eine enge Verbindung zwischen der geistigen Störung und dem Erysipel existirt.

Patientin 1843 geboren, hereditär, durch die Mutter, die mehrere Male an religiöser Melancholie litt, beanlagt, wurde seit 5 Jahren von verschiedenen Aerzten an Spinalmeningitis behandelt, litt aber auch, nach dem Bericht der Familienmitglieder, an einer geistigen Störung, die bald den Charakter der Manie, bald den der religiösen Melancholie hatte. Schliesslich kam die Kranke 1863

in die Irrenanstalt. Sie war gut genährt, hatte sanguinisch-bilisches Temperament und sah sehr gesund aus. Der Puls war regelmässig, an den Organen nichts abnormes, Stuhl retardirt, die letzten Dorsal- und die zwei ersten Lumbalwirbel auf Druck schmerzhaft. Die Menstruation regelmässig. Der Gang war wankend und seit 6 Monaten bediente sie sich eines Stockes. Ihre Intelligenz war ihrem Stande voraus, sie hatte ein richtiges Urtheil und ein ausgezeichnetes Gedächtniss. Psychisch war ihr Gemüth afficirt. Sie lachte und weinte fast zu gleicher Zeit, ohne über diesen raschen Launenwechsel Rechenschaft geben zu können; ausserdem zeigte sie Grössenideen, so dass man an den Anfang eines Grössenwahns glauben konnte. Die Kranke wurde einer Antiphlogose unterzogen, später wurde die Electricität angewendet, eine Electrode im Rücken fixirt, die andere wechselnd an den Beinen auf und abbewegt; dazu innerlich Jodkalium. Nichts destoweniger schritt die Lähmung fort. Gegen Mitte Juni d. Jahres 1863 wurde die Kranke traurig, melancholisch, hielt ihre Leiden für eine Strafe von Gott, hielt sich für die grösste Sünderin der Welt. Sie wurde reizbar, hatte Zwist mit den Wärterinnen, machte ihnen Vorwürfe über ihre Behandlung und verwies dieselben an den Richterstuhl Gottes. Einige Zeit darauf bekam sie einen Wuthanfall, sah überall den Teufel, sowohl in ihrer Lieblingskatze, wie in ihrer Theetasse und Pillenschachtel, die sie zertrümmerte, schrie Nachts nach dem Arzt, der den Teufel vertreiben sollte. Starke Dosen Chloralhydrat und Morphinum subcutan bewirkten, dass sie den Teufel nur in einer gewissen Entfernung sah, doch that sie während 4 Tagen kein Auge zu. Dieser Anfall endigte mit dem Erscheinen eines so ausgebreiteten Gesichtserysipels, dass die Kranke die Augen nicht öffnen konnte, die Backen bis zum Niveau der Nase anschwellen und Getränk nur durch einen Strohhalm genossen werden konnte. Das Erysipel nahm den gewöhnlichen Verlauf. Die Kranke blieb zwei Tage in comatösem Zustand und erholte sich langsam. Mit der Genesung kam auch ihre gewöhnliche Munterkeit wieder. Die Kranke erinnerte sich an nichts, was während des Deliriums passirt war. Sie wusste nur, dass sie gedrückter Stimmung gewesen und böse auf die Wärterinnen, erinnerte sich auch schrecklich gelitten zu haben, ohne jedoch diese Leiden genauer beschreiben zu können. Seit 14 Jahren hat nun Patientin neun mal einen solchen Anfall, der mit Gesichtserysipel endete, gehabt. Die Anfälle waren nicht alle gleich schwer, aber die Dauer der verschiedenen Symptome stand jedesmal in Beziehung zu ihrer Intensität. Ausserdem hatte sie Abortivanfälle in denen man einige Tage trübe Stimmung, Reizbarkeit mit religiöser Melancholie und Selbstmordsucht beobachtete, dann trat in der Regel ein leichter Gesichtsausschlag oder eine scrofulese Blepharitis ein, welche einigemale ein granulöses Ansehen hatte und einer Höllesteinlösung wich. Einmal dauerte die Melancholie über 2 Monate und endete mit Conjunctivitis und Hornhautgeschwüren. 4 Monate war Pat. fast blind. Nicht allein bei jedem Anfall trat Erysipel auf, auch jede Erregung gab dazu Veranlassung, so dass es der Kranken unmöglich war ihre Zwistigkeiten mit Kranken und Wärterinnen dem Arzt zu verbergen. Wollte sie

gute Laune oder Humor vortäuschen, so verrieth allemal das Erysipel, was in ihr vorging. Ihre Intelligenz blieb ungetrübt, das Gedächtniss ungeschwächt. Ihre Beine sind noch jetzt vollständig gelähmt, unempfindlich, abgemagert. Gegen die Rückenschmerzen erhält sie täglich 0,04 Chloral mit Morph. subcutan. Man versucht jede psychische Erregung von ihr fern zu halten, da derselben unmittelbar jedesmal Erysipel folgt.

Neuendorff (Sonnenstein).

210) Kowalewsky: Ein Verbrechen im Anfall von epileptischer Geistesstörung.

(Jahrbücher für Psychiatrie von Gauster und Meynert 1879. 1.)

Am 14. April 1877 wurde in die Versuchsabtheilung der Charokoff'schen Gouvernements-Landschafts-Hospital M. W. eingeliefert. Derselbe war klein von Wuchs, zeigte mit Ausnahme des rechten Auges, das erblindet, und des linken, auf dem die Sehfähigkeit sehr schwach war, nichts abnormes. Psychisch machte er den Eindruck eines schläfrigen trägen Menschen; er hat ein stilles diensteifriges ergebene Wesen, nicht die Spur von List oder Verstocktheit sondern war ehrlich aufrichtig verträglich. Erbliche Anlage nicht vorhanden. Das Gesicht hatte er als Soldat bei einer Pulverexplosion verloren. Er war verheirathet, guter Familienvater, und trotzdem seine Frau, während seiner Soldatenzeit von einem Andern ein Kind bekommen, liebte er auch dieses und machte seiner Frau keinen Vorwurf.

Am Freitag d. Osterwoche 2. April soll er noch vollständig gesund gewesen sein, nur war eine Veränderung im Gesicht bemerkbar, als ob er abgenommen hätte, auch ass er nichts. Am Sonnabend Morgen stürzt er sich plötzlich auf eine zum Besuch anwesende Freundin der Frau, und verlangt von ihr in Gegenwart von Frau und Kinder Befriedigung seiner geschlechtlichen Lust. Als diese sich weigert, wendet er sich an seine Frau, und wird abschläglich beschieden. Die Frau sagt aus, dass er nun zu Boden gestürzt sei, mit dem Gesichte voran, die Freundin sagt aus, dass er in Folge eines Stosses der Frau gefallen sei, dann habe er den Kopf erhoben. Ueber den Gesichtsausdruck erschrocken, seien beide aus der Thür geeilt. Hierauf zerschlug W. die Fenster, riss sich die Kleidung vom Leibe und fing an zu toben. Die herbeieilenden Nachbarn begiesst er mit kochendem Wasser; in diesem Zustand ergreift er das dreijährige nicht von ihm erzeugte Kind, wirft es in den brennenden Ofen, und widersetzt sich jedem Rettungsversuch. Er wird überwältigt und ins Militairhospital gebracht. Hier erkannt man nach 8 Tagen eine geistige Störung, die sich durch unzusammenhängende Rede documentirt. Von hier kam er am 14. April unter Aufsicht des Verf., doch konnte letzterer während 1½ Monaten nicht die geringste Geistesstörung entdecken.

Nach Verfasser gehört der Anfall W's. zu den Fällen psychischer Epilepsie, da alle Hauptmerkmale dieser weitaus nicht formulirten Krankheitsform vorhanden sind. Er nennt als solche: Undeutliche Vorboten, plötzliches Auftreten von Tobanfällen, Verlust

der richtigen Kenntniss der Umgebung, grauenhafter Charakter des Anfalles selbst, grauenhafter Charakter des Verbrechens, welches während des Anfalles begangen wird, Abwesenheit jeglicher Motive, Verlust oder doch Abschwächung der Erinnerung an den Anfall, und der schnelle Verlauf des letzteren.

Zu „Abwesenheit jeglicher Motive“ könnte man noch hinzufügen: Vorhandensein von Motiven, welche den krankhaften Zustand der geistigen Thätigkeit erklären. Anscheinend ist nämlich das Motiv der Geschlechtsreiz, doch dürfte eine so offenkundige Verletzung seiner Pflichten als Vater, Mann und Bürger, wie die Befriedigung von einer fremden Person verlangt, eine solche Verletzung von Ehre und Gewissen auf einen vollständigen abnormen geistigen Zustand des W. in dem betreffenden Augenblick mit Sicherheit schliessen lassen.

Auf den ersten Blick scheinen die epileptischen Krämpfe zu fehlen, allein der Umstand, dass als W. zu Boden fiel sein Gesicht einen so veränderten Ausdruck angenommen, dass die Frauen erschrocken davon liefen, lässt mit Gewissheit sagen, dass das eben bei W. ein Anfall epileptischer Krämpfe war. Wir wissen, dass es Fälle von unvollständiger Epilepsie giebt, wo die ganze Sache sich auf bewussten Zustand des Subjectes und schwache Gesichtskrämpfe beschränkt. Ein solcher Anfall unvollständiger Epilepsie, war dann auch im gegebenen Falle bei W.

Neuendorf (Sonnenstein).

211) J. Straud und J. Christian (Maréville): Gutachten über einen geisteskranken Verbrecher.

(Annal. méd. psych. Mars 1879.)

Am 27. März 1877 kam Emil L. Abends $\frac{1}{2}$ 10 Uhr nach Hause zu seinen Eltern, bei welchen er wohnte, ohne vorher geistige Getränke zu sich genommen zu haben. Nach dem er die verschlossene Thüre durch einen Tritt mit dem Fusse geöffnet, näherte er sich ohne ein Wort zu sprechen dem Bette seines Vaters, versetzte demselben 2 Messerstiche in die Herzgegend und eine in die rechte Hand. Dann wollte er sich auf seine Mutter losstürzen, welche aber entflo; in seiner Wuth durchwühlte er das Bett und stach mehrmals durch die Kissen.

L. hatte den deutsch-französischen Feldzug mitgemacht und war mehrere Monate als Gefangener in Cöln und Danzig. Nach seiner Rückkehr zum Regiment fiel sein unbotmässiges, dem Trunk ergebene Leben auf, welches ihm vielfache Strafen zuzog. Aus zahlreichen Zeugenaussagen geht hervor, dass er in seiner Heimath, wo er nach seiner Entlassung vom Militär lebte, für geisteskrank galt; er führte ein Faulenzerleben, betrank sich häufig und war zu nichts zu gebrauchen. Führer schon hatte er seinem Vater in brutaler Weise gedroht ihn umzubringen. Ein ärztliches Attest von einem Arzte seiner Heimath erklärte ihn für geistesgesund.

Die genaue Beobachtung im Asyl zu Maréville ergab, dass L. ein still vor sich hinlebender Mensch ist, der spontan mit Niemand spricht. Reisbar und leicht aufbrausend begeht er häufig unmo-

virte Gewaltthätigkeiten. Seine intellectuellen Fähigkeiten sind seinem Stande entsprechend gut entwickelt. Auf Fragen gibt er im Ganzen korrekte Antworten, aus deren Inhalt (cf. die im Original mitgetheilten Gespräche), hervorgeht, dass er von Wahnvorstellungen beherrscht ist, welche sich auf angeblich von seinem Vater ihm gegenüber gemachte Unterschlagungen beziehen sowie auf eine ihm von seiner Tante versprochene, von seinem Vater aber ihm vorenthaltene Erbschaft. Widerspruch gegen diese mit der Wirklichkeit nicht übereinstimmende Behauptungen kann er nicht ertragen und wird dadurch gereizt. Die Umstände bei dem Verbrechen selbst finden in dem Gutachten eine genaue Würdigung, wobei namentlich das Impulsive und Plötzliche der Handlung hervorgehoben wird. Epilepsie oder epileptoide Zustände konnten nicht nachgewiesen werden. Auf das Bestehen des Alcoholismus chronicus wird besonderes Gewicht gelegt.

In Folgendem wird das Urtheil von dem begutachtenden Aerzten zusammengefasst:

1. L. ist geistesgestört.
 2. Diese Geistesstörung, welche schon mehrere Jahre besteht, beraubt ihn jeglicher Verantwortung des von ihm versuchten Vätermords.
 3. Es liegt im Interesse der öffentlichen Ordnung und Sicherheit, dass L. in ein Asyl für Geisteskranke verbracht wird.
- Diesem Urtheil zu Folge wurde L. in Maréville belassen, wo sich sein Geisteszustand bis Februar 1879 in Nichts veränderte.

Engelhorn (Winnenthal).

II. Verschiedene Mittheilungen.

- 212) Auf der diesjährigen Naturforscherversammlung zu Baden-Baden (18. bis 24. September) werden in der Section für Psychiatrie und Neurologie als *Sectionsführer*: Dr. Schliep, als *Secretäre*: Dr. Fischöt (Pforzheim) und Dr. Frey (Baden) functioniren. Vorträge haben angekündigt die Herren: Benedikt, Prof. (Wien): Die kranziometrischen Resultate bei Epilepsie. — Kornfeld, Dir. (Wöhlau): Verbrechen und Irreseln. — Koch, Dir. (Zwiefalten): Beitrag zur Lehre von der primären Verrücktheit. — Eulenburg, Prof. (Greifswalde): Ueber einige Verhältnisse des Stoffwechsels bei centralen Nervenkrankungen. — Rüdinger, Prof. (München): Demonstrativer Vortrag über das Gehirn. — Erlenmeyer, Dr. (Bendorf): Zur Therapie der Poliomyelitis anterior acuta adulescentium. — Erb, Prof. (Heidelberg): Ueber die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes dorsalis und deren therapeutische Consequenzen. — Mendel, Dr. (Berlin): Die pathologische Anatomie der Dementia paralytica. — v. Rinecker, Prof. (Würzburg): Ueber Pulscurven bei Geisteskranken. — Otto Binswanger, Dr. (Breslau): Experimentelle Beiträge zur Physiologie der Grosshirnrinde. — Herz, Dr. (Bonn): Zur anatomischen Diagnose des Delirium acutum idiopathicum.

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialstädt. Irrenanstalt zu Schwetz: a) Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. b) Assistenzarzt, 1. September, 1200 M. freie Station. 2) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbits: a. Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage; Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingrode in Merseburg. b. Volontairarzt sofort, 600 M. freie Stat. Persönliche Meldung. 3) Andernach, provinc. Irrenanstalt: II. Arzt; 2700 M. freie Wohnung, Garten, Heizung Beleuchtung, Arznei. (Meldungen; bei dem Landesdirector der Rheinprovinz, Freiherrn von Landesberg in Düsseldorf.) 4) Coeslin: Regierungen und Medicinalrathsstelle. 5) Ueckermünde (Provinzial-Irrenanstalt): III. Arzt, zum 1. August. 1000 M., frei Station. 6) Klingenmünster: Director, 5000 M., Familienwohnung, Garten, Entschädigung für Holz und Licht. Bewerbungen bei der Kgl. Bayr. Regierung in Speyer. 7) Saargemünd: Assistenzarzt, 1200 M., freie Station. 8) Sachsenberg: 2. Assistenzarzt, 1. October, frei Station I. Classe 1200 M. 9) Halle (psychiatrische Klinik) Volontairarzt, sofort. (Gehalt nicht angegeben.) 10) Die Kreisphysikate Angerburg, Bromberg, Bomst, Bublitz, Creuzburg, Dortmund, Erkelenz, Labiau, Moers, Mogilno, Ruppin, Rüssel, Saetzig, Schlochau, Stade (Marchkreis), Sensburg, Sorau, West-Sternberg, Warendorf. Wehlau.

Ernannt: Dr. Barnick zum Physicus des Kreises Eiderstädt (Tönning). Dr. Koch, Physikus des Kreises Bomst in das Stadtphysikat Breslau versetzt. Dr. Fuhrmann zum Physikus des Kreises Nieder-Barnim. Dr. Chlumsky zum Physikus des Kreises Ost-Sternberg.

IV. Anzeigen.

Bei AMBR. ABEL in Leipzig ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Compendium der **Frauenkrankheiten.**

Zum Gebrauche für Studirende und Aerzte.

Von Dr. med. C. G. Rothe,

prakt. Arzt in Altenburg.

Mit 50 Holzschnitten.

klein 8^o 277 Seiten. brosch. M. 5. — geb. M. 5.75.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Lehrbuch der Psychiatrie

auf klinischer Grundlage
für praktische Aerzte und Studirende

von

Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing in Graz.

Drei Bände.

Band I: *Die allgemeine Pathologie und Therapie des Irreseins.*
18 Bog. gr. Octav. Preis Mark 6. —

Es ist erschienen :

Mikroskop und Sterilität.

Von

Dr. Levy.

Mit einer Tafel Abbildungen von mikroskopischen Präparaten.
M. 1.20.

Von demselben Verfasser erschien früher:

Die cervicale Genkurzheit und ihre sichere Heilung. 1875. 60 Pfg.

Der Gypsabguß als diagnostisches und therapeutisches Mittel für Form- und Lageveränderungen an der Gebärmutter. Mit Holzschnitten.

1875. M. 2.80

Jos. Ant. Finsterlin in München.

Erscheint in 180 Lieferungen à 50 Pfg.

6. Auflage
mit zahlreichen Karten
und Illustrationen

WASSER

Universal-Lexikon
Conversations-Lexikon.

ist das vollständigste, beste und
billigste Werk dieser Art.

In 16 eleg. geb. Halbfranzbänden à 7 Mk.
In Calico à 6 Mk. 50 Pf.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

☞ das anerkannt wirksamste aller Bitterwässer. ☞

„Mit Vorliebe verwendet weil dieses Wasser wegen den anwendbaren mässigen Dosen und seiner schonenden Wirkung oft einer wichtigen Causalindication genügt.“ — *Reg. Rath Prof. Dr. Meynert, Wien.* —

„Lässt seine Anwendung selbst bei entzündlichen Zuständen des Darmes, die andere Bitterwasser oft verbieten, noch vollkommen zu.“ — *Obermed.-Rath Dr. Landenberger, Stuttgart.* — „Selbst in Fällen, wo bei reizbarem Darne verabreicht, erzielte das Wasser schmerzlosen Stuhlgang.“ — *Prof. Dr. W. Leube, Erlangen.* —

== Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen. ==

Ein Arzt in einer Privat-Irrenanstalt sucht für einige
Wochen Vertretung.

Franco Offerten unter Dr. X. Y. Z. besorgt die Exped. d. Bl.

◆◆◆◆◆ **Blankenburg am Harz.** ◆◆◆◆◆
Curanstalt für Nervenkranken
in
Blankenburg am Harz.
Die Direction:
Dr. Müller Dr. Paul Rehm.

Reclamationen gegen unregelmässigen Empfang unseres Blattes sind an derjenigen Stelle anzubringen, bei welcher auf das Blatt abonniert worden. Post wie Buchhandel sind zu unentgeltlicher Nachlieferung verpflichtet.

Gegen Francoeinsendung vom M. 6 an uns erfolgt portofreie Zusendung der erschienenen ersten 12 Nummern dieses Jahrgangs. Einige complete Expl. des I. Jahrgangs können für M. 8 abgelassen werden.

Bendorf bei Coblenz den 1. August 1879.

Die Expedition.

☛ Nachdruck aus dem Centralblatt ist nur mit genauer Quellenangabe und Namhaftmachung des betreffenden Herrn Referenten gestattet. ☛

Wir suchen noch einen Referenten für italienische und holländische Literatur.
Die Red.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt]

von

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Sogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
80 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

15. August 1879.

Nr. 16.

INHALT.

- I. REFERATE. 212) A. Vulpian: Maladies du système nerveux. (Maladies de la moelle.) Leçons professées à la fac. de méd. Rec. et publ. par Bourceret. 213) Althaus (London): Neuritis der Gehirnnerven in der progressiven Bewegungs-Ataxie. 214) Spitzka, Edward C.: Die anatomischen und physischen Einwirkungen des Strychnin auf Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven. 215) Gowers W. R.: Die physiologische Pathologie des hydrophobischen Anfalles. 216) Swan M. Burnett (Washington): Beidseitige Stauungspapille und Hornhautvereiterung des rechten Auges bei einem rechtsseitigen Sarcom des Kleinhirnes. 217) Achintre: Placé par coup de sabre du cuir cheveu, du crane et de l'encéphale; monoplégie brachiale gauche temporaire; guérison. 218) Folet (Lille): Leçons sur l'encéphale et l'appareil auditif. 219) Byrom Bramwell: Cases of Intra-Cranial Tumour. 220) Gausster: Die Heilung allgemeiner progressiver Paralyse.

II. PERSONALIEN. III. ANZEIGEN.

I. Referate.

212) **A. Vulpian:** Maladies du système nerveux. (Maladies de la moelle.)
Leçons professées à la fac. de méd. Rec. et publ. par Bourceret.
(Paris, Octave Doin; 1879. gr. 8°. Fr. 16 Fr.)

Die Vorlesungen Vulpian's über die Krankheiten des Rückenmarkes, deren erste Hefte wir im Beginne dieses Jahres (Centralblatt Nr. 1.) anzeigten, sind jetzt vollständig erschienen. Was ich damals über den allgemeinen Charakter des Werkes und zum Lobe desselben gesagt habe, ist in vollem Maasse auch auf die Schlusselferungen anzuwenden. Stets baut V. seine Lehren auf den von der experimentirenden Forschung gelegten Grund, stets zeigt er sich als selbständigen, geistvollen Forscher, der Stoff und Form in gleicher Weise beherrscht. V. will in diesen Vorlesungen einen Abschnitt der experimentalen Pathologie vortragen; es ist daher natürlich, dass in ihnen die Theorie der Krankheit und die Erklärung der Symptome die Hauptsache sind, Diagnose, Therapie etc. in den

Hintergrund treten. Andererseits freilich beschränkt sich der Autor durchaus nicht auf eine Darstellung der experimentalen Thatsachen und ihre Anwendung auf die Pathologie, sondern hat die Form eines Lehrbuches gewählt, giebt eine vollständige Symptomatologie, sehr ausführliche Krankengeschichten, geht hier und da auf die Therapie ein etc. Man fragt sich daher, was soll das Buch sein, eine Reihe von geistvollen Essays, oder ein Lehrbuch der Rückenmarkskrankheiten? Es ist keins von beiden, für James zu dick, für dieses zu dünn. Nicht nur sind die einzelnen Abschnitte eines Krankheitsbildes ungleichmässig behandelt, sondern diese Krankheit ist ausführlich besprochen, jene flüchtig und jene fehlt ganz. Sei dem jedoch wie ihm wolle, das Buch ist von Vulpian, d. h. bedeutend und verdient auch in Deutschland gelesen zu werden. Ich glaube daher, etwas näher auch auf die einzelnen Darstellungen eingehen zu dürfen und werde mir erlauben, aus jedem Kapitel dasjenige, was Vulpian eigenthümlich ist, hervorzuhoben.

Das Ganze, ein stattlicher Band mit 509 Seiten, ist in 16 Vorlesungen eingetheilt, eine Eintheilung, welche den Stoff in der unglücklichsten Weise zerreisst. Die erste Vorlesung ist ein Rückblick auf die Vorlesungen des Jahres 1876, welche der experimentalen Pathologie des peripheren Nervensystems gewidmet waren. In der zweiten beginnt der Autor das Kapitel, Compression der Rückenmarkes, und wählt, wie Charcot, als Paradigma für seine Darstellung die Rückenmarksaffection bei *Malum Pottii*. Bezüglich der hier den Druck bewirkenden Ursache schliesst er sich Michaud an, nach dessen Auffassung diese ein durch Pachymeningitis externa geliefertes käsig-entzündliches Exsudat im Vertebralcanal ist. Die sog. pseudoneuralgischen Schmerzen will V. nicht immer auf eine Betheiligung der hinteren Wurzeln bezogen wissen, meint vielmehr, dass sie häufig in der entzündeten Dura selbst ihren Sitz haben. Dass die letztere sehr sensibel sei, hat V. sowohl in den von ihm unter Florens' Leitung angestellten, als in seinen eigenen Versuchen erwiesen: jeder Reizung der blossgelegten und aufgeschnittenen Dura folgte eine Erhöhung des Blutdrucks und eine Erweiterung der von Schiff mit Recht als Aesthesiometer bezeichneten Pupille. Weiter werden ausführlich die verschiedenen Lähmungserscheinungen besprochen und wird hervorgehoben, dass bei Compressionsmyelitis die Sensibilitätsstörung sehr gering sei oder ganz fehle, während complete motorische Paralyse besteht, ein Phänomen, auf das allein V. zuweilen die Diagnose der Compressionsmyelitis gestellt habe und dessen Ursache darin zu suchen sei, dass einmal die sensibeln Nervenröhren widerstandsfähiger seien als die motorischen, zum andern für die sensible Leitung jeder kleinste Rest der grauen Substanz genüge. Bezüglich der oft gesteigerten Reflexerregbarkeit verwirft V. die bekannte Theorie Setschenow's, will nichts von Reflexhemmungscentren des Mittelhirns wissen, sondern glaubt, dass in eben dem Grade, als die Fortpflanzung der sensibeln Erregung eingeschränkt wird, das Reflexvermögen des Rückenmarks zunimmt. Eine längere Erörterung veranlasst die Erklärung der Cervicalparaplegie, nach V. richtiger Brachialparaplegie genannt.

V. neigt sich der Hypothese zu, dass bei der Compression des Halsmarkes die graue Substanz als die zartere stärker comprimirt werde, als die weisse, dass in Folge dessen die Bronchialnerven, welche dem Austritt nahe schon in der grauen Substanz verlaufen, mehr leiden als die noch in den Seitensträngen liegenden Nerven der unteren Extremitäten; doch meint er vorderhand sich darauf beschränken zu sollen zu constatiren, dass die Verletzungen des Markes, welche die Leitung nicht ganz aufheben, energischer auf diejenigen Nerven wirken, deren Austritt dem Sitze der Verletzung nahe liegt, als auf die weiter unten austretenden. Sehr eingehend werden die vasomotorischen Störungen bei Compression des Markes besprochen, da jedoch V.'s Untersuchungen über „die Vasomotoren“ anderweitig bekannt sind, glaube ich nur an diese erinnern zu sollen. Die Besprechung der weiteren Rückenmarksymptome bei *Malum Pottii*, der verschiedenen Sensibilitätsstörungen, der Sphinkterenaffection, der trophischen Störungen etc., sowie des Verlaufes der Krankheit bietet Bekanntes. Ebenso die nun folgende kurze Schilderung der durch andere Ursachen als Caries bewirkten Formen von Markdruck und die den Schluss des Kapitels bildende Darstellung der *Brown-Séquard'schen* Lähmung. Hier, wie am Schlusse jedes Kapitels, giebt der Autor eine Anzahl von Krankengeschichten, welche auf V.'s Abtheilung geschrieben worden sind, und die Erzählung einiger Experimente, welche letztere hier halbseitige Durchschneidungen des Markes betreffen.

In der 5. Vorlesung beginnt der Abschnitt „Hyperämie und Blutung des Rückenmarkes“. Die Symptomatologie der Hyperämie resp. Anämie des Markes ist nach V. terra incognita, denn die auf dieselbe bezogenen Erscheinungen, welche man z. B. bei Strychninvergiftung, bei Tetanus, bei Typhus etc. beobachtet, sind theils Intoxications-, theils Entzündungsphänomene. V. gesteht nur dies zu, dass man einen schädlichen Einfluss der wahrscheinlich Hyperämie verursachenden Umstände auf das schon kranke Mark beobachten könne. Dahin gehört die Verschlechterung, welche an Spinalirritation Leidende nach längerem Liegen beobachten, die Besserung Anämischer bei horizontaler Lage. V. hat einen Fall beobachtet, in dem zahlreiche Varicen am ganzen Unterkörper bestanden und eine seit längerer Zeit bestehende Parese und Parästhesie der Beine durch Ergotin gebessert wurde. Er ist nicht abgeneigt, hier Varicen der Rückenmarkshäute anzunehmen. Es scheint mir die Polemik V.'s gegen die voreilige Diagnose, Rückenmarkshyperämie, sehr beherzigenswerth zu sein gegenüber der modernen Neigung, bei jeder Gelegenheit eine primäre Veränderung des Blutgehaltes zu diagnosticiren und die Gefässnerven zum Sündenbock für alles Mögliche zu machen.

Es folgt die Schilderung der Symptome bei Hämatorrhachis und einiger Experimente, bei denen nach Blosslegung der Dura in den Sack derselben ca. 20 gr. Blut injicirt wurden und die paraplegischen Thiere nach wenigen Tagen an Myelomeningitis starben. Bemerkenswerth war die ausserordentlich rasche Resorption, es wurden bei der Section kaum Spuren von Blut gefunden. Betreffs der Häma-

tomyelie schliesst sich V. der von Charcot ausgesprochenen Ansicht an, dass es sich in der Regel um secundäre Blutungen bei primärer Myelitis handle. Doch hat nach ihm Hayem die Sache übertrieben, indem er die primäre Hämorrhagie ganz leugnete. Es giebt entschieden solche Fälle.

Die Folgen plötzlicher Anämie des Markes sind besonders experimentell studirt worden. V. giebt eine ausführliche Darstellung der von Florens begonnenen, von ihm selbst fortgesetzten, von Andern (Panum etc.) bestätigten Versuche, welche eine Verstopfung der kleinsten Arterien des Unterkörpers, resp. Lendenmarkes, dadurch erzielen, dass in die Cruvalarterie in der Richtung gegen das Herz Wasser mit darin suspendirtem Lycopodium injicirt wurde. Bald nach der Injection giebt das Thier lebhaftes Zeichen des Schmerzes, je nach dem die Obliteration der Arteriolen mehr oder weniger bruchs ist, treten spinale Krämpfe ein oder nicht (analog denen von Kussmaul und Tenner), rapider Verlust der Sensibilität, fast vollständige motorische Paraplegie, nach 15 — 80 Stunden der Tod. Beim Menschen sind bekanntlich die Fälle von plötzlicher Anämie des Markes durch Arterienverschluss extrem selten, man weiss factisch so gut wie nichts über die Pathologie der Rückenmarksanämie. Nur so viel ist sicher, dass Brown-Séguard's Erklärung der sog. Reflexlähmungen aus einer durch Reflexkrampf der Gefässe verursachten Anämie falsch ist. Wäre sie richtig, so müsste bei diesen Lähmungen vollständige Anästhesie eintreten. V. will auch nichts davon wissen, dass Lähmungen aus allgemeiner Anämie erklärt werden, es handle sich entweder um Hysterie oder um anatomische Läsionen. Wohl aber seien die plötzlichen Lähmungen beim Uebergang in niedern Atmosphärendruck denen nach Lycopodiuminjection analog, wie hier Verstopfung der Arteriolen durch die Sporen, so trete eine solche dort durch aus dem Blut entweichende Luftblasen ein.

In der 7. Vorlesung beginnt die Besprechung der Spinalmeningitis. Der Abschnitt betr. acute und chronische Leptomeningitis bietet nichts Besonderes. Nur betont V., dass man fast regelmässig die hintere Partie der Pia stärker entzündet sieht als die vordere, oft in dem Grade, dass die Entzündung über den Hintersträngen localisirt zu sein scheint. Die Ursache dieser Erscheinung sieht er in dem anatomisch und physiologisch nachweisbaren Reichthum der hinteren Piafläche an sensibeln und sympathischen Nervenfasern. V. erörtert diese Verhältnisse sehr ausführlich und kommt, wie sich zeigen wird, später mehrfach auf sie zurück. Ein gewisses Gewicht legt er auch auf den nicht seltenen Befund von verdickten, weissen, opaken Flecken in der „Arachnoidea“ (Arachnitis chronica) und glaubt, dass oft vage Rückenmarkssymptome, welche keine Diagnose finden, in ihnen ihre Ursache haben. Von den Formen der Pachymeningitis wird hier nur die P. cervicalis hypertrophica nach Charcot und Joffroy beschrieben. Es folgen eine Beobachtung letzterer Krankheit und zwei Fälle, bei denen die Section nur zahlreiche arachnitische Flecken ergab, während im Leben theils

ballbare Symptome und epileptische Anfälle, theils Paraparese und pseudoneuralgische Schmerzen bestanden hatten.

Mit der 9. Vorlesung kommt V. zur Myelitis. Nach einer Auseinandersetzung über systematische und diffuse, parenchymatöse und interstitielle Myelitis, Begriffe, welche jetzt Gemeingut, zuerst durch Vulpian präcisirt wurden, beginnt er die Besprechung der acuten diffusen Myelitis mit einer ausführlichen Aetiologie. Er unterscheidet: M. entstandea durch Fortleitung von den Meningea aus, Meningomyelitis; M. durch extra- und intramedulläre Tumoren; M. durch Traumen, durch Ueberanstrengung der Muskeln; M. a frigore. Die Entstehungsweise der letzteren Form erklärt V. auf folgende Weise. Alle nervösen Fasern können als trophische wirken, können den anatomischen Elementen, mit denen sie in Verbindung stehen, den trophischen Einfluss der nervösen Centren übermitteln. Wenn nun auch die unmittelbaren trophischen Centren der Spinalnerven in den sympathischen und spinalen Ganglien zu suchen sind, so übt doch auch das Rückenmark einen trophischen Einfluss auf die peripheren Organe der Spinalnerven aus und ist es umgekehrt sehr wohl denkbar, dass spezifische Einflüsse (die Kälte) welche letztere betreffen, mittelst der Spinalnerven auf die Centren des Rückenmarks einwirken. Von diesen aber gehen auch die das Gewebe der Meningea versorgenden Fasern aus. Der von Peripherie zum Centrum gelangte influxus irritativus, wird vom Centrum reflectorisch auf die Meningea übertragen, es entsteht Spinalmeningitis. Aehnlich ist der Reflex-Vorgang im Rückenmark selbst, es entsteht acute Myelitis. Freilich muss als Vorbedingung eine Disposition zur Entzündung, eine spezifische Vulnerabilität des Markes angenommen werden. Weiter entsteht acute M. durch entzündliche Reizung der peripheren Nerven, hieher gehören die sog. Reflexparalysen; durch Intoxicationen, hieher gehört wahrscheinlich die Bleilähmung. V. hat eine zweifellose Myelitis bei einem durch Blei vergifteten und gelähmten Hunde gesehen. Ebenso ist es ihm mehrfach gelungen, Hunde durch Einverleibung grosser Dosen von Bromkalium paraplegisch, resp. total paralytisch zu machen. Bei einem derselben fand er eine beginnende centrale Myelitis, Kernwucherung im periependymären Gewebe. Um diffuse acute Myelitis endlich handelt es sich wahrscheinlich in den meisten, wenn nicht allen Fällen von Lähmungen, Neuralgien etc., welche nach Variola, Typhus, Diphtherie und andern acuten Krankheiten, in der zweiten Periode der Syphilis, im Wochenbett beobachtet werden, wenn gleich auch die Entstehungsweise der Reflexparalysen hier Platz greifen mag. Die Darstellung der pathologischen Anatomie, sowie die ausführliche Symptomatologie bringen nichts wesentlich Neues. Bezüglich des acuten Brandes (den Ausdruck Decubitus acutus verwirft er) ist V. der Ansicht, dass trophoneurotische Einflüsse wohl mit in Frage kommen mögen, dass sie aber durchaus nicht die erste Rolle spielen, vielmehr alle dem Brande günstigen Bedingungen in der acuten Myelitis so reichlich vorhanden sind, dass er auch ohne jene seine hinreichende Erklärung findet. Hier findet die Landry'sche Paralyse ihren Platz. V. glaubt dieselbe bis jetzt als be-

sondere Krankheitsform festhalten zu müssen, es sei zwar sehr wohl möglich, dass man auch bei dieser Krankheit später bestimmte anatomische Veränderungen auffinden werde, bis jetzt aber sei dies keineswegs der Fall. Denen, welche die Krankheit als *paracuta Myelitis* auffassen, sei zu erwiedern, dass nach den experimentellen Thatsachen die Zeit von wenig Tagen zur Entwicklung einer deutlichen Myelitis hinreicht. Die Differentialdiagnose zwischen der *L a n d r y'schen Paralyse* und einer Mittelform der acuten atrophischen Spinallähmung, welche von *E r b* discutirt wird, findet bei *V.* keine Erwähnung. Vielleicht ist hier der Ort zu erwähnen, dass Elektrodiagnostik und Elektrotherapie in dem ganzen Buche so gut wie keine Rolle spielen. Der galvanische Strom wird nicht genannt, die Entartungsreaction scheint ganz unbekannt zu sein, ebenso alle feineren Veränderungen der Reizbarkeit. Die Thatsache, dass bei gewissen Lähmungen die faradische Contractilität der Muskeln schwindet, ist das einzige elektrodiagnostische Symptom, welches *V.* der Erwähnung würdigt. Diese Mängel sind freilich keine Eigenthümlichkeit *V u l p i a n's*, sondern der ganzen französischen Neuropathologie (mit wenig Ausnahmen). Ihr Grund scheint der französische Patriotismus zu sein, welcher überhaupt die eingehende Beschäftigung mit fremder Literatur für unnöthig hält, speziell die Kenntniss der Elektrodiagnostik, als einer wesentlich deutschen Errungenschaft, hindert.

Die zwölfte Vorlesung ist der chronischen diffusen Myelitis gewidmet. Dieselbe wird mit Ausschluss der herdförmigen Sclerose in drei Formen gesondert: *Poliomyelitis diffusa chronica s. M. centralis*, *Leucomyelitis diffusa chronica*, *Myelitis mixta diffusa chronica*. Zur centralen *M.* gehört *H a l l o p e a u's myélite périépendymaire*, welche von den den Centralcanal umgebenden Bindegewebs- und Epithelialzellen ausgeht. Eine beschränkte Form derselben liegt wahrscheinlich dem *T e t a n u s* zu Grunde (*M i c h a u d*), und den durch Bromkalium bewirkten Lähmungen. Die *Leucomyelitis diffusa* ist entweder eine *corticalis s. annularis*, hängt von Meningitis ab und ist in den Hintersträngen am intensivsten, oder eine *vera*, welche letztere Form hauptsächlich bei progressiver Paralyse der Irren beobachtet wird. Am Schluss des Kapitels wendet sich *V.* gegen *D u c h e n n e*, welcher neben seine *paralyse générale spinale antérieure subaigue* die *paralyse générale spinale diffuse subaiguë* gestellt hat. Letztere ist nichts als eine chronische diffuse Myelitis und gehört mit jener, als einer Systemerkrankung, in keiner Weise zusammen.

Es folgt wieder eine Reihe von Beobachtungen, zunächst zwei Krankengeschichten, acute Myelitis nach Typhus und chronische *M.*, dann mehrere experimentelle Beobachtungen. *V.* hat versucht eine Myelitis durch Ueberanstrengung der Muskeln zu erzeugen, indem er Thiere bis zur totalen Lähmung einer allgemeinen Faradisation unterwarf, ist jedoch noch nicht zu einem bestimmten Resultate gekommen. Ferner injicirte er einige Tropfen einer Lösung von Arg-nitr. in das Rückenmark eines Hundes, es entstand in der Nähe des Stiches eine heftige Entzündung der Hinterstränge, weiterhin

in grosser Ausdehnung eine centrale Myelitis. Endlich wird eine Lähmung, welche durch Bromkalium erzeugt war, beschrieben.

Die letzten 3 Vorlesungen sind der Besprechung der Tabes oder, wie sie V.'s Patriotismus gewöhnlich nennt, der ataxie locomotrice progressive gewidmet. Sie bilden die grössere Hälfte des Buches, wiewohl bei der Tabes die Aufschlüsse der experimentalen Forschung dürftiger sind als sonstwo.

V. trennt die Systemerkrankungen des Rückenmarkes in Leucomyelitis systematica und Poliomyelitis s., jene in L. s. primitiva; und secundaria; jene wieder kann sein eine L. s. pr. posterior: ataxie locomotrice; L. s. pr. posterior interna: Sklerose der Goll'schen Stränge mit unbekannter Symptomatologie; L. s. pr. lateralis: primäre Sklerose der Seitenstränge, fast immer mit Betheiligung der vorderen Hörner: sclérose latérale amyotrophique.

Im Bilde der Hinterstrangsklerose, welche allein besprochen wird, unterscheidet V. mit anderen drei Perioden und schildert jede derselben geordnet. In der Einleitung wird als Entdecker der Krankheit Duchassa de Boulogne gepriesen, die Kenntniss der pathologischen Anatomie datirt von dem Mémoire, welches Bourdon und Luys in den archives générales de méd. veröffentlichten. Diese Behauptungen, welche bei den meisten französischen Schriftstellern über Tabes wiederkehren, sind schon mehrfach widerlegt, scheinen aber ein sehr zähes Leben zu haben. Man weiss in Frankreich nichts davon, dass W. Horn (1827) eine vorzügliche Charakteristik und zusammenhängende Schilderung des Verlaufs der Tabes als eines typischen Krankheitsbildes gegeben hat man kennt kaum die klassischen Darstellungen von Romberg (1840) und Steinthal (1844), man scheint die in vielen Punkten noch heute mustergültige Schilderung in Wunderlich's Handbuch nie gelesen zu haben. Man weiss dort ebensowenig, dass W. und E. Horn, Jacoby, Froiep die anatomische Grundlage der Tabes als degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge bestimmten, dass in England Todd (1847) die Coordinationsstörung auf die anatomische Läsion der Hinterstränge bezog. Aber auch um die neuere deutsche Literatur scheinen die Franzosen sich nicht sehr zu bekümmern und gerade in Vulpian's Beschreibung und Theorie der Tabes finden sich dafür vielfache Beweise. Es macht den Eindruck, als ob man in Paris nur das Berliner Centralblatt lese.

Die Aetiologie behandelt V. sehr flüchtig. Einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der Krankheit schreibt er vorausgegangener Syphilis zu (unter 20 Tabeskranken 15 Syphilitische). Jedoch soll die Tabes Syphilitischer durchaus nicht spezifischer Natur sein, sondern nur durch die Syphilis eine bestimmte Prädisposition geschaffen werden. Mit Erstaunen findet man die Hysterie als wichtige Ursache der Tabes aufgeführt.

Es folgt nun eine sehr eingehende Symptomatologie der ersten Periode, in der natürlich die Sensibilitätsstörungen die erste Stelle einnehmen. Dass vorübergehende Lähmungen anderer Muskeln als der Augenmuskeln (Paraplegie etc.) vorkommen, bezweifelt V. Das starke

Ermüdungsgefühl angehender Tabeskranken erklärt er dadurch, dass, wenn die spinale Coordination anfängt nachzulassen, einmal das Gehirn sich mehr als früher an der Regelung des Ganges beteiligen muss, zum andern die störenden Contractionen der Antagonisten überwunden werden müssen und endlich zwecklose, verlorene Contractionen vorkommen. Eingehend werden die verschiedenen Krisen geschildert, die gastrischen, gastroenteralgischen, die Anfälle von Oesophagismus, Laryngismus, Nierenkolik, die Bronchokrisen. V. hat gastroenteralgische Krisen gesehen, die das ganze Symptomenbild der Cholera asiatica repräsentirten. Weiter werden die Störungen der Harn- und Geschlechtsorgane besprochen u. s. w. Acht ausführliche Krankengeschichten erläutern diesen Abschnitt.

In der zweiten Periode, die mit dem Auftreten deutlicher Ataxie beginnt, nehmen wieder die Sensibilitätsstörungen die Aufmerksamkeit hauptsächlich in Anspruch. V. ist der Ansicht, dass Abnahme der Hautsensibilität nie ganz fehle, giebt aber zu, Fälle beobachtet zu haben, wo dieselbe minimal war. Errurgirt, dass oft, wenn die Tastempfindlichkeit stark geschwächt ist, die Empfindung gegen Kälte vollkommen intact, ja zeitweise deutlich gesteigert ist. Kalte Körper rufen nicht nur eine lebhafte Empfindung, sondern auch starke Reflexbewegungen hervor. Die Verlangsamung der Empfindungsleitung wird erwähnt, doch scheint V. weder die N a u n y n'schen Phänomene, noch die Analgesie gegen starke Reize bei erhaltener Tastempfindlichkeit zu kennen. Die Sehnenreflexe werden nur ganz kurz erwähnt, auf ihre diagnostische Bedeutung geht V. nicht ein und macht die auffallende Bemerkung, dass auch in der zweiten Periode der Tabes von der Patellarsehne aus, eine trépidation reflexe hervorzurufen sei. Die Arthropathien werden ganz in Charcot's Sinn besprochen. Die hier beigefügten, die zweite Periode illustrierenden 4 Krankengeschichten nehmen allein 30 Seiten in Anspruch.

Die Schilderung der dritten, paraplegischen Periode, der pathologischen Anatomie, die sieben hieran sich anschliessenden Beobachtungen bieten nichts Besonderes.

V. kommt nunmehr zur Theroie der Tabes. Die zuerst erörterte Frage ist die nach der Natur der anatomischen Läsion: Atrophie oder Entzündung? V. wendet sich ausführlich gegen eine von Ordonez aufgestellte Hypothese. Nach derselben erkranken zuerst die kleinen Gefässe der Hinterstränge und hinteren Pia, die in ihrer Ernährung beeinträchtigten Hinterstränge und hinteren Wurzeln verfallen in secundäre Atrophie. Jene Gefässerkrankung aber soll wieder von einer primären Sympathicusaffection abhängen. Dagegen ist nach V. zu erwidern, dass dieselbe Gefässerkrankung auch bei durchschnittenen Nerven vorkommt, dass ihre Intensität in keinem directen Verhältniss zu der Hinterstrangaffection steht, dass in allen genau untersuchten Fällen der Sympathicus gesund gefunden wurde. So viel ist sicher, die anatomischen Veränderungen stellen eine zweifellose Atrophie der Hinterstränge und hinteren Wurzeln dar, die Beobachtung der Krankheit beweist einen irritativen Charakter derselben. Handelt es sich um eine interstitielle Entzündung.

dung? Dies wäre denkbar, wenn man sich an die hochgradige Sensibilität der hinteren Pia (s. oben) erinnert. Ein Reiz der das Mark trifft, würde hier am energischsten wirken, von hier würde sich durch Reflexaction die Irritation auf die nächstgelegenen Nervenbündel d. h. die Hinterstränge fortpflanzen und so liesse sich eine Beschränkung der interstitiellen Entzündung auf die letzteren denken. Es ist jedoch diese Hypothese deshalb nicht zulässig, weil sie die Atrophie der hintern Wurzeln nicht erklärt. Es ist nach V. das Wahrscheinlichste, dass die nervösen Elemente der hinteren Wurzeln und der Hinterstränge primär erkranken, dass secundär eine Reizung des interstitiellen Gewebes eintritt. Zuerst trifft die krankhafte Reizung (morblie irritation), welche wahrscheinlich entzündlicher Natur ist, die Axencylinder. Die absterbenden oder todtten Axencylinder werden zu Fremdkörpern, wie die Sequester im Knochen, und versetzen die Markscheide in entzündliche Reizung, diese pflanzt sich fort, ergreift die Neuroglia, die Gefässe. Es ist im wesentlichen derselbe Process, welcher im durchschnittlichen Nerven statt hat.

Welche Theile der Axencylinder werden nun zuerst ergriffen? Es ist schwer darüber etwas auszusagen. Doch ist zweifellos, dass die hinteren Wurzeln unabhängig, in situ, ähnlich wie die nervi optici, erkranken, denn nach Waller's Versuchen ist es undenkbar, dass ihre Erkrankung von der der Hinterstränge abhängt. Waller durchschnitt die Wurzeln zwischen Austritt und Ganglion. Das mit dem Mark verbundene Stück degenerirte, das mit dem Ganglion verbundene blieb vollständig intact. Die hinteren Wurzeln haben also ihre trophischen Centren in den Ganglien. Es ist aber wohl denkbar, dass erst im Anschluss an die hintern Wurzeln die zones radiculaires der Hinterstränge erkranken, und wenn auch die neueren Befunde von Charcot und Pierret dieser Ansicht nicht günstig sind, so möchte V. dieselbe doch vor der Hand nicht aufgeben. Ueberhaupt geht aus V.'s ganzer Darstellung hervor, dass er die Erkrankung der hintern Wurzeln für den Cardinalpunkt der Krankheit hält und alle anderen Veränderungen von ihr abhängig zu machen, alle Hauptsymptome von ihr abzuleiten sucht.

Die Pathogenie ist nach V. ganz dunkel. Wir haben gar keine Vorstellung davon, wie die Einflüsse, die wir für Ursache der Krankheit halten, die Tabes bewirken.

Bei Erklärung der Symptome beschränkt sich V. auf die Störungen der Sensibilität und Motilität. Die Abnahme der Tastempfindlichkeit glaubt er nur auf die Erkrankung der hinteren Wurzelfasern beziehen zu können, nicht auf die der Hinterstränge. Er hat die Versuche Schiff's betreffend die Durchschneidung der Hinterstränge wiederholt und hat Schiff's Resultate nicht bestätigen können. Weder blieb die Tastempfindung erhalten bei Durchschneidung des Markes excl. der Hinterstränge, noch verschwand die Sensibilität bei alleiniger Durchschneidung der Hinterstränge, ja in letzterem Falle trat zuweilen eine deutliche Hyperästhesie bei Berührung der Haut ein. Dass zuerst die Tastempfindung, dann die Schmerzempfindung schwindet, hat zur Ursache, dass nur starke Erschüt-

terungen der Nerven, wie sie bei Erzeugung des Schmerzes stattfinden, noch im Stande sind, den Durchgang durch die erkrankten Wurzelfasern zu erzwingen. Die Annahme, dass verschiedene Fasern für Tast-, Schmerzempfindung etc. bestehen, ist ganz grundlos. Die gleichmässige Abnahme der Hautempfindlichkeit scheint schwierig zu erklären, weil immer eine Anzahl Wurzelfasern gesund bleiben. Wahrscheinlich ist die Verbindung zwischen den sensibeln Nervenfasern und den Wurzelfasern durch die Ganglien eine indirecte, sodass zum Zustandekommen der Empfindung die Erregung einer Anzahl Wurzelfasern durch Eine Nervenfasern gehört. Ebenso ist die allgemeine, gleichmässige Abnahme der Schmerzempfindlichkeit der Haut und die Thatsache, dass an beliebigen analgetischen Stellen durch sehr intensive Reize die Empfindung wieder geweckt werden kann, durch die Interposition der spinalen Ganglienzellen zu erklären. Das lange Erhaltenbleiben der Kälteempfindlichkeit, die zeitweilige Steigerung derselben ist so zu verstehen, dass durch kalte oder heisse Körper eine nach Form und Intensität stärkere Erregung (eine andere Schwingungscurve, modern gesprochen) gesetzt wird und diese Erregung (ébranlement) beim Durchgang durch die kranken Wurzeln gesteigert wird (?). Zur Erklärung der verlangsamten Empfindungsleitung bietet sich zunächst die Hypothese dar, dass, wenn die Hinterstränge theilweise oder ganz degenerirt sind, die sensible Erregung gezwungen ist, den Weg durch die graue Substanz zu nehmen, und hier nur langsam von Zelle zu Zelle fortschreiten kann. Diese Hypothese ist jedoch deshalb unhaltbar weil das Experiment ihr widerspricht. Werden die Hinterstränge an einem oder mehreren Punkten durchschnitten, ja zum Theil ganz abgetragen, so tritt durchaus keine Verzögerung der Empfindung ein. Es ist daher wahrscheinlich, dass in der Tabes die letztere in der Spinalganglien statt hat, die Erregung kann von den früher durch die hinteren Wurzeln führenden Wegen nur noch wenige einschlagen und so stockt der Verkehr.

Nummehr folgt die Erklärung der Ataxie, nach meiner Meinung eine der schwächsten Partien der Buches. V. bespricht zuerst die Hypothese, welche die Affection der Hinterstränge für die Ataxie verantwortlich macht. Wahrscheinlich bestehen die Hinterstränge nicht durchaus aus Fortsetzungen der hinteren Wurzeln, sondern zum Theil aus eigenen Fasern, welche Commissurensysteme zwischen verschiedenen Centren der grauen Substanz darstellen. Eigene Versuche haben dies V. bestätigt. Es liegt nun nahe anzunehmen, dass die Läsionen, welche in der Tabes diese eigenen Fasern treffen, die Verbindung zwischen den einzelnen Centren stören oder aufheben und damit die Unordnung der Bewegungen, die wir Ataxie nennen, verursachen. Das Experiment ist dieser Annahme nicht ungünstig: nach Durchschneidung der Hinterstränge tritt eine Bewegungsstörung ein, welche nach wiederholter Durchschneidung stärker wird. Dieselbe besteht in einer gewissen Unsicherheit der Bewegungen, die allerdings von der Ataxie des Menschen verschieden ist. V. verwirft die eben erörterte Hypothese, weil die Commissurenfasern nicht direct nachgewiesen sind, weil seiner Meinung nach die

Coordination nur in der grauen Substanz zwischen Zelle und Zelle statt haben kann und hauptsächlich, weil Charcot und Pierrret in einigen Fällen nur die Zones radiculaires erkrankt fanden, obwohl Ataxie bestanden hatte. Mir scheint es zu rasch gehandelt, wenn man einer lebensfähigen Hypothese den Garaus macht, weil einige bis jetzt ver- einzelte Sectionsbefunde sie nicht unterstützen. Sehen wir, was V. Besseres bietet. Er erwähnt die bekannten Versuche betreffend Durchschneidung der hinteren Wurzeln, bei welchen eine Abnahme der Motilität (affaiblissement) wie er selbst sagt, eintritt, eine Bewegungsstörung, welche durchaus der bei anästhetischen Menschen beobachteten, nicht der bei ataktischen entspricht, und proclamirt dann schlechtweg die Hypothese, „deren Grundzüge Charcot und er 1862 (Gazette hebdomadaire, pag. 281) zogen, dieselbe welche Leyden 1863 veröffentlicht hat.“ Dieselbe ist zu bekannt als dass ich sie zu wiederholen brauchte. V. giebt zu, dass es Einwürfe gegen dieselbe giebt und führt im Ganzen deren zwei an. Man hat Fälle von Ataxie beobachtet ohne Anästhesie: diese seien exceptionel und bei ihnen sei nicht genügend auf die Sensibilität der unter der Haut liegenden Theile geachtet worden. Man hat bei anästhetischen Hysterischen vollkommen intacte Motilität beobachtet: in diesen Fällen soll die Sensibilität der Knochen und Gelenke fortbestanden haben. Wer die deutsche Literatur ad hoc kennt, weiss, dass hiermit weder die genannten Einwürfe widerlegt, noch die Zahl der der Leyden'schen Hypothese zu machenden Einwürfe erschöpft ist. Was die anästhetischen Hysterischen angeht, so mag die Bemerkung erlaubt sein, dass sie in der That nicht als Beweise gegen Leyden's Hypothese zu verwenden sind, wie ich früher glaubte. Der Grund liegt darin, dass aller Wahrscheinlichkeit nach die Anästhesie Hysterischer vom Grosshirn ausgeht, dass also der Reflexbogen zwischen sensibler Leitung, Coordinationcentren und motorischer Leitung frei bleibt. V. erwähnt noch die Hypothese Pierrret's, nach welcher die Ataxie auf Lähmung einzelner Muskeln beruht, und die Onimus', der Contracturen einzelner Muskeln anklagt. Mit einigen kurzen Bemerkungen über die Therapie der Tabes schliesst das Buch. —

Ich bin bei Besprechung der Vorträge Vulpian's ausführlicher gewesen, als es sonst in dem Centralblatt üblich ist, ich hoffe für das Interesse der Leser nicht zu ausführlich. Möchte mein Referat zur Verbreitung des geistvollen Werkes in Deutschland beitragen. Achtet man auf die deutschen Arbeiten bei unsern Nachbarn in Frankreich zu wenig, so wollen wir uns um so weniger einem übertriebenen Patriotismus ergeben.

Möbius (Leipzig).

218) Althaus (London): Neuritis der Gehirnnerven in der progressiven Bewegungs-Ataxie.

(D. Arch. für klin. Med. XXIII. Bd. 5—6. Heft.)

Verf. bespricht vorzugsweise die Neuritis des N. olfactorius und acusticus. Er unterscheidet streng Neuritis und Perineuritis,

und behauptet bei ersterer Nähe der Axencylinder an der Entzündung Theil, bei letzterer nicht.

Das entzündliche Stadium der acuten Neuritis dauert 4—6 Wochen. Der entzündete Nerv erscheint zunächst gleichmässig geröthet, enthält stellenweise — besonders in Knochenkanälen mit unachgiebigen Wänden erweiterte Gefässe. Er wird feucht, geschwollen, trübe umgibt sich mit einem serös-fibrinösen Exsudat von grauröthlicher Farbe (haemorrhag. Punkte). Mikroskopisch: Auswanderung von Blutkörperchen in die Schwann'sche Scheide; das Myelin ist in Segmente zerfallen; es kommt zu Erweichung und Eiterung und alle Structurelemente incl. Achsencylinder gehen unter. Schliesslich folgt Narbencontraction, Bindegewebswucherung, Bildung von Fettkugeln und Corpora amylacea, Umwandlung der Nerven in einen Strang von Bindegewebe. Bei chronischer Neuritis kommt es aber zur Sclerose statt zur Erweichung. Die Ursachen sind entweder örtlich oder allgemein; besondere Rollen spielen Traumen und Erkältungen. Weiter werden als aetilogisch richtig angeführt die acuten Infectiouskrankheiten, Bleivergiftung und Syphilis; bei *Leprosy* anaesthetica kommt es zu chron. Perineuritis „und die progressive Bewegungsataxie wird gewöhnlich (? Ref.) von Neuritis eines oder mehrerer Kopfnerven eingeleitet.“

I. Neuritis olfactoria. Es handelt sich um einen 48 jährigen verheiratheten Mann, der an vollständig ausgebildeter Tabes leidet. Zur Zeit als die ersten subjectiven Sensibilitätsstörungen sich einstellten bemerkte Pat., dass er einen starken Geruch nach Phosphor in der Nase hatte, der alle übrige Gerüche verdrängte, und 6 Wochen lang persistirte. Am Ende dieser Zeit war der Geruchssinn für alle angenehmen und üblen Substanzen vollkommen verschwunden; der Geruch von Phosphor wich jetzt einem Geruch von Zibeth, welcher mehrere Jahre anhielt und dann verschwand; jetzt besteht vollständige Anosmie.

Da bei dem Kranken alle Theile des accessorischen Riechapparates (Nasenschleimhaut, Muskeln der Nase etc.) in Ordnung waren, so konnte es sich nur um ein Nervenleiden handeln und zwar um ein Leiden des Olfactorius oder um ein solches des Riechcentrums im Gehirn. Da das Leiden hier doppelseitig auftrat, ausserdem Störungen des Geschmackes für die 4 einfachen Geschmacksreize nicht vorhanden waren (nach Ferrier liegen das Riech- und Geschmackscentrum zusammen in der Spitze des Temporo-Sphenoidallappens) so schliesst Verf. ein centrales Leiden aus und kommt zum Schlusse, dass es ein peripheres sei. Er stützt diese Ansicht durch die klinische Beobachtung der Anfangs vorhandenen Hyperaesthesia (Phosphor) die 6 Wochen dauerte, an die sich Anaesthesia anschloss, ein Verhalten, welches bei Neuritis des Quintus das gewöhnliche sei. Aus dem Umstand, dass der Olfactorius im Stadium der Hyperaesthesia spontan den Geruch nach Phosphor erzeugt habe, schliesst Verf., dass der Riechnerv in dieser Weise gegen bestimmte Reize reagire, namentlich gegen den electrischen Strom, ähnlich wie der Geschmacksnerv mit einem Kupfergeschmack, der Sehnerv mit Funkensehen. Diese Ansicht stützt er durch eine casuistische Mittheilung; ein Patient

mit Anaesthesia des Trigemini, der dadurch ziemlich hohe Stromstärke in der Nase ertrug, rief stets bei Reizung der Nasenschleimhaut: „ich rieche Phosphor.“ (Diese Angabe und Ansicht des Verf. kann ich auf Grund einer homologen Beobachtung bestätigen. Im Anschluss an meine Studien über die galvanische Behandlung der Gehörshallucination, die bis jetzt nur von Jolly, mir und Fischer jun. eingeleitet worden ist, versuchte ich dasselbe auch bei Geruchshallucinationen, kam aber dabei wegen der grossen Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut gegen den galvanischen Strom zu keinen Resultaten. Dagegen gelang es mir bei einem Falle von hysterischer Hemianaesthesia und Anosmie, welche letztere ich durch den galvanischen Strom zu beseitigen versuchte, regelmässig Geruchsempfindungen von stets derselben Art auszulösen. Die Patientin gab constant einen Geruch nach „Schwefel“ an, und ich konnte wiederholt und ausnahmslos constatiren, dass diese Geruchsempfindung bei Kathodenschliessung intensiver war als bei Anodenschliessung. Die bekannte allseitige Differenz über Geschmacks- und Geruchsempfindungen mag in meinem Falle zur Perception von „Schwefel“ im Falle von Althaus zu der von „Phosphor“ geführt haben; im Grunde haben ja beide Gerüche eine gewisse Aehnlichkeit. Bei Reizungsversuchen mit dem faradischen Strom könnte man event. auch an Entwicklung von *Ozon* denken, dessen Geruch ja dem nach brennendem Schwefel gleicht. Ref.)

II. Neuritis acustica. Einleitend bemerkt Verf., dass er den Symptomencomplex der „Menièr'schen Krankheit“ auf Blutung in das Labyrinth zurückgeführt wissen will. Die plötzliche Taubheit bei Eklampsie der Kinder hält er für die Folge einer Labyrinthentzündung. Der Fall von *neuritis acustica*, den Verf. anführt, ist folgender: H. W., 32 Jahre alt, Vater von 3 Kindern, war bis 1875 stets gesund; keine Heredität, kein *Abusus spirituosorum*, keine Syphilis. Viel Erkältungen, Nahrungssorgen. 1875 Indigestion. Mai: plötzliches Schielen und Doppeltsehen, dann Schwindel und Ohrensausen. Letzteres steigerte sich schnell zu auffallendem Lärm in den Ohren, er hörte Kanonenschüsse, Glocken läuten, Pfeifen einer Locomotive. Keine Bewusstseinsverluste. Während dieser Lärm im Kopfe des Patienten andauerte verlor er allmählig das Gehör und war nach etwa 5 Wochen stocktaub. Der Schwindel fiel jetzt aus; doch begannen jetzt blitzartige Schmerzen und Ataxie, die rapide zunahm. Der übrige Symptomencomplex entspricht vollkommen dem Bilde der *Tabes dorsalis*. Im März 1876 kam Schwindel, der in Coma überging; keine Krämpfe; Temperatursteigerung. Nach 5 Tagen Nachlass dieser Erscheinung. Von da ab besserte sich der Zustand täglich, und gingen die Symptome der *Tabes* auf *Ergotin* gänzlich zurück. Nach 8 Monaten war Pat. mit Ausnahme der Taubheit und des Ohrensausens, welche blieben, vollständig hergestellt.

Verf. schliesst aus 1) eine Erkrankung der Temporo-Sphenoidalwindung (Gehörscentren nach Ferrier) weil diese mit der Gleichgewichtshaltung des Körpers nichts zu thun habe; 2) eine Krankheit des Cerebellum, weil dieses Gleichgewichtsorgan nichts

mit dem Gehörssinn zu thun habe. „Die Laesion muss also im N. acusticus gesessen haben, welcher sowohl über das Gehör als das Equilibrium des Körpers gebietet und dessen Krankheiten sich durch Taubheit und Schwindel äussern“ (Verf. citirte die bekannten Arbeiten von Flourens, Vulpian, Brown, Ferrier etc. Goltz und Benedikt sind nicht erwähnt Ref.). In der weiteren Epikrise localisirt Verf. die Erkrankung auf das Labyrinth und zwar auf den Zweig des Acusticus für Schnecke und Vestibulum. Die Art der Erkrankung erklärt er für acute Neuritis.

Allgemein hält Verf. die Prognose der Neuritis ungünstiger als die der Perineuritis. Therapeutisch empfiehlt er Blutegel, Blasenpflaster und Eis möglichst nahe am Sitz der Affection. Innerlich Calomel mit Opium. Nach dem acuten Stadium sei der constante Strom anzuwenden. Den Nutzen des Jodkalium hält er für zweifelhaft.
Erlenmeyer.

214) **Spitzka, Edward C.:** Die anatomischen und physischen Einwirkungen des Strychnin auf Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven.

Von der amerikanischen neurologischen Gesellschaft 1878 preisgekrönte Schrift.)

Verf. stellte an einem immensen Material von Warm- und Kaltblutern (Pferde, Hunde, Katzen, Kaninchen, Ziegen, Vögeln, Schildkröten, Fischen, Fröschen etc.) weit über 700 Versuche an, um festzustellen: 1) Ob das Strychnin seine Wirkung in irgend einem Theile des Nervensystems vorzugsweise concentrirt; 2) ob, wenn es eine solche Prädilectionsstelle des Giftes giebt, dieselbe bei allen Klassen der Wirbelthiere dieselbe ist; 3) ob das Gift noch ausser der Erhöhung der Reflexerregbarkeit irgend eine andere Wirkung ausübt; 4) ob es irgendwelche wesentliche pathologische (Gewebs-) Veränderungen hervorruft; 5) ob die Wirkungsweise der Antidote des Strychnins auf einer wirklichen chemischen Gegenwirkung oder nur auf ihrer Fähigkeit gewisse Effecte der Giftwirkung zu annulliren beruht; endlich 6) wie sich die chronische Strychninvergiftung präsentirt.

Die Resultate, zu denen Verf. gelangt, sind in ihren wichtigsten Punkten folgende: 1) Strychnin ist ein Gift für jede Form des thierischen Lebens; es übt die toxische Wirkung selbst bei Thieren aus, die weder ein Centralnervensystem, noch ein vasomotorisches System besitzen. 2) Str. wirkt auf die graue Substanz, während die weisse (in allen ihren Formen) nur die passive Rolle eines Leiters spielt. 3) Während das Gift (peripher) Nerven und Muskeln nicht lokal beeinflusst, übt es eine lokale Wirkung auf die peripheren Ende der Sinnesorgane. 4) Die tetanisirende Wirkung des Alkaloïds muss hauptsächlich der Einwirkung auf den Schädelinhalt zugeschrieben werden und sie nimmt von oben nach unten (nach dem Ende des R.-M. hin) ab. 5) Strychnin tödtet die niederen Wirbelthiere direct durch nervöse Erschöpfung (exhaustion); die höheren durch hinzutretende Asphyxie; in grossen Dosen ist Strychnin ein tödtliches Gift für das Nervengewebe selbst. 6) Es verkürzt die

Systeme des Herzens, verlängert die Diastole und bewirkt bisweilen Stillstand der Herzaction bei tetanischer Rigidität des Muskels vermöge seiner Einwirkung auf die Herzganglien oder auf den vagns.

7) Man findet nach der Darreichung das Alkaloid in allen Organtheilen des Körpers und zwar in grösseren Quantitäten in der grauen als in der weissen Nervensubstanz; doch ruft es keine sichtbaren Veränderungen in den Nerven-Zellen oder Fasern hervor und die Alterationen, welche man bei durch Strychnin getödeten Thieren findet sind secundäre, nicht direct locale Effects. Chronisch dauernde Läsionen werden bei chronischer Vergiftung erzielt, sind aber ebenfalls auf secundäre Wirkungen zurückzuführen.

8) Es gibt kein wirkliches Gegengift gegen Strychnin, obwohl gewisse lähmende und die Reflexerregbarkeit herabsetzende Mittel einem Organismus in den Stand setzen können, der Einwirkung sonst tödtlicher Dosen Widerstand zu leisten; aber auch diese Mittel versagen bei grösseren Strychningaben.

Rosenbach (Breslau).

215) Gowers W. R.: Die physiologische Pathologie des hydrophobischen Anfalles.

(The Boston medic. an surg. journal Band C. Nr. 6.)

Die Arbeiten von Curtis und Putnam (vergl. diese Zeitschrift 1876, pag. 59) veranlassten den Verfasser zu vorliegender kurzer Auseinandersetzung. Er spricht sich entschieden gegen irgend einen, das Athmungscentrum treffenden, Hemmungsvorgang aus, und verweist auf die bekannte Analogie mit jenen Athmungsstörungen, welche bei Uebergiessungen mit kaltem Wasser auftreten: eine Reihe rascher Inspirationen mit dem Gefühle von Athemmangel. In letzterem Fall handelt es sich doch entschieden um eine Erregung des Respirationscentrums in Folge von Reizung der Hautnerven. Auch die Athemnoth, das Bedürfniss nach Luft ist eine Begleiterscheinung jeder Erregung des Athemcentrums. In gleicher Weise müssen auch die, besonders im ersten Stadium der Hydrophobie dominirenden, Symptome von Seiten der Respiration aufgefasst werden.

Obersteiner.

216) Swan M. Burnett (Washington): Beiderseitige Stauungspapille und Hornhauterweiterung des rechten Auges bei einem rechtsseitigen Sarcom des Kleinhirnes.

(Knapps Arch. f. Augenheilk. VII. 2. 472.)

Ein 23 jähriger Neger, Bergmann, erkrankte an heftiger Ischias der linken Seite, der sich bald linksseitiger Kopfschmerz, Uebelkeit, Erbrechen, epileptische Anfälle hinzugesellten und der von linksseitiger Hemiplegie, und von Parese und Anaesthesie der rechten Gesichtshälfte nach Verlauf von einigen Wochen gefolgt war. Die Kopfschmerzen wurden immer intensiver, es trat rechts Herabsetzung der Hörschärfe hinzu, beim Gehversuche Neigung vorwärts und nach links zu fallen.

Täglich 2—4mal Anfälle von Petit mal. Bei Beginn derselben Nyctagrus des linken Auges und starke Contraction des rectus externus.

Ophthalmoscopisch wurde beiderseitige Stauungspapille, am stärksten links ausgeprägt constatirt. Der orbicularis der rechten Seite war gelähmt, die Cornea deshalb unbedeckt. 5 Wochen später totale Vereiterung der Hornhaut dieses Auges und nach einigen Tagen trat der Tod ein. — Die Section ergab auf der rechten unteren Seite des Cerebellum eine Geschwulst, die sich bis zur pons Varoli erstreckte, von ca. 3 Cm. Durchmesser und 2,6 Cm. Höhe; und die mehr oder weniger auf alle Hirnnerven der rechten Seite von der Med. oblong. an bis zum 8. Hirnnerven drückte. Mikroskopisch erwies sich dieselbe als ein Rundzellensarcom.

Betr. der Genese der Hornhautvereiterung entscheidet sich Verf. für die Annahme der trophischen Störung, gestützt auf Untersuchung von Merkel, welcher behauptet, dass der trophische Zweig des Trigemini unter dem vorderen Paar der tuberc. quadrig. entspringt und die mediale Seite des Nervenstammes bildet. Dieser Befund stimmt vollständig mit den weiteren Versuchen überein, dass keinerlei trophische Veränderungen sich bemerkbar machen, wenn der mediale Theil des Nerven nicht durchschnitten wird.

Bei der zweiten Frage der Entzündung der Sehnerven verwirft Verf. die Möglichkeit in diesem Falle des Entstehens derselben durch Ueberleitung des subarachnoidal- resp. Sinus-Ergusses in die Sehnervenscheiden und glaubt die Benedikt'sche Reflex-Theorie als am meisten geeignet, um den Ursprung jener Veränderungen zu erklären.

Nieden (Bochum).

217) **Achistre**: Plaie par coup de sabre du cuir cheveu, du crâne et de l'encéphale; monoplagie brachiale gauche temporaire; guérison.

(Gazette des hôpitaux Nr. 72 u. 73, 1879.)

Ein Soldat erhält im Streite einen Säbelhieb über die rechte Kopfhälfte. Die scharfe und klaffende Wunde, die in der vorderen Scheitelbeinregion lag und bis an die Gehirnrinde drang, lief vom Scheitel bis zum oberen Rande des Ohres ein wenig vor aber parallel mit der Rolandischen Furche. Im Laufe von 4 Tagen wurde die linke obere Extremität, nachdem sie einmal von Convulsionen befallen worden, total gelähmt. Gleichzeitig hatte sich auch eine Anästhesia dolorosa ausgebildet. Die linke Unterextremität blieb intact.

Nach theilweiser Abtragung und Abstossung vorgelagerter und laedirter Hirnmasse und einiger Sequester aus der äusseren Knochentafel schloss sich die Wunde, die Motilität und Sensibilität kehrten allmählich wieder und nach 5 Monaten war vollständige Heilung eingetreten. Das gleichzeitige Auftreten und Nebeneinanderbestehen einer temporären Bewegungs- und Gefühls lähmung auf nur einer contralateralen Extremität nach einer circumscripten traumatischen Hirnrinden-Läsion macht den Fall bemerkenswerth. Der vom Verf. beliebten Annahme aber, dass die motorischen Centren für die l. Oberextremität, zerstört und eliminirt wurden, später jedoch auf irgend einem Wege eine Substitution der

selben erfolgte, können wir nicht beipflichten — sie steht in Widerspruche mit den bisherigen pathologischen Erfahrungen und den experimentellen Ergebnissen Ferrier's etc. und lässt die vorhandenen gewesene Anaesthesia völlig unerklärt.

F. Müller (Graz).

218) Folet (Lille): Leçons sur l'encéphale et l'appareil auditif.

(Le Progrès médical Nro. 26, 27, 32, 33, 45, 47, 48, 1878, Nr. 13. 1879.)

Die Gehirnanatomie, die sich nur mit der descriptiven Form befasst ist längst erschöpft — jeder noch so kleiner Theil des Gehirns ist zum Ueberdruss der Aerzte mit zahllosen Synonyma belegt.

Wenn nun trotzdem ein Anatom gegenwärtig daran geht sich die gröbere Gehirnanatomie zum Vorwurfe einer Publication zu machen, so kann Zweck derselben wohl nur die Ausbildung einer *besonderen Darstellungsmethode* sein. Dies strebt auch Folet in seinen Vorlesungen an, von denen bis jetzt 8 erschienen sind. Wenn wir auch in den einzelnen Beschreibungen der constituirenden Theile des Gehirnes oft verbatim bekannten Autoren namentlich Sappey begegnen, so muss doch anerkannt werden, dass Verf. durch die Wahl einer neuen Ordnung, Verbindung und Reihenfolge derselben eine leicht fassliche *Methode* der Darstellung der höchst complicirten morphologischen und Structurverhältnisse des Centralnervengans gezeigt hat. Und da Verf. hierbei nur als Zweck vor Augen hatte, in gedrängter Kürze ein klares Resumé der eigentlichen descriptiven Anatomie und der groben Textur des Gehirnes zu geben, so hat er dasselbe wohl auch erreicht — aber auch nicht mehr. Verf. hat für seine Darstellung die *ascendirende Methode* gewählt, (die bekanntlich zuerst von Cruveilhier angewendet wurde, — indem er von dem einfachen Baue des Rückenmarkes zum complicirteren des Bulbus der Brücke, des Klein- und endlich des Grosshirnes vorschreitet. Die Darstellung selbst ist einfach, prägnant und deutlich; bedarf jedoch, so namentlich in dem Abschnitte über die Structur der medulla oblongata einer wesentlichen Correctur. Die von Folet getheilte Ansicht, dass die Seitenstränge des Rk. in die Pyramyden, die Hinterstränge, in die intermediären Str. (Olivenstränge), die durch den Pons zum Gehirne gehen, die Vorderstränge aber in die corpora restiformia, von denen sich ein Theil den Olivensträngen beigesellt, während der andere Theil die pedunculi cerebelli bildet, sich umwandeln, ist in solch' allgemeiner Fassung seit Fleischig's Untersuchungen über die Pyramiden- und directen Kleinhirnseitenstrangbahnen wohl nicht mehr haltbar. Indem Verf. weiter dem extra- wie intracerebralen Laufe der pedunculi cerebri folgt, gibt er ein anschauliches Bild der inneren Configuration und Lage der Stammganglien und Ventrikel, die er treffend als interpedunculäre (III. Ventrikel) und circumpedunculäre (Seitenventr.) Abtheilungen des grossen Intracerebral-Raumes schildert.

Zur Orientirung sind den einzelnen Abschnitten der ganzen Darstellung leider nur einige schematische Zeichnungen beigegeben — ein Nachtheil, der allerdings bei der reichen Auswahl von Atlanten nicht fühlbar ist.

F. Müller (Graz).

219) **Byrom Bramwell**: Cases of Intra-Cranial Tumour.

(Edinburgh med. Journ. 1879, Januar, Februar und Juni.)

(Fortsetzung aus dem Centralblatt 1878. 40, 1879. 5.)

VII. Ein 34 jähriger Mann hatte 7 Jahre vor seiner Aufnahme an Syphilis leichten Grades gelitten und fühlte häufig „rheumatische“ Schmerzen; 7 Wochen vor der Aufnahme bekam er einen epileptischen Anfall, wobei er sich in die Zunge biss und 20 Minuten lang bewusstlos blieb. Nach 14 tägigem freiem Zwischenraum bekam er einen zweiten Anfall, bestehend in schweren linksseitigen Convulsionen von 10 Minuten Dauer, mit zurückbleibendem Kopfschmerz; das Bewusstsein war aber während des Anfalls ungestört geblieben. Mit bestehender linksseitiger Parese wurde er 4. XI. 1875 aufgenommen. Kranker war stark abgemagert, hatte Kopfschmerz, ausgesprochene Neuroretinitis bei erhaltener Sehschärfe, zeigte Gedächtnisschwäche. Die Sensibilität war normal; nur im linken Medianusgebiet abgeschwächt, die Sprache nicht gestört, Geruch und Geschmack normal; der Schlaf gut.

Die Diagnose wurde auf syphilitischen Tumor in der rechten motorischen Hirnregion gestellt und die Behandlung mit Jodkalium und Mercur eingeleitet. Am 31. I. 76 konnte er völlig arbeitsfähig das Krankenhaus verlassen. September 1876 erlitt er beim Bruch eines Gerüstes neben einem Schlüsselbeinbruch einen heftigen Schlag auf die rechte Schädelseite und war 1 Monat lang arbeitsunfähig. Dann arbeitete er wieder bis Februar 1877, wo sich von Neuem Anfälle einstellten. Es waren andauernde Convulsionen mit höchstens 5 Minuten langen Pausen zwischen den einzelnen Anfällen und in dieser Weise schon 14 Tage dauernd bei der Wiederaufnahme am 23. II. 1877. Der Status war: ungemaine Abmagerung, Decubitas, linksseitige Hemiplegie, unwillkürliche Urin- und Stuhlentleerungen; Zungenspitze nach links abweichend, Sprache nicht gestört; andauernde, hauptsächlich linksseitige Convulsionen bei erhaltenem Bewusstsein. Jodkalium und Chloral erzielten rasche Besserung, am 30. IV. trat Patient wieder aus, nachdem auch die Lähmung geheilt war. Im Dezember stellte er sich wegen eines Rückfalles wieder vor und liess sich Jodkalium verschreiben; am 2. Januar 1878 starb er nach dreitägigen convulsivischen Anfällen.

Sectionsergebniss: Syphilitisches Gumma im hintern Theil der ersten und zweiten Frontalwindung rechterseits.

VIII. Patientin, 20 Jahre alt, hatte im 9. Jahre eine heftige Kopfverletzung durch Fall erlitten ohne nachfolgende Störungen; vom 17. Jahr an litt sie an Kopfschmerzen, seit 8 Monaten vor der Aufnahme, die am 5. I. 1877 stattfand, auch an öfterem Erbrechen und Schwindel. Kranke zeigte bei der Aufnahme, ausser etwas congestionirtem Gesichte, stark prominirenden Augen und heftigem Kopfschmerz keine weiteren Störungen, namentlich keine Sehstörungen, trotzdem der Augenspiegelbefund beiderseitige Neuritis optica ergab. Auch keinerlei Lähmungserscheinung war vorhanden.

Jodkalium und Chloral erzielten Besserung. Am 6. II. 1877 starb aber Kranke plötzlich in einem convulsivischen Anfall. *Sectionsergebniss*: Ueber der rechten Hemisphäre lag ein Tumor, der von

hinten nach vorn und oben nach unten 3" im Durchmesser hatte und eine Dicke von $1\frac{1}{2}$ "; und sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Sarcom erwies. Durch den Druck desselben waren einerseits der untere Theil des Scheitelbeines, des Stirnbeines und der obere Theil des Schläfenbeines rechts verdünnt und die hintere Hälfte der untern und mittlern Frontalwindung, der untere Theil der vordern und hintern Centralwindung, äussere Hälfte der Insula Reilii, der vordere Theil der Supramarginal- und der obern Sphenoidalwindung atrophirt. Die linksseitigen Windungen waren abgeplattet, das sonstige Gehirn aber normal.

Das Fehlen motorischer Erscheinungen erklärt sich nach Verff. durch das langsame Wachsthum der Geschwulst und dadurch, dass die Centren' der andern Seite die Functionen der erkrankten Seite mit übernahmen.

IX. Ein am 27. II. 1877. aufgenommenener 5 jähriger Knabe war im dritten Jahre über eine Treppe herabgefallen. Seit drei Monaten litt er an Stirnkopfschmerzen hauptsächlich Nachts und öfterem leichten Erbrechen. — Untersuchung ergab ausser allgemeiner Abschwächung der Sensibilität und Neuritis optica keine Abnormität. Pat. hatte einen ungeheuren Appetit, die Verdauung war normal. Keinerlei Lähmung war zu bemerken. Nach kurzer Besserung durch Jod- und Bromkalium traten Ende März auf dem rechten Auge Strabismus convergens auf und schläfriges apathisches Wesen, und im Anfang April eine Reihe allgemeiner Krampfanfälle mit besonderer Beteiligung der linken Seite. Patient wurde immer apathischer, das Gesicht nahm mehr und mehr ab, am 17. August traten von Neuem Convulsionen, namentlich linksseitige, auf mit nachheriger Lähmung der linken Extremitäten und am 21. August starb der Kranke. *Sectionsbefund*: 6 Tuberkelknoten im Gehirn und zwar 1. in der linken ersten Frontalwindung nach aussen $\frac{3}{4}$ — $\frac{1}{2}$ " im Durchmesser haltend; 2. im linken Gyrus fornicatus und 3. im rechten Gyr. forn. ca. $1\frac{1}{4}$ " lang $\frac{3}{8}$ " breit; rechts etwas grösser; 4. in der Spitze des linken Occipitallappens, 5. im rechten Gyrus angularis und 6. war das linke Corpus striatum völlig zerstört durch einen $1\frac{1}{4}$ " im Durchmesser haltenden Knoten. Im linken untern Lungenlappen fand sich ein grosser käsiger Herd. — Merkwürdig ist das Fehlen von Lähmungserscheinungen bei völliger Zerstörung des linken Linsenkerns.

(Schluss folgt.)

Karrer (Erlangen).

220) **Gauster**: Die Heilung allgemeiner progressiver Paralyse.

(Jahrbücher für Psychiatrie Wien 1879. 1. Heft.)

Verfasser spricht von der progressiven Paralyse *καταξοχη* und möchte glauben, dass Heilung mit der Zeit öfter beobachtet werden wird, wenn die Erkenntniss der Initialstadien bei den praktischen Aerzten eine allgemeinere, und die aufklärende Belehrung, der Umgebung der Kranken, über deren Zustand, dadurch rechtzeitig ermöglicht wird. Er glaubt sich dazu berechtigt, weil die anfänglichen pathologischen Prozesse, zweifellos in vielen Fällen,

in ihren anatomischen Veränderungen ohne Residuen ablaufen können, was mit den Intervallen in dieser Krankheit zusammenfällt, die ohne Milderung des pathologischen Processes, nicht denkbar sind. Indessen muss er doch mit aller Entschiedenheit behaupten, dass man bei dem paralytischen Irresein, eine in integrum restituirte psychische Leistungsfähigkeit, nach Eintritt der Erscheinungen einer ausgiebigen Reconvalescenz, heute auszusprechen, noch nicht im Stande ist, wenigstens nicht vor mehrjähriger Dauer derselben. Dieser Behauptung reihen sich nun eine Anzahl Krankengeschichten an, die, die Eigenthümlichkeit der lichten Intervalle, illustriren:

1. Fall von Schüle. Ein 37 jähriger Gelehrter ist 2 Jahre hypochondrisch verstimmt. 1½ Jahr in Illenau, wo Intelligenz anscheinend intact; nur bei genauer Beobachtung vorübergehende Spuren psychischer Schwäche, utopische Pläne; wird klar entlassen, liest wieder an der Universität, kommt nach Jahresfrist ausgesprochen paralytisch blödsinnig wieder. Section bestätigt Diagnose.

2. Ein Fall von Schüle. Ein 36 jähriger Bierbrauer ist 1 Jahr an Melancholie in der Anstalt, ein halbes Jahr gesund, dann classische Paralyse, stirbt ohne Anfälle. Section bestätigt Diagnose.

3. Ein 43 jähriger Anwalt, seit 20 Jahren an rechtsseitiger Hemicranie leidend, kommt mit classischer Paralyse bis zur Tobsucht in die Anstalt. Die Hemicranie ist gewichen. Nach halbjährigem Aufenthalt wird er auf's Land geschickt, obgleich noch immer gesteigerte Selbstschätzung, und Urtheilsabschwächung, ein Kindischsein in Neigungen und Wünschen hervortrat, und die richtige Beurtheilung seiner Verhältnisse in Geldbeziehung fehlte. Allgemach liessen diese Erscheinungen nach, und er wurde wieder nach halbjähriger Frist für genesen erklärt. Er nahm seine Paxis wieder auf und hat sie sehr gehoben. Nach Jahresfrist jedoch wieder Reizbarkeit, Denkstillstand, paralytische Anfälle, classisches Bild, zunehmende Lähmungserscheinungen.

4. Ein 40 Jahre alter hypochondrischer Polizeibeamter erkrankte nach halbjährigem tief melancholischen Initialstadium im März 1874 an Paralyse und kommt im Juli im Remissionsstadium auf die Abtheilung. Er besserte sich zusehends bis zum Herbst 74. Geringe geistige Abschwächung unverkennbar, motorische Störungen verschwunden, linksseitige Facialisparesie deutlich. Im Februar 75 für gesund erklärt. Im April 75 Rückfall, Juli 78 Tod.

5. Ein 37 jähriger Schneider wird im Juli 1875 aufgenommen, im November 75 tritt die Remission ein und dauert bis zum Februar 79. Der Kranke leitete in der Zeit sein Geschäft, nur geringfügiger Schwachsinn bemerkbar und das Rechnen geht schwerer. Dann classische Paralyse. Tod im April an Dysenterie.

Verf. knüpft hieran an, wie unsicher das Urtheil über dauernde Herstellung der Paralyse ist. Es giebt dies jedoch nicht das Recht, bei eingetretener Remission aus Furcht vor Rückfall, den Kranken in der Anstalt zurückzuhalten. Gewisse Kranke, die erst im Beginn der Reconvalescenz sind, bei denen das Krankheitsbewusstsein

erst nach und nach durchbricht werden durch die Rückkehr in die Aussenwelt in ihrer Genesung gefördert, während das Rückhalten in der Anstalt sie gefährde. Die Heilungsmöglichkeit eines paralytischen Irrseins ist nicht ausgeschlossen bevor nicht der volle psychische Vorfal constatirt ist. Die Wichtigkeit der Prognose und des Ausspruches über Genesung beleuchten folgende Fälle:

6. Ein Fall von Flemming. Ein 40 jähriger Rechtsbeamter wird wegen dementia paralytica unheilbar erklärt. Wenig fernere Wochen zeigten sich anfangs unregelmässige, dann deutlichere Remissionen, die sehr bald einen Tertian-Typus behaupteten. Ein Tag wirres Antlitz, Grössenwahn, Unreinlichkeit, Stumpfheit, den anderen Tag, klare Gedanken, verständliche Sprache, Theilnahme, paretische Erscheinungen verschwunden. Es wurde Chinin gereicht ohne Erfolg. Nach einiger Zeit trat Fieber mit allen Symptomen des Typhus ein. Nach Monatsfrist war derselbe überstanden. Grössere Erholungspause, dann aber wieder siebenjährige ungetrübte Gesundheit und Thätigkeit. Tod an heterogener Krankheit.

7. Fall von Schüle. Ein 44 Jahr alter Secretair kommt mit den maniakalischen Symptomen der echten Paralyse und langsam schwerfälligem Sprechen Juni 67 in die Anstalt. Im October Remission der psychischen Symptome; die mimischen und sprachlich motorischen bleiben unverändert. Während der Remission icterus levis und Phlegmone des Fusses. Im November hypochondrische Depression, wittert Gestank und glaubt ihn zu verbreiten. Anfang Januar delirirende Betäubungszustände, März Anfall von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen und Schaum vor Mund und Nase. Danach Stupor, Abmagerung, Grössenwahn, Gefühl von electrischen Stössen, dauernde Bettlage. April 68 Lungengangrän, von der der Kranke wider Erwarten genass. Verfolgungswahn dauert fort. Vom August ab nach und nach psychische und motorische Besserung. Im Herbst entweicht der Kranke von der Feldarbeit und ist noch so krankhaft zornmüthig, dass er den Verfolgern mit der Sichel droht. So kommt er November 68 nach Hause. Hier befestigt sich die Gesundheit und er lebt seit 5 Jahren als geachteter Bürger in ausgebreiteter Berufsthätigkeit.

8. Fall von Meynert. Ein 34 jähriger Beamter, seit 2 Jahren Prodromalstadium, kommt Juni 73 auf die Klinik mit weinerlicher Stimmung und Grössenwahn, wird Kaiser p. p., im Juli starke Paresen, im August Erysipel, im October vollständige Verwirrung. November bis Januar wird der Kranke ruhiger und geht wesentlich gebessert Ende Januar aus der Anstalt. Bis jetzt kein Rückfall.

9. Ein 23 jähriger Beamter kommt im April 71, tobsüchtig mit Grössenwahnideen in die Anstalt. Nach ein paar Wochen Remission, Entlassung. Juni wieder in die Anstalt verbracht, wird nach wenigen Wochen entlassen, um im August zu retourniren, da er Veranlassung zu öffentlichem Scandal durch schamloses Onaniren gab. Ende November Beruhigung. December die erste Pupillendifferenz, Depression vorherrschend. Diese dauert mit mässiger Schwankung bis Januar 73. Er sollte im Amte beschäftigt werden, doch scheidert

der Versuch an seiner immer mehr zu Tage tretenden Selbstherabsetzung. Im April Facialispause. Im Mai Euphorie, Wechselieber im Tertiantypus. Juni Aufregung, excessiver Grössenwahn. Im Juli fortschreitende Lähmungserscheinungen. Bereits im September körperliche Erholung, doch waren die Aufregungen in der Erregung noch so heftig, dass er zu Boden sank. Im Herbst Besserung, im Januar 74 läuft er Schlittschuh, wird nach Jahresfrist gesund erklärt und ist noch jetzt 79, gesund und geistig regsam.

10. Fall Stöltzener: Eine 52jährige Bergmanns-Gattin von Jugend auf beschränkt, erkrankte September 71 und wurde Mai 72 als paralytisch blödsinnig in die Anstalt aufgenommen. Sie zeigte grosse geistige Schwäche mit montirter Stimmung und theils lasciv, theils überschwenglichen Wahnideen, lähmungsartige Schwäche der Extremitäten, Rückgang der Ernährung und grosse Unreinlichkeit. So, geistig verblödet, körperlich gelähmt, unreinlich, allseits der Hülfe und Unterstützung bedürftig, dabei aber soweit ihr schwer darniederliegendes Selbstbewusstsein es gestattete, voll subjectiven Wohlbefindens, lebte die Kranke das ganze erste Jahr ihres Anstalts-Aufenthaltes dahin.

Im April 76, nach 3 Jahren also, wurde sie nach allmählicher allseitiger Besserung aller Symptome entlassen, stand ihrer Wirthschaft vor und ist bis März 77 gesund geblieben.

In Hinsicht auf diese Fälle mahnt Verf. in der Prognose in ärztlicher, gerichtlicher und administrativer Hinsicht vorsichtig zu sein, und knüpft daran die Frage, ob vom klinischen Standpunkte keine Symptome oder Symptom-Gruppen erkannt werden, deren Vorhandensein oder Fehlen auf die Art des Ausganges einen Wahrscheinlichkeitschluss erlaubt.

Verf. unterzieht die einzelnen Symptome einer ausgiebigen Besprechung und kommt, nachdem er als sicheres Zeichen einer ungünstigen Prognose, jede, wenn auch kaum merklich zurückbleibende Sprachstörung, als solches einer günstigen Prognose, die besser werdende Ernährung mit Rücktritt der übrigen Symptome hingestellt hat indem er F l e m m i n g's Ausspruch, dass, je länger und allseitiger die Intervalla lucida sind, desto besser der Verlauf ist, durch einen angezogenen Fall der nach 3 ($\frac{3}{4}$ Jahr, dann $\frac{1}{2}$ und schliesslich $\frac{1}{4}$ Jahr) dauernden Intermissionen ungünstig verlief, widerlegt, zu dem Schluss, dass doch nirgends ein sicherer Anhaltspunkt zu finden ist, von dem aus wir bei Eintritt einer ausgiebigeren Remission Genesung bestimmt zu diagnosticiren im Stande sind. Ebenso ist auch die Prognose auf günstigen oder ungünstigen Verlauf kein bestimmter sondern höchstens ein Wahrscheinlichkeitsausspruch. Auch das aetiologische Moment hat auf den Ausgang oder Verlauf keinen wesentlichen Einfluss.

Von hoher Bedeutung in der Therapie ist das richtige Vorgehen im Initialstadium. Dies legt Verf. den Aerzten besonders ans Herz und erwähnt einen Fall von dem er behauptet, dass er denselben durch Sparen von Kraft, Vermeidung von Erregung, Verhinderung von Stoffverlust, fünf Jahre erhalten habe.

Neuendorff (Sonnenstein).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Provinzialstädt. Irrenanstalt zu Schwetz: a) Volontairarzt, sogleich, 600 M. jährlich und freie Station. b) Assistenzarzt, 1. September, 1200 M. freie Station. 2) Provinzial-Irrenanstalt Alt-Scherbitz: a. Director, sofort; 9000 M. jährlich, freie Wohnung, Feuerung, Benutzung einer Equipage; Bewerbung beim Landesdirector der Provinz Sachsen, Grafen Winzingerode in Merseburg. b. Volontärarzt sofort, 600 M. freie Stat. Persönliche Meldung. 3) Andernach, provinc. Irrenanstalt: II. Arzt; 2700 M. freie Wohnung, Garten, Heizung, Beleuchtung, Arznei, (Meldungen bei dem Landesdirector der Rheinprovinz, Freiherrn von Landsberg in Düsseldorf.) 4) Coeslin: Regierungs- und Medicinalrathsstelle. 5) Ueckermünde (Provinzial-Irrenanstalt): III. Arzt, zum 1. August. 1000 M., frei Station. 6) Klingenmünster: Director, 5000 M., Familienwohnung, Garten, Entschädigung für Holz und Licht. Bewerbungen bei der Kgl. Bayr. Regierung in Speyer. 7) Saargemünd: Assistenzarzt, 1200 M., freie Station. 8) Sachsenberg: 2. Assistenzarzt, 1. October, frei Station I. Classe 1200 M. 9) Halle (psychiatrische Klinik) Volontairarzt, sofort. (Gehalt nicht angegeben.) 10) Gräfenberg (Prov. Irrenanstalt für Reg.-Bez. Düsseldorf): Volontärarzt, sofort, 600 Mark, freie Station. 12) Irrenanstalt zu Dalldorf (wird im October eröffnet): a. Oberarzt, 6000 M. Gehalt, einschliesslich 1000 M. in Emolumenten, bestehend in freier Wohnung und freiem Brennmaterial (bereits ernannt, siehe unten). b. 4 Assistenzärzte, 2 mit 1500 M. und 2 mit 1200 M. Gehalt bei vollständig freier Station. 13) Die Kreisphysikate Angerburg, Bomst, Büblitz, Creusburg, Dortmund, Erkelenz, Labiau, Moers, Mogilno, Ruppin, Rössel, Saetsig, Schlochau, Stade (Marschkreis), Sensburg, Sorau, West-Sternberg, Waren-dorf, Wehlau.

Ernannt: Dr. Haberling zum Physikus des Kreises Bromberg. — Dr. B. Schröter in Wiesbaden zum Oberarzt in Dalldorf.

Auszeichnungen: Dr. Weyert, Director der Prov. Irrenanstalt zu Owinsh zum Sanitätärath ernannt.

Gestorben: Dr. Peters, Director der Privat-Irrenanstalt zu Kessenich bei Bonn.

IV. Anzeigen.

Bei AMBR. ABEL in Leipzig ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Compendium der Frauenkrankheiten.

Zum Gebrauche für Studierende und Aerzte.

Von Dr. med. C. G. Rothe,
prakt. Arzt in Altenburg.

Mit 50 Holzschnitten.

klein 8^o 277 Seiten. brosch. M. 5. — geb. M. 5.75.

Curanstalt für Nervenkranken
in
Blankenburg am Harz.

Die Direction:
Dr. Müller, Dr. Paul Rehm.

Unter den balneologischen Heilschätzen, welche die Natur zum Segen der leidenden Menschheit geschaffen nimmt unbestreitbar die **Franz Josef Bitterquelle** den ersten Rang ein. Aerztliche Sommitäten von europäischem Rufe, wie die Professoren Meynert, Bamberger, Leidesdorf, Drasche in Wien, Cloëtta in Zürich, Scanzoni und Gerhardt in Würzburg, Spiegelberg in Breslau. Ober-Med.-Rath Landenberger in Stuttgart, Prof. Leube, Prof. v. Nussbaum und v. Gietl, Prof. Carl Hennig in Leipzig und Geh. Med.-Rath Seiler in Dresden empfehlen in Gutachten und klinischen Vorlesungen die Franz Josef Bitterquelle, welche sich dadurch von allen Bitterquellen unterscheidet, dass dieselbe in kleinen Dosen ($\frac{1}{2}$ Weinglas voll) bei mildem Geschmacke wirksam und dem Organismus selbst bei längerem Gebrauche am zuträglichsten ist. Noch im Jahre 1878 sprach sich die medicinische Akademie in Paris wie vorstehend aus und wurde auch diese superiore Quelle anlässlich der letzten Weltausstellung ausgezeichnet. Um vor Täuschungen geschützt zu sein, wird übrigens empfohlen, in den Handlungen und Apotheken ausdrücklich „**Franz Joseph Bitterquelle**“ zu verlangen.

Im Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart ist soeben erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Lehrbuch der Psychiatrie

auf klinischer Grundlage

für praktische Aerzte und Studirende.

Von Professor Dr. R. v. Krafft-Ebing.

Drei Bände.

Band II:

Die specielle Pathologie und Therapie des Irreseins.

gr. 8. geh. Preis M. 5. —

Der III. (Schluss-) Band erscheint in einigen Monaten.

Buch- und Notendruckeri von Ph. Werle in Coblenz.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

VON

Dr. med. A. ERLLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen Stark.

Zwei vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
80 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

1. September 1879.

Nro. 17.

I N H A L T.

I. ORIGINALIEN. Die Selbstmorde in Preussen.

II. REFERATE. 221) Fr. Goltz: (Strassburg): Ueber die Verrichtungen des Grosshirns. 222) Byron Bramwell: Cases of Intra-Cranial Tumour. 223) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. 224) Westphal: Ueber combinirte (primäre) Erkrankung der Rückenmarksstränge. 225) Gowers W. R.: Ein Fall von einseitiger Rückenmarksverletzung durch einen Schuss. 226) H. Leloir: Deux cas de monopégies brachiales d'origine syphilitique etc. 227) Fereol: Bons effets du sulfate de cuivre ammoniacale contre la névralgie de la cinquième paire (tic douloureux). 228) Day: Case of Chronic Chorea etc. 229) Hollaender: Zur Casuistik der Idiotie. 230) J. Fritsch Zur Frage der primären Verrücktheit. 231) B. C. Ingels: Onzieme rapport sur les établissements d'aliénés en Belgique par M. V. Oudart. 232) B. C. Ingels: Rapport sur le service de l'Hospice-Guislain, pendant l'exercice 1878. 233) Legrand du Saullie: Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie.

III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 234) Der internationale medicinische Congress. 235) Der Verein der deutschen Irrenärzte. etc.

IV. ANZEIGEN.

I. Originalien.

Die Selbstmorde in Preussen.

Das neueste Heft des amtlichen Quellenwerkes „Preussische Statistik“ bringt als Beiträge zur Medicinalstatistik des preussischen Staates und zur Mortalitätsstatistik der Bewohner desselben für das Jahr 1877 auch ausführliche Mittheilungen über die Selbstmorde. Die Thatsache, dass die Zahl der Selbstmorde seit 1874, dem Eintritt der allgemeinen Crise auf allen Gebieten des wirthschaftlichen Lebens von Jahr zu Jahr zugenommen hat, dürfte deutlich genug auf den inneren Zusammenhang beider Erscheinungen hinweisen; durch den Umstand, dass fast ein Viertel aller Selbstmorde im Zustande der Geistesumnachtung ausgeübt wird, wird dies nur bestätigt, da bei so vielen geisteskranken Selbstmördern der Ursprung

ihrer Krankheit in gestörten Hoffnungen, in Kummer und Noth zu suchen ist. Die geringste Anzahl von Selbstmorden kam im Jahre 1871, die grösste aber im Jahre 1877 vor. Es hat die Zahl der Selbstmorde von 1871—1877 um 59 pCt. zugenommen, bei den Männern aber viel stärker als bei den Weibern; denn bei ersteren beträgt die Zunahme 63 pCt., bei den letzteren hingegen nur 42,8 pCt. Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre kann man sagen, dass vier Mal mehr Personen männlichen Geschlechts durch Selbstmord aus dem Leben schieden als solche weiblichen Geschlechts; es ist dies ein Verhältniss, welches sich im Ganzen sehr wenig veränlich zeigt.

Geringer stellt sich die Zunahme der Selbstmorde, wenn nicht die absoluten Zahlen verglichen werden, sondern untersucht wird, ein wie grosser Theil der Bevölkerung durch Handanlegung an sich selbst gestorben ist.

Aber auch in diesem Falle beträgt die relative Zunahme seit 1873 immer noch mehr als die Hälfte, und das bedenkliche dieser Wahrheit wird noch gesteigert durch den Umstand, dass die Vermehrung unserer Bevölkerung in jenem Zeitraume allein durch den Ueberschuss der Geburten über die Sterbefälle hervorgerufen worden ist, dass also der Theil der Bevölkerung, bei dem die Selbstmorde fast ausschliesslich vorkommen, viel schwächer zugenommen hat.

Von den weiblichen Personen standen verhältnissmässig mehr in den jüngeren Jahren, als dies bei den männlichen der Fall war. Den Altersclassen bis zu 40 Jahren gehörten von den weiblichen Selbstmördern 51,3 pCt., von den männlichen nur 40,6 pCt. an; vom 60. Lebensjahre an ist das Verhältniss bei beiden Geschlechtern fast dasselbe.

Die Neigung zum Selbstmord bleibt bei den Männern in dem Alter von 20 bis zu 40 Jahren sich ziemlich gleich, in dem Alter von 15—20 Jahren ist sie nur halb so stark, vom 40. bis zum 70. Jahre steigert sie sich aber auf mehr als das Doppelte, so dass die Häufigkeit des Selbstmordes bei den Männern im Alter von 50—70 Jahren fünf Mal grösser ist als im Alter von 15—20 Jahren. Bei dem weiblichen Geschlecht ist der Hang zum Selbstmorde in den einzelnen Altersclassen keineswegs so verschieden, er beträgt in dem höheren Alter nur das Doppelte von der im jüngeren Alter. Vergleicht man die Zahlen der Jahre 1871 und 1876 mit einander, so ist im letzteren die Zunahme der Selbstmorde in den älteren Jahresclassen eine höhere als in den jüngeren. Das Jahr 1877 hingegen zeigt wiederum eine stärkere Zunahme der Selbstmorde in jüngeren Jahren.

Der Grund für die Erscheinung, dass im Vergleich mit dem männlichen Geschlechte die Neigung des weiblichen Geschlechts zum Selbstmord in den jüngeren Jahren stärker ist als in dem späteren Alter, ist in der Verschiedenheit der Gründe zu suchen, welche die beiden Geschlechter zum Selbstmord treiben; bei dem weiblichen Geschlechte sind die Beweggründe zum allergrössten Theil seelischer Art, die im jüngeren Alter mehr Herrschaft über den Menschen haben als in den späteren Jahren; bei den Männern hingegen führt

weniger die Zerrüttung des Geistes als die des Körpers zum Selbstmord.

Der der Zahl nach häufigste Beweggrund zum Selbstmord ist Unzurechnungsfähigkeit, die beim weiblichen Geschlecht doppelt so oft die Ursache ist als beim männlichen. Besonders zahlreich tritt im Jahre 1877 als Beweggrund der Kummer auf, der 665 Menschen zum Selbstmord veranlasst hat, gegen 237 im Jahre 1873.

K. Z.

II. Referate.

221) **Fr. Goltz** (Strassburg): Ueber die Verrichtungen des Grosshirns. (Archiv für Physiologie von Pflüger, XX. Bd., 1. Heft.)

Der verdienstvolle Verfasser der obengenannten Abhandlung hat in derselben weitere Beiträge zu der von ihm verfochtenen Lehre von der durchgreifenden Analogie zwischen den Funktionen der entsprechenden centralen Abschnitte des Nervenapparates der niederen und höheren Thiere geliefert und noch einmal in ganzer sachlicher Schärfe seinen Standpunkt in dieser Frage erörtert.

In übersichtlicher Weise recapitulirt er die Ergebnisse seiner einschlägigen Untersuchungen über die Verrichtungen des Rückenmarkes und erinnert daran, dass der Unterschied, welcher sich z. B. nach der Durchtrennung dieses Organes beim Frosche und beim Hunde ergibt, nicht auf der Verschiedenheit der reflectorischen Erscheinungen an sich beruht, sondern nur darauf, dass bei dem höher stehenden Thiere eine längere Frist nach der Operation verstreichen muss, bis in dem abgetrennten Rückenmarksabschnitt alle jene bekannten reflectorischen Vorgänge erwachen, die unmittelbar nach vollzogener Trennung fast vollständig vernichtet wurden. Je höher somit die Species des Versuchsthieres in der ganzen Thierreihe steht, desto vorsichtiger muss man zwischen den unmittelbar und noch einige Zeit nach der Operation bestehenden Erscheinungen und den bleibenden Folgen des Eingriffs unterscheiden. Nur die letzteren können einen wirklichen Aufschluss über die normalen Verrichtungen des betreffenden Centraltheils gewähren, während erstere auf vorübergehenden Reflexhemmungen beruhen. Der hemmende Reiz geht höchstwahrscheinlich von der Schnittfläche im Centralorgan aus, und seine Wirkung muss als directe Uebertragung von der Reizstelle aus auf den entsprechenden Rückenmarksschnitt aufgefasst werden (nervöse Fernwirkung). Erste Erscheinungen nennt Verf. demnach „Hemmungserscheinungen“, letztere „Ausfallserscheinungen.“ Je complicirter der als Versuchsfeld gewählte Theil des Centralapparates ist, desto mehr wird man sich hüten müssen, die vorübergehenden Erscheinungen mit den bleibenden zu verwechseln.

Dieser Umstand ist nach der Ansicht des Verf. von sehr vielen Forschern nicht gehörig beobachtet worden, was einen grossen Theil der auf diesem Gebiete herrschenden Verwirrung und Widersprüche verschuldet hat.

Dem Verf. ist es nun mittelst seiner bekannten, jetzt etwas modificirten Ausspülmethode gelungen, einem kräftigen mittelgrossen Hunde in mehreren Sitzungen fast die ganze Grosshirnrinde weg zu spülen und das Thier dennoch am Leben zu erhalten. Die Erscheinungen, welche diese verschiedenen Operationen hervorriefen, waren zunächst und noch längere Zeit nachher sehr ausgedehnt und mannichfaltig. Der betreffende Hund verrieth Anfangs weder Sinnesthätigkeit noch intellectuelle Fähigkeiten, weder spontane Bewegung noch bewusste Empfindung, ja kaum eine Spur von Reflexen. Ein Jahr nach der letzten derartigen Operation konnte derselbe indess wieder ganz ordentlich gehen, mit den Vorderpfoten einen Gegenstand festhalten und alle seine Muskeln mit gehöriger Kraft gebrauchen. Dagegen zeigte er eine nicht unbedeutende Abnahme des Empfindungsvermögens, besonders des Tast- und Muskelsinnes, eine seltsame Abstumpfung der Sinnesthätigkeit und einen hochgradigen Blödsinn. Die letztgenannten Erscheinungen sind seitdem bestehen geblieben; doch macht der Hund, wenn er so dasteht, auf den Unkundigen kaum einen abnormen Eindruck. Was die Natur dieser Störung der Sinnesthätigkeiten betrifft, so beweist Verf., dass das Versuchsthier zwar von allen Sinnesorganen her noch Eindrücke und Vorstellungen empfängt, dass es aber wegen seines Blödsinns nicht mehr im Stande ist, das Wahrgenommene gehörig zu verwerthen. Speciell für die Sehstörung nimmt er an, dass das Thier alles grau in grau oder wie durch einen Schleier sehe und sich nicht mehr im Raume zurecht finden könne. (Aehnlich war die Sehstörung bei der Patientin mit *Cysticercus* der Grosshirnrinde, über die Ref. im Archiv für Psychiatrie seiner Zeit berichtet hat.)

Dieser Hauptversuch hat nicht nur in überzeugender Weise Alles das bestätigt, was Verf. schon früher bei kleineren Operationen dieser Art gefunden hatte, sondern auch seine Anschauungen über die Gesamtheit der Verrichtungen des Grosshirns noch erweitert und geklärt. Besonders betont er den *gänzlichen Mangel reiner Bewegungsstörungen bei den Ausfallserscheinungen, und als wichtigstes Ergebniss seiner Untersuchungen betrachtet er den Nachweis, „dass die Grosshirnrinde in allen ihren Abschnitten ausschliesslich Organ der höheren psychischen Functionen, namentlich auch derjenigen Fähigkeiten ist, aus welchen wir auf Intelligenz schliessen.“*

Verf. wendet sich dann auf Grund seiner im Obigen angedeuteten Versuchsergebnisse, die man wegen ihres hohen Interesses im Originale ausführlich nachlesen muss, gegen das in den letzten Jahren immer stärker hervortretende Bestreben vieler Forscher, in die Grosshirnrinde den Sitz für die verschiedenartigsten Verrichtungen zu verlegen und dieselben gleichzeitig an ganz bestimmte Lokalisationen zu knüpfen. Während er zur Bekämpfung der Verkehrtheit dieser Bestrebungen von dem ersten Gesichtspunkte aus seine überzeugenden positiven Versuchsergebnisse in's Feld führen und dabei auf den fundamentalen Unterschied zwischen Hemmungs- und Ausfallserscheinungen hinweisen konnte, standen ihm gegen die Lokalisationstheorie an sich ausserdem noch die Waffen der Kritik

zu Gebote. So konnte er auf die sich meistens widersprechenden Anschauungen über die Natur der Bewegungserscheinungen bei der electricischen Reizung der sogenannten motorischen Rinden-Centren hinweisen, die unter den Anhängern der Lokalisation herrschen. Sodann macht er auf die Verschiedenheit der Lokalisation einer und derselben Verrichtung bei Thieren der gleichen Species aufmerksam, je nachdem man die Resultate des einen oder des anderen Forschers in dieser Angelegenheit liest. Sein wichtiges Argument gegen diese Theorie haben ihm seine Gegner aber so zu sagen in die Hand gespielt. Dasselbe stützt sich auf folgende Betrachtungen: „Wenn die Functionen, die unmittelbar nach einer Verletzung erloschen sind, sich nach einiger Zeit wieder herstellen, so sind offenbar nur drei Fälle möglich:

1) Die für Zeit verlorenen Functionen werden übernommen von dem unversehrten Rest der Rindensubstanz der verletzten Hirnhälfte.

2) Die unversehrte Hirnhälfte tritt stellvertretend ein.

3) Die Stellvertretung wird nicht von der Rindensubstanz sondern von einem anderen Hirnthheil übernommen, z. B. vom Streifenkörper, Sehhügel u. s. w. Sämmtliche drei Möglichkeiten stehen aber mit dem Princip der Lokalisation im engsten Widerspruch, da sie Hirnthheilen, welche, diesem Principe zu Folge, schon mit ihren eigenen zugehörigen Centren dicht besetzt sein müssten, ausserdem noch die Centren für die vorübergehend weggefallenenen Verrichtungen aufbürden. In drastischer Weise bringt Verf. dieses Dilemma in folgender Frage zur Geltung: „Kann nach dem Princip der Lokalisation das Augencentrum nun zugleich Knochen zermalmen oder das Ohrencentrum mit dem Schwanze wedeln?“ Verf. für seine Person beantwortet diess mit ja; er huldigt mit *Flourens* der Ansicht, „dass derselbe Abschnitt grauer Substanz höchst verschiedenartige Vorgänge vermitteln kann.“ Dagegen widerspricht er letzterem entschieden darin, dass selbst nach groben Substanzverlusten des Grosshirns keine bleibenden Erscheinungen entstünden: Je kleiner allerdings das weggespülte Stückchen der Grosshirnrinde sei, desto leichter könne der entstehende funktionelle Ausfall verborgen bleiben, da wir bislang nicht die Mittel besitzen, die äusserste normale geistige Leistungsfähigkeit, wie sie vor dem experimentellen Eingriff bestand, fest zu stellen.

Zu bemerken wäre noch, dass Verf. bei Wegnahme einiger Rindenbezirke constant eine gewisse Prävalenz bestimmter Ausfallserscheinungen bemerken konnte. So überwogen z. B. die bekannten Sehstörungen, wenn die Hinterhauptslappen ihrer Rinde beraubt waren, die Abstumpfung des Empfindungsvermögens dagegen, wenn die Parietallappen vorzugsweise der Wegspülung unterworfen worden waren. Die sich an pathologische Vorgänge im Grosshirnmantel knüpfenden Erscheinungen verweist er zum Theil unter die Hemmungserscheinungen.

Reinhard (Königslutter).

222) **Byron Bramwell**: Cases of Intra-Cranial Tumour.

(Edinburgh med. Journ. 1879, Januar, Februar und Juni.)

(Schluss.)

In Fall X war bei einem Patienten wegen heftigem Kopfschmerz, Erbrechen, doppelseitiger Neuritis optica, Abnahme des Sehvermögens, Schwindel, starker Abmagerung und Muskelschwäche, Phosphaturie die Diagnose auf Hirntumor gestellt worden, Patient entzog sich aber der Beobachtung, starb ausserhalb des Spitals und wurde keine Section gemacht.

XI. Eine 64jährige Frau war 3 Wochen vor ihrer Aufnahme 28. 9. 75 in Folge eines Schlaganfalles die Treppe hinab gestürzt. Sie zeigte sich stumpf, klagte Kopfschmerzen, Anfälle von Zittern mit Kältegefühl, war in Folge bedeutender allgemeiner Muskelschwäche nicht im Stande aufzustehen, hatte aber keine umschriebene Lähmung. Die Venen des Augenhintergrundes waren weit und geschlängelt, die rechte Papille mehr injicirt; Herzaction unregelmässig. Während des weitem Verlaufs trat häufig Erbrechen ein. Der Tod erfolgte plötzlich in einem Anfall von Convulsionen, 21. 10. 75.

Bei der Section fand sich links nahe am Tentorium von der Dura mater ausgehend ein Pflaumengrosser Tumor, der in die linke Kleinhirnhälfte einen tiefen Eindruck gemacht hatte; ausserdem die Residuen einer geringen Haemorrhagie in den linken Linsenkern, ferner eine Mitralstenose.

XII. Ein 9jähriges Mädchen war beim Spiel mit dem Hinterkopf gegen eine Steinmauer geworfen worden und litt seitdem an Kopfschmerzen und Erbrechen. Die Kopfschmerzen kamen 3—4 mal des Tages und sass in der Stirngegend. Nach 4 Monaten plötzlicher Verlust des Gesichts und Gehörs. Eine Woche darnach Aufnahme 24. 1. 78. Das Kind zeigte ungestörte Intelligenz, keinerlei Lähmung, einen ungeheueren Appetit, war unersättlich. Periodisch kamen Anfälle von Kopfschmerz und Erbrechen, öfters auch Anfälle tonischer Krämpfe mit hauptsächlichlicher Betheiligung der Augenmuskeln, der rechten Gesichts-, Nacken- und Armmuskulatur. Allmählig wurde das Kind stupider, unwillkürlicher Urin- und Kothabgang stellte sich ein, am 23. Juni starb Pat. nach mehrtägigem Sopor.

Sectionsergebniss: Gehirnwindungen abgeplattet, Sulci verstrichen; im rechten Kleinhirnlappen ein grosser scrofulöser Tumor; Hirnsubstanz odematös und weich, sonst normal.

Ein Tumor war diagnosticirt worden, jedoch der Sitz desselben zweifelhaft gelassen. Für Kleinhirntumor sprachen der tonische Charakter der Krämpfe und die Taubheit, es fehlten aber die Coordinationsstörungen (Anmerkung des Verf.).

XIII. In diesem Falle handelt es sich wieder um eine Diagnose am Lebenden. Patient 18 Jahre alt, litt seit 7 Wochen an Schwindel, Erbrechen und Kopfschmerz, nachdem er vorher immer gesund gewesen war; sein Gang glich dem eines Betrunknen, doch war Stehen mit geschlossenen Augen möglich. Bei Zurückneigen des

Kopfes taumelte er nach rückwärts, bei Neigung nach links bekam er das Gefühl, als ob er nach links fielen. In den Augen starke Schmerzen, keine Neuritis nachzuweisen; Muskelkraft, Sensibilität und Reflexfunctionen waren normal; der Urin zeigte starken Gehalt an Phosphaten. Patient war starker Raucher. Im weiteren Verlaufe traten epileptiforme Anfälle auf, eingeleitet durch eine Aura von der linken Hand aus. Die Diagnose wurde auf Kleinhirntumor gestellt; die Behandlung bestand in Jod- und Bromkaligaben und Setzen eines Haarseils im Nacken. Nach 5 Monaten beträchtliche Besserung, der Kopfschmerz war geringer, der Schwindel weniger störend geworden; Anfälle traten nicht mehr auf. Pat. blieb schliesslich aus der Behandlung weg.

Karrer (Erlangen).

223) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.

(Prager Vierteljahrsschrift 1879.)

Fortsetzung.

VIII. Beitrag zur Lehre von der Syringo- und Hydromyelia.

Die Verff. theilen 4 Fälle von Syringomyelie mit, auf deren sehr minutiös mitgetheilte Details wir hier nicht näher eingehen können; dieselben dienen in ihrer Gesamtheit zur weiteren Ausführung der Anschauung, dass solche Fälle vielfach an Entwicklungshemmungen sich anschliessen oder solche direct vorstellen. Der 1. Fall (ein zufälliger Befund in der Rückenmarke eines an Typhus Verstorbenen) zeigt eine Hemmungsbildung des Centralkanals während des Vorganges seiner Verschlussung. Der zweite Fall ist bemerkenswerth dadurch, dass sich eine ähnliche Hemmungsbildung neben einer Sclerose laterale amyotrophique fand; die Verff. benutzen diesen Befund zur Stütze ihrer Ansicht, dass vielleicht auch die Erkrankung der Seitenstränge sich gleichfalls an eine Hemmung des betreffenden Systems anschliessen könnte. Einen im hintern Theil des Sept. post. gelegenen Körper erklären sie auf Grund des histologischen Befundes als eine das Normale übersteigende umschriebene Wucherung der den Verschluss des Centralkanals bewirkenden Elemente. Der 3. Fall erscheint klinisch als progressive Muskelatrophie. Die Symptome erklären sich durch das Uebergreifen des Processes auf die grauen Vorderhörner. Hier findet sich neben der Höhlenbildung vielfach ein normal gelagerter Centralkanal. Auf Grund des Umstandes, dass sich an der Höhle Cylinderepithel oder dessen Abkömmlinge nachweisen lassen, nehmen die Verff. analog einer schon von Vulpian hypothetisch geäusserten Ansicht an, dass es sich um hydropische Erweiterung accessorischer Centralkanäle handle, und sie betonen die Wichtigkeit dieses Nachweisses gegenüber der Anschauung jener Autoren, welche aus dem Vorkommen eines normalen Centralcanals vor der centralen Höhle den Schluss ziehen, dass diese letztere nichts mit dem Centralkanale zu thun habe; für die gleiche Abstammung (aus dem C. K.) einer im Hinterhorne gelegenen Höhle spricht hauptsächlich der Epithelbelag. Sehr bemerkenswerth ist end-

lich das Vorkommen eines normalen Centralkanal hinter der centralen Höhle, ein Verhalten, das früher kaum erklärbar, jetzt sich einfach dadurch erklärt, dass hier der vorn gelegene accessorische Canal eine Ausweitung erfahren hat. Im Lendentheile findet sich eine Heterotopie gelatinöser Substanz, ganz ähnlich wie in dem früher von Pick beschriebenen Falle und sehen die Verff. in diesem erneuten Befunde eine Bestätigung der Anschauung, dass derselbe ein Zeichen abnormer Disposition vorstelle. Der 4. Fall stützt die früher durchgeführte Anschauung.

(Fortsetzung folgt.)

Rosenbach (Breslau).

224) Westphal: Ueber combinirte (primäre) Erkrankung der Rückenmarksstränge.

(Archiv f. Psychiatrie etc. Bd. VIII. u. IX.)

Westphal berichtet in sehr eingehender Weise über 5 Fälle von combinirter Erkrankung der Rückenmarksstränge, welche sehr genau klinisch und anatomisch untersucht wurden. Die Degenerationen betrafen vorzugsweise die Hinterstränge und die Seitenstränge in beträchtlicher Längenausdehnung; zum Theil war auch eine analoge Degeneration verschiedener Hirnnerven vorhanden. Es kann hier unmöglich auf die Fülle des Details sowohl in klinischer als in anatomischer Beziehung eingegangen werden. Hervorgehoben sei vorzugsweise einiges über die Symptomatologie bei der erwähnten Krankheitsform.

Es ergibt sich, dass sowohl in allen von W. beobachteten Fällen, als auch in den wenigen sonst in der Literatur bekannt gewordenen (bis auf einen) eine *paralytische Schwäche der Unterextremitäten* nachweisbar war, die bei einigen bis zur completen Paralyse entwickelt war, und die „mit grosser Wahrscheinlichkeit“ auf die Erkrankung der Seitenstränge bezogen werden muss. Eigentliche *Contracturen* und *Rigiditäten* waren dagegen nur in einem Falle vorhanden. In einigen Fällen war *Ataxie*, in den meisten *Sensibilitätsstörungen* vorhanden; die *Sehnenreflexe* liessen sich nur in zwei Fällen nachweisen und zwar in solchen, in welchen sich die Hinterstrangaffection nicht bis in den Lendentheil hinein fortsetzte. In dem einen dieser Fälle, welcher von Westphal selbst beobachtet wurde, war das Bild der *spastischen Spinalparalyse* vorhanden gewesen, welche also so wohl bei fleckweiser Degeneration (Charcot), als auch bei Degeneration der Seitenstränge in Verbindung mit partieller, das Lumbelmark freilassender Degeneration der Hinterstränge eintreten kann. Ebenso kann dieses Krankheitsbild in Fällen einer vom Brusttheil ausgehenden „pseudosecundären“ Erkrankung des Rückenmarkes entstehen. —

In Bezug auf die *histologischen* Eigenthümlichkeiten der combinirten Strangdegenerationen hebt W. hervor, dass er niemals Körnchenzellendegeneration der Hinterstränge bei grauer Degeneration der Seitenstränge sah, während sowohl in beiden Strängen die gleiche Körnchenzellendegeneration oder das Nebeneinanderbestehen von grauer Degeneration der Hinterstränge mit Körnchen-

zellendegeneration der Seitenstränge sich finden kann. In Bezug auf die Frage, ob es sich, wie Kahler und Pick wollen, bei der vorliegenden Krankheit um eine Erkrankung gewisser Fasersysteme handelt oder nicht, spricht sich Westphal sehr reservirt aus. Unsere Kenntnisse über die Flechsig'schen Fasersysteme sind nicht ausreichend, um das anatomische Verhalten in allen Fällen klar zu verstehen; andererseits lässt sich schwer an blosser Zufälligkeiten bei gewissen gleichmässig sich zeigenden Eigenthümlichkeiten in der Ausbreitung der Degeneration glauben.
Schultze (Heidelberg).

225) **Gowers W. R.:** Ein Fall von einseitiger Rückenmarksverletzung durch einen Schuss.

(The clinical society's transactions XI. Nov. 78)

Der vorliegende Fall verdient in hohem Grade Beachtung, wegen des physiologischen Interesses welches derselbe darbietet. Ein junger Mann schoss sich am 10. October um 1 Uhr früh mittels eines Revolvers eine Kugel in den Mund. An der Hinterwand des Pharynx drang dieselbe in die Wirbelsäule ein.

Als bald nach der Verletzung war motorische Lähmung der beiden rechten Extremitäten vorhanden, die rechte Seite des Thorax bewegte sich beim Athmen, aber schwächer als die linke. Incontinentia alvi, Retentio urinae, Puls 100, Resp. 40. Hyperästhesie der rechten (gelähmten) Extremitäten, Sensibilität der linken Seite erhalten. Die Temperatur des rechten Beines überstieg die der andern Seite um 2°. Fahrh.

Am Morgen des 11. konnte er das rechte Bein ein wenig bewegen, nicht aber den Arm. —

Eine genaue Sensibilitätsprüfung ergab, dass die Tastempfindlichkeit an den nicht gelähmten Gliedern keineswegs, wohl aber die Schmerzempfindlichkeit in sehr merkbarem Grade abgenommen hatte. Rechterseits fand sich erhöhte Schmerzempfindlichkeit mit gänzlich aufgehobener Reflexbewegbarkeit, welche an der linken Seite wohl ausgeprägt erschien.

Bei der Untersuchung mit dem galvanischen und dem faradischen Strom zeigte sich ein derartiges Wechselverhältniss zwischen Nerven und Muskeln der beiden Beine, dass während an der gelähmten Seite die Muskeln eine geringere, die Nerven eine höhere Erregbarkeit (im Vergleich mit der anderen Körperseite) darboten, an den nicht gelähmten Gliedern gerade das umgekehrte Verhalten constatirt werden konnte.

60 Stunden nach der Verletzung starb der Kranke.

Bei der Section zeigte es sich, dass das Projectil ein wenig rechts von der Mittellinie in den Körper des zweiten Cervicalwirbels eingedrungen war, und sich, ohne die Dura mater zu durchbohren zwischen den Bögen des Atlas und Epistropheus rechterseits festgesetzt hatte. Bloss ein kleiner Knochensplitter war durch die Dura mater gedrungen, ohne aber das Rückenmark zu verletzen. Die rechte Hälfte des Rückenmarkes war in der oberen Cervical-

gend erweicht, angeschwollen. Am Querschnitt fanden sich in dieser Gegend zahlreiche grössere und kleinere Extravasate im rechten Vorder- und Seitenstrang und in der grauen Substanz rechts; die Grenzen der letzteren gegen die Marksubstanz waren an der rechten Seite nicht zu erkennen. — Obwohl dieser Fall in mannigfacher Beziehung von physiologischer Bedeutung ist, so möge hier nur auf einige Punkte hingewiesen werden.

Die partielle Wiederkehr der Beweglichkeit im rechten Bein, beweist, dass ein Theil der Bewegungsfasern für die untere Extremität die Mittellinie erst unterhalb der Pyramidenkreuzung überschreitet. Das eigenthümliche Verhalten der Sensibilität bezieht Gowers auf die von manchen Seiten angegebene getrennte Leitung für tactile und Schmerzempfindungen. —

Die erhöhte electricische Erregbarkeit der Nerven des rechten Beines lässt sich durch einen von den direct ergriffenen motorischen Rückenmarkssträngen fortgeleiteten Reizzustand erklären; dieser letztere mag vielleicht weiterhin secundäre Veränderungen in den Muskeln bedingen, wodurch diese, wie es der Fall war, gegen den electricischen Reiz weniger empfindlich werden.

Obersteiner (Wien).

226) H. Leloir: Deux cas de monoplégies brachiales d'origine syphilitique etc.

(Gazette med. de Paris 1879 Nr. 4.)

Verf. berichtet über 2 Fälle aus Vulpian's Klinik. Der erste betraf einen 49jährigen Tagelöhner, bei welchem trotz Leugnens die Anamnese doch Zeichen überstandener Syphilis ergab, als: Ausfallen der Haare, rheumatische Schmerzen, Kopfschmerzen und Drüsenanschwellungen. Seit einem Jahre etwa litt Pat. an häufigen Kopfschmerzen, wozu sich Abnahme des Sehvermögens gesellte. 4 Tage vor seiner Aufnahme (4. IX. 78) fühlte er ganz plötzlich während der Arbeit schmerzhaftes Ameisenkriechen im linken Arm, der Arm schief ein und innerhalb zweier Stunden war völlige Lähmung des linken Armes eingetreten. Der Status bei der Aufnahme ergab keinerlei Contractur im gelähmten Arme; die Sensibilität völlig normal, die faradische Contractilität erhalten, am gelähmten Arme eine niedrigere Temperatur als am gesunden; sonst keinerlei Abnormität. Unter einer antisiphilitischen Behandlung trat rasche Besserung ein, nur einige Tage lang traten heftige Kopfschmerzen auf der rechten Seite auf. Nach einmonatlicher Behandlung verliess der Pat. beinahe völlig geheilt die Klinik.

Im zweiten Falle hatte Pat. vor 15 Jahren Syphilis acquirirt, an heftigen Kopfschmerzen gelitten und schliesslich allmählich Lähmung und Abmagerung des rechten Armes bekommen, ohne Convulsionen, ohne Contractur. Durch antisiphilitische Behandlung und Electricisirung wurde Besserung erzielt. Nach einigen Wochen indess starb der Kranke an Miliartuberculose. Bei der Section fand sich ausser tuberculöser Basilar meningitis und Miliartuberculose der Lungen und des Darms, am Gehirn auf der linken Hemisphäre im obern Drittheil der vordern Centralwindung in der Ausdehnung

eines 50 Centimesstückes Verdickung und Verwachsung der Hirnhäute mit einander und mit der darunter liegenden Hirnsubstanz, die Hirnrinde völlig und von der weissen Substanz eine Millimeter dicke Schicht einbegreifend. Auf dem Durchschnitt zeigte die im Ganzen 3 Mm. dicke Platte knorpliche Consistenz und graulich trübe Schnittfläche. Die vordern Nervenwurzeln der gelähmten Extremität waren intact bei microscopischer Untersuchung.

Verf. hebt in angefügten Bemerkungen die auffällige Uebereinstimmung der Symptome bei beiden Fällen hervor: plötzlicher Eintritt der Lähmung ohne Vorboten, vollständiges Beschränktsein auf den einen Arm, Fehlen von Contractur und Convulsionen, Intactsein der Sensibilität. Das Sectionsergebniss des zweiten Falles liefert einen bemerkenswerthen Beitrag zur Gehirnlocalisation.

Karrer (Erlangen).

227) **Fereol**: Bons effets du sulfate de cuivre ammoniacale contre la névralgie de la cinquième paire (tic douloureux).

(Bull. gener. therap. Paris, April 1879.)

Verf. hat eine grosse Anzahl von Nervenleidenden, besonders auch Hysterische mit Ammon. caprico-sulfuricum behandelt, erzielte aber nur in den beiden folgenden Fällen von tic douloureux einen günstigen Erfolg.

Eine 43 Jahre alte, zartgebaute, nervöse Frau wurde von einer heftigen Neuralgie im Gebiete des 5. Paares befallen, die mehrmals am Tage exacerbirte und gegen die alle angewandten Mittel erfolglos blieben. Nur Morphium subcutan verschaffte vorübergehende Erleichterung. Die Injectionen mussten aber wegen Appetitlosigkeit und hochgradiger Schwäche ausgesetzt werden. — Patientin erhielt nun 0,15 Ammon. cupr. sulf. pr. die. Es trat rasch eine erstaunliche Besserung ein. Als die Kranke nach 3 Tagen das Medicament heimlich wegliess, stellten sich auch die Schmerzanfälle wieder ein, die jedoch sofort nachliessen, als sie das Medicament von Neuem wieder nahm. Das Medicament wurde 12 Tage lang gegeben. — Die Besserung hat Stand gehalten und treten nur noch zuweilen Schmerzanfälle ein, die jedoch erträglich und nur von kurzer Dauer sind. —

Der zweite Fall betraf einen circa 60jährigen Arzt und Zahnarzt, der seit 3 Monaten an einer wüthenden Neuralgie des rechten Nasenastes des Quintus litt, gegen die eine Reihe von Mitteln vergeblich in Gebrauch gezogen worden war. Morphininjectionen machten den Zustand für kurze Zeit erträglich. Als dieses Mittel später im Stich liess, wurde Aconitum nitr. gereicht, welches aber so heftigen Schwindel im Gefolge hatte, dass es ausgesetzt werden musste. Der Kranke erhielt nun 0,1 Amm. cupr. sulf. pro die, worauf sofort eine erhebliche Besserung eintrat, sodass er wieder Schlafen und ohne Schmerzen essen konnte. Nach 7tägigem Gebrauch konnte er seine Praxis wieder aufnehmen, allein es war doch eine so grosse Empfindlichkeit der rechten Nasenschleimhaut zurückgeblieben, dass er nicht wagt, die stets feuchte rechte Nase zu schneuzen. Die

Besserung hielt nur 14 Tage an. Als Pat. nun von Neuem das Medicament nahm, blieb es erfolglos und es trat jedes Mal Erbrechen ein, was die Schmerzen nur noch steigerte.

Verf. glaubt, dass im zweiten Falle bei längerem Gebrauch des Mittels nach der eingetretenen Besserung auch ein besserer Erfolg zu erzielen gewesen wäre. Er erklärt sich die günstige Wirkung desselben durch die Annahme, dass es die die Neuralgien begleitende Congestion im Nerven beseitige, was er aus der Beobachtung schliesst, dass bei dem Gebrauche des Medicaments das Gesicht blass wurde, die Injection der conjunctiva bulbi verschwand, der Thränen- und Nasenfluss aufhörte und die Frequenz des Pulses abnahm. Verf. gab das Mittel in einzelnen Fällen bis zu 0,5 pro die, ohne nachtheilige Folgen. Bei dem Gebrauche auftretende unangenehme Erscheinungen waren folgende: metallischer, unangenehmer Geschmack im Munde, foetor ex ore und allgemeines Schwächegefühl, verbunden mit Eingenommensein des Kopfes. — Für die beste Form der Anwendung hält Verf. die Lösung 0,1 bis 0,15 in 100,0 Wasser mit Zusatz von etwas Syrup. Nach jeder Mahlzeit einige Esslöffel voll davon zu nehmen.

Halbey (Bendorf).

228) Day: Case of Chronic Chorea etc.

(Aus dem Samaritan-Hospital. The Lancet 1879. Februar.)

A. M. war zuerst als 11jähriges Mädchen am 8. X. 1875 aufgenommen an allgemeiner Chorea leidend. Unter Gebrauch von Bromkali, Eisen und Arsenik und abendlich öfters Chloral bei kräftiger Kost trat Heilung ein; Pat. wurde 18. XII. entlassen. Im August 1877 erkrankte sie wiederum nach einem heftigen Schrecken, wurde in einem andern Hospital behandelt, genas nach 2 Monaten, um im Januar 1878 von Neuem zu erkranken und wieder im Samaritan-Hospital Aufnahme zu finden. Ordinirt wurden Bromkali, Kali citric. mit China; Roborantia, Arsenic, dann Coniumsaft von 1 Drachme 3mal täglich bis zu 2 Drachmen 4stündlich (1—7 II. 78) aber ohne Erfolg. Nachdem auch Bromkali und Eisenphosphatsyrup erfolglos angewendet waren, wurde vom 12. II. an Zinc sulphuricum 3mal 3 gran gegeben. Am 10. März wurde Pat. gebessert entlassen; aber schon im August trat Verschlimmerung ein und am 2. October wurde Pat. wieder aufgenommen. Am 15. wurde mit Injectionen von Curare begonnen; zuerst $\frac{1}{60}$ gran, dann am 16. $\frac{1}{40}$ und $\frac{1}{30}$ gran, mit beruhigender Wirkung, Am 17. wurden Vormittags $\frac{1}{20}$, Nachmittags $\frac{1}{10}$ gran injicirt, am 18. und 19. je eine Injection von $\frac{1}{10}$ gran gemacht, mit völlig beruhigender Wirkung. Als am 20. keine Injection gemacht wurde, kamen die Krämpfe am Nachmittage wieder und steigerten sich zu der früheren Höhe. Nun wurde wiederum die Behandlung mit Zinc sulphuricum eingeleitet, beginnend mit 3mal 3 gran und allmählig mit jeder Dosis um 1 gran steigend, so dass Pat. am 2. November 80 gran in 2 Dosen nahm, ebenso auch vom 5. bis 9., an welchem Tage sie entlassen wurde, nachdem längere Zeit kaum ein Symptom der Chorea mehr beobachtet worden war. Die Einverleibung

des Zinc. sulph. hatte auch in den grossen Dosen keinerlei üble Nebenwirkung hervorgebracht.

In beigefügten Bemerkungen macht Dr. Day darauf aufmerksam, dass chronische Chorea bei Mädchen nicht vor Eintritt der Menses heile; ferner dass Zincum sulphuricum alle andere Mittel an Wirkung übertroffen habe.

Karrer (Erlangen.)

229) **Hollaender**: Zur Casuistik der Idiotie.

(Jahrbücher für Psychiatrie, Wien 1879, 1. Heft.)

Verfasser berichtet über 2 Brüder, Idioten, Victor 25 und Nicolaus 18 Jahre alt. Nur in der Descendenz ist der Degenerationszustand der Familie noch an zwei Sprossen weiblichen Geschlechts ausgesprochen. Tellurische und atmosphärische Einflüsse sind ausgeschlossen und dem Vater könnte nur sehr gezwungen eine neuropathische Individualität angepasst werden. Victor fiel erst im 2. Jahre durch mangelnden Gang und Sprache und einen Ohrenfluss auf. Im 5. Jahre machte er eigenthümliche Gehversuche, wie wenn er immer nach vorn fallen würde. Nicolaus bot von Jugend auf das Gepräge des Idioten, der Hor.-Umfang des Schädels betrug 350 Mm., die Bildung liess auf angeborenen Hydrocephalus schliessen. Der ältere kannte seine Angehörigen, trug Freude und Angst zur Schau und bezeugte sich dankbar, der Jüngere war stumpf gegen die Aussenwelt, blieb im Bette in sitzender Stellung und machte hie und da, gewöhnlich nach dem Essen, schaukelnde Bewegungen. Diese Bewegungen fasst Verf. nicht als geheimnissvolle Aeusserung verkümmerten Geisteslebens (Griesinger), sondern als Emanation eines auf's Aeusserste beschränkten Erregungsfactors auf.

Näherte sich dem Aelteren ein Unbekannter, so äusserte er erst das Bild starren Schreckens dann schlug er bis zur Entfernung des Angsterregers den Kopf mit Vehemenz gegen die Bettkante. Ebenso verfuhr er, wenn man das Leintuch, welches ihn ans Bett fesselte fortnahm. Er war früher mit einem solchen auf einem Stuhle befestigt, um vorgekommenen Unfällen in der Wiederholung vorzubeugen. Die Lösung des Befestigungsmittels war in seinem Vorstellungsleben fest associirt mit dem Erinnerungsbilde des Unfalls. Daher die Angst. Interessant war, dass sich dabei die Pupillen erweiterten. Darwin hält dies nicht für eine mit der Angstepfindung associirte und fixirte Gewohnheit, sondern für eine Erregung im Gehirn. Verfasser schreibt die Erweiterung einer Erregung in der regio ciliospinalis zu. Meynert verweist darauf, dass man diesem Phaenomen erfahrungsgemäss auch bei Epileptikern begegnet, wobei augenscheinlich dem Momente der Anaemie des Gehirns die Vermittlerrolle zufällt.

Neuendorff (Sonnenstein).

230) **J. Fritsch**: Zur Frage der primären Verrücktheit.

(Jahrbücher für Psychiatrie. Wien, 1879. Heft 1.)

Verfasser theilt zunächst folgende Fälle von primärer Verrücktheit, im engeren Sinne, wie sie der klinischen Beobachtung entnommen sind, mit.

1. Fall. Eine 43 Jahre alte, ledige Lehrerin bat wiederholt die Polizei um Schutz vor der schlechten Männerwelt. Man könne die meisten Männer wegen unnatürlichen Genusses anklagen; sie sei durch die Prostitution vergiftet. Man versuche durch Belladonna, deren Wirkung sie durch Trockensein im Halse und Reizzustände in den Genitalien verspüre, ihre abgestumpfte Natur in Erregung zu versetzen, ihr, um unlautere Geschäfte mit ihr zu betreiben die Jugend eines zwanzigjährigen Mädchens zu verleihen. Nur die Kenntniss von Gegenmitteln (acid. citricum — Cafe) rettete sie vor der Venerie. Die „Prostitutionsdrogen“ fühle sie durch Aufsteigen des Nasenschleims gegen den Kopf und die Ohren. Der Wahnsinn kommt nur von Drogen.

2. Ein 43jähriger hypochondrischer Lehrer kommt mit Verfolgungswahn in die Klinik. Er litt früher an Pollutionen. Er vernimmt aus den Gesprächen von ferne, dass man ihm seine Leiden an den Augen anmerkt; er reist ins Bad. Zurückgekehrt hörte er wieder durch Gespräche, die so geführt wurden, dass er davon Notiz nehmen musste, die Untreue seiner Frau. Zur Kenntniss der Schulbehörde sei die Mittheilung gelangt dass er impotent sei „nicht im Stande das Begonnene fortzusetzen,“ da die Zeit seiner Reise mit der Schwangerschaft seiner Frau zusammenfällt. Um die Behörde von seiner Potenz zu überzeugen, müsse er nun übermässig den Coitus ausüben. Er wird Nachts von Unberufenen misshandelt, man entzieht ihm auf künstlichem Wege Samen. Schmerzempfindungen im Gliede sind ihm dafür Beweis. Auch in der Anstalt wurden anzügliche, ehrenrührige Reden, in Bezug auf seine Potenz geführt, und zwar auf Veranlassung der Regierung.

3. Eine 48jährige Portiersgattin seit 4 Jahren im Climacterium wird seit Monaten Nachts von Geistern heimgesucht und maltreatirt. Dieselben treiben mit ihr geschlechtlichen Missbranch. Das wiederholt sich 3 bis 4 mal, ohne, dass sie sich wehren kann. Schimpft sie, so ohrfeigt der Geist. Verhindert sie den Coitus, so wird derselbe am Unterleib oder an der Brust vollzogen. Nasse Tücher, auf den Leib gelegt, zwingen den Geist zu den Füßen zurückzukehren, sowie dieselben trocknen, verspürt sie schon wieder Saugbewegungen an den Brüsten u. s. w. Tags sitzen die Geister auf ihren Schultern, als ob Katzen demper anliegen. Auf Fragen, ja selbst auf blosser Gedanken verteln die Geister ihre Antwort durch die Empfindung des Kopfschüttelns oder Nickens. Die Geister hat sie nie gesehen oder gehört.

4. Eine 49 Jahre alte Wittve mit profusen menstrualen Blutungen, erkrankt 3 Wochen vor ihrer Einbringung in Form heftiger, auf ganz lebhaften Sinnestäuschungen basirter Angstgefühle. Sie hört nach ihrer Meinung, offenbar von ihren erbitterten Nachbarn, auf die Gefährdung ihres Lebens und Eigenthums abzielende Besprechungen, aus dem anstossenden Kamine, die ganze Nacht hindurch. Sie glaubt, einen Durchbruch der Mauer in Angriff genommen, sie hört das Klopfen in der Mauer ganz deutlich. Vierzig Mann wollen sie ermorden; durch die Lücken der ausgerissenen Gasröhre soll sie erschossen werden.

In Bezug auf das Interesse, welches vorzugsweise die Wahnideen in obiger und früher im „Psychiatrischen Centralblatt 77, 78“ veröffentlichten Fällen beanspruchen, weist Verf. hin, auf die Wichtigkeit der Aufhellung des inneren Zusammenhanges zwischen wahnbildender Grundlage und dem Wahngebilde einerseits, zwischen diesen und einer gewissen Aussenseite des Krankheitsbildes andererseits.

Es wird hier deutlich ein Abhängigkeitsverhältniss der Wahnideen von einer Anzahl visceraler Sensibilitätsstörungen, Hyperästhesien im Bereiche der Genitalnerven, kurz einer Summe hysterischer Sensationen erkannt, und so verhält es sich in der grossen Mehrzahl der Fälle, trotz der zahllosen Verschiedenheiten jener angedeuteten Empfindungen, und der hieraus abgeleiteten Wahnvorstellungen, Verschiedenheiten die wesentlich in der durch Erziehung, Bildungsgrad, Beschäftigung gegebenen Gedankenrichtung unter Concurrrenz zufälliger Vorkommnisse; ihre Erklärung finden die Fälle, in denen die Wahnvorstellungen ohne nachweisbare Basis auftreten, sind sehr gering.

Verf. gedenkt — um zu einem richtigen Verständniss des betreffenden Vorganges selbst zu gelangen — der eingehenden Erörterung Meynert's (über Fortschritt in der Lehre von den psychiatrischen Krankheitsformen, „Psychiatrisches Centralblatt“ 1878. Nro. 1) in der die Wechselwirkung betont wird, die zwischen den Erregungszuständen des Vorderhirns als eines reflexhemmenden Organes einerseits, der übrigen Nervencentren und Bahnen andererseits besteht, dergestalt, dass verminderte Vorderhirnleistung (Schwäche) mit Reizerscheinungen innerhalb letzterer (Reizbarkeit) im gewissem Sinne zusammenfällt. Bei der erfahrungsgemäss besonderen Betheiligung des hysterischen und hypochondrischen status an dem Zustandekommen der in Rede stehenden Krankheitsform findet sich jener innere Zusammenhang offenbar wieder und würde nach dieser Seite hin in dem an Herabsetzung der Intensität der Hemisphärenleistung geknüpften Auftreten von Reizerscheinungen die physiologische Grundlage der primären Verrücktheit gegeben sein. Was übrigens für die hypochondrisch-hysterischen Empfindungen, gilt in ganz gleicher Weise für eine zweite ebenso wichtige Quelle der Wahnideen — für die Hallucinationen.

Wichtiger erscheint der Umstand, dass auch den Hallucinationen jene physiologische Dignität beigemessen werden kann, wie den hypochondrischen, den hysterischen Sensationen. Da nach Meynert subjectiven Erregungen der subcorticalen Sinnescentren — wenn sie durch herabgesetzte Leistung des Vorderhirns ungehemmt zur Rinde gelangen — von derselben wie von der Aussenwelt herstammend aufgenommen werden, so ergibt sich auch hiernach die Möglichkeit, das Verhältniss jener angeführten Zustände zu den Wahnideen von einem gemeinsamen lichtgebenden Gesichtspunkte aus aufzufassen.

Wie sehr es übrigens nur Erregungszustände der Sinnescentren, keineswegs nothwendiger Betheiligung der Sinnesorgane zum Zustandekommen von Hallucinationen bedarf, illustriert Verf. durch einen Fall, der eine 75 Jahr alte Person betrifft, die schwerhörig, auf

beiden Augen durch Glaucom seit 17 Jahren blind, ohne Zeichen geistiger Schwäche, von allerhand „Vorstellungen“ heimgesucht wurde, Leute sah, die ihr Pantomimen vormachten, kurz Hallucinationen des Gesichts, Gehörs und Geruchs hatte.

Verfasser kommt nun zu der Frage, ob und wie weit jene besprochenen Anschauungen auch für die Gruppe, die Sander zuerst als originäre Verrücktheit beschrieben, ihre Anwendung finden, und schliesst, dass aus allen hierher gehörigen Fällen unzweifelhaft ebenfalls der Einfluss der Hypochondrie, wie der Sinnes-täuschungen hervorgeht, während allerdings der wichtige Antheil des hereditären Moments stets wiederkehrt. Die Illusionen scheinen besonders bei dieser Gruppe eine ganz hervorragende Rolle zu spielen und liegt gerade darin eines der wichtigsten ätiologischen Momente, dass das durch natürliche Anlage insufficiente Gehirn nicht im Stande ist den Einfluss einer illusorischen Auffassung zu beherrschen. In dem besonders disponirenden Moment des hysterischen Status und in einer dem weiblichen Gehirn zukommenden geringen Intensität der Hemisphärenleistung liegt es, dass die Weiber geradezu in doppelter Zahl, den Männern gegenüber dieser Krankheit anheimfallen.

Die primäre Verrücktheit ist eine auf allgemein neurotischer Grundlage entstandene, im wesentlichen durch krankhafte Urtheile characterisirte Psychose, bei der es sich nicht um ein tieferes Ergriffensein, eine directe Schädigung des logischen Apparates handelt, sondern um formale Gebrechen in seiner Anwendung behufs Richtigstellung der vorhandenen Urtheilsverkehrtheiten.

Das Intactsein der Intelligenz unterscheidet denn auch ganz wesentlich die primäre Verrücktheit von jenen, als Ausgang primärer, durch Verstimmungen characterisirter Prozesse anzusehende Formen von Schwachsinn, die als secundäre Verrücktheit bezeichnet werden.

Neuendorff (Sonnenstein).

231) **B. C. Ingels**: Onzieme rapport sur les établissements d'aliénés en Belgique par M. V. Oudart.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1879. Nr. 13.)

Dieses Referat bespricht den Bericht über die in der Irren-Pflege in Belgien vorgekommenen Aenderungen der letzten Jahre. Am 31. Dec. 1871 waren 48, am 31. Dec. 76, nur noch 41 Anstalten vorhanden. Die Praesenz-Ziffer der in den einzelnen Anstalten vorhandenen Kranken differirte von 15 bis 500. Im Jahre 1876 wurden in die Anstalten 2268 Kranke aufgenommen. Entlassen wurden: 275 wesentlich gebessert, 564 geilt, 455 reclamirt; 769 starben. Am 1. Januar 1876 betrug die Gesamtzahl der in den Anstalten vorhandenen Kranken 7236; am 31. December 7441 und zwar 3745 Männer und 3696 Weiber.

Der Bericht giebt weitere statistische Uebersichten über die Vertheilung der Irren, wie über die Krankenbewegung in den Jahren 1871 bis 1875.

Hervorzuheben ist, dass die Zahl der Alcoholiker in Frankreich grösser ist als in Belgien. Neuendorff (Sonnenstein).

alt. Die Aufnahmen fanden vornehmlich in den Monaten Februar bis Juli statt. Bei 64 war es der erste Anfall, mehr als die Hälfte waren ledig. Ein Drittel konnte weder lesen noch schreiben, doch bestand fast die Hälfte dieses Drittels aus Idioten und Imbecillen.

Die verschiedenen Formen sind folgende:

Manie	4.
Delirirende Manie	1.
Ruhige delirirende Manie	1.
Delirirende, hallucinator. Manie	1.
Chronische delirirende Manie	1.
Religiöse Manie mit Delirien	1.
Epileptische Manie mit Delirien	1.
Manie und Wahnsinn	1.
Manie und Narrheit	1.
Melancholie mit Delirien	3.
Mel. mit Delirien und Selbstmordtrieb	2.
Mel. mit hypochondrischen Delirien	1.
Mel. mit agitirenden Delirien	2.
Mel. mit Selbstmordtrieb	3.
Alcoholische Melancholie	1.
Melancholie und Schwachsinn	1.
Delirium (Wahnsinn)	1.
Delirium mit Hallucinationen	4.
Alcohol. maniacal. Delirium m. Halluc.	1.
Mel. Delirium auf dem Boden angeb. Schwachsinn	1.
Maniacalisches Delirium	5.
Religiöses Delirium mit Narrheit	1.
Unzusammenhängendes Delirium	1.
Démence (Blödsinn)	13.
„ mit Delirien	2.
„ mit Delirien und Paralyse	1.
„ mit Melancholie u. Paralyse	1.
„ mit Paralyse	3.
Altersblödsinn	2.
Epilept. Blödsinn	2.
Maniacal. Blödsinn	2.
Alcohol. Blödsinn	2.
Blödsinn und Manie	1.
Blödsinn und alcohol. Manie	1.
Chorea und Narrheit	1.
Delirium tremens (acut. Alcoholismus)	1.
Schwachsinn	1.
Schwachsinn mit Delirien	1.
Imbecillität	10.
Idiotie	6.
Chronischer Alcoholismus	1.
Epilepsie und Blödsinn	1.
Nicht Irre	3.

Mehr als die Hälfte der Aufgenommenen sind Blödsinnige, denn, wenn wir zu den 30 die in diese Rubrik gehören noch die 18 Schwachsinnige, Imbecille und Epileptische rechnen, so kommen wir auf 48. Die Unheilbaren überschreiten die Ziffer des Vorjahres um 20%.

Dem Stande nach waren 12 Ackerbauer, 6 Tagelöhner, 1 Soldat, die übrigen Handwerker und 19 ohne Profession. Unter den Krankheitsursachen spielt der abus des spirituosorum eine Hauptrolle. Ein Fall soll dem Rauchen seinen Ursprung verdanken. Die Erblichkeit ist in 20 Fälle nachgewiesen. Während seit 20 Jahren die kranken Eltern vorwiegend Männer waren überwiegen diessmal die Weiber und zwar 18: 11.

Entlassen wurden 47, davon 29 geheilt oder gebessert, 15 ungeheilt, 3 wurden als nicht irre erkannt, 2 sind entwischt. Im Verhältniss zum Bestande wurden also 8% entlassen und 5% geheilt. Die geheilten Formen sind vorwiegend Manie und Melancholie. Die meisten Geheilten standen in dem Alter von 20—60 Jahren und fand ihre Entlassung vorwiegend im Frühjahr statt. Fast alle Heilungen fallen in das erste Jahr des Aufenthaltes.

Gestorben sind 49, also 8%. Es fällt diese hohe Ziffer mit der grossen Zahl an Dementia und Paralyse leidenden zusammen. Die meisten Opfer forderte das Alter von 50—60 Jahren; Januar und December gaben die höchsten Mortalitätsziffer. 2 Kranke erstickten im epileptischen Anfall. Der eine hatte automatisch sein Taschentuch in den Mund gesteckt, der andere war mit dem Gesicht auf das Bett gefallen. Die Sectionen waren nicht zahlreicher als 1877.

Therapie. Recepte wurden 700 verschrieben, von den Bädern wurde ausgiebiger Gebrauch gemacht. Isolirung war wegen dauernder Aufregung bei 5 Tag und Nacht, bei 16 nur Nachts nöthig; 4 wurden wegen Gewaltthätigkeit nach einem epileptischen Anfall 1 Tag und 1 Nacht isolirt, 2 andere Epileptiker 1 Nacht; 2 wurden an den Füssen gefesselt, 1 hatte die Zwangsjacke bei Tage an.

308 wurden beschäftigt, hauptsächlich mit Haus- und Küchenarbeit, Wäsche, Land- und Gartenarbeit und Wolle zupfen.

Der Kirchenbesuch war sehr rege. 270 feierten Ostern, 50 gingen zum heil. Abendmahl. Die Schule wurde von 40 Kindern und 11 Erwachsenen besucht. Instrumentalunterricht genossen 23, 8 Gesangunterricht, 11 sangen im Kirchenchor.

Jeden Sonntag gingen gegen 50 Kranke unter Leitung der (frères) Mönche auf die Dörfer spazieren. Jeden ersten Sonntag im Monat wurden etwa 100 von ihren Angehörigen, die sie wieder zurückbrachten auf einen Tag nach Hause geholt. 80 durften allein ausgehen. Ausserdem wurde für alle möglichen Zerstreungen, Spiele, Geburtstagsfeiern, Concerte u. s. w. gesorgt. Der Geburtstag des Directors gab Veranlassung einen Ballon aufsteigen zu lassen. Das Turnen wurde weniger geübt, destomehr Erfolge erzielte das Einüben einer Feuerwehr, die sich auch bei einem benachbarten Brande hervorthat.

Neuendorf (Sonnenstein.)

233) **Legrand du Saulle**: Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie.

(Paris, Delahaye 1879.)

Verfasser hat in einem stattlichen Bande (624 S.) den Schatz seiner reichen Erfahrungen über vorstehendes Thema niedergelegt. Wir bringen zunächst nur einige Andeutungen über den Inhalt, eine ausführliche Besprechung des vortrefflichen Buches wird später erfolgen. —

Der diesem Werke als Basis dienende Gedanke lässt sich kurz in folgenden Satz zusammenfassen: der Testator verfügt unbeschränkt und seinem Willen muss entsprochen werden, wenn er einen verständigen und freien Act aufgesetzt hat; seine Bestimmungen werden dagegen nach ernster Prüfung für ungültig erklärt, wenn seine Vernunft in dem Augenblicke, wo er über die Vertheilung seines Besitzthums verfügte, nicht gänzlich intact war.

Beim Lesen der zahlreichen und interessanten Fälle, die Verfasser citirt, findet man, dass die französischen Gerichtshöfe, die bisher noch kein Werk über das Irresein in seinen Beziehungen zur Testamentsfähigkeit besaßen und einzig auf ihre eigenen Inspirationen angewiesen waren, eine zu grosse Aengstlichkeit und Zurückhaltung an den Tag legten, wenn sie über letztwillige Verfügungen zu entscheiden hatten, denen Wahndecken oder dergl. Krankhaftes anhafteten. Sie haben einen tiefen, manchmal übertriebenen Respect für die Freiheit des Erblassers bekundet und häufig ohne sich einen klaren Begriff von einem kranken Gehirn zu machen, das Vorhandensein der freien Willensbestimmung angenommen trotz leicht nachweisbarer psychischer Störungen. Die hier und da erfolgte Gültigkeitserklärung mancher Testamentsbestimmungen, denen der unverkennbare Stempel der Geisteskrankheit aufgedrückt war, darf uns daher nicht Wunder nehmen. Die Juristen waren bisher in dieser Beziehung nicht genügend aufgeklärt. Dem grossen Buche der gerichtlichen Medicin fehlte noch eine Seite. Verfasser hat diese Lücke bemerkt und den Beschluss gefasst, sie auszufüllen.

Nach einer genauen Darlegung über das Testament im Allgemeinen und über seine verschiedenen Formen tritt er in wichtige Erörterungen ein über die Fähigkeit zum Testiren und über alle zufälligen Vorkommnisse, über Leidenschaften und Krankheiten, welche in einem gegebenen Momente die Vernunft, den Willen und die Freiheit des Testators beeinflussen können. — Er macht uns mit den hauptsächlichsten bisher abgegebenen richterlichen Entscheidungen bekannt und bespricht alsdann in abgeschlossenen Kapiteln: das vorgerückte Alter, das Greisenalter, das Greisenseichthum, die letzte Krankheit, den geistigen Zustand des Sterbenden; den Selbstmord, die Trunkenheit, Trunksucht und Alkoholismus; die Apoplexie, Aphasie und die luciden Intervalle. Jeder dieser Zustände ist bezüglich der intellectuellen Störungen, der eventuellen Abschwächung des geistigen Niveaus und des möglichen Grades der Verminderung des Gedächtnisses und Willens studirt worden. Weiterhin werden alsdann angeführt — selbstverständlich stets mit Bezug auf die

Fähigkeit zu testiren — die Manie, Melancholie, partielle Verrücktheit, Verfolgungswahn, Blödsinn, allgemeine Paralyse und eine ganze Gruppe von verschiedenen intellectuellen Zuständen, Krankheiten, Gebrechen und Verhältnissen, welche die Testamentsfähigkeit beeinflussen können (Folie raisonnante, Fieberdelir, Epilepsie, seniler Erotismus, Geistesschwäche, Pellagra, Taubstummheit, Taubheit, Sehschwäche und Blindheit, Hydrophobie, Ueberlistung und Erbschleichung). Auch die Ehe in Extremis wird in einem besonderen Kapitel abgehandelt. — Es fehlt nirgends an interessanten Beispielen nebst den dazugehörigen richterlichen Entscheidungen. — Zum Schluss wird noch der Excentricität bei Gelegenheit von Testamentsabfassungen eine besondere Besprechung gewidmet. 25 hierher gehörige Beobachtungen zeugen, wie weit sich die Originalität des Erblässers versteigen kann.

Dem Ganzen ist noch ein dankenswerther Anhang beigegeben, der Untersuchungen über die civile Fähigkeit und die zum Testiren erforderlichen Bedingungen in Italien zur Zeit von Paul Zaccias und eine Abhandlung über die Jurisprudenz der Rota Romana im 17. Jahrhundert enthält.

R a b o w (Cery).

III. Verschiedene Mittheilungen.

234) Der internationale medicinische Congress wird vom 7. bis 13. September d. J. in Amsterdam tagen. In der Section „*Psychiatrie*“, deren Präsident Dr. Ramser, deren Secretäre die Dr. Dr. van Andel, Moll und de Jong sind, werden folgende Vorträge gehalten werden:

ERSTER VORTRAG.

Ueber die Anwendung von mechanischen Zwang-Mitteln in der Psychiatrie. Dr. van Andel, Zutphen.

Schlussätze.

1. Die rationelle Durchführung der Grundsätze des no-restraint Systems muss als allgemeine Regel bei der Behandlung der Geisteskrankheiten angenommen werden.

2. Der Bau und die Einrichtung der Irrenanstalten und ihre ärztlichen und administrativen Verhältnisse müssen danach eingerichtet werden.

3. Die Hauptbedingungen sind:

Eine zweckmässige Lage, Grösse, Eintheilung und Einrichtung der Localitäten der Anstalt. Die Leitung der Anstalts-Angelegenheiten muss dem Arzte anvertraut sein. Eine genügende Zahl vernünftiger Bedienten. Keine Ueberfüllung.

ZWEITER VORTRAG.

Ueber Aetiologie und Behandlung der Katatonie. Dr. Donkersloot, Dordrecht.

Schlussätze.

1. Es ist zweckmässig unter den Namen Katatonie eine gewisse Reihe von Fällen zu vereinigen, deren Hauptsymptom eine Unfähigkeit zum Handeln ist, die einer Störung in den Bewegungscentra des Gehirns zugeschrieben werden muss.

2. Da die Katatonie häufig als Complication von verschiedenen Nervenkrankheiten, wie Katalepsie, Hysterie, Epilepsie oder Melancholie mit Stumpfsinn, auftritt, so ist es nicht möglich eine besondere Aetiologie oder eine eigne Behandlung derselben anzugeben.

DRITTER VORTRAG.

Ist eine Classification der Geisteskrankheiten nothwendig und auf welchen Gründen soll sie in diesem Falle beruhen? Prof. Dr. van der Liñh, Utrecht.

Schlussätze.

1. Eine Classification der Geisteskrankheiten ist nothwendig, nicht nur für Unterricht und Studium und für die Behandlung der Geisteskranken, sondern auch für die gerichtliche Medicin.

2. Der Zweifel in dieser Hinsicht entsteht aus den jeder Classification von Krankheiten anhängenden Beschwerden, in unserem Falle unendlich erschwert durch die complicirte, wenig gekannte Structur des leidenden Organes, seine so verschiedenen, wichtigen, unser ganzes Dasein beherrschenden Verrichtungen, durch individuelle Unterschiede in Anlage und Entwicklung und durch die grosse Zahl und die grosse Verschiedenheit der krankmachenden Ursachen.

3. Eine gute Classification muss erstens einfach und deutlich sein, und zweitens dem Zwecke entsprechen, wozu sie bestimmt ist. Sie darf eine Andere sein für Studium und Unterricht, eine Andere für Behandlung, eine Andere für gerichtliche Medicin, u. s. w.

4. Die Grundlage dieser Classification braucht keine Andere zu sein als diejenige anderer Krankheiten und soll beruhen, erstens auf den sichtbar gestörten Functionen (symptomatische Classification); zweitens auf den Ursachen, welche störend auf die normalen Functionen eingewirkt haben oder noch einwirken, und endlich auf dem örtlichen Krankheitsprocess, welcher diesen Störungen zu Grunde liegt.

5. Es ist zweckmässig die Geisteskrankheiten in einzelne gut characterisirte Gruppen einzuthellen, wenn man nur nicht übersieht, dass auch dabei Uebergänge und Complicationen das Krankheitsbild abzuändern im Stande sind.

VIERTER VORTRAG.

Ueber die Pflichten des Staates in Bezug auf die Geisteskranken. Dr Ra-
maer, Haag.

Schlussätze.

Die Pflichten, welche der Staat in Bezug auf die Geisteskranken zu erfüllen hat, sind zweifach und beziehen sich einerseits auf die Beschützung dieser Kranken gegen die schädlichen Einflüsse der Gesellschaft, andererseits auf die Vertheidigung der Gesellschaft gegen die störenden Wirkungen ihrer Krankheit.

Die Beschützung der Geisteskranken von Seiten des Staates beschränkt sich auf solche, die nicht durch ihre Eltern, Grosseltern, Kinder, Enkel oder Geschwister gepflegt werden, es sei denn, dass diese Verwandten sich gegen dieselben sträfliche Handlungen erlaubten.

Verbrechen gegen Geisteskranke sollen schwerer bestraft werden als dieselben Verbrechen, an geistesgesunden Menschen verübt.

Jeder Geisteskranke, welcher nicht von seinem nächsten Verwandten versorgt wird, fällt der Aufsicht des Staates anheim.

Die Staatsaufsicht über die Geisteskranken muss durch ein eigenes Gesetz geordnet werden.

Ein solches Gesetz soll bestimmen, dass es verboten ist, ohne Erlaubnis der angewiesenen Autorität, Geisteskranke in seine Wohnung aufzunehmen, — welche Formalitäten zur Aufnahme eines Geisteskranken in eine Anstalt nöthig sind, — welche Bedingungen derjenige, welcher mit der Pflege von Geisteskranken sich zu beschäftigen wünscht, zu erfüllen hat, — wie die Aufsicht des Staates ausgeübt werden soll, u. s. w.

Es muss eine fortwährende Aufsicht des Staates stattfinden; dieselbe kann auf verschiedene Arten geschehen, von welchen die beste zu sein scheint, dass die Aufsicht in kleinen Ländern einem General-Inspector, aus den practischen Irrenärzten gewählt, aufgetragen und dieser dem Minister, zu dessen Wirkungskreis das Irrenwesen gehört, unmittelbar untergeordnet werde, — dass die Aufsicht aber in grössern Ländern mehreren Inspectoren, ebenfalls aus den practischen Irrenärzten gewählt, anvertraut werde, von welchen jeder die Aufsicht in einer bestimmten Provinz führen und in unmittelbarer Verbindung mit dem Minister stehen soll; im Interesse der Einheit des Dienstes sollen diese Inspectoren unter dem Präsidium des Ministers einen Rath bilden, der sich so oft versammeln soll als der Dienst es erfordert.

Zur Vervollkommnung der Staatsaufsicht über die Geisteskranken sollen die Aerzte der öffentlichen Anstalten vom Staate ernannt und den Inspectoren untergeordnet werden.

Ausserdem muss jedes Haus, resp. Anstalt, in welchem Geisteskranke ausserhalb ihrer Familien gepflegt werden, in ungleichen Zeiträumen vom Reichsanwalt besucht werden, damit kein Zweifel bestehen könne dass, Nichtirre widerrechtlich eingesperrt gehalten werden.

Es ist Pflicht des Staates dafür zu sorgen, dass alle Geisteskranken, die von ihrer Familie unversorgt gelassen werden, eine zweckmässige Behandlung in einer öffentlichen Anstalt bekommen.

Nicht nur die geisteskranken Personen, sondern auch ihre Güter sollen der Staatsorge anheim fallen; desshalb soll jedem begüterten Geisteskranken, welcher unter Staatsaufsicht steht und nicht als unheilbar betrachtet werden muss, ein provisorischer Verwalter zur Seite gestellt werden, und soll dem unheilbaren Geisteskranken, welcher nicht unvermögend ist, Vormundschaft gegeben werden.

Es sollen die Güter eines Geisteskranken nie zur Bestreitung der Unkosten seiner Verpflegung veräussert werden.

Wenn die Einkünfte eines Geisteskranken nicht genügen zur Bezahlung seiner Verpflegung in einer öffentlichen Anstalt, soll er auf allgemeine Kosten sei es des Staates oder der Gemeinde, und nach Umständen für die ganze Summe oder für einen Theil derselben, in eine Anstalt aufgenommen werden.

Endlich soll der Staat den Geisteskranken gegen seine eigene Gesetze beschützen, das heisst der Staat soll die Strafflosigkeit für die Verbrechen aussprechen, welche unter dem Einfluss seiner Krankheit von ihm begangen sind, was aber nicht die Strafflosigkeit jeder von einem Geisteskranken verübten That einschliesst.

In Bezug auf die Geisteskranken hat der Staat nicht nur ihre Interessen zu überwachen, er soll auch die Gesellschaft gegen die schädlichen Handlungen, welche die Geisteskranken unter dem Einfluss ihrer Krankheit begehen dürften, sichern. Deshalb muss jeder Geisteskranke, dessen Gemeingefährlichkeit erkannt ist, in einer Irrenanstalt untergebracht werden, und muss den Polizei-Behörden die Macht gegeben werden, solche Geisteskranke in sichere Bewahrung zu bringen; auch sollen deshalb diejenigen, welche die Bewahrung solcher Kranken auf sich genommen haben, mit Strafe bedroht werden für den Fall, dass sie dieselben aus Muthwillen oder Fahrlässigkeit entfliehen lassen.

FÜNFTER VORTRAG.

Ueber Geisteskrankheit als Grund zur Ehescheidung. Dr. van der Swalme, Delft.

Schlussätze.

1. Die Gründe, welche vom religiösen, moralischen oder practischen Standpunkt die Behauptung, Geisteskrankheit sei eine Ursache zur Ehescheidung, zu beweisen scheinen, haben keinen überzeugenden Werth.

2. Vom medicinisch-forensischen Standpunkt, hat man statt Geisteskrankheit, chronische unheilbare Geisteskrankheit mit Verlust des Gedächtnisses zu lesen.

3. Die Kranken dieser Kategorie werden um so geringer an Zahl sein, als ihr Leiden häufig einen frühzeitigen Tod zu Folge gehabt haben wird.

4. Es scheint gefährlich für die wenigen Überbleibenden Bedingungen der Ehescheidung fest zu stellen, die, obgleich mit Sorgfalt überwogen, leicht das Leiden einer grösseren Zahl von Unglücklichen zu steigern im Stande wären.

5. Mit Rücksicht auf diese Thatsachen scheint Geisteskrankheit keinen triftigeren Grund zur Ehescheidung ab zu geben, als viele andere Gebrechen und Krankheiten, die das eheliche Glück zerstören.

Angezeigte Mittheilungen.

1. *Die psycho-physiologische Erziehung der Hand eines Idioten.* Dr. E. Seguin, New-York.

2. *Ueber den Einfluss des Alkohols auf Geistes-Krankheit.* A. von Lubansky, Viazma (Smolensk, Russland).

235) Der Verein der deutschen Irrenärzte tagt in diesem Jahre am 16. und 17. September in Heidelberg. Er hat folgende vorläufige Tagesordnung aufgestellt;

1. Bericht des Vorstandes über die Ausführung früherer Vereinsbeschlüsse (Trinkerfrage - Nasse, Staatsaufsicht der Irrenanstalten - Zinn).

2. Besprechung des gegenwärtigen Standes der No-restraint-Frage in Deutschland, eingeleitet von Westphal und Nasse.

3. Die Idiotenfrage, statistisch und legislatorisch. Ref. Guttstadt und Kind.
 4. Ist die Errichtung reiner Pflégeanstalten zeit- und zweckgemäss? Ref. Fischer sen. und Ludwig.
 5. Geschäftliche Mittheilungen und Wahl zweier neuer Vorstandsmitglieder.
 6. Zur Casuistik der Aphasie: Stark.
 7. Die klinische Aeusserung der postmaniakalischen Zustände acuter Delirien: Jehn.
 8. Beiträge zur Chloralwirkung: Stüler.
- Die Sitzungen finden im Hörsaal der Irrenklinik am 16. Nachm. 4, und am 17. Vorm. 10 Uhr statt; vor der letzteren Besichtigung der Klinik unter Prof. Fürstner's Führung.

IV. Anzeigen.

Heilanstalt Kannonburg bei Esslingen a. N. Württemberg.

Die Stelle eines Assistenten an hiesiger Anstalt ist erledigt und wird mit einem schon praktisch thätig gewesenem Herrn Collegen baldigst zu besetzen gesucht. Gehalt M. 1800 bis M. 2400 und freie Station.

Dr. Landerer.

Bei AMBR. ABEL in Leipzig ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Compendium der Frauenkrankheiten.

Zum Gebrauche für Studierende und Ärzte.

Von Dr. med. C. G. Rothe,

prakt. Arzt in Altenburg.

Mit 50 Holzschnitten.

klein 8° 277 Seiten. brosch. M. 5. — geb. M. 5.75.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

☞ das anerkannt wirksamste aller Bitterwässer. ☞

„Mit Vorliebe verwendet weil dieses Wasser wegen den anwendbaren mässigen Dosen und seiner schonenden Wirkung oft einer wichtigen Causalindication genügt.“ — *Reg. Rath Prof. Dr. Meynert, Wien.* — „Lässt seine Anwendung selbst bei entzündlichen Zuständen des Darmes, die andere Bitterwasser oft verbieten, noch vollkommen zu.“ — *Obermed.-Rath Dr. Landenberger, Stuttgart.* — „Selbst in Fällen, wo bei reizbarem Darne verabreicht, erzielte das Wasser schmerzlosen Stuhlgang.“ — *Prof. Dr. W. Leube, Erlangen.* —

== Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen ==

Buch- und Notendruckerei von Ph. Werle in Coblenz.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
30 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

15. September 1879.

Nro. 18.

I N H A L T.

- I. REFERATE.** 236) Erb: Zur Pathologie der Tabes dorsalis. 237) W. Allen Sturge: Three cases of acute anterior Poliomyelitis (Acute spinal Paralysis) in adults. 238) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. 239) Seeligmüller: (Halle a. S.) Ueber Elongation der Knochen an gelähmten Extremitäten. 240) Zwei Vorträge über Aphasie in der St. Louis medic. Gesellschaft gehalten von Dr. W. Stevens und C. H. Hughes. 241) Carlyle Johnstone: A Case of Aphasia. 242) T. S. Clouston: The study of mental disease. 243) Theodor Decke: Ueber die Ausscheidung von Harnstoff und Phosphorsäure durch den Harn bei Anämie. (Urea and Phosphoric Acid in the Urine in Anæmia.) 244) Echeverria: De l'épilepsie nocturne. 245) Baillarger (Paris): Des rémissions et de la démence dans certains cas de la paralysie générale. 246) Galezowsky: Des Amblyopies et des amauroses toxiques.
- II. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN.** 247) A. M. Shew, Middletown, Connecticut. The Insane Colony at Gheel. 248) Lauder Lindsay, Perth, Scotland. Ueber Rippenbrüche in englischen Irrenanstalten. 249) Aus Breslau. 250) Aus Zürich. 251) Aus St. Gallen. 252) Aus Graz. 253) Aus Berlin.
- III. NEUESTE LITERATUR. IV. ANZEIGEN.**
-

Die

verehrten Herren Abonnenten

*werden ergebenst gebeten das Abonnement auf
das IV. Quartal rechtzeitig zu erneuern, damit
in der Zusendung des Centralblattes keine Stö-
rung eintrete.*

I. Referate.

236) Erb: Zur Pathologie der Tabes dorsalis.

(Deutsches Arch. f. klin. Medicin. XXIV.)

Aus der sehr guten Arbeit des Verf. heben wir hier denjenigen Theil hervor, der in der Ueberschrift nicht repräsentirt ist, nämlich die *Aetiologie*. Diese scheint von der *Syphilis* mehr als bisher geahnt, beherrscht zu werden, da in mehr als der Hälfte der vom Verf. beobachteten Fälle Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes vorkam. Es ist dies eine so eminent wichtige, für die Praxis mit unberechenbarem Nutzen verbundene Thatsache, dass wir statt eines Referates hier den betreffenden Wortlaut selbst folgen lassen.

„In Bezug auf die Aetiologie der Tabes ergeben sich aus meinen Beobachtungen nur wenig Anhaltspunkte, und ich hebe deshalb nur einen Punkt hervor, auf welchen ich in der neueren Zeit mehr geachtet habe, da er mir von ausserordentlicher Wichtigkeit zu sein scheint und bei uns in Deutschland — wie ich glaube — zu wenig berücksichtigt wird.

Es ist dies die Syphilis in der Vorgeschichte der Tabeskranken. Dieselbe wird fast ausschliesslich von französischen Autoren hervorgehoben und in ihrer Wichtigkeit betont. Besonders ist es Fournier¹⁾, der mit grosser Entschiedenheit und mit Gründen, deren grosse Bedeutung durchaus nicht zu verkennen ist, dafür plaidirt, dass es eine wirkliche syphilitische Tabes gebe, dass die Hinterstrangsklerose eine der möglichen Localisationen der Syphilis sei, und dass ein solcher Zusammenhang sehr häufig vorkomme. Er stützt diesen Satz hauptsächlich auf das statistisch nachweisbar häufige Vorkommen von Tabes bei früher Syphilitischen; er selbst fand unter 30 Tabischen nicht weniger als 24 mit vorausgegangener Syphilis. Es wäre wünschenswerth gewesen, nachzuweisen, dass im Uebrigen die Syphilis unter der männlichen Pariser Bevölkerung nicht annähernd in dieser Häufigkeit vorkomme; ein Nachweis, der wohl nicht allzu schwierig gewesen wäre.

Nach Fournier hat die syphilitische Tabes allerdings weder in ihren Symptomen, noch in ihrer anatomischen Beschaffenheit etwas Specificsches, wenigstens ist dasselbe bis jetzt nicht bekannt; das ist aber auch gar nicht nöthig. — Auch sei von der antisyphilitischen Behandlung nicht immer Erfolg zu erwarten; in einzelnen Fällen aber sei sie von entschiedenem Nutzen. Daher sei es eine dringende Indication, in allen Fällen, in welchen ein solcher Zusammenhang nachweisbar ist, eine specifiche Behandlung einzuleiten. —

Graset²⁾ schliesst sich der Meinung Fournier's durchaus an. — Vulpian³⁾ hält ebenfalls die Syphilis für eins des Causal-

¹⁾ De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Paris 1876.

²⁾ Malad. du syst. ner. I. 1878.

³⁾ Leçons sur les malad. du syst. nerv. 1878.

momente ersten Ranges bei der Tabes; mindestens 15 unter 20 Kranken seien früher syphilitisch und die meisten davon ungenügend behandelt gewesen.

Zu diesen Aussprüchen stehen die Kundgebungen der neuesten deutschen Autoren über diesen Punkt in einem bemerkenswerthen Gegensatz; während Eisenmann¹⁾ „keinen exact beobachteten Fall von Bewegungsataxie kennt, wo die Syphilis als Ursache nachgewiesen wäre“; während dagegen E. Schulze²⁾ auf Grund seiner, unter Griesinger gesammelten Erfahrungen „die Syphilis in eine gewisse ätiologische Verbindung mit Tabes bringen möchte“, finden wir bei Cyon³⁾ die Angabe, es sei möglich, dass Syphilis die Tabes verursahe; er hält es aber für praktischer und bequemer, die nach Syphilis auftretende Tabes einfach als durch Excesse in venere entstanden anzusehen; eine eigenthümliche Logik! — Bei Leyden⁴⁾ ist die ganze Frage mit der Bemerkung abgethan: „Syphilis ist wohl angegeben, aber nicht genügend begründet“, und Eulenburg⁵⁾ gibt in seinem jüngst erschienenen Lehrbuch an, dass unter 149 Fällen eigener Beobachtung ein einziger (!) gewesen sei, in welchem die constitutionelle Syphilis als Ursache wahrscheinlich gewesen sei; sonst erwähnt er die Syphilis gar nicht. Auch in der Klinik der Nervenkrankheiten von M. Rosenthal (2. Aufl. 1875) und in dem Aufsätze von Wunderlich „über die Syphilis des centralen Nervensystems“ (in Volkman's Sammlung klinischer Vorträge) ist von einer „syphilitischen“ Tabes keine Rede. In seiner Arbeit über die Syphilis des Nervensystems beschränkt sich Heubner⁶⁾ einerseits auf die Bemerkung, dass beweisende Fälle von syphilitischer Degeneration der Hinterstränge nicht bekannt seien, andererseits gibt er an, dass im Gefolge von primär syphilitischen Herden im Rückenmark durch secundäre Degeneration der Hinterstränge verschiedene Erscheinungen der Tabes zurückbleiben könnten. Ich selbst habe in meinem Handbuch⁷⁾ unter Referirung der oben mitgetheilten Angaben die grosse Wichtigkeit der Frage ausdrücklich betont.

Ueber die Ansichten der englischen Autoren habe ich mich im Augenblick nicht genügend informiren können. Hammond⁸⁾ erwähnt die Syphilis unter den Ursachen der Tabes als „wahrscheinlich in $\frac{1}{20}$ der Fälle“, Althaus⁹⁾ in seiner neuesten Publication gar nicht. Hutchinson dagegen spricht wiederholt von „syphilitischer Ataxie“.

1) Die Bewegungsataxie. 1863.

2) Ueber die Aetiologie der Tabes dorsalis. Dissert. Berlin 1867.

3) Zur Lehre von der Tabes dorsalis.

4) Klinik der Rückenmarkskrankheiten. II.

5) Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 2. Aufl. 1878.

6) v. Ziemssen's Handbuch. Bd. XI. 1. 2. Aufl. 1878.

7) Ebenda. Bd. XI. 2. 2. Aufl. 1878.

8) Diseases of the nervous system. 6. Aufl. 1876. p. 595.

9) Diseases of the nervous system. 1877.

Niemand wird leugnen wollen, dass die Frage von dem ätiologischen Zusammenhang der Tabes mit voraufgegangener Syphilis von einschneidender Bedeutung ist und dass es bei der vorhandenen Divergenz der Meinungen dringend geboten erscheint, die Frage zur Discussion zu stellen und einer ernsthaften Untersuchung zu unterziehen. Nur als eine Anregung dazu möchten die nachfolgenden Bemerkungen betrachtet sein!

Meine eignen Beobachtungen enthalten 33 mal¹⁾ Angaben über früher vorhandene Syphilis, darunter wird 15 mal das Vorhandensein derselben verneint, dagegen 18 mal zugegeben; darunter sind allerdings 4 Fälle, in welchen die Kranken angaben, vor vielen Jahren einen Schanker (ob wirklich einen „harten“ Schanker, war nicht immer sicher zu ermitteln) gehabt zu haben, dass sie aber später von secundären Symptomen verschont geblieben seien.

Es wäre das also mehr als die Hälfte aller Tabeskranken: eine Zahl, die — wenn sie auch immerhin noch hinter den Angaben anderer Beobachter zurückbleibt — doch im höchsten Grade zu beachten ist. Es ist wohl nicht anzunehmen, dass unter den Männern mehr als die Hälfte überhaupt syphilitisch ist, es muss also wohl eine gewisse causale Beziehung zwischen der Syphilis und der nachfolgenden Tabes angenommen werden. Es ist bisher noch Niemand eingefallen, diesem Zusammenhange auf anatomischem Wege nachzugehen und wir sind auf blosse Vermuthungen über die Art und Weise dieses Zusammenhanges beschränkt. Ob die Syphilis nur zur Tabes prädisponirt, oder ob die Hinterstrangsklerose wirklich eine Localisation der Syphilis, ob sie in gewissen Fällen eine specifisch luetische Erkrankung ist, wer vermag das jetzt mit Bestimmtheit zu sagen?

Für jetzt halte ich es für eine sehr dringende Aufgabe, diesem Zusammenhang zunächst auf klinischem Wege etwas sorgfältiger nachzugehen, alle möglichen Details zu erforschen, um etwas mehr Klarheit in diese überaus wichtige Sache zu bringen. Denn, wenn auch auf der einen Seite sich ein ganz erschreckender Einblick in die destruirende Thätigkeit dieser Seuche eröffnet, gegen deren weitere Ausbreitung noch immer unverantwortlich wenig geschieht, so würde doch auf der andern Seite der bestimmte Nachweis des syphilitischen Ursprungs der Tabes einer grossen Zahl von Kranken — vielleicht mehr als der Hälfte der Tabeskranken! — eine neue und grosse Chance der Rettung vor dieser trübseligen Krankheit bieten. Denn man dürfte doch wohl hoffen, durch eine energische antisiphilitische Behandlung der früheren Stadien das Weiterschreiten der Krankheit zu verhüten und dieselbe vielleicht in einzelnen Fällen ganz zur Heilung zu bringen. Und das wäre angesichts

1) Dazu kamen neuerdings noch 13 weitere Fälle; nur bei zweien derselben war keine Syphilis vorhanden; bei 9 Fällen war dieselbe vorangegangen und in 2 Fällen (Frauen) war eine Infection wahrscheinlich, da die Ehemänner syphilitisch waren. Nach Ausschluss dieser beiden würden unter 44 Fällen 27 mit vorausgegangener Syphilis sein.

der sehr spärlichen Erfolge unserer jetzigen Tabesbehandlung doch schon ein recht erheblicher Gewinn.

Leider muss ich gestehen, dass ich erst bei der Bearbeitung des Gegenstandes sehe, wie dürftig die Ergebnisse meiner eignen Beobachtungen bis jetzt sind; was ich aus denselben entnehmen kann, ist etwa Folgendes:

Ueber die Zeit des Auftretens der ersten tabischen Symptome nach stattgehabter Infection habe ich Notizen in 17 Fällen, in welchen sich die betreffenden Angaben zwischen 2 und 14 Jahren bewegen: 5 mal innerhalb 2—5 Jahren, 8 mal zwischen 6—10 Jahren und 4 mal von 11—14 Jahren. Jedenfalls vergeht also in weitans den meisten Fällen eine längere Reihe von Jahren, ehe die ersten Erscheinungen der Tabes auf die Syphilis folgen; und nicht selten dauert es dann noch eine weitere Reihe von Jahren, bis sich die Krankheit in deutlicherer Weise manifestirt.

Ueber die Intensität, Dauer, Recidive der vorausgegangenen syphilitischen Affectionen ist meist sehr wenig zu ermitteln; in der Mehrzahl meiner Fälle waren nur spärliche, nicht selten angeblich gar keine secundären Symptome vorhanden gewesen; bei den Kindern meiner Kranken (es sind 7 Fälle notirt) scheint hereditäre Lues nicht vorgekommen zu sein; nur in ganz einzelnen Fällen waren Recidive der Syphilis vorgekommen. Im Ganzen also scheint es sich eher um leichte Infectionen gehandelt zu haben, resp. um eine mehr oder weniger gründliche Beseitigung derselben durch die Therapie.

Von noch bestehenden Zeichen der Syphilis war in der Regel gar nichts zu entdecken. In einzelnen Fällen waren wohl Schanker narben, mehrmals pigmentirte Hautnarben an den Unterschenkeln, kleine Drüsenanschwellungen, in zwei Fällen verdächtige Rhagaden an der Zunge nachzuweisen, sonst aber war das Suchen nach decidirten secundären oder tertiären Symptomen der Syphilis immer erfolglos.

Von besonderem Interesse wäre es natürlich gewesen zu ermitteln, ob die Tabes bei Syphilitischen sich durch besondere Symptome oder eine besondere Gruppierung oder Aufeinanderfolge der Symptome, durch überwiegende Häufigkeit einzelner Erscheinungen u. dgl. auszeichne. Das scheint entschieden nicht der Fall zu sein. Ich habe ein Dutzend „syphilitischer“ Fälle und ein Dutzend nicht-syphilitischer Fälle von Tabes tabellarisch zusammengestellt und in der procentischen Häufigkeit der einzelnen Symptome beider Reihen keinen bemerkenswerthen Unterschied finden können. Doch ist allerdings die Zahl dieser Beobachtungen für diesen Zweck noch viel zu klein. Jedenfalls aber gibt es kein der „syphilitischen“ Tabes ausschliesslich eigenthümliches Symptom, so wenig wie es ein solches für die anderweitig verursachte Tabes gibt.

Auch von therapeutischen Erfolgen habe ich jetzt wenig zu berichten, da meine Versuche mit antiluetischer Behandlung erst neueren Datums sind. Aus früherer Zeit ist mir ein ziemlich schwerer Fall bekannt, der allen gewöhnlichen Hilfsmitteln (Galvanisiren, Kaltwasserkur, Nauheim, Arg. nitr.) trotzte und durch eine Schmier-

kur zum Stillstand gebracht wurde, so dass der Mann jetzt seit Jahren wieder seinem Geschäft nachgeht. In Fall 46*) ist die Schmierkur in Aachen von bestem Erfolg gewesen. Aehnliches habe ich in Fall 9 erlebt. In den Fällen 7 und 23 scheint eine früher gebrauchte Hg-Kur ohne Erfolg gewesen zu sein. Ueber weitere, jetzt noch in Behandlung stehende Fälle kann ich erst später berichten.

Wie man sieht, sind die Ergebnisse dieser „Enquête“ bis jetzt noch sehr dürftig; aber auch bei dem heutigen mangelhaften Stand unserer Kenntnisse ergibt sich wohl schon die Nothwendigkeit, auf Ernsteste zu erwägen, welche Maassregeln zu ergreifen seien, wenn sich herausstellt, dass bei einem Tabischen Syphilis vorausgegangen ist, auch wenn ein directer Zusammenhang sich nicht positiv nachweisen lässt. Diese Erwägungen sind angesichts der eingreifenden antiluetischen Kuren, welche erforderlich, angesichts der Rücksichten die zu nehmen, der äusseren Verhältnisse, die häufig zu überwinden sind, ausserordentlich schwierig.

Folgende Sätze dürften dabei Berücksichtigung finden:

Die Tabes ist eine in den meisten Fällen unheilbare Krankheit; selbst ihr Fortschreiten können wir mit unseren gewöhnlichen Hilfsmitteln nicht mit Sicherheit aufhalten; ihre Prognose ist also in der Regel eine sehr traurige.

Die Syphilis ist einer energischen Behandlung sehr wohl zugänglich und selbst ihre späteren und schwereren Localisationen, besonders auch im centralen Nervensystem können in vielen Fällen geheilt werden.

Eine vorsichtig und sorgfältig geleitete, wenn auch energische antiluetische Behandlung pflegt im Organismus keinen bleibenden Schaden zu hinterlassen.

Ob eine solche Behandlung, bei der nöthigen Vorsicht, eine Verschlimmerung einer nicht syphilitischen oder syphilitischen Tabes herbeiführen kann, wäre erst noch nachzuweisen.

Sollte die Tabes auch nicht direct specifischer Natur sein, so würde doch unzweifelhaft die Syphilis als prädisponirendes Moment in vielen Fällen anzuerkennen sein; und es ist gewiss anzunehmen, dass mit der Beseitigung dieses prädisponirenden Momentes sich wenigstens die Bedingungen für das Fortschreiten der Krankheit, für die Entstehung von Nachschüben, entfernen liessen.

Aus diesen Erwägungen scheint mir doch unzweifelhaft der allgemeine, von Fournier ausgesprochene Satz hervorzugehen, dass überall da, wo sich in der Vorgeschichte der Tabes Syphilis nachweisen lässt, eine energische antisymphilitische Behandlung zu versuchen ist, und zwar je früher desto besser. Freilich ist dabei auf die Individualität des Kranken, auf die übrigen aetiologischen Momente, auf Dauer und Verlauf der Krankheit, auf vorausgegangene Kuren, auf die äussern Verhältnisse u. s. w. gebührende Rücksicht zu nehmen.

Besonders dringend indicirt erscheint mir ein solches Vorgehen

*) Vergl. das Original.

in den Fällen, wo ein rascher, perniciosöser Verlauf der Krankheit zu erkennen ist, besonders da, wo die Weiterentwicklung einzelner Erscheinungen eine schwere Schädigung des Kranken herbeizuführen droht, so z. B. bei beginnender und fortschreitender Sehnervenatrophie. Ich denke, dass man — um der sonst fast unvermeidlichen Gefahr des völligen Erblindens vorzubeugen — noch weit energischere Mittel, als eine Schmier- oder Jodkaliumkur anwenden dürfte und dass man zu dieser jedenfalls die Zustimmung der Kranken leicht erlangen wird.

Ueber die Methoden der antiluetischen Behandlung in solchen Fällen mich weiter anzulassen, kann nicht meine Absicht sein. Am meisten dürfte sich eine energische und consequente Schmierkur empfehlen (4 — 5 Gramm täglich, Bäder, Aachen etc.); daneben oder darnach ein Versuch mit Jodkalium, aber in hinreichend grossen Gaben, so weit sie ertragen werden. — Besondere Umstände werden wohl auch gelegentlich die innere Anwendung des Quecksilbers fordern können.

Unter allen Umständen aber scheint es mir dringend geboten, dieser Frage allseitig eine grössere Aufmerksamkeit zuzuwenden und sie durch sorgfältige klinische Beobachtungen und ausgedehnte therapeutische Versuche ihrer baldigen Lösung entgegenzuführen.“

237) **W. Allen Sturge:** Three cases of acute anterior Poliomyelitis (Acute spinal Paralysis) in adults.

(British Medical Journal Nro. 962 and 963 Juni. 1879.)

I. Ein 44 jähriger Kaufmann erkrankt rasch nach einer Durchnässung und Erkältung unter leichten, aber durch längere Zeit anhaltenden Fieberbewegungen und profuser Schweisssecretion. „Furchtbare“ Schmerzen und ein Gefühl von Steifheit in beiden Schultern und Armen sowie *Anschwellungen der Fingergelenke* waren Anfangs die wesentlichsten Symptome. Später wurden auch die *Kniee und Knöchel*“ von Schmerzen befallen — die beiden oberen, sowie die linke untere Extremität zeigten sich in ihren motorischen Funktionen stark beeinträchtigt, ganz besonders die rechte obere. Bewegungen der Glieder vermehrten und steigerten die Schmerzen.

Dieser Beginn sowie die im weiteren Verlaufe an der Streckseite des rechten Vorderarmes und der Hand, desgleichen an der vordern äusseren Fläche des Oberschenkels auftretenden *Sensibilitäts- Verminderungen* resp. Defecte, die blos *einfache Verminderung der elektr. Erregbarkeit* endlich die Gruppierung der afficirten Muskeln — lassen diesen Fall nach des Ref. Ansicht als entschieden nicht hiehergehörig erscheinen und weisen die angeführten Symptome vielmehr auf eine ganz andere Pathogenese hin. Der Angabe aber, dass im M. biceps dexter die faradische Erregbarkeit, wenn auch sehr stark vermindert, noch erhalten, die galvanische dagegen erloschen gewesen sei, muss Ref. ein grosses Fragezeichen beisetzen.

II. Ein 20 jähriges Dienstmädchen erkrankte ohne angebbare Ursache unter eigenthümlichen Schmerzen im Genicke, heftiger Cephalaea und gastrischen Erscheinungen. Nach 24 Stunden war über

Nacht der linke Arm von einer schlaffen completen Lähmung befallen. Sensibilität und Sphincteren blieben vollkommen intakt. Nach 7 Tagen waren die insensiven gastrischen Symptome sowie die Allgemeinstörung einer vollständigen Euphorie gewichen. Nach 3 Wochen zeigten sich die gelähmten Muskeln schon deutlich atrophisch — nach 5 Monaten kehrte die Motilität in einzelnen wieder zurück, so dass die Flexion im Ellbogengelenke in normaler Weise und Kraft möglich wurde. Dagegen waren die M. deltoideus und triceps, extensores carpi sowie Thenar und Hypothenar, die interossei und lumbricales durch Atrophie fast vollständig verloren gegangen. Electricisch wurden die bekannten quantitativen Erregbarkeitsveränderungen bei vorgeschrittenen atrophischen Spinallähmungen konstatiert. Ueber Entartungsreaction finden sich keine Angaben.

III. Ein 19 Jahre altes Mädchen, das sich häufig der Zugluft ausgesetzt hatte, bekam plötzlich intensive ziehende Schmerzen in beiden Beinen, die nach 3 Tagen, nach dem noch heftige Kreuzschmerzen eingetreten, beträchtlich exacerbirten. Gleichzeitig verfiel Pat. in ein Fieberdelir, das durch circa 14 Tagen anhielt. Am 6. Erkrankungsstage wurde das rechte Bein vollständig gelähmt.

Sensibilität sowie die Sphincteren zeigten keine Anomalie. Nach 4—5 Monaten begann die willkürliche Beweglichkeit in einigen wenigen Muskeln zurückzukehren, während in anderen die Atrophie immer deutlicher wurde. Eine spätere genaue Untersuchung des r. Beines, das sich viel kühler anfühlte als das linke, zeigte die mm. glutei stark atrophisch, den m. ileopsoas leicht, die Oberschenkelmuskeln bedeutend mehr paretisch, den triceps surae sowie die mm. peronei aber complet gelähmt. Dagegen war die Funktion der Extensoren und des tibialis anticus ziemlich gut und kräftig.

Die atrophischen Muskeln boten bei der electricischen Exploration die typische Reaction dar, welcher man in vorgeschrittenen alten Fällen von „Kinderlähmung“ begegnet. Eine längere galvanische Behandlung erzielte keine nennenswerthe Besserung.

Diese beiden letzten Fälle sind als Monoplegien in Folge von acuter Spinallähmung der Erwachsenen in sofern beachtenswerth, als dieser Typus der Lähmung bei Erwachsenen nur selten beobachtet wird.

F. Müller (Graz).

238) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.

(Prager Vierteljahrsschrift 1879.)

Fortsetzung.

IX Beiträge zur Lehre von den Veränderungen der electricischen Erregbarkeit bei Poliomyelitis anterior subacuta.

Von der subacuten (chronischen) Poliomyelitis lassen sich klinisch 2 Formen unterscheiden: 1) die circumscripte und circum-

script bleibende P. ant. chron.; 2) die diffuse oder progressive P. ant. chron. Als Hauptrepräsentant der ersten Erkrankungsform wird die typische Bleilähmung betrachtet und darauf hingewiesen, dass auch die Fälle von nicht toxischer Pol. ant. chr. den von Remak bestimmten Typus der Bleilähmung — Erkrankung functionell zusammengehörender Muskelgruppen — nachweisen lassen. Zum Beleg dafür, theilen Verf. die Krankengeschichte einer 28jährigen Weibsperson mit, bei der beiderseits der deltoideus, biceps, supinator long. und die Extensoren am Vorderarm ergriffen waren. Die gelähmten Muskeln zeigten bei der electr. Prüfung das Bild der ausgesprochenen Entartungsreaction, die auch bestehen blieb, nachdem schon die active Beweglichkeit zurückgekehrt und ziemlich weit vorgeschritten war. Im Anschluss wird ein Fall von Bleilähmung der oberen Extremitäten bei einem 24jähr. Schriftgiesser mitgetheilt, bei welchem die el. Untersuchung das bereits von Erb und Bernhardtgesshene eigenthümliche Verhalten nachwies, dass einzelne noch nicht gelähmte Muskeln Entartungsreaction zeigten und auch später von Lähmung frei blieben. Von der zweiten diffusen oder progressiven Form werden 2 Fälle mitgetheilt, von denen der erste in seinem Verlaufe und im electr. Verhalten der Nerven und Muskeln volle Uebereinstimmung mit den von den Autoren beschriebenen günstig verlaufenden Fällen zeigte. Erwähnenswerth erscheint, dass man in diesem Falle 3 Monate nach Beginn der Affection ein allmähiges Härterwerden der befallenen Muskeln bis zur völligen Starre einzelner (am Unterschenkel) mit bleibendem Verluste der farad. Erregbarkeit nachweisen konnte.

Die Krankheitsgeschichte des zweiten sehr ausführlich mitgetheilten Falles, der einige bisher nicht beschriebene Erscheinungen darbot, soll in Kürze wiedergegeben werden:

Ein 56jähriger Mann erkrankte $1\frac{1}{2}$ Jahre vor der Aufnahme mit Parästhesien an den Fusssohlen; nach einem halben oder ganzen Jahr später stellten sich Symptome von Bewegungsataxie erst der untern dann auch der obern Extremitäten ein. Bei der Aufnahme findet man aber ausser partiellen Sensibilitätsdefecten und hochgradiger Ataxie ausgesprochene paralytische Erscheinungen (Lähmung einzelner kurzer Handmuskeln beiderseits, des langen Abziehers und Streckers des Daumens und des Deltoideus linkerseits, Halbblähmung einzelner Fingerstrecker beiderseits, allgemeine Abnahme der Muskelkraft), ferner geringe Atrophie einzelner Binnenmuskeln der Hände und endlich in überraschender Ausbreitung Veränderungen der electricischen Erregbarkeit an Nerven und Muskeln. Diese letzteren bestanden in Herabsetzung bis zu vollständigem Fehlen der electricischen Erregbarkeit an den Nerven und an den Muskeln in verschiedenartiger Intensität, die nach der Anschauung der Verfasser eine allmähige Progression bis zur Entartungsreaction erkennen liessen (Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten mit Vorwiegen der KSZ und normaler Contractionsform, dann ebenso mit Vorwiegen der ASZ und normaler Contractionsform, ferner das Gleiche bei träger tonischer Contraction, endlich das Bild der Entartungsreaction). Atrophische Erscheinungen fanden

sich nur an solchen Muskeln, welche bereits die höchste Stufe der electricischen Erregbarkeitsveränderung erreicht hatten, die *Lähmungserscheinungen hingegen zeigten durchaus keinen Parallelismus mit dem electricischen Verhalten.*

Dieses dem Befunde bei der ersten Aufnahme entnommene Gesetz fand seine Bestätigung durch den weiteren Krankheitsverlauf. Die Lähmungserscheinungen schritten nämlich bis zum 6ten Tage nach der Aufnahme rasch, dann langsam aber stetig vor, bis circa 5 Wochen später eine einmalige, kaum einen Tag anhaltende Temperatursteigerung mit einer nahezu plötzlichen Ausbreitung der Lähmung auf alle 4 Extremitäten und die Bauchmuskulatur zusammenfiel. Vier Wochen lang blieb dieser Zustand dann unverändert, hierauf folgte langsam vorschreitende Wiederkehr der Motilität in den gelähmten oberen Extremitäten der Rumpf- und Oberschenkelmuskeln die nach einem kurz dauernden, gleichfalls von Fieber begleiteten Recidiv der Lähmung volle Beweglichkeit erlangten. Nur einzelne Muskeln an den Unterschenkeln blieben paralytisch und atrophirten.

Die Veränderungen der electricischen Erregbarkeit hingegen zeigten vollkommen unabhängig von den Lähmungserscheinungen eine stetige Weiterentwicklung der Art, dass auf dem Wege der Ascension ein Nerv nach dem andern seine electricische Erregbarkeit einbüsste, ein Muskel nach dem andern faradisch unerregbar wurde und dabei jene Veränderungen der galvanischen Erregbarkeit in steigender Progression zeigte, die schon bei der ersten Aufnahme an einzelnen Muskeln gefunden wurden. So kam endlich, zu einer Zeit wo die Motilität bereits vollständig wiedergekehrt war, ein Befund zu Stande, wie er bisher einzig dasteht, nämlich *vollständiger Verlust der Erregbarkeit für den Inductionsstrom an allen Nerven und Muskeln*, bis auf die Kopfnicker und die sie versorgenden Accessoriusäste. Auf Grund dieses Befundes, wobei namentlich der Verlust der farad. Erregbarkeit der Nerven und Muskeln, die niemals früher noch später gelähmt waren (Gesichts-, Hals- und Kaumuskeln), hervorzuheben ist, sprechen die Verf. den Satz aus, dass denjenigen Aenderungen der chemischen Beschaffenheit der reizaufnehmenden Theile, welche die Degenerationssymptome bedingen, eine vollständige Selbstständigkeit zu vindiciren sei, dieselben also in keinem Abhängigkeitsverhältnisse zu der Unterbrechung der Leitungsbahnen für die motorischen Impulse stehen.

Schliesslich wäre noch zu erwähnen, dass ausser den genannten Erscheinungen an dem Kranken auch diverse vasomotorische Phänomene und habituelle Pulsbeschleunigung beobachtet wurde, — Symptome, die aber mit vorschreitender Besserung der Lähmungserscheinungen wieder verschwanden. Auch die Sensibilitätsdefecte und die ataktischen Erscheinungen schwanden nach Jahresfrist vollkommen. Diese letztgenannten, anscheinend tabischen Symptome werden von den Verf. einer näheren Besprechung unterzogen und als wahrscheinlich nicht von einer Erkrankung der Hinterstränge, sondern als

von diffuser Erkrankung des Rückenmarksquerschnittes abhängig betrachtet, die neben dem sich in den grauen Vordersäulen abspielenden chron. Prozesse verlief.

(Schluss folgt.)

239) **Seeligmüller** (Halle a. S.): Ueber Elongation der Knochen an gelähmten Extremitäten.

(Centralblatt für Chirurgie 1879. Nr. 29. Separat-Abdruck.)

Es gilt bis jetzt als Regel ohne Ausnahme, dass bei gelähmten Individuen, deren Knochenwachsthum noch nicht seinen Abschluss erreicht hat, die Knochen der gelähmten Extremitäten, falls sich überhaupt Veränderungen an denselben ausbilden, im Wachsthum zurückbleiben; so vor allem bei der spinalen Kinderlähmung, wo in der Länge der gelähmten und nicht gelähmten Unterextremität ein Unterschied von 3—20 cm beobachtet wird.

S. fand an einem Kinde mit spinaler Kinderlähmung nicht eine Verkürzung, sondern eine Verlängerung der gelähmten Unterextremität. Es ist dasselbe Kind Luise Bergzog, dessen er bereits in dem Aufsatz „Zur Entstehung der Contracturen bei der spinalen Kinderlähmung“ Erwähnung gethan hat.

Als diesem jetzt über 2 Jahre alten Kinde, bei dem an der rechten Unterextremität nur die Wadenmuskeln, an der linken aber sämtliche Muskeln, von den Glutäen bis zu den kurzen Muskeln der Zehen, gelähmt sind, etwa 1 Jahr nach Eintritt der Lähmung ein Stützapparat angemessen werden sollte, fiel die beträchtliche Verlängerung der total gelähmten linken Unterextremität im Vergleich zur rechten sofort in die Augen. Zunächst schien diese Elongation bedingt zu sein, durch eine Luxation des Femur nach unten. Allein dem war nicht so, wiewohl der sehr erschlaffte Bandapparat sehr wohl erlaubte, den Gelenkkopf ohne Mühe überall bis auf den Limbus des Acetabulum herauszuziehen. Vielmehr ergaben wiederholte Messungen, dass die Verlängerung der ganzen Extremität mit Sicherheit auf eine *Elongation der einzelnen Knochen* derselben zurückgeführt werden muss.

	links	rechts
Es misst nämlich die Strecke vom oberen Rande des Trochanter major bis zur Kniegelenkslinie	19,0	18,0
die Fibula	14,5	13,0
also die ganze Länge am oberen Rande des Trochanter major bis zum Malleolus externus .	Sa. 33,5	31,0

Dies ergibt eine Verlängerung der linken Unterextremität um 2,5 cm.

Weiter misst die linke Tibia 16,0, die rechte 14,25, so dass eine Verlängerung der linken um $1\frac{3}{4}$ cm resultirt. Schliesslich misst der linke Fuss 11,5, der rechte nur 10,75, so dass sich auch hier eine Verlängerung des linken um $\frac{3}{4}$ cm herausstellt. Letzteres ist besonders bemerkenswerth, da nach Verf's. Beobachtungen

gerade Hand und Fuss an den gelähmten Extremitäten gewöhnlich das auffälligste Zurückbleiben im Wachstum zeigen.

Inzwischen hat Verf. bei einem anderen Kinde mit spinaler Kinderlähmung, Paul Brinkmann aus Oppin, $3\frac{3}{4}$ Jahr alt, dieselbe Elongation der Knochen beobachtet. Bei diesem ergaben vergleichende Messungen der Unterextremitäten eine Verlängerung der rechten, seit länger als 2 Jahren total gelähmten Extremität um $1\frac{1}{2}$ cm.

Die physiologische Erklärung dieser scheinbar paradoxen Erscheinung scheint sehr einfach:

Es ist bekannt, dass beim Genu valgum der Condylus internus femoris in einem solchen Grade hypertrophiren kann, dass nur die Resection eines keilförmigen Knochenstückes die Geradestellung der Extremität möglich macht. Es ist das Fehlen des Widerstandes der Tibia, welcher sich am normalen Kniegelenk dem abnormen Wachstum entgegensetzt, was diese Abnormität hervorruft. Genau dasselbe Verhältniss, nur auf beide Condylen sich erstreckend, haben wir an dem Kniegelenk einer durch spinale Kinderlähmung total gelähmten Unterextremität. Hier werden die Epiphysen des Femur und der Tibia nicht in normaler Weise durch straffe Bänder gegeneinander gedrückt, sondern der Bandapparat ist in einem solchen Grade erschläfft, dass die Epiphysen sich gegenseitig nicht den normalen Wachstumswiderstand entgegensetzen können. Einigermassen paralytirt kann diese Wachstumsbegünstigung werden bei Kindern, welche (wenn auch im Stützapparat) viel stehen und gehen. Am meisten aber muss dieselbe hervortreten bei Kindern, welche weder stehen noch gehen können, sondern nur liegen oder namentlich viel sitzen. Letztere Stellung ist offenbar die günstigste für die Wachstumsvermehrung. Aus diesen Verhältnissen erklärt sich sehr wohl die enorme Elongation ($2\frac{1}{2}$ cm) bei dem Kind Bergzog, bei welchem der wachstumshemmende Druck beim Stehen und Gehen bis jetzt durchaus gefehlt hat, gegenüber der geringeren ($1\frac{1}{2}$ cm) bei dem zweiten Kinde, welches zur Zeit des Eintritts der Lähmung im Alter von $1\frac{1}{2}$ Jahren bereits sicher gehen konnte und das Gehen auch niemals verlernt hat.

Die eben gegebene Erklärung erscheint zu einfach und verständlich, als dass es nöthig wäre, zu dem zweifelhaften Apparat der trophischen Nerven Zuflucht zu nehmen. Man könnte ja in den vorstehenden Fällen an eine isolirte Reizung der trophischen Centren für die Knochen im Rückenmark denken im Gegensatz zu der Lähmung derselben, welche man in den gewöhnlichen Fällen mit Atrophie der Knochen annimmt. Wie wollte man dann aber die gleichzeitig vorhandene hochgradige Atrophie der Muskeln erklären? So wahrscheinlich es ist, dass die trophischen Centren für diese nicht identisch sind mit denen für die Knochen, so unwahrscheinlich ist es doch, dass durch dieselbe Läsion die einen gelähmt, die anderen gereizt sein sollten. Versuche an Thieren, welchen man an der einen Extremität sämmtliche Muskelsehnen und die Ver-

stärkungsbänder der Gelenkkapsel subcutan durchschneiden würde, könnten vielleicht den directen Beweis liefern, dass in unseren Fällen ein Einfluss der trophischen Nerven auszuschliessen ist. Am besten würde sich zu diesen Versuchen vielleicht die vordere Extremität des Känguruh eignen. Die bei Nekrose, Osteomyelitis etc. beobachteten Wachstumsanomalien der Knochen — bald Verkürzung, bald Verlängerung — haben mit unseren Beobachtungen nichts gemein. Wohl aber giebt es, ausser dem Genu valgum noch eine andere Analogie, nämlich das abnorme Wachstum des in der Kindheit durch Luxation freigewordenen Endes der Clavicula oder des Capitulum radii. Letzteres hat Verf. selbst in einem Falle von alter Kinderlähmung gesehen (cfr. seinen Aufsatz „Ueber Lähmungen im Kindesalter;“ Jahrbuch für Kinderheilk. N. F. XIII p. 235 Beobachtung 2). Ein im 2. Lebensjahre durch Poliomyelitis anterior acuta am rechten Arm gelähmter Schullehrer war im 10. Lebensjahre auf diesen Arm gefallen. Seitdem bestand Deformität des Ellenbogens. Das zur Zeit der Untersuchung, wo Patient 29 Jahr alt war, am Ellenbogen abnorm vorspringende Knochenstück erwies sich als das luxirte Capitulum radii; es stand 2 cm über der Condylenlinie.

Weitere Beobachtungen und Untersuchungen können erst darüber Anschluss geben: 1) ob etwa besondere Anomalien der Knochen (Rachitis: beide Kinder sind nicht frei davon) nothwendige Bedingung für das Zustandekommen der Elongation sind oder etwa nur begünstigend darauf wirken. Dadurch würde es überhaupt erst verständlich werden, warum an Stelle der sonst stets beobachteten Wachstumshehmung in einzelnen Fällen eine Wachstumsvermehrung auftreten kann; das wachstumsvermehrnde Moment müsste eben in diesen Fällen mächtiger sein als das wachstumshehmende; 2) ob auch bei andern spinalen, sowie bei cerebralen oder peripheren Lähmungen im kindlichen Alter eine ähnliche Elongation sich findet (von vornherein ist zu sagen, dass die spinale Kinderlähmung durch die gerade bei ihr pathognomonische hochgradige Erschlaffung des Bandapparates die günstigsten Bedingungen für die intra-articuläre Wachstumsvermehrung der Knochen bieten dürfte); 3) ob die Elongation auch an den oberen Extremitäten sich entwickelt und in welchem Grade im Vergleich zu den unteren; 4) ob an derselben Extremität durchgängig der eine Knochen vorwiegend elongirt wird oder ob sämmtliche Knochen sich in demselben Verhältniss verlängern; 5) ob neben Elongation der langen Knochen etwa doch ein Zurückbleiben derselben im Dickenwachsthum statt hat etc.

240) Zwei Vorträge über Aphasie in der St. Louis medic. Gesellschaft gehalten von Dr. W. Stevens und C. H. Hughes.

(St. Louis Med. and Surg. Journal April 1879.)

Stevens berichtete über einen Fall von Aphasie, bei welchem es zu einem gerichtlichen Verfahren bezüglich der Dispositionsfähigkeit gekommen war.

Ein etwa 30 Jahre alter Architect, ein sehr geschickter und

geachteter Mann, erlitt im März 1873 auf der Strasse einen apoplectischen Insult. Nach dem Erwachen aus demselben war rechtsseitige Hemiplegie und völlige Aphasie vorhanden. Eine Zeitlang verharrte der Kranke in Stupor, er erkannte Niemanden, äusserte auf keinerlei Weise Bedürfnisse, auch nicht die natürlichen. Ganz allmählich erfolgte eine Besserung sowohl des geistigen Zustandes als auch der Lähmung. Patient lernte sich durch Zeichen verständlich zu machen, blieb aber für immer aphasisch; im Verkehr mit ihm gewann man die Ueberzeugung, dass er verstand, was man zu ihm sprach. Mit der Aphasie war auch Agraphie verbunden; erst im Laufe zweier Jahre lernte er mit vieler Mühe wieder etwas schreiben, so das Alphabeth, seinen und einige andere Namen, doch gelang es ihm nie, einen Gedanken niederzuschreiben.

3 Monate nach dem Schlaganfall wurde Pat. von einer Seite vermocht, mit 5000 Pfund sich an einem Unternehmen zu betheiligen, was er auch vor seiner Erkrankung schon zugesagt haben sollte. Da andere Verwandte die Dispositionsfähigkeit bestritten, kam es zu einer gerichtlichen Verhandlung, bei welcher auch Vortragender ein Gutachten abzugeben hatte. Die Verhandlung fand erst im Jahre 1876 und dann nochmals im Frühjahr 1878 statt. Während zwei Sachverständige auf Dispositionsfähigkeit erkannten, da Pat. schon vor seiner Erkrankung sich mit der Angelegenheit beschäftigt habe, sprach sich Votr. gegen jene aus, indem er die Möglichkeit bestritt, dass der Kranke schon 3 Monate nach dem Insulte die Fähigkeit des Verständnisses seines Schrittes haben konnte, da derselbe auch später noch, als die Besserung ihren höchsten Grad erreicht hatte, sowohl ihm, als der Umgebung durch sein verändertes Wesen auffiel. Patient zeigte ein apathisches, sorgloses kindisches Wesen, das sehr gegen sein früheres Benehmen abstach. Das Gericht entschied für Dispositionsunfähigkeit.

Als pathol. anatomische Grundlage für den Insult und seine Folgen nimmt Votr. Embolie der Arteria Fossae Sylvii an, da Pat. an einem Klappenfehler litt.

Die Discussion bestand nur aus einigen Bemerkungen des gegenrathlichen Sachverständigen H u g h e s, der den betreffenden Patienten für völlig gesund, nur die Aphasie ausgenommen, erklärte und weiter hauptsächlich auf theoretisches Raisonement sich stützte: es sei nur eine Hemisphäre erkrankt gewesen, die andere hätte also noch ganz gut functioniren können, der erkrankte Theil dieser Hemisphäre habe für die Intelligenz weniger Bedeutung, diese sei hauptsächlich Thätigkeit der Hinterlappen, die auch nicht erkrankt gewesen seien; es hätten auch Symptome gefehlt wie Delirium, Wahn, Illusionen und Hallucinationen.

In der folgenden Sitzung hielt H u g h e s einen Vortrag über Aphasie und deren gerichtlich-medicinische Bedeutung, in welchem er in der Hauptsache ein kritisches Referat über die Ansichten der verschiedenen — älteren — Autoren gab.*)

K a r r e r (Erlangen).

*) Vergl. Ref. 129 in Nr. 8 d. Bl. vom vorigen Jahre.

241) **Carlyle Johnstone**: A Case of Aphasia.

(Edinburgh Med. Journal 1879. Juni.)

Bei einer 59jährigen Frau war ca. 5 Jahre vor ihrem Tode senile Manie aufgetreten mit allmählicher Abnahme der Geisteskräfte und Störung der Sprache. Sie hatte die Fähigkeit, ihre Gedanken durch Worte oder Zeichen auszudrücken, gänzlich verloren, konnte aber die vorgesprochenen Worte wiederholen; ihr Wortschatz bestand nur aus einigen Interjectionen und dem Namen „John.“ Ausserdem litt Pat. auch an epileptischen Anfällen, welche 4 Monate nach Ausbruch der Geistesstörung aufgetreten waren, und mehr und mehr an Häufigkeit zunahmen. Die Kranke kam allmählich körperlich und geistig immer mehr herab und starb schliesslich an Lungenoedem.

Die Section ergab ausser Lungenoedem und leichtem Atherom der Aorta am Hirn- und Rückenmark *macroscopisch*: Verdickung, Trübung und beträchtliches Oedem der weichen Häute, starke Atrophie des Gehirns besonders am Stirnlappen, Hyperaemie der weissen Substanz; *microscopisch*: ausgebreitete Endarteritis, besonders der mittlern und kleinen Gefässe; dann Erkrankung der Ganglienzellen. Es zeigte sich an denselben Granularatrophie; einzelne Zellen waren nur theilweise erkrankt, hatten noch wohl erhaltene Begrenzung und Fortsätze und deutlichen Kern; andere waren dunkel bräunlich, mit verwischten Grenzen, ohne Fortsätze, ohne bemerkbaren Kern. Die Neuroglia war beträchtlich gewuchert. In der grauen Substanz fanden sich glänzende Flecken von „Miliarsclerose“; in der weissen Substanz Wucherung der Neurogliakerne und amyloide Körperchen.

Diese Veränderungen fanden sich im ganzen Gehirn, nur in den einzelnen Bezirken dem Grade nach verschieden. Am hochgradigsten waren die Veränderungen in der Broca'schen Windung und deren Umgebung, dann in den entsprechenden Gebieten rechts; geringer in den Centralwindungen und den Hinterhauptslappen. Die Centralganglien, wie die Medulla wiesen dieselben Veränderungen auf; in der Medulla war namentlich die Granularatrophie der Zellen ausgesprochen.

Im Rückenmark fand sich diffuse Sclerose, beträchtliche Atrophie der Ganglienzellen, Endarteritis, Neurogliawucherung und reichliche Anhäufung von Amyloidkörperchen.

Karrer (Erlangen).

242) **T. S. Clouston**: The study of mental disease.

(Einleitungsvorlesung. Mai 1879.)

(Edinburgh medical Journal, 1879, Juli.)

Verf. gibt in seiner Einleitungsvorlesung zuerst Bemerkungen über die Entwicklung der Psychiatrie überhaupt und in England insbesondere und betont dann die Wichtigkeit des Studiums der Psychiatrie für die Aerzte. Aus den angeführten Gründen scheint es, als ob dasselbe auch in England vernachlässigt würde. Es wer-

den unter Anderm nicht nur die Strafen erwähnt, welche auf Freiheitsberaubung durch unrichtiges ärztliches Zeugniß gesetzt sind, sondern auch die Studenten aufmerksam gemacht, dass etwa 500 Stellen in England für Aerzte vorhanden sind, wie die Commissioners of Lunacy, Medical Superintendents, Assistant Medical Officers etc. bei welchen eine psychiatrische Vorbildung nöthig sei. Des Weiteren wird der Psychopathologie ihr Platz als Gehirnkrankheit angewiesen, darauf aufmerksam gemacht, dass bei Geisteskrankheit die ganze Person erkrankt sei, die Abhängigkeit der geistigen Thätigkeit von den körperlichen Zuständen berührt, und als Ausgangspunkt für das Studium der Geisteskrankheiten die normale physiologische Energie des Gehirns, die aber in beträchtlicher Gesundheitsbreite sich bewege, festgesetzt.

Die Eintheilung der Geisteskrankheiten gibt Verf. sowohl vom symptomatologischen als klinischen Standpunkte aus. Symptomatologisch unterscheidet er 8 Hauptgruppen mit verschiedenen Unterabtheilungen; sich bestrebend, Analoga zu neuropathischen Processen aufzustellen, so I. *Psychalgia*, (Zustände geistiger Depression, Melancholia); II. *Psychlampsia* (geistige Exaltation, Mania); III. *Psychorythmus* (Folie circulaire, periodische Manie); IV. *Monopsychosen* (Zustände von fixem Wahn, Grössenwahn, Verfolgungswahn); V. *Psychoparesen* (Zustände geistiger Schwäche); VI. *Psychocoma* (Stupor); VII. *Psychokinesie* (Impulsives Irresein, Zustände fehlender Hemmung); VIII. *Psychoneurosen* (irres Temperament); entsprechend der Neuralgie, den Spasmen, der Paraesthesia, Parese, Paralyse etc.

Verf. betont natürlich, dass diese Eintheilung eine ungenügende sei, dass vielmehr die klinische Auffassung, das Erforschen der ganzen Naturgeschichte einer Krankheit Platz greifen müsse. Als klinische Eintheilung gibt er folgende (aetiologische): 1 *Allgemeine Paralyse*; 2 *Paralytisches Irresein, organische Dementia*; 3 *Epileptisches Irresein*; 4 *Syphilitisches*; 5 *Alcoholisches und Toxisches*; 6 *Rheumatisches, Chorea- und Gicht-Irresein*; 7 *Phthisisches*; 8 *Purperal-*; 9 *Lactations-*; 10 *Schwangerschaftsirresein*; 11 *Masturbations-I.*; 12 *Uterin u. Ovarien-I.*; 13 *Hysterisches-*; 14 *Angeborenes-*; 15 *Pubertäts und Adolescenz-*; 16 *Climacterisches-*; 17 *Seniles Irresein.*

Eine kurze Besprechung des Pubertätsirreseins dient als Beispiel klinischer Behandlung des Gegenstandes.

Karrer (Erlangen).

243) **Theodor Deecke**: Ueber die Ausscheidung von Harnstoff und Phosphorsäure durch den Harn bei Anaemie. (Urea and Phosphoric Acid in the Urine in Anaemia.)

(Americ. Journ. of Insan. Vol. XXXVI., Nr. 1, p. 50—73.)

Der Verf. glaubt sich durch seine an 10 Personen durch 10 Tage angestellten Harnanalysen zu folgenden Schlüssen berechtigt. *Bezugs der Gesunden*: 1) Der durch die Ausscheidung von

Harnstoff und Phosphorsäure durch die Nieren quantitativ repräsentierte Process des Stoffwechsels findet beständig und gewöhnlich ziemlich gleichmässig statt. — 2) Temporäre Schwankungen werden in grösseren Perioden ausgeglichen. — 3) Der Process ist während der 12 Stunden des Tages und denen der Nacht quantitativ gleich. — 4) Veränderungen in der Ausscheidung des Harnstoffs scheinen unabhängig von körperlicher oder geistiger Beschäftigung zu sein. — 5) Die Menge der als Alcaliphosphate ausgeschiedenen Phosphorsäure scheint in einem gewissen Verhältniss zum Stoffwechsel im Nervensystem zu stehen.

Bei Kranken: 1) Bei primärer chronischer Anaemie kommt es zu einer auffallenden Abnahme von Harnstoff und Phosphorsäure im Harne, wodurch eine schwere Störung der Ernährung der Gewebe und eine Verminderung des Stoffwechsels angedeutet wird. — 2) Diese Verminderung des Stoffwechsels ist am deutlichsten bei chronischer Anaemie mit Dementia und zunächst in Fällen von subacuter Manie mit Neigung zur Dementia. — 3) Der Zustand krankhafter psychischer Erregung bei der primären chronischen Anaemie trifft zusammen mit einer Abnahme des allgemeinen Stoffwechsels und scheint diesen also in einem gewissen Grad zu hindern. — 4) In Fällen von Anaemie mit mehr acutem Character besteht bei günstiger Prognose (physisch und psychisch) während der Ruhe vermehrter Stoffwechsel. — 5) In dem Falle von acuter Anaemie war der Stoffwechsel durch den Blutverlust nicht beeinflusst. — 6) Secundäre Anaemie ist verbunden mit einer krankhaften Steigerung des Stoffwechsels auf Kosten der Gewebe des Körpers. — 7) Bezugs der Behandlung der Anaemie hat sich körperliche und geistige Ruhe als sehr werthvoll erwiesen.

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

244) Echeverria: De l'épilepsie nocturne.

(Annal. méd. psych. 1879. Mars.)

In einer Abhandlung über nächtliche Epilepsie kommt Verf. zu folgenden Resultaten:

Die Anfälle nächtlicher Epilepsie sind bei Frauen häufiger als bei Männern und zeigen sich im Zusammenhang mit Schwindel, petit mal oder haut mal bei Tage, wovon sich die beiden ersteren Erscheinungen häufig der Beobachtung entziehen. In Betreff der Aetiologie nächtlicher Epilepsie sind hereditäre Disposition, Kopfverletzungen, Alcoholismus, Syphilis, Insolation und schwere Gemüthsbewegungen zu nennen. — Die Incontinentia urinae, Verletzungen der Zunge, Petechien im Gesicht und am Halse sind keine constanten Symptome; sind sie jedoch vorhanden, so besitzen sie einen unzweifelhaften pathognomonischen Werth. — Der plötzliche Ausbruch einer geistigen Aufregung während des Schlafes mitten in der Nacht oder das Bestehen einer geistigen Störung beim Erwachen des Morgens, sind Zeichen nächtlicher Epilepsie. Besteht

daneben incontinentia urinae, hereditäre Disposition zu Geisteskrankheiten mit Bizarrerie des Characters und impulsiven Antrieben zu Gewaltthätigkeiten, so kann man mit Sicherheit die Diagnose auf Epilepsie stellen. — Der plötzliche Ausbruch des nächtlichen Anfalls ist nicht durch den Schlaf begünstigt, welcher im Allgemeinen die geistige Integrität wieder herstellt, indem er die Anfälle von haut mal und psychischer Epilepsie zum Abschluss bringt. — Die nächtlichen Anfälle, welche von Paralyse irgend welcher Muskelgruppen gefolgt sind, sind frei von unmittelbar sich anschliessenden intellectuellen Störungen. — Der nächtliche Epileptiker zeigt eine vollständige Amnesie für die Handlungen während des Anfalls, obwohl er sich oft mehr oder weniger bestimmt an seine Hallucinationen oder an entsetzliches Alpdrücken erinnert. — Die Hallucinationen des Gesichtes herrschen bei den nächtlichen Epileptikern vor und ihre schreckhaften Visionen haben beinahe immer eine rothe, feurige Farbe. — Der nächtliche Epileptiker, welcher im Anfall unbewusst und automatisch handelt, ist für die in diesem Zustand begangenen Verbrechen nicht verantwortlich.

Engelhorn (Winnenthal).

245) **Ballarger** (Paris): Des rémissions et de la démence dans certains cas de la paralysie générale.

(Annal. méd.-psych. 1879 Janvier.)

Während Remissionen der melancholischen und maniakalischen Symptome bei der allgemeinen Paralyse sehr häufig vorkommen, hält Verf. solche bei ausgebildeter Demenz für äusserst selten und zwar kommen Remissionen nur in solchen Fällen psychischer Schwäche vor, bei welchen diese plötzlich eingetreten ist. In 6 hierher gehörenden theils eigenen theils fremden Beobachtungen, welche Verf. mittheilt, waren bei mehr oder weniger schweren Erscheinungen von Paralyse plötzlich Zustände von Stupor und Demenz aufgetreten, um nach 3—6 Monaten Heilung oder beträchtliche Remissionen darzubieten. In 2 weiteren Beobachtungen war die Demenz neben deutlichen paralytischen Störungen ebenfalls plötzlich eingetreten, dagegen fehlten die Erscheinungen von Stupor. In beiden Fällen traten nach wenigen Monaten beträchtliche Remissionen ein.

Im Gegensatz zu diesen Paralytikern, bei welchen die geistige Schwäche plötzlich eingetreten ist, geht Verf. zur Betrachtung solcher Kranken über, bei welchen eine langsame aber progressive Entwicklung der intellectuellen Schwäche bis zum vollendeten Blödsinn stattfindet. In solchen Fällen, für welche Verf. 2 typische Beispiele mittheilt, hat er niemals eine Remission in den psychischen Schwächeerscheinungen beobachtet.

Engelhorn (Winnenthal).

246) **Galezowsky**: Des Amblyopies et des amauroses toxiques.

Paris 1879.

(Nach Hirschbergs C. B. f. Augenheilk. 1879. Juni. p. 192.)

Durch acute *Alcoholintoxication* wird nach Boudardat das arterielle Blut venös. Man kann bei Hunden durch Alcohol einen Zustand von Delirium mit Hallucinationen hervorrufen (*Magna*). Von 28 untersuchten Kranken mit primären Gesichtshallucinationen zeigten 20 Veränderungen am Auge mit minder oder höhergradiger Amblyopie. G. ist der Ansicht, dass auch die Hallucinationen der Alcoholiker vielfach vom Zustande der Augen beziehentlich von der Amblyopie abhängen. Verf. fand fast 10% aller zur Behandlung kommenden Patienten an alcohol. Amblyopie erkrankt. (Hirschberg fand 0,427 %). Die Existenz von Centralscotomen, die von fast jedem Beobachter constatirt wird und beschrieben ist, wird von G. gelenget; ebenso wird die Diplopie auf Refractionsfehler bezogen, während sie sicher von Zittern und der Schwächung der äussern Augenmuskeln abhängt. Bei fortgesetztem Missbrauch von Alcohol tritt Heilung der Sehstörung nicht, ja sogar in seltenen Fällen der Ausgang in Amaurose ein.

Nieden (Bochum).

II. Verschiedene Mittheilungen.

247) **A. M. Shew**, Middletown, Connecticut. The Insane Colony at Gheel (Amer. Journ. of Insan. Vol. XXXVL, Nr. 1, p. 19—27).

Verf. ist nicht sehr eingenommen von der Art der Irrenverpflegung in Gheel und hält eine ähnliche Institution besonders für americanische Verhältnisse durchaus ungeeignet.

248) **Lauder Lindsay**, Perth, Scotland. Ueber Rippenbrüche in englischen Irrenanstalten (Rib-Fracture in English Asylums) (Amer. Journ. of Insan. Vol. XXXVI, Nr. 1, p. 29—49).

Der Verf. ist der Ansicht, dass manche Fälle von Rippenbrüchen und anderen Verletzungen bei Geisteskranken durch die zu weit gehende Anwendung des „Non-restraint-Dogma“ verschuldet sind, zu welcher die englischen Irrenärzte von der öffentlichen Meinung und den Behörden gezwungen werden, die den *persönlichen Zwang* durch die Hände der Wärter jeder Art von *mechanischer Beschränkung* vorziehen.

Krueg (Ober-Döbling bei Wien).

249) **Aus Breslau**. Herr Physicus Dr. Jacobi hat sich an der Universität für Staatsarzneikunde habilitirt.

250) **Aus Zürich**. Herr Professor Dr. Cloetta hat seine Professur für gerichtliche Medicin, Arznelmittellehre und Geschichte der Medicin aus Gesundheitsrücksichten niedergelegt.

- 251) **Aus St. Gallen.** Herr Dr. Henne, bisher Director unserer Cantonalirrenanstalt in St. Pirminsberg, hat die von Dr. Ellinger 1857 gegründete, von dessen Wittwe nach seinem im December 1873 erfolgten Tode mit Unterstützung des Hrn. Dr. Zuber fortgeführte Privatirrenanstalt zu Wyl (Eisenbahnstation zwischen St. Gallen und Zürich) käuflich an sich gebracht und siedelt Ende September dahin über.
- 252) **Aus Graz.** Herr Dr. Franz Müller hat sich als Privatdocent für Nervenkrankheiten habilitirt.
- 253) **Aus Berlin.** Ueber die officielle Eröffnung der Dalldorfer Anstalt lässt sich leider noch nichts Sicheres mittheilen. Jedenfalls wird dieselbe nicht, wie ursprünglich in Aussicht genommen, am 1. October cr. Statt finden, da der Bau noch nicht so weit gefördert ist. Es kann das neue Jahr herankommen, denn es ist vor Allem nothwendig, dass die Räume noch gehörig austrocknen. Ausser den Directoren Dr. Ideler u. Dr. Sander werden noch fungiren als Oberarzt Dr. Schröter, sowie die Assistenzärzte Dr. Richter und Dr. Heymann und an der Siechenanstalt Dr. Meunier und Dr. Bischofswerder. (D. Med. W. 36.)

III. Neueste Literatur.

- 52) **Gesenius,** Beiträge zur Aetiologie, Symptomatologie und Diagnose der Tabes dorsalis. Halle. Inaug. Diss. (bei Seeligmüller).
- 53) **Lardier,** Du tétanos puerpéral consécutif l'avortement et à l'accouchement. Paris, O. Doin. II. Edition in 8°.
- 54) **Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie** Bd. XXXVI. Hft. 2. u. 3.
- 55) **v. Krafft-Ebing,** Lehrbuch der Psychiatrie. Band II. Die specielle Pathologie & Therapie des Irreseins. Stuttgart, Enke. gr. 8°. 5 M.
- 56) **Bastelberger,** Experimentelle Prüfung der zur Drucksinnsmessung angewandten Methoden nebst Angabe einer neuen verbesserten Methode. Gekrönte Preisschrift. Ebendas. 2 M.
- 57) **Blondeau,** Étude clinique sur le pouls lent permanent avec attaques syncopales et épileptiformes. Paris 1879. 8°. 72 pag.
- 58) **Decaisne,** Des paralysies corticales du membre supérieur monoplégiés brachiales. Paris 1879. Baillièrre et fils. 8°. 74 pag. 2 fr.
- 59) **Caroy,** Morphologie du cerveau et de l'opération du trépan. Paris, O. Doin, 8°. 48 pag. 18 color. Taf. 3 fr.
- 60) **Hypolitte,** de l'éclampsie puerpérale, spécialement au point de vue de la pathogénie. Paris, ebendas. 8°. 400 pag. 8 fr.

- 61) Erlenmeyer, Die Schrift, Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie. Stuttgart, Ad. Bonz & Co. gr. 8^o. 72 pag. 3 Holzschn. 12 lithogr. Tafeln. 3 M.
- 62) Jacobasch, Sonnenstich und Hitzschlag. Berlin, Hirschwald, gr. 8^o. 3 M.
- 63) Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale. Anno V, F. I, II, III.
- 64) American Journal of Insanity. Juli-Heft.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Andernach, (provinz. Irrenanstalt): II. Arzt; 2700 M., freie Wohnung, Garten, Heizung Beleuchtung, Arznei; b) Assistenzarzt 1200 M., fr. Station. Für beide Stellen Meldungen bei dem Landesdirector der Rheinprovinz in Düsseldorf. c) Volontairarzt, 600 M., fr. Station, Meldung bei der Anstaltsdirection. 2) Königsutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 3) Mersig, Volontairarzt, 600 M., fr. Station. Nur Preussen zugelassen. 4) Klingemünster (Pfalz) Hilfsarzt, 1000 Mark, freie Station. 5) Grafenberg, Volontairarzt, 600 M., fr. Station. 6) Allenberg, Volontairarzt. 7) Heidelberg (psych. Klinik), Assistenzarzt 900 M., fr. Station. 8) Stephansfeld, III. Assistenzarzt, 900 M., fr. Station. 9) Bois de Cery (Lansanne), II. Arzt u. stellvertretender Director, 2—3000 Fres., möblirte Familienwohnung. 10) St. Gilgenberg (Privat-Irrenanst.) bei Bayreuth, Assistenzarzt. 11) Kennenburg (Privat-Irrenanstalt), Assistenzarzt, 1800—2400 M., fr. Station. 12) Die Kreisphysicats: Angerburg (Regierungsb. Gumbinnen), Bomst (Posen), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Dortmund (Arnsberg), Erkelenz (Aachen), Gardelegen (Magdeburg), Labiau (Königsberg), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Querfurt (Merseburg), Ruppın (Potsdam), Rees-Wesel (Düsseldorf), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Stade-Marschkreis (Hannover), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Sorau (Frankfurt a. O.), West-Sernberg (ebendas.), Wehlau (Königsberg), Währendorf (Münster), Wandsbeck-Storman (Schleswig).

Ernannt. Dr. Forel zum Director der Irrenanstalt Burghölzli und Professor der Psychiatrie in Zürich. — Dr. Otto Weller zum Director der Can. Irrenanstalt St. Pirminsberg. — Dr. Loechner zum Director der Irrenanstalt Klingemünster. — Dr. Barnick zum Kreisphysicus in Tönning. — Dr. von Heyne zum II. Assistenzarzt der Irrenanstalt Sachsenberg. — Dr. Flügge zum II. Arzt der Irrenanstalt Uekermünde. — Dr. F. Fischer zum I. Hilfsarzt der Irrenanstalt Pforzheim.

Auszeichnungen. Kreisphysicus Dr. Albers in Essen, Dr. Norden in Emden, Kreisphysikus Dr. Roquette zu Strassburg in W.-Pr. zu Sanitätsräthen. — Dr. Erlenmeyer in Bendorf zum correspondirenden Mitglied der Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg. — Kreisphysikus San.-Rath Dr. Hölzel in Elbing, Med.-Rath Dr. Zeuschner in Danzig erhielten den rothen Adler-Orden IV. Classe.

Gestorben. Kreisphysicus Dr. Fröblich in Gardelegen. — Kreisphysicus San.-Rath Dr. Bartels in Ahrensburg. — Kreisphys. San.-Rath Dr. Carp in Wesel. — Dr. Ceyp von Peclinovec, Primarius an der Landes-Irrenanstalt in Prag.

V. Anzeigen.

Im Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart ist soeben erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Lehrbuch der Psychiatrie

auf klinischer Grundlage
für praktische Aerzte und Studierende.
Von Professor Dr. R. v. Krafft-Ebing.

Drei Bände.

Band II:

Die specielle Pathologie und Therapie des Irreseins.

gr. 8. geh. Preis M. 5. —

Der III. (Schluss-) Band erscheint in einigen Monaten.

Verlag von Theodor Fischer in Cassel.

Dr. Paul Börner's

Reichs-Medicinal-Kalender

für

Deutschland und seine Einzelstaaten

auf das Jahr 1880.

Zwei Theile Mark 4, mit Papier durchschossen Mark 4,50.

(I. Theil elegant in Leder gebunden, mit Taschen.)

Mitarbeiter: Herrn Privatdocent Dr. Ewald in Berlin, Dr. C. Flügge, Privatdocent der Universität Berlin, Oberstabsarzt Dr. Frölich in Dresden, Dr. S. Guttman in Berlin, Privatdocent Dr. Horstmann in Berlin, Prof. Dr. Oscar Liebreich in Berlin, Med.-Rath Dr. H. Reimer in Dresden, Dr. Paul Rupprecht in Dresden, Dr. M. Schäffer in Bremen, Prof. Dr. Skrzeczka Geh. Med.-Rath in Berlin, Sanitätsrath Dr. Wiener in Culm und Postdirector Schmitt in Cassel.

Nebst einer in Farbendruck ausgeführten Tafel zur Bestimmung der Farbenblindheit, nach Stilling, und einer Hand-Karte von Mittel-Europa.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

☞ das annerkannt wirksamste aller Bitterwässer. ☞

„Mit Vorliebe verwendet weil dieses Wasser wegen den anwendbaren mässigen Dosen und seiner schonenden Wirkung oft einer wichtigen Causalindication genügt.“ — *Reg. Rath Prof. Dr. Meynert, Wien.* —
„Lässt seine Anwendung selbst bei entzündlichen Zuständen des Darmes, die andere Bitterwasser oft verbieten, noch vollkommen zu.“ — *Obermed.-Rath Dr. Landenberger, Stuttgart.* — „Selbst in Fällen, wo bei reizbarem Darne verabreicht, erzielte das Wasser schmerzlosen Stuhlgang.“ — *Prof. Dr. W. Leube, Erlangen.* —

== Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen. ==

Curanstalt für Nervenkranken

in

Blankenburg am Harz.

Die Direction:
Dr. Müller, Dr. Paul Rehm.

Unter den balneologischen Heilschätzen, welche die Natur zum Segen der leidenden Menschheit geschaffen nimmt unbestreitbar die **Franz Josef Bitterquelle** den ersten Rang ein. Aerztliche Sommnitäten von europäischem Rufe, wie die Professoren Meynert, Bamberger, Leidesdorf, Drasche in Wien, Cloëtta in Zürich, Scanzoni und Gerhardt in Würzburg, Spiegelberg in Breslau. Ober-Med.-Rath Landenberger in Stuttgart, Prof. Leube, Prof. v. Nussbaum und v. Gietl, Prof. Carl Hennig in Leipzig und Geh. Med.-Rath Seiler in Dresden empfehlen in Gutachten und klinischen Vorlesungen die Franz Josef Bitterquelle, welche sich dadurch von allen Bitterquellen unterscheidet, dass dieselbe in kleinen Dosen ($\frac{1}{2}$ Weinglas voll) bei mildem Geschmacke wirksam und dem Organismus selbst bei längerem Gebrauche am zuträglichsten ist. Noch im Jahre 1878 sprach sich die medicinische Akademie in Paris wie vorstehend aus und wurde auch diese superiöre Quelle anlässlich der letzten Weltausstellung ausgezeichnet. Um vor Täuschungen geschützt zu sein, wird übrigens empfohlen, in den Handlungen und Apotheken ausdrücklich „**Franz Joseph Bitterquelle**“ zu verlangen.

Kennenburg

bei Esslingen, Württemberg.

Heilanstalt für Nerven- und psychische Kranke.

Die Anstalt — allen zeitgemässen allgemeinen und speziellen Anforderungen entsprechend eingerichtet — empfiehlt sich zur allzeit möglichen Aufnahme von Kranken jeder Form von Seelenstörung — mit Ausnahme epileptischer.

Prospecte, sowie jede weitere Auskunft stehen zu Diensten.

Die Direction der Anstalt:
Dr. Paul Landerer.

Heilanstalt Konnonburg bei Esslingen a. N. Württemberg.

Die Stelle eines Assistenten an hiesiger Anstalt ist erledigt und wird mit einem schon praktisch thätig gewesenen Herrn Collegen baldigst zu besetzen gesucht. Gehalt M. 1800 bis M. 2400 und freie Station.
Dr. Landerer.

Bei AMBR. ABEL in Leipzig ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:

Compendium der **Frauenkrankheiten.**

Zum Gebrauche für Studierende und Aerzte.

Von Dr. med. C. G. Rothe,

prakt. Arzt in Altenburg.

Mit 50 Holzschnitten.

klein 8^o 277 Seiten. brosch. M. 5. — geb. M. 5.75.

The image is a decorative title page for a book. At the top, it says 'In 12 eleg. geb. Halbfrauzendern a 7 Mk. In Calico a 6 Mk. 50 Pf.' Below this is a central crest with a crown and a shield, surrounded by the text 'Erscheint in 180 Lieferungen a 50 Pfg.' To the left of the crest, the title 'Universal-Conversations-Lexikon' is written in a large, ornate font. Below the title, it says 'ist das vollständigste, beste und billigste Lexikon dieser Art.' To the right of the crest, it says '6. Auflage mit zahlreichen Karten und Illustrationen.' At the bottom, there is a small box with the text 'Ph. Werle'.

Briefkasten.

Dr. ?. Von der *Iconographie photographique de la Salpêtrière* kostet 1 Band 30 Francs; es sind im Ganzen 2 Bände. — Von einzelnen Nummern des 1. Jahrgangs unseres Blattes sind nicht mehr vorhanden Nr. 1 u. 7, die anderen stehen unsern Herren Mitarbeitern gratis zur Verfügung, soweit auch deren *geringer* Vorrath ausreicht. — Dr. Gowers-London, herzlichen Dank; — Dr. Rom. Vigouroux-Paris. Ihren Brief, den ich nach mehrwöchentlicher Abwesenheit hier vorfand, beantworte ich später. — Dr. Krueg-Oberdöbling. Nein. — Dr. Möbius-Leipzig. Dank für die schnelle Antwort; Ihren Brief vom 8. August habe ich nicht erhalten.

E.

Buch- und Notendruckerei von Ph. Werle in Coblenz,

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

VON

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Sogen Mark.

Drei vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
50 Pfg. für die durchgehende Pettzelle oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

1. Oktober 1879.

Nro. 19.

I N H A L T.

- I. ORIGINALIEN. Die 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Baden-Baden. I. Prof. Dr. M. Benedikt (Wien): Ueber Kraniotomie. II. Prof. Dr. Golts (Straasburg i. E.): Aus dem Gebiete der Physiologie des Gehirns. III. Dr. Steiner: Ueber die Innervation der Schluckbewegungen.
- II. REFERATE. 254) Otto Binswanger: Zur Pathologie des Hirnabscesses. 255) L. Luciani und A. Tamburini: Experimentaluntersuchungen über die psycho-sensorischen Centren der Grosshirnrinde. 256) L. Luciani und A. Tamburini: Klinische Studien über die sensorischen Rindencentren. 257) P. J. Möbius: Ueber die hereditären Nervenkrankheiten. 258) Drosdoff: Untersuchungen über die electricische Reizbarkeit der Haut bei Gesunden und Kranken. 259) L. Dixon: Intermenigeal spinal haemorrhage simulating Strychninepoisoning. 260) H. M. Bannister: Gunshot wound of neck followed by paralysis of cervical sympathetic. Insanity. 261) Silbermann: (Breslau): Calabar-Extract gegen Tetanus im Kindesalter. 262) H. ten Cate Hoedemaker: Ueber die von Erb zuerst beschriebene combinirte Lähmungsform an der oberen Extremität. 263) G. Scholz: Ueber Hystero-Epilepsie. 264) A. Assegioli und E. Bonvecchiato: Zwei Fälle von corticaler Epilepsie. 265) D. Maragliano u. G. Seppilli: Studien über die cerebrale Thermometrie bei Geisteskranken. 266) Clark Gape: Some exceptions to the present management of Hospitals for the insane. 267) Persijn: Bericht über die Irrenanstalt Meerenberg (Niederlande) für das Jahr 1878. 268) Jung: Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus.
- III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 269) Aus der preussischen Rheinprovinz. 270) Aus Ober-Schlesien.
- IV. NEUESTE LITERATUR. V. PERSONALIEN. VI. MITTHEILUNG. VII. ANZEIGEN.
-

I. Originalien.

Die 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Baden-Baden.

Die diesjährige Naturforscher-Versammlung ist mit dem Materiale, welches seinem Inhalte nach für ein Referat in unserem Blatte geeignet erscheint, nicht geizig gewesen und erhebt sich in dieser Beziehung weit über ihre Vorgängerin in Cassel. Es ist uns daher unmöglich den so reichlich gebotenen Stoff in einer Nummer zu bewältigen, zumal er von verschiedenen Seiten uns zugeführt wurde. Denn, da es bereits aus der ersten Ankündigung der Vorträge, die

schon Wochen vor der Versammlung von ihrer Geschäftsführung publicirt wurde, hervorging, dass eine Reihe von neurologischen Themen in anderen Sectionen als in der für „*Psychiatrie und Nervenkrankheiten*“ gehalten werden würde, so mussten wir mehrere Herrn Collegen um Berichterstattung für das Centralblatt bitten. Daraus resultirt, dass eine Einheit in der Darstellung der Referate nicht erzielt werden konnte.

Ob wir die Referate über alle Vorträge vor dem Erscheinen der letzten Nummer des Tageblattes werden bringen können, kann heute noch nicht zugesagt werden, da ein Bericht von Baden-Baden nicht in unsere Hände gelangt ist.

Bei der Publication der Referate nehmen wir keine Rücksicht auf die Section, in welcher die einzelnen Vorträge gehalten worden sind, sondern lassen sie zum Abdruck gelangen in einer Reihenfolge ohne besonderen Zusammenhang. Wo es möglich gewesen, ist auf die Discussion, welche sich an die Vorträge event. anschloss, Rücksicht genommen.

Die Red.

I. Professor Dr. M. Benedikt (Wien): *Ueber Kranimetrie.*

Benedikt demonstrirt einen Apparat, mittelst dessen die trigonometrischen Rechnungen in der Kranimetrie mechanisch ausgeführt werden können und setzt bei dieser Gelegenheit die Principien der Messung auseinander, die er befolgt, und die wesentlich auf der Verwendung der Projection auf Coordinaten beruhen. Als Horizontalebene benützt er 1) jene, die durch den oberen Rand des äusseren Hörloches einerseits geht und andererseits durch jenen Punkt der Nasenhöhe, welcher das untere vom mittleren Drittel trennt („obere Horizontale“); 2) eine durch Messungen und Rechnungen bewährte Ebene welche durch den unteren Rand des äusseren Hörloches und den Nasenstachel geht (Horizontale von Langer oder „untere Ohrenhorizontale“). *Durch diese Methode wird man auch vollständig von der Kraniofixation frei.* Auf diese Weise ist es dem Vortragenden gelungen, Oxykephalie, Verkürzung des Hinterkopfes etc. überhaupt und streng zu messen. *Die beiden Horizontalen stehen auf der Nasenlinie senkrecht.*

An Prof. Benedikt's Demonstration knüpft sich eine Debatte, an welcher sich Dr. Lucae, Dr. Rabl-Ruckhardt, Dr. Schetelig und Prof. Benedikt betheiligen. Gegen den Einwand Dr. Rabl-Ruckhardt's, dass der Spengel'sche Apparat dieselben Dienste leiste, wie die vorgetragene Methode, erachtet Dr. Schetelig das vorgeschlagene Verfahren doch für vorthailhaft, weil die Messung am lebenden Schädel vorgenommen werden könne, dann ermöglicht die Anwendung der beschriebenen Methode auf vorhandene Zeichnungen eines Schädels ein ganz deutlich reconstruirtes Bild. Prof. Lucae hält das Verfahren für zu complicirt; je mehr Forderungen man an die Messungen stelle, desto ungenauer würden sie. Der Schädel sei nicht mathematisch zu berechnen. Die abnorme Schädelentwicklung sei einerseits durch Abnormitäten des Gehirns bedingt und weiter durch abnorme Hemmungsbildungen an den Nähten und diese können sehr complicirt sein.

II. Professor Dr. **Goltz** (Strassburg i. E.): *Aus dem Gebiete der Physiologie des Gehirns.*

Goltz weist hin auf die Einwände gegen seine Methode der Ausspülung und schildert ein neues Verfahren, dessen Vortheile darin bestehen, dass bestimmt abgegrenzte Gebiete ohne Insulte der Nachbarschaft definitiv zerstört werden. Erreicht wurde dies durch ein System von Nadeln in einem Apparat zusammengefügt. Herr Goltz zeigt das Instrument vor. Zur Operation und der Oberflächenzerstörung des Gehirns wurde auch die White'sche Bohrmaschine mit eingesetzter Kreissäge verwandt. Zwei der operirten Thiere leben noch, nachdem sie vor Monaten grössere Substanzverluste des Hirnes erlitten. *Nach Entfernung* der Rinde in der motorischen Zone tritt *keine dauernde Lähmung* noch Anaesthesie ein; ebenso wird kein Sinnesorgan ausgelöscht. Wohl treten Herabsetzungen der Funktionen ein.

Der Hund mit operirter beiderseitiger motor. Zone zeigt Plumpheit und Ungeschicklichkeit der Bewegungen.

Der Hund mit operirten Hinterparthien des Grosshirns zeigt Selbstörungen. Es ist eine Localisation vorhanden; aber sicher keine von kleinen umschriebenen Parthien, von denen aus beispielsweise nur wenige Muskeln innervirt werden.

III. Dr. **Steiner**: *Ueber die Innervation der Schluckbewegungen.*

Dr. Steiner hat in eigenen Untersuchungen die zuerst von Rosenthal bei Reizung des Laryngeus superior beobachteten pendelartigen Bewegungen des Thorax bestätigt gefunden und deutet sie mit Bidder u. A. als Schluckbewegungen. Auch bei Reizung des Recurrens sah der Vortragende Schluckbewegungen auftreten, ebenso bei Reizung des centralen Vagusendes. Bei eröffnetem Thorax und künstlicher Athmung stellten sich keine Schluckbewegungen ein, wenn die Vagi innerhalb der Brusthöhle durchschnitten wurden. Also stehen die Schluckbewegungen nur von den Vagusfasern in Abhängigkeit, welche im Recurrens verlaufen. Nicht selten tritt bei Kaninchen nach beiderseitiger Durchschneidung der N. recurrentes keine Lähmung des Oesophagus ein; in diesem Falle kommt unterhalb des Recurrens ein Faden aus der Brusthöhle herauf, Ramus oesophagi magnus. In diesem verlaufen dann die motorischen Nerven des Oesophagus, wenn sie im Recurrens selbst fehlen; zuweilen sind diese Fasern in beiden Nerven. Es können somit die „Schluckfasern“ vertheilt sein. Es gibt Schluckfasern im Laryngeus superior. Für den Recurrens gilt folgendes: Die *Herbivoren* haben im Recurrens Schluckfasern. Die Schluckfasern fehlen den *Carnivoren* und den *Vögeln* im Recurrens. Der Vortragende erklärt die verschiedene Vertheilung der Nerven durch die Verschiedenheit der Nahrungsaufnahme und dessen Fortbewegung. Den Laryngeus superior anlangend, hält der Vortragende dafür, dass durch ihn das Eindringen von Speisen in den Kehlkopf verhütet werde.

Dr. Knoll bemerkt, dass nicht alle kleinen pendelartigen Bewegungen des Thorax bei Nervenreizung als Schluckbewegungen

eintreten. Bei Vögeln kommt der Laryngeus superior aus dem Hyppoglossus. Man sieht Schluckbewegungen nach der Durchschneidung der Vagi bei Vögeln.

Dr. Steiner erwiedert: Die verschiedene Innervation bei Säugethieren und Vögeln ist für den vorliegenden Zweck gleichgiltig.

Nach Durchschneidung der Vagi bei Vögeln habe Vortragender ebenfalls Schluckbewegungen eintreten sehen. Zu erklären sind diese durch die veränderte Athemmechanik und die dadurch eingeleitete Rückstauung des Oesophagusinhaltes; dieses reizt dann den Kehlkopfeingang und löst eine Schluckbewegung aus.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

254) **Otto Binswanger**: Zur Pathognese des Hirnabscesses.

(Breal. Aerztl. Zeitschrift 1879. Nro. 9. u. 10.)

Verf., der sich bereits durch eine Reihe gediegener Aufsätze in vortheilhaftester Weise bekannt gemacht hat, liefert hier eine Arbeit von grösster Bedeutung und Tragweite. Es handelt sich um die Frage über den causalen Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Gehörorganes und der Entstehung von Gehirnabscessen, eine Frage, auf welche Verf. durch eine äusserst sorgfältig angestellte Autopsie in den Stand gesetzt wurde eine *neue* Antwort zu ertheilen.

Man unterscheidet bekanntlich zwei Wege, auf denen durch Erkrankungen des Gehörorganes Gehirnabscesse entstehen können, den directen — nachweisbare Fortpflanzung des Entzündungs- resp. Vereiterungsprocesses auf *benachbarte* Hirntheile — und den indirecten, oder „metastatischen“. Hier werden Hirnabscesse vorgefunden, welche rings von normaler Hirnsubstanz umgeben sind; derartige Fälle sind selten und nicht immer genügend erklärbar. Wahrscheinlich werden sie in der Zukunft häufiger erkannt werden, wenn man, durch die vorliegende Arbeit belehrt, immer bei Hirnabscessen eine Autopsie des Gehörorganes vornimmt, *auch dann, wenn durch die intra vitam constatirte normale Hörfähigkeit keine Veranlassung dazu vorzuliegen scheint.*

J. Dr., Kellner, 51 Jahre alt, wurde am 5. Septbr. 1878 wegen leichter fieberhafter Erkrankung in das Allerheiligen Hospital in Breslau aufgenommen. Früher stets gesund, trat ohne nachweisbare Ursache vor 4 Wochen Fieber ein mit Schwäche in den Beinen, Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit und Diarrhöen. Allmälige Zunahme der Schwäche, die sich im linken Arm zu fast vollständiger Lähmung steigerte.

Status praesens: Grosser, schwächlicher Mann, Gesichtsausdruck leidend, keine Facialislähmung, keine Schlingbeschwerden, alle Sinnesorgane normal. Völlige Lähmung des linken Vorderarms; Bewegungen im Schultergelenk nur mit geringer Kraft und Ausgiebigkeit möglich. Sensibilität normal. Mässiger Lungencatarrh. Leib eingezogen, nicht schmerzhaft. Milz nicht vergrössert. Diarrhöe.

Urin, frei von Eiweiss und Zucker, wird ohne Beschwerden entleert, Puls 90, Temp. 38,5.

Im weiteren Verlaufe: dauerndes remittirendes mässiges Fieber, Diarrhöen, ab und zu Erbrechen wässriger grünlicher Flüssigkeiten in unregelmässiger und von der Speiseaufnahme unabhängigen Weise.

20. *Septbr.* In der vergangenen Nacht epileptischer Anfall; am Morgen das Sensorium frei, keine Pupillendifferenz. Puls 88. Temp. 38,2.

4. *October.* Rechte Pupille grösser als die linke, von träger Reaction auf Lichtreize. Schmerzhaftigkeit beider unteren Extremitäten, tiefe Prostration der Kräfte, völlige Appetitlosigkeit. Stuhl und Urin gehen spontan ab; rapide Entwicklung von Decubitus. Puls 120—130. Starker beiderseitiger Lungencatarrh.

5. *October.* Abends erfolgt der Tod.

Section. Verf. theilt dieselbe sehr ausführlich mit, „hauptsächlich um von vornherein dem Einwand begegnen zu können, dass ausser der noch weiter zu erörternden Ohraffection noch andere Leichenbefunde mit dem Balgabscess im Stirnhirne in ursächlichen Zusammenhang zu bringen wären“; dies ist ihm in seinen kritischen Auseinandersetzungen, auf die ich hier nur hinweisen kann, vollständig gelungen. Was hier interessirt aus dem Sectionsprotocoll ist folgendes: „Verhältnissmässig breiter und ziemlich dicker Schädel. Weder an der Kopfhaut noch am Schädeldach Spuren früherer Verletzung. Im Sinus longitudin. ein frisches dunkelschwarzrothes Gerinnsel. Die Dura mater über dem Gehirn stärker gespannt, von mittlerem Blutgehalte. Die Pia mater dünn und zart, ihre Venen stark ausgedehnt und blutreicher; in den Piamaschen geringes Oedem; dieselbe ist überall leicht abziehbar. Die Gehirnoberfläche äusserst blass, die Rinde allgemein stärker durchfeuchtet, von etwas weicherer Consistenz. *Beim Einschneiden der rechten Grosshirnhemisphäre wird im Marklager der ersten (oberen) Stirnwindung und der vorderen Centralwindung ein ca. wallnussgrosser Abscessherd eröffnet, der mit hellgrünem, dickflüssigem, völlig geruchlosem Eiter erfüllt ist. Derselbe zeigt eine derbe fibröse Wandung, welche scharf gegen die umgebende Hirnsubstanz sich abhebt und deren Innenfläche mit dicklichen grüngelben Belägen bedeckt ist. Die Wandung besitzt verhältnissmässig wenige ziemlich dickwandige Gefässe.*“ Das übrige Gehirn zeigt keine Abnormitäten. Nach dem Ablösen der Dura mater der Basis zeigt sich das Dach der Pauckenhöhle rechterseits etwas dunkler roth gefärbt wie links, doch von normaler Dichtigkeit. *Nach Herausnahme der rechten Felsenbeinpyramide und Aufsägen derselben in sagittaler Richtung findet sich in den oberen und vorderen Zellen des Warzenfortsatzes ein etwa 5 Pfennig grosser schwammiger, auf der Schnittfläche vorquellender Herd aus hellrothen Granulationen bestehend. Die Pauckenhöhle ist in ihrem vorderen Theil mit denselben schwammigen Granulationen erfüllt, über denen sich ein ganz dünner eitriger Belag abstreifen lässt; der hintere Theil der Pauckenhöhle zeigt eine derbere, fast sehnige Beschaffenheit der Innenwandung und einen wenige Tropfen betragenden*

den eitrigen Belag. In den Granulationen finden sich die Gehörknöchelchen aus ihren Verbindungen gelöst aber in normaler Gestaltung vergraben. Das Trommelfell zeigte sich schon bei der äusseren Betrachtung zum grössten Theil zerstört; am aufgesägten Object liess sich erkennen, dass nur noch am vorderen und inneren Rande ein etwas wulstig verdickter Rand desselben vorhanden war.

Während des Lebens hatte nie Ohrenfluss bestanden, eine Einbusse der Hörfähigkeit war nie constatirt worden, also lag eine directe Veranlassung zur autoptischen Untersuchung des Gehörorgans nicht vor, die, trotzdem ausgeführt, ein so unerwartetes Resultat zu Tage förderte. Es fand sich eine chronisch-eitrige Entzündung des Mittelohrs, die ohne cariöse Erkrankung des Felsenbeins, also ohne Weiterkriechen des Processes, ohne Contactwirkung, einen Gehirnabscess hervorgerufen hatte.

Auf welchem Wege nun hat sich dieser Vorgang entwickelt? Die directe Verbindung der Mittelohrgefässe mit den Venen der Dura und ihren Sinus kann hier nicht wohl herangezogen werden: eine septische Thrombophlebitis dieser Gefässterritorien wird wohl eine diffuse Meningitis oder eine allgemeine embolisch-pyämische Infection veranlassen können, nie aber einen Balgabscess, und der Voraussetzung einer Infectionsfortleitung durch die Venen, ohne dass gleichzeitig die Wandungen miterkrankten steht hier die Richtung des Blutstromes entgegen. Verf. zieht daher die *Spalträume des Bindegewebes* als vermittelnde Factoren heran, bezieht sich dabei auf die Untersuchungen von König über diesen Punkt, und „spricht diese Spalträume als Bahnen des geringsten Widerstandes für die Weiterverbreitung von parasitischen Mikroorganismen als Trägern oder Erregern der Infection an“. Bei dem springenden Charakter der Eiterung muss angenommen werden, dass die verschleppten Organismen erst in grösserer Entfernung von dem primären Infectionsherd in den Lymph- oder Blutstrom gerathen, was wohl erst geschieht, wenn die direct in das Gehirn führenden Gefässe erreicht werden. Diese Erklärung wird in vorliegendem Falle anatomisch in folgender Weise gestützt: Die Paukenhöhle steht durch die Canaliculi carotico-tympanici und den Canalis nerv. petros. profund. min. direct mit dem Canalis caroticus in Verbindung und ist so einerseits mit dem Sinus cavernosus, anderseits mit der Carotis interna in sehr nahe Beziehung gebracht, wodurch die directe Einwanderung der Infectionsträger in die arteriellen sowohl, wie die venösen Bahnen ausserordentlich erleichtert ist. „Für die vorliegende Beobachtung ist mit der Einwanderung der Mikroorganismen in die arterielle Blutbahn des vorderen Gehirnschnittes der Schlüssel dieser räthselhaften Fernwirkung vom Gehörorgane aus gegeben.“

In Betreff der einzelnen Ausführungen muss auf das Original verwiesen werden.

Jedenfalls lässt dieser höchst wichtige Befund, den Binswanger mitgetheilt, für alle Fälle von s. g. „idiopathischem“ Gehirnabscess die Mahnung ergehen, nie die Section der Felsenbeinpyramide zu unterlassen.

Erlenmeyer.

255) L. Luciani und A. Tamburini: Experimentaluntersuchungen über die psycho-sensorischen Centren der Grosshirnrinde.

(Riv. sperimentale di freniatria 1879 I. II.)

In einer längeren Reihe von Versuchen haben es die Verf. unternommen die Angaben von Ferrer und Munk über die sensorischen Rindencentren einer genauen Durchprüfung zu unterziehen. Sie beschränkten sich dabei auf das Seh- und Hörcentrum und resumiren das Ergebniss ihrer zahlreichen Experimente in folgenden Sätzen:

1) Das Sehcentrum umfasst beim Hunde eine grosse Strecke der zweit obersten Windung, von der Stirnregion an bis zum Beginn der Occipitalgegend. Beim Affen beschränkt sich das Sehcentrum wahrscheinlich nicht, wie dies Ferrer angab, auf den gyrus angularis, sondern begreift auch zum grossen Theil, wenn nicht gänzlich, die Convexität des Occipitallappens in sich.

2) Das Hörcentrum des Hundes befindet sich jedenfalls in der hinteren oberen Gegend der dritten Windung, kann aber vielleicht auch etwas ausgedehnter sein; beim Affen findet es sich in der oberen und mittleren Temporo-sphenoidalwindung.

3) Beim Hunde, wie beim Affen sind Hör- und Sehcentrum in ihrer ganzen Ausdehnung electricisch erregbar, doch fallen die motorischen Reactionen, welche man an den verschiedenen Punkten erhält, sowohl ihrer Form als ihrer Intensität nach nicht gleich aus.

4) Wenn es sich auch nicht direct widerlegen lässt, dass diese Bewegungen nur reflectorischer Natur sind, so ist es doch immerhin wahrscheinlicher, dass sie von einer directen Reizung besonderer motorischer Centren abhängen, welche innerhalb der Seh- und Hör-sphäre eingeschlossen sind.

5) Nach Zerstörung des Sehcentrum beim Hunde an einer Seite, erfolgt fasst vollständige Blindheit am andern Auge, leichte Amblyopie am gleichseitigen. Dieselbe Verletzung beim Affen bewirkt Hemio-
pie an beiden Augen, und zwar jener Retinalhälfte, welche der Zerstörung entspricht. — Aus diesen Thatsachen lassen sich weitere Schlüsse auf die Kreuzungsverhältnisse des N. opticus beim Hunde und beim Affen ziehen; es muss angenommen werden, dass (ohne Rücksicht auf die Localität der Kreuzung, Chiasma, Vierhügel etc.) beim Hunde die Kreuzung eine nicht ganz vollständige, beim Affen eine Semidecussation ist.

Ferner scheinen die Opticusfasern, welche von den beiden Seiten kommen, sich in der Retina des Hundes regellos zu vermischen, während beim Affen jene Fasern welche von der andern Seite kommen, an der innern Hälfte der Retina und umgekehrt enden würden.

6) Die Blindheit nach Zerstörung des corticalen Sehcentrum ist nicht eine Seelenblindheit (Munk) oder psychische Blindheit, sondern besteht in der mehr oder minder vollständigen Aufhebung der Sehfähigkeit.

7) Nach vollständiger, bilateraler Exstirpation der Sehcentren beim Hunde entsteht gänzliche Amaurose an beiden Augen. Wird

die Sehsphäre beim Affen beiderseits unvollständig zerstört, so erfolgt bilaterale Amblyopie.

8) Auf einseitige Zerstörung des Hörcentrum beim Hunde beobachtet man fast vollständige Taubheit am entgegengesetzten Ohr, und Abschwächung des Hörvermögens an der nämlichen Seite. Nach bilateraler Zerstörung der Hörcentren erfolgt fast vollständige beiderseitige Taubheit.

9) Alle die genannten Erscheinungen, welche nach Zerstörung der Seh- und Hörcentren auftreten sind bloss vorübergehender Natur; sie verschwinden wieder im Laufe der Zeit, und zwar die Folgen einer einseitigen Verletzung schneller und vollständiger als die einer bilateralen.

10) Die Compensation erfolgt nach einseitigen Verletzungen durch das functionelle Eintreten der analogen Centren der andern Seite. Sind die Erscheinungen, welche nach Zerstörung des linken Seh- oder Hörcentrum aufgetreten waren, schliesslich wieder verschwunden, und man zerstört nun das betreffende Centrum der rechten Seite so entsprechen die Erscheinungen, welche jetzt beobachtet werden, einer bilateralen Verletzung. —

11) Die Compensation, welche nach unvollständiger bilateraler Zerstörung der genannten Centren statt hat, geht durch die intact gebliebenen Theile der Centren vor sich. — Sollten weitere Versuche eine Wiederherstellung der Function auch nach vollständiger bilateraler Zerstörung der Seh- oder Hörcentren bestätigen, dann müsste man, in analoger Weise wie die Verfasser dies für die motorischen Functionen gethan haben (vergl. diese Zeitschr. 1878 pag. 232) dafür die Basalganglien in Anspruch nehmen. Zum Schlusse wird ein hierher gehöriger Versuch an einem Affen mitgetheilt, welchem Thiere sie beide gyri angulares und die Rinde beider Occipitallappen entfernten, die Sehfähigkeit aber stellte sich in beträchtlichem Grade wieder her.

Obersteiner (Wien).

256) L. Luciani und A. Tamburini: Klinische Studien über die sensorischen Rindencentren.

(Annali universali di medicina Vol. 247. 1879.)

Als Abschluss der im Vorhergehenden besprochenen Arbeit über die sensorischen Rindencentren haben die Verfasser auch die klinische Seite dieser Frage zu studiren versucht. Nachdem die klinischen Erfahrungen am Menschen die experimentellen Untersuchungen am Thiere hinsichtlich der psycho-motorischen Centren in vollem Maasse bestätigt hatten, durfte eine ähnliche Uebereinstimmung auch für die psycho-sensorischen Centren vorausgesetzt werden.

Nur trifft man hier auf bedeutend grössere Schwierigkeiten, welche vor allem in der weitaus beträchtlicheren Genauigkeit der Untersuchung die erforderlich ist, gelegen sind. — Nichts destoweniger ist es den Verfassern gelungen 41 Fälle zusammenzustellen, in denen sensorische Störungen in Folge von Läsionen der Hirnrinde

zu constatiren waren. 34 mal waren es bloss Sehstörungen, 3 mal Seh- und Hörstörungen combinirt, 1 mal nur Hörstörungen und 3 mal verschiedenartige sensorische Alterationen.

Aus den aufgefundenen Fällen glauben die Verfasser berechtigt zu sein, anzunehmen, dass die klinischen Erfahrungen den Resultaten des Thierexperimentes auch hinsichtlich der corticalen Seh- und Hörcentren entsprechen; ersteres verlegen sie in den Parietal- und Occipitallappen, letzteres in die Temporalwindungen. Negative Fälle, in denen trotz einer in den angegebenen Regionen aufgefundenen Desorganisation der Hirnrinde, die entsprechenden Symptome mangelten, glauben sie auf verschiedene Weise erklären zu dürfen. Entweder war die Untersuchung der Sinnesfunction eine unvollständige gewesen, oder die Läsion hatte die sensorische Rindenregion nur theilweise ergriffen; in andern Fällen mag durch die Langsamkeit, mit welcher sich die Destruction der Hirnrinde vollzog, eine Compensation entweder vermittelt der intacten Theile des betreffenden Rindencentrum, oder vermittelt der Basalganglien ermöglicht worden sein. —

Bemerkenswerth erscheint es, dass in 26 Fällen einseitiger Läsion des Sehcentrum — 9 mal bloss Sehstörung am entgegengesetzten Auge angegeben wird, während in den übrigen Fällen häufig Amblyopie oder Amaurose ohne genaue Präcisirung der Seite (oder beider Seiten) verzeichnet ist. Die Verf. legen allerdings auf diese letzteren 17 Fälle das grössere Gewicht, und sind der Ansicht, dass diese sehr zu Gunsten einer Semidecussation der Opticusbahnen zwischen Hirnrinde und Auge sprechen.

Uebrigens ist der Werth, vieler dieser Beobachtungen noch ein ziemlich zweifelhafter, es sind beispielsweise auch Tumoren mit aufgenommen, und doch ist es bekannt, dass Neubildungen von keiner Stelle der Gehirnoberfläche aus häufiger Sehstörungen hervorrufen als wenn sie am Kleinhirne ihren Sitz haben.

Die von Fürstner beschriebene Sehstörung bei Paralytikern fanden die Autoren unter 15 Fällen 10 mal (7 mal links, 3 mal rechts).

Obersteiner (Wien).

257) P. J. Möblus: Ueber die hereditären Nervenkrankheiten.

(Sammlung klin. Vorträge von Volkmann Nro. 171.)

Verf. sucht in der vorliegenden soeben erschienenen Arbeit die Aufmerksamkeit auf die *hereditären Nervenkrankheiten*, welche er als eine Art von Neuropathien bezeichnet, die nur bei *erblich belasteten* Individuen vorkommen und die niemals durch irgend welche andere *Schädlichkeiten* hervorgerufen werden, zu lenken. Er versteht unter erblicher Belastung nicht nur das Vorkommen von eigentlichen Nervenkrankheiten und Psychosen etc., sondern auch die *Degenerescenz* bei den Ascendenten (Trunksucht, Blutsverwandtschaft und *Kachexien*). Verf. beschreibt als solche Formen hereditärer Nervenkrankheiten:

1. *Die hereditäre degenerative Ataxie*, die bereits von Fried-

reich angenommen und beschrieben wurde. Während bei der gewöhnlichen Tabes die Erbllichkeit nur eine ganz untergeordnete Rolle spielt, lässt sich dieselbe bei der hereditären Form leicht durch Generationen nachweisen. Diese befällt vorzugsweise Familienglieder des weiblichen Geschlechts und entwickelt sich dieselbe ganz entgegen gesetzt von der gewöhnlichen Tabes kurz nach oder während der Pubertät ohne jede nachweisbare Ursache. Der Verlauf ist ein sehr langsamer. Man beobachte bei derselben fast nur *Coordinationsstörungen*, während Sensibilitätsstörungen fehlen oder nur ganz spät in untergeordneter Weise hinzutreten. Eben so fehlen constant die blitzartigen Schmerzen, das Gürtelgefühl, cerebrale Erscheinungen, Sphinkterenlähmung und trophische Störungen. Muskelgefühl und Reflexerregbarkeit zeigen keine abnormen Verhältnisse. Fast immer wurden atactische Sprachstörungen und in vielen Fällen bilateraler Nystagmus beobachtet. — Anatomisch wurde eine chronische entzündliche Degeneration der Hinterstränge, im Lendenmark beginnend und von da abwärts und aufwärts bis zur medulla oblongata fortschreitend nachgewiesen.

2. *Hereditäre oder degenerative Muskelatrophie*. Verf. hält die Muskelatrophie für eine Erkrankung, die ihren Ausgangspunkt vom Centralnervensystem nimmt, trotzdem die Sectionsergebnisse diese Ansicht durchaus nicht bestätigen. Einen besondern Beleg für seine Ansicht will er auch darin finden, dass bei den an hereditärer Muskelatrophie Erkrankten sich auch anderweitige Erkrankungen des Nervensystemes finden (Schwachsinn, Convulsionen in der Kindheit, Epilepsie, Chorea etc.). Da das Endresultat jeder Muskelatrophie eine fibröse Degeneration der Muskeln ist, zu der sich bei Pseudohypertrophie als „accessorischer Vorgang“ die diffuse Fettentwicklung gesellt und da das klinische Bild der letzteren sich in allen wesentlichen Punkten mit der hereditären Form (Leyden) deckt, bei dieser sich auch in mehr als der Hälfte der Fälle die Erbllichkeit nachweisen lässt, so hält es Verf. für zweckmässig nur eine hereditäre und eine nicht hereditäre Form (Typus Duchenne-Aran) zu unterscheiden. Die hereditäre Muskelatrophie (Leyden) befällt ohne nachweisbare Ursache vorzugsweise *männliche* Individuen, wie dies in 3 Stammbäumen (Beobachtungen von Eichhorst und Friedreich) nachgewiesen ist, und wird die Erkrankung nur durch die weiblichen Familienmitglieder fortgepflanzt. Die erste Erkrankung in einer Familie soll von Degenerescenz der männlichen Ascendenten hervorgebracht sein. Der Beginn der Erkrankung fällt vorzugsweise in das vorgerückte Kindesalter, beginnt mit Schwäche im Kreuz, und den Beinen, mit constanter Abmagerung *zuerst an den Beinen*, und nicht an den oberen Extremitäten wie bei dem Duchenne-Aran'schen Typus, dann folgt die Rückenmuskulatur und erst nach Jahren werden die Schultern und Arme ergriffen. Das klinische Bild zeigt ausser der Atrophie nur fibrilläre Zuckungen und secundäre Contractionen der befallenen Muskeln.

Halbey (Bendorf).

258) **Drosdoff**: Untersuchungen über die electriche Reizbarkeit der Haut bei Gesunden und Kranken.
(Arch. f. Psychiatr. IX. 2. 1879.)

Dr. prüfte im electrotherapeutischen Institute von Prof. Erb in Heidelberg die electriche Erregbarkeit der Haut bei Gesunden und ihre Abhängigkeit von den Widerständen der Haut, verglich die gefundene Resultate mit der Erregbarkeit bei Tabikern und suchte nach einer Erklärung der zuerst von E. Remak an diesen Kranken beobachteten Verlangsamung der Schmerzempfindungsleitung bei normaler tactiler Empfindung. Er benutzte einen Dubois-Reymond'schen Schlittenapparat mit einer secundären Spirale von 7147 Windungen und 2 Bunsen'sche Elemente, die eine Electrode stellte eine breite Platte vor, die andere bestand in einem 10—15^{mm} langen, nicht harten, in einer Messinghülse verschiebbaren metallischen Pinsel. Die wohl angefeuchtete breite (An) Electrode wurde auf das Sternum, der auf 2—3 cm. hervorgeschobene Pinsel auf die zu untersuchende Stelle gesetzt; es wurden nur tetanisirende Ströme gebraucht, mit grossem, keine Schmerzempfindung hervorrufenden Rollenabstand angefangen und die Rollen allmählig zusammengeschoben. Zuerst wurde die leichteste Stromesempfindung (*Empfindungsminimum*) und das eintretende Schmerzgefühl nach den Millimetern der Scala am Schlittenapparat notirt. Die electriche Widerstände der Epidermis wurden nach Erb's Methode (Arch. f. Psychiatrie IV. 2, pag. 272) an den zur Prüfung der Electrosensibilität bestimmten Hautstellen bestimmt. Dr. zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse:

A. *Hauterregbarkeit bei Gesunden (10 Personen) ihre Beziehung zur Epidermis und die electriche Zonen.*

1. Die elektriche Erregbarkeit der Haut zeigt an verschiedenen Körperstellen bedeutende Schwankungen.
2. Diese Differenzen hängen von den verschiedenen Graden der Erregbarkeit der Hautnerven selbst, aber nicht vom Widerstande der Epidermis ab.
3. Die ungleichmässige Vertheilung der Sensibilität der Hautnerven zeigt eine gewisse Gesetzmässigkeit und kann die ganze Hautoberfläche nach ihrer Erregbarkeit in 10 Zonen eingetheilt werden und zwar:

	Minimalempfindung.	Schmerz.	Leitungswiderstand.
1) Antlitzzone . . .	232,5.	165,2.	20 ^o ,2.
2) Halszone . . .	212,0.	156,5.	9 ^o ,3.
3) Oberarmzone . . .	200,7.	146,4.	6 ^o ,9.
4) Unterarmzone . . .	193,3.	142,3.	4 ^o ,5.
5) Vordere Rumpffläche	188,1.	142,3.	6 ^o ,5.
6) Oberschenkelzone .	184,2.	140,0.	5 ^o ,3.
7) Rückenzone . . .	184,6.	143,0.	7 ^o ,1.
8) Unterschenkelzone			
mit dem Fussrücken	178,1.	133,0.	3 ^o ,4.
9) Handzone . . .	154,2.	123,6.	2 ^o ,5.
10) Sohle u. Unterfläche der Zehen . . .	138,8.	117,6.	2 ^o ,9.

4. Das Verhältniss zwischen den minimalen Strom- und den Schmerzempfindungen schwankt zwischen 6—88 mm. Rollenabstand, welcher sich bei letztern mit wachsender Stromstärke vermindert.

5. Beide Körperhälften haben eine nahezu gleiche elektrocutane Erregbarkeit.

6. Bei jungen Leuten ist diese grösser, als bei ältern, bei Arbeitern dagegen geringer.

7. Die nicht zu leugnenden individuellen Schwankungen der elektrocutanen Erregbarkeit sind sehr gering.

B. Die elektrische Hautsensibilität bei Tabischen, das Remak'sche Phänomen und die spezifische elektrocutane Empfindung. (7 Kranke.)

1. Die faradische Erregbarkeit der Haut bei Tabikern ist im Vergleiche zu der Gesunder am ganzen Körper herabgesetzt.

2. Diese Herabsetzung geht bei Tabikern nicht parallel mit den atactischen Erscheinungen, besonders an der obern Körperhälfte.

3. Die Grenzen der elektrischen Zonen verwischen sich bei ihnen oder zeigen so bedeutende Schwankungen, dass sie ihre Integrität verlieren.

4. Die Differenz der Rollenabstände für die minimale Stromes- und die erste Schmerzempfindung ist in den meisten Fällen bei Tabikern nicht viel grösser, als bei Gesunden.

5. Schmerzhafte Hyperästhesie im Sinne Leyden's (Zusammenfallen der minimalen und der Schmerzempfindung) tritt nur an einzelnen Punkten und ganz unregelmässig auf.

6. Bei manchen Tabikern sind die Leitungswiderstände der Epidermis bedeutend gesteigert; die Nadelablenkungen ganz minimal.

Das *Remak'sche Phänomen* (Arch. f. Psychiatr. IV. p. 763) wurde von Dr. an 5 Kranken beobachtet und wird von ihm nur als eine besondere Variation der gestörten cutanen Schmerzempfindung aufgefasst.

Die *spezifische elektrische Hautempfindung* kann nicht, wie es viele Physiologen und Pathologen behaupten, der allgemeinen Kategorie der Tastempfindungen zugezählt werden. Es existiren partielle Empfindungslähmungen für die faradische Erregbarkeit der Haut bei Tabikern und Rheumatikern (Drosdoff), denen des Temperatursinnes ähnlich (Puchelt, Landry, Eigenbrodt, Nothnagel); Dr. hat an 6 seiner Kranken diese Parese constatirt und nimmt deshalb für die elektrocutane Erregbarkeit besondere periphere selbstständige Endapparate oder Centren an. Dieses wird durch eine Beobachtung am 7. Drosdoff'schen Kranken bestätigt, welcher an beiden Unterextremitäten Schmerz-, Druck- und Temperatursinn eingebüsst hatte, dabei aber deutlich das Minimum und das Maximum (Schmerz) des electrischen Reizes empfand.

7. Der Abhandlung beigefügte Tabellen bestätigen vollkommen die Schlussfolgerungen Drosdoffs, eignen sich aber nicht für ein Referat.

H i n z e (St. Petersburg).

259) **L. Dixon**: Intermeningeal spinal haemorrhage simulating Strychnine-poisoning.

(The Lancet 1879. 8. März.)

Ein 49 jähriger kräftiger Gewürzkrämer, der vom Verf. in den letzten 8 Jahren nur wegen leichterem Unwohlseins manchmal behandelt worden war, sich ausserdem einer guten Gesundheit erfreute, der gewohnt war schwere Lasten zu heben, erkrankte am 12. XII. 1876 plötzlich nach eingenommener Abendmahlzeit an tetanischen Krämpfen. Der Körper wurde im Anfalle gestreckt, dann trat verhältnissmässige Erschlaffung ein, nach 2 bis 3 Minuten, kam ein neuer Anfall von Streckkrampf, verbunden mit grossen Schmerzen, vornehmlich in der Herzgegend. Das Bewusstsein blieb erhalten. Jede Berührung löste einen neuen Anfall aus; Versuche, etwas einzuflossen bewirkten Krämpfe der Mund- und Schlundmuskeln. Die Krämpfe dauerten an bis zu dem nach 2 Stunden erfolgten Tode.

Bei der Section zeigten sich alle andren Organe normal, nur der Arachnoidsack des Rückenmarkes war angefüllt mit schwarzem coagulirtem Blute.

Daraufhin liess Verf. den durch die Syntome und die Verlaufsweise angeregten Verdacht einer Strychninvergiftung, für welche auch in den Verhältnissen des Verstorbenen kein Anhalt gegeben war, fallen, und stand auch von einer Untersuchung des Mageninhaltes ab.

Karrer (Erlangen).

260) **H. M. Bannister**: Gunshot wound of neck followed by paralysis of cervical sympathetic. Insanity.

(Chicago Journal of Nerv. and Ment. Disease Juli 1879.)

Ein 43 jähriger Polizeibeamter war in Ausübung seines Amtes durch einen Pistolenschuss verletzt worden. Die Kugel war am vordern Rande des linken Sternocleidomastoideus, 2 bis 3 Zoll über dessen Sternalansatz eingedrungen und hatte sich nach rückwärts und etwas nach unten in die Gewebe verloren. Unter einfacher Behandlung heilte die Wunde innerhalb eines Monats. Nach der Heilung blieb eine auffällige Röthung des linken Gesichtes zurück, sowie Exophthalmus des linken Auges; der Appetit wurde geringer und etwa 4—5 Monate darnach begann sich geistige Störung zu entwickeln, sich äussernd in Hallucinationen, mehr und mehr zunehmender Reizbarkeit, Nachlässigkeit im Berufe, aus welchem Pat. entlassen werden musste; und Bildung von Wahneideen. Erst im Jahre 1878, nachdem er bei zwei Terminen das Gericht über seinen geistigen Zustand hatte täuschen können und sich als Opfer einer Conspiration seiner Frau und ihres Bruders darstellen, wurde er für irrsinnig erklärt und der Anstalt in Jefferson übergeben, wo Verf. ihn mehremale sah. Psychisch bot Patient das Bild der Verrücktheit (Verfolgungswahn mit Grössenwahn); physisch liess sich bei dem sehr misstrauischen und gegen einzelne Untersuchungsmethoden sich sträubenden Kranken folgender Status aufnehmen.

Die rechte Gesichtshälfte war abgemagert und zugleich leicht paretisch; die linke viel mehr geröthet und um 1° C. wärmer; die rechte Pupille in der Regel etwas weiter als die linke; die Haut der rechten Kopfhälfte trockener, als die der linken. Ptosis war nicht vorhanden.

Verf. glaubt dass es sich hier um einen reinen Fall von Verletzung des Halssympathicus handle und dass auch durch diese Verletzung resp. die Veränderung des Gefässtonus im Gehirn die Geistesstörung bedingt worden sei.

Karrer (Erlangen).

261) **Silbermann** (Breslau): Calabar-Extract gegen Tetanus im Kindesalter.

(Jahrb. für Kinderheilkunde 1879, Nro. 1.)

I. Fall. Ein Knabe von 3 $\frac{1}{2}$ Jahren, bei dem wahrscheinlich eine Verletzung des Hinterkopfes durch Sturz die Ursache des Tetanus und Trismus war, wurde vergeblich mit lauwarmen Bädern, Chloralhydrat, Bromkalium behandelt, selbsts Chloroformirung hatte nur vorübergehenden Erfolg. S. injicirte 2 Spritzen einer Lösung von Extr. Fab. Calabar. 0,2: Aq. dest. 10,0, worauf Tetanus und Trismus zwar nicht verschwanden, aber die Unterextremitäten fast ganz erschlafften. Nach zwei weiteren vollen Spritzen waren am nächsten Tage Trismus und Nackenstarre wesentlich schwächer, während die Respiration noch jagend, bis 60 in der Minute war. Es wurden im Laufe des Tages Excitantien gereicht und ausserdem noch eine Spritze voll injicirt, worauf dann die Erscheinungen des Tetanus verschwanden, während die Respirationsfrequenz in den nächsten Tagen nur allmähig abnahm. Das Kind genas bald vollständig.

II. Fall. Bei einem 4jährigen Kinde war Verbrennung des unteren Drittels des linken Unterschenkels durch heisses Wasser die Ursache des Tetanus. Das Calabarextract liess auch hier nicht im Stich, wenn es auch die Herzlähmung, an der das Kind schliesslich erlag, nicht beseitigen konnte.

Für Neugeborene wird die Dosis des Calabarextracts gewöhnlich auf 0,006, für ältere Kinder auf 0,02 bis 0,06 angegeben. Für mehrjährige Kinder passt nach dem Verf. die Dosis von 0,02 am Besten, da man mit kleinen Dosen nur die Zeit verliert.

D. med. Wochenschr. 1879. 39.

262) **H. ten Cate Hoedemaker**: Ueber die von Erb zuerst beschriebene combinirte Lähmungsform an der oberen Extremität.

(Arch. für Psych. und Nervenkr. IX. 3. p. 788.)

Bekanntlich hat Erb zuerst Armlähmungen beschrieben, in welchen eine gleichzeitige Lähmung des Deltoideus, Brachialis internus und Biceps, in 2 Fällen auch noch des Supinator longus vorhanden war. In allen afficirten Muskeln war deutliche Entartungsreaction und aufgehobene oder herabgesetzte Reaction ihrer Nerven nachweisbar. In einem Falle waren ausserdem auch noch die vom N. medianus, niemals aber die vom N. ulnaris oder die übrigen vom

N. radialis versorgten Muskeln betheilt. (Verhandlungen des naturhistor. Vereins zu Heidelberg 1875 p. 130.) Für die Vermuthung Erb's, dass dieser constanten Gruppierung wohl eine Läsion des Plexus brachialis zu Grunde liegen müsse, an einer Stelle, wo die motorischen Bahnen für die genannten Muskeln nicht getrennt, sondern mehr vereinigt liegen, sprach der gelungene Versuch, die Muskeln sämmtlich von einer Reizungsstelle, welche ungefähr der Austrittsstelle des 5. u. 6. Halsnerven zwischen den Scalenis entspricht, gleichzeitig zur Contraction zu bringen. Diesen Versuch hat H. mehrfach mit Erfolg wiederholt. Sodann aber hat er den anatomischen Beweis versucht, dass an der genannten Stelle die Nervenbahnen für die genannten Muskeln wirklich noch in einem Strang vereinigt liegen. Mir scheinen die vorgebrachten Thatsachen nicht völlig beweisend, unter andern weil der Verlauf der Nervenfasern nicht mikroskopisch, sondern nur makroskopisch untersucht ist. Aetiologisch beschuldigt H. in sämmtlichen bis jetzt beschriebenen 8 (6 von Erb und 2 in unserem Aufsätze von H. kurz mitgetheilten) Fällen eine forcirte Adduction der Schulter gegen die Halswirbelsäule, wobei eine Compression des 5. u. 6. Halsnerven durch die Clavicula stattfindet, als Ursache der Läsion. Therapeutisch wird sich die Behandlung in loco morbi empfehlen und zwar sowohl in Betreff der bei Verletzung, Neuritis und Tumoren gebräuchlichen antiphlogistischen und resorptionsbefördernden Mittel, wie auch bezüglich der electricischen Behandlung.

Seeligmüller (Halle).

263) **G. Scholz**: Ueber Hystero - Epilepsie.

(Arch. für Psych. u. Nervenkrankh. IX. 3. p. 636.)

Nach einer längeren geschichtlichen Einleitung, welche den Zweck hat die Incorrectheit des Namens „Hystero-Epilepsie“ zu zeigen, entwickelt Verf. den Begriff der letzteren und kommt zu dem Resultat, dass wir bis jetzt unter Hystero-Epilepsie 3 Varianten von Combination zwischen Hysterie und Epilepsie zusammenfassen, nämlich 1.) Epilepsie mit Hysterie complicirt 2.) Hysterie mit Epilepsie complicirt und 3.) Hysterie mit epileptoiden Anfällen. Sodann stellt er der Symptomen-Gruppe der echt epileptischen Erkrankung diejenige der hysterisch - epileptoiden Erkrankung gegenüber. Hier hebt er unter anderem hervor, dass die Temperatur nach rein hysterischen Paroxysmen ohne epileptoide Beimengung niemals steigt. Zum Schluss theilt er 6 Fälle von Hysterie mit epileptoiden Anfällen mit, welche durch die kohlensauren Stahlbäder von Cudowa theils geheilt, theils gebessert wurden.

Seeligmüller (Halle).

264) **A. Assagioli und E. Bonvecchiato**: Zwei Fälle von corticaler Epilepsie.

(Rivista sperim. di freniatria 1879. I. II.)

1) Eine 64jährige, pellagröse Frau wurde ohne Prodromalerscheinungen von heftigen epileptischen Anfällen befallen, welche sich zu einem wahren Status epilepticus combinirten. Die Krämpfe begannen immer am rechten orbicularis palpebrarum, auf welchen Mus-

kel sie mitunter beschränkt blieben; häufig aber traten weitere spastische Erscheinungen und zwar fast immer in nachfolgender Reihenfolge hinzu: Mydriasis und Nystagmus, Krämpfe im Levator anguli oris, in den Kiefer- und Halsmuskeln, der oberen und der unteren Extremität rechterseits, und hierauf die Muskeln der linken Seite in der nämlichen Ordnung. Mitunter griffen die Convulsionen vom rechten Orbicularis palp. gleich auf den entsprechenden Muskel der linken Seite über. Bei der Section fand sich ein beträchtlich grosses Spindelzellensarcom der Dura mater, welches hauptsächlich die linke mittlere Stirnwindung (theilweise auch die beiden anderen) an der Grenze zwischen mittlerem und hinterem (superiore?) Drittel comprimirte. Die comprimirte Hirnsubstanz erschien morsch.

2) Ein 10jähriges Mädchen wurde im Laufe einer allgemeinen tuberculösen Erkrankung mehrmals von epileptischen Convulsionen (ohne Bewusstseinstörung) befallen, welche immer am rechten Beine begannen, und meist aufwärts schreitend, sich bis in die Gesichtsmuskeln fortpflanzten, aber die linke Körperseite immer verschont liessen.

Es fanden sich an der Medianfläche des Gehirnes linkerseits, und zwar am lobulus paracentralis, praecuneus und an der entsprechenden Stelle des gyrus fornicatus einige käsige Knoten.

Obersteiner (Wien).

265) **D. Maragliano und G. Seppilli**: Studien über die cerebrale Thermometrie bei Geisteskranken.

(Riv. sperim. di freniatria e di med. legale 1879 I. II.)

Aus einer Reihe von Vorversuchen, welche Maragliano an Gesunden und Kranken über die Temperatur des Kopfes anstellte, ergaben sich folgende Resultate.

1. Die Thermometer, welche an den äusseren Tegumenten des Kopfes angebracht werden, geben genau die Wärmeschwankungen im Inneren des Schädels an.

2. Unter physiologischen Verhältnissen erscheint die Temperatur der linken Seite des Kopfes, besonders in der Frontalregion, höher, als die der rechten.

3. Die Kopftemperatur ist verschieden je nach dem Alter und dem Geschlecht.

4. Im Laufe eines Tages zeigen sich Temperaturschwankungen, welche bei einem und demselben Individuum aber einen halben Grad nicht überschreiten.

5. Die cerebrale Temperatur (richtiger Kopftemperatur) gestattet durch Vergleichen der correspondirenden Stellen an beiden Kopfhälften, oder durch Vergleichen der verschiedenen Punkte einer Seite Anwendungen auf die Pathologie.

6. Sonstige Abweichungen von der physiologischen Mitteltemperatur müssen um absoluten Werth beanspruchen zu dürfen, zum Mindesten einen Grad betragen.

7. In Fällen von Gehirnembolie zeigt sich eine Temperaturherabsetzung auf der embolisirten Seite.

8. Während des Chloralschlafes ist constant verminderte Temperatur vorhanden.

Die beiden oben genannten Forscher benützten zu ihren Untersuchungen 6 Thermometer, welche an der frontalen, temporalen und occipitalen Gegend jeder Seite an dem Kopfe festgebunden und $\frac{1}{2}$ Stunde liegen gelassen wurden. Ihre Untersuchungen erstrecken sich auf 115 Geisteskranke (58 Männer und 57 Frauen).

Für den Gesunden wurden folgende Mittelzahlen gefunden:

Frontal links	36,20	rechts	36,15
temporal „	36,18	„	36,15
occipital „	36,13	„	36,08

Mitteltemperatur des Kopfes 36,10. (Diese Zahl erscheint doch nach den vorhergehenden auffallend nieder. Ref.) Bei den Geisteskranken war mit Ausnahme der einfachen Melancholie und der Dementia die Mitteltemperatur des Kopfes erhöht. Die höchste Temperatur ergab die Tobsucht (36,89). Die niederste die Dementia (36,03). Bei allen Geisteskranken ist, wie bei Gesunden, die Temperatur der Occipitalgegend die niederste; temporale und frontale Temperatur sind entweder gleich, oder erstere erscheint höher (progr. Paralyse und aufgeregte Melancholie) in andern Fällen aber (Manie, einfache Melancholie und Dementia) niedriger.

In den meisten Krankheitsgruppen ist die mittlere Temperatur einer Kopfhälfte wenig verschieden von der der anderen Seite; nur in den angeborenen Formen überwiegt meist die Temperatur der rechten Seite.

Dass bei Aufregungszuständen eine Erhöhung der Kopftemperatur beobachtet wurde, beweisen Versuche, welche an einer Reihe von Personen in aufgeregten und in ruhigen Stadien angestellt wurden, wobei immer während der ersteren sich eine beträchtlich höhere Temperatur constatiren liess.

Endlich machen die Autoren noch darauf aufmerksam, dass die Resultate ihrer Untersuchungen mit den Vorstellungen, welche man sich von dem pathologisch-anatomischen Character der verschiedenen Irrsinsformen macht, in directem Einklange stehen.

Obersteiner (Wien).

266) Clark Gaper: Some exceptions to the present management of Hospitals for the insane.

(Chicago Journal of Nerv. and Ment. Disease, Juli 1879.)

Verf., Professor der gerichtlichen Medicin an der Wisconsin Universität, geht von der ihm feststehenden Thatsache aus, dass sowohl im Publicum als unter den Fachgenossen eine Unbefriedigtheit mit dem Stande der Irrenpflege Platz gegriffen habe, und sucht den Grund hiefür zu erforschen. Er findet denselben in der mangelhaften Organisation. Die Anstalten seien thatsächlich der Willkühr je eines einzigen Mannes, des „Superintendent“ überlassen von deren Tüchtigkeit, Ausnahmen abgerechnet, Verf. nicht die beste Meinung hegt. Allerdings beständen unbesoldete Aufsichtsbehörden, dieselben begnügten sich aber damit, flüchtige Besuche den Anstalten abzustatten, wobei eine genauere Unterrichtung über die Be-

handlung der Kranken u. s. w. nicht möglich sei. Das autokratische Regiment, das der Superintendent führe, verhindere, dass auch berechtigte Klagen nicht hervortreten könnten, da Appellation der Untergebenen gleich Auflehnung geachtet werde.

Um eine Besserung der Zustände herbeizuführen hält Verf. für nothwendig einmal, dass besoldete Aufsichtsbehörden über die Anstalten gesetzt werden, deren Pflicht es sei, durch häufige, unvorhergesehene Visitationen und eingehende Untersuchung sich über den gesammten Stand einer Anstalt zu unterrichten, zum andern, dass zwei Superintendents für jede Anstalt aufgestellt werden, ein öconomischer und ein ärztlicher, damit letzterer mehr Zeit gewinne für seinen eigentlichen Beruf, die Behandlung und das Studium der Geisteskrankheiten.

Karrer (Erlangen).

267) **Persijn**: Bericht über die Irrenanstalt Meereberg (Niederlande) für das Jahr 1878.

In dem abgelaufenen Jahre wurden in Meereberg:

aufgenommen:	95 Männer,	106 Frauen,
verpflegt:	481 "	537 "
entlassen:	81 "	94 "

und zwar waren von den Entlassenen

geheilt:	18 Männer,	29 Frauen,
gebessert:	18 "	15 "
ungebessert:	2 "	4 "
gestorben:	43 "	46 "

Für die Anstalt wurde eine Prosectorstelle geschaffen, die aber am Ende des Jahres 1878 noch nicht vergeben war.

Unter den intercurrirenden Krankheiten fallen besonders auf: Febris intermittens (61 mal) und Erysipel (28 mal, darunter 22 mal bei Frauen). Für die Erysipelepidemie, welche während des Sommers auf der Frauenseite herrschte, kann ausser der Uebervölkerung kaum ein genügender Grund gefunden werden. Der Verfasser des Berichtes Dr. Persijn, meint dass wohl Malaria dabei mitgewirkt habe. In Folge der stets zunehmenden Ueberfüllung kommt es auch, dass jetzt bedeutend häufiger als früher isolirt werden muss, so kamen im Jahre 1875 bei den Männern 66, im Jahre 1878 aber schon 121 Isolirungen vor.

Obersteiner (Wien).

268) **Jung**: Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus in dem Jahre 1878.

Im Jahre 1878 betrug der Zugang 206 (109 M. und 97 Fr.) Kranke, der Abgang 194 (109 M. und 87 Fr.). Den Bestand bildeten am 31. Dezember 1877: 138 (69 M. und 69 Fr.), am 31. Dezember 1878: 150 (69 M. und 81 Fr.). Der durchschnittliche Krankenbestand war 1878 insgesamt 141 (69 M. und 72 Fr.). Mehr aufgenommen wurden als im Vorjahre 38 (23 M. und 15. Fr.). Verpflegt wurden in 2. Klasse 95⁰/₀, unentgeltlich 120 (61 M. und

59 Fr.). Die unentgeltlich Verpflegten vertheilten sich auf die einzelnen Regierungsbezirke verschieden, die Mehrzahl stammte aus dem Regierungsbezirk Liegnitz.

Die Zahl der aufgenommenen Landbewohner stieg auch im vergangenen Jahre. Es erhellt dies aus nachfolgenden Zeilen :

	1876	1877	1878
Städter	37,0	36,2	35,4
Landbewohner	62,0	63,8	64,5.

Die Mehrzahl der Aufgenommenen war vor der Aufnahme über einen Monat krank. Es genasen 46 (22 M. und 24 Fr.). Es wurden gebessert 38 (23 M. und 15 Fr.). Es blieben ungeheilt 81 (47 M. und 34 Fr.), es starben 29 (17 M. und 12 Fr.).

Von den in den Jahren 1872—77 Aufgenommenen waren vor der Aufnahme krank:			genasen:	davon starben:
bis 1 Monat	13,0 %		43,3 %	12,7 %
1— 3	27,7 "		29,6 "	11,8 "
3— 6	29,7 "		17,5 "	9,0 "
6—12	18,6 "		12,0 "	8,4 "
über 12	10,2 "		4,0 "	14,5 "

Zieht man die Todesfälle ab, so genasen von den bis 1 Monat Kranken über 49%, von den 1—3 Monate Kranken dagegen nur 33%, also 16% weniger. Je kürzer die Dauer der Erkrankung vor der Aufnahme, je eher die Genesung, desto kürzer aber auch die Dauer der Erkrankung selbst und desto billiger die Behandlung.

Das Lebensalter, in welchem die einzelnen Krankheitsformen zur Aufnahme kamen, war in den Jahren 1876—78 folgendes:

Lebensalter.	Manie.		Melancholie.		Secundäre Seelenstörung.		Paralytische Seelenstörung.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
bis 15	4	1	3	1	1	—	—	—
16—20	10	14	12	3	5	1	—	—
21—25	27	23	11	17	13	3	—	—
26—30	9	24	10	13	16	7	—	—
31—35	12	9	5	19	12	8	7	2
36—40	10	18	10	18	14	11	16	6
41—45	4	13	10	15	9	10	11	6
46—50	8	6	4	15	7	8	6	4
51—55	6	2	5	14	—	7	5	2
56—60	3	1	7	4	—	4	5	2
über 60	6	—	5	3	6	5	—	1

Von Hauptkrankheitsursachen werden angegeben für die Jahre 1876—1878:

		nicht		
		erblich:		insgesamt:
1. Beim Manne:	Trunk	19	39	58
	Ueberanstrengung	}	18	31
	Feldzug		18	31
	Kopfverletzung . . .	9	17	26
	Gemüthserschütterung	14	37	51
2. Beim Weibe:	Gemüthserschütterung	40	62	102
	Aenderung im Ge-			
	schlechtsleben . . .	35	37	72
	Trunk	5	11	16

Es starben 29 (17 M. und 12 Fr.) mit einer mittleren Behandlungsdauer von 140 Tagen; die Mehrzahl davon kam dem Tode verfallen in die Anstalt. — Durchschnittlich waren täglich

beschäftigt 42,1 % M. 36,5 % Fr.

bettlägerig 2,2 " " 2,4 " "

unruhig, tobstüchtig . 5,3 " " 16,3 " "

Die Verpflegungskosten betragen in erster Klasse 77,5 Pfg. pro Person, in der zweiten Klasse 47,4 Pfg., durchschnittlich kostete jeder Kranke in der ersten Klasse 793 M., in der zweiten 682 M.

In der Pensionsanstalt war der Zugang 1878 14 (10 M. und 4 Fr.), der Abgang 15 (10 M. und 5 Fr.). Der Bestand war am 31. Dezember 1877: 46 (30 M. und 16 Fr.), am 31. Dezbr. 1878: 45 (30 M. u. 15 Fr.).

Sehr interessant ist die nachfolgende Tabelle über die Aufnahmen nach Erblichkeit und Familienanlage in den Jahren 1876, 1877 und 1878 nach Abzug der Rückfälle.

	Geisteskrankheiten.		Nervenkrankheiten.		Trunksucht.		Selbstmord.		Psychisches Verhalten.		S u m m a.
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	
I. Direkte Erblichkeit von Seiten											
des Vaters	23	10	3	6	5	7	1	2	5	4	67
der Mutter	14	23	4	5	1	—	—	—	—	3	50
beider Eltern	1	5	—	—	1	—	—	—	1	—	8
II. Indirekte Familienerblichkeit von Seiten											
des Vaters	7	7	—	—	1	1	—	1	1	—	18
der Mutter	12	15	—	1	—	—	3	—	—	—	31
beider Eltern	3	4	1	—	1	—	1	—	3	2	15
anderer Blutsverwandter	3	3	—	—	—	—	—	—	—	—	6
III. Blutsverwandtschaft											
der Eltern	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
der Geschwister	14	22	3	5	1	2	2	1	—	2	52
Insgesamt	77	91	11	17	10	10	7	4	10	11	249
Procentisch	25,9	31,6	3,8	5,8	3,3	3,4	2,3	1,3	3,3	3,7	42,1

III. Verschiedene Mittheilungen.

- 269) Aus der preussischen Rheinprovinz. In diesen Tagen wird in Trier eine neue Provinzial-Taubstumm-Anstalt eröffnet werden. Ausserdem steht in Essen, Elberfeld und Barmen die Eröffnung einer Taubstumm-Anstalt bevor. Wir werden alsdann mit den bereits bestehenden in Aachen, Brühl, Cöln, Kempen und Neuwied im Ganzen 9 Anstalten haben, und so steht dann zu hoffen, dass in Bälde auch in unserer Provinz endlich (!) kein Taubstummer mehr aufwachsen wird, dem nicht eine Stätte der Bildung und des Unterrichts sich eröffnet.
- Organ, 1879. 9.
- 270) Aus Ober-Schlesien. In dem Regierungsbezirk Oppeln haben die neusten Erhebungen das sehr traurige Resultat ergeben, „dass die Anzahl der in Oberschlesien vorhandenen bildungsfähigen Taubstumm im bildungsfähigen Alter als eine so grosse zu bezeichnen sei, dass nur die Errichtung einer zweiten Taubstumm-Anstalt von gleichem Umfange, wie die in Ratibor, dem Bedürfniss entsprechen wird“. Ebend.

IV. Neueste Literatur.

65. Fünfter Jahresbericht des Kurmärkischen Hilfsvereins für Geisteskranke über das Geschäftsjahr vom 1. April 1878 bis 1. April 1879.
66. O e b e k e, Bericht über die Heil- und Pflege-Anstalt für Nerven- kranke zu Endenich bei Bonn während der Jahre 1873 bis Ende 1878.
67. Real-Encyclopaedie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg in Greifswald. Wien, Urban und Schwarzenberg. 1. Lieferung Bogen 1—5.
68. Nothnagel, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Eine klinische Studie. Berlin, Hirschwald. gr. 8°. 626 pag. M. 14.
69. Morselli, Il Processo contro Carlino Grandi, l'uccisore dei Bambini e gli studii medico-legali dei periti Prof. Livì, Prof. Bini e Dott. Morselli. Reggio-Emilia.
70. Tamburini, Perizia sullo Stato di mente di G. Passanante.
71. Redard (Paris), De la section des nerfs ciliaires et du nerf optique. Paris, Baillièrè et fils. gr. 8°. 156 pag. frcs. 3,50.
72. Angagneur (Lyon), Etude sur la syphilis héréditaire tardive. Paris, ebend. gr. 8°. 128 pag. fr. 2,50.
73. Saint-Leger (Paris), Paralyse agitante (Maladie de Parkinson) Etude clinique. Paris, ebend. 112 pag. 5 fr.
74. Hofmann und Schwalbe, Jahresbericht über die Fortschritte der Anatomie und Physiologie. VII. Abth. III. Physiologie. Leipzig, Vogel.

V. Personalien.

- Offene Stellen.** 1) Andernach, (provinz. Irrenanstalt): II. Arzt; 2700 M., freie Wohnung, Garten, Heizung Beleuchtung, Arznei; b) Assistenzarzt 1200 M., fr. Station. Für beide Stellen Meldungen bei dem Landesdirector der Rheinprovinz in Düsseldorf. c) Volontairarzt, 600 M., fr. Station, Meldung bei der Anstaltsdirection. 2) Königsutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 3) Merzig, Volontairarzt, 600 M., fr. Station. Nur Preussen zugelassen. 4) Klingenstein (Pfalz) Hülfarzt, 1000 Mark, freie Station. 5) Grafenberg, Volontairarzt, 600 M., fr. Station. 6) Allenberg, Volontairarzt. 7) Heidelberg (psych. Klinik), Assistenzarzt 900 M., fr. Station. 8) Stephansfeld, III. Assistenzarzt, 900 M., fr. Station. 9) Bois de Cery (Lausanne), II. Arzt u. stellvertretender Director, 2—3000 Frs., möblirte Familienwohnung. 10) St. Gilgenberg (Privat-Irrenanst.) bei Bayreuth, Assistenzarzt. 11) Kennenburg (Privat-Irrenanstalt), Assistenzarzt, 1800—2400 M., fr. Station. 12) Eichberg (Rheingau), III. Hülfarzt, 1. Dezember, 900 M., fr. Station. 13) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., fr. Station. 14) Halle a. Saale, vergl. Inserat in der heutigen Nummer. 15) Dalldorf (Berlin), Assistenzarzt, 31. October, 1500 M., fr. Station. 16) Die Kreisphysicats: Bomst (Posen), Bublitz (Cöslin), Creutzburg (Oppeln), Dortmund (Arnsberg), Erkelenz (Aachen), Flensburg (Schlesswig), Gardelegen (Magdeburg), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegnitz), Malmedy (Aachen), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Querfurt (Merseburg), Ruppia (Potadam), Rees-Wesel (Düsseldorf), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Stade-Marschkreis (Hannover), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), West-Sernberg (ebendas.), Wehlau (Königsberg), Wahrensdorf (Münster), Wandsbeck-Stormau (Schleswig). 17) Reg.-Medicinalrath-Stelle in Sigmaringen. 18) Bendorf, (Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt) vergl. Inserat in der heut. Nro.
- Auszeichnungen.** Kreisphysicus Dr. Prochnow in Labes und Kreisphysicus Dr. Kierski zu Belgard zu Sanitätsrathen. Geh. Rath Prof. Dr. Budge in Greifswald erhielt den rothen Adler-Orden III. mit der Schleife. Reg. Med.-Rath Dr. Koehler in Stralsund den rothen Adlerorden IV. Classe. Geh. San.-Rath Dr. Levinstein in Schöneberg das Ritterkreuz II. Classe des ernestin. Hausordens.
- Ernannt.** Reg.-Med.-Rath Dr. von Massenbach in gleicher Eigenschaft nach Coeslin. Kreisphysicus Dr. Wiesemer in Malmedy in gleicher Eigenschaft nach Solingen. Dr. Bretschneider in Benkheim zum Kreisphysicus in Angerburg. Kreisphysicus Dr. Löwy in gleicher Eigenschaft nach Sorau.

VI. Mittheilung.

Es sind uns in der letzten Zeit einige Originalbeiträge eingesendet worden, die wir nicht haben zum Abdruck bringen können, theils wegen allzu grosser Ausdehnung der Arbeiten, dann auch desswegen, weil der Inhalt derselben nicht dem Zwecke des *Central-Blattes* entsprach. Wir bitten freundlichst bei weiteren Einsendungen diese beiden Punkte zu berücksichtigen. Die Redaction.

VII. Anzeigen.

Assistenzarzt.

Ein psychiatrisch erfahrener Assistenzarzt kann zum 1. Dezember d. J. in der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenranke zu Bendorf bei Coblenz Anstellung finden. Bei freier Station wird ein Honorar von M. 1500 gewährt. Meldungen sind unter Beifügung event. Zeugnisse an den Unterzeichneten zu richten.

Dr. Erlenmeyer.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

☞ das annerkannt wirksamste aller Bitterwässer. ☞

„Mit Vorliebe verwendet weil dieses Wasser wegen den anwendbaren mässigen Dosen und seiner schonenden Wirkung oft einer wichtigen Causalindication genügt.“ — *Reg. Rath Prof. Dr. Meynert, Wien.* — „Lässt seine Anwendung selbst bei entzündlichen Zuständen des Darmes, die andere Bitterwasser oft verbieten, noch vollkommen zu.“ — *Obermed.-Rath Dr. Landenberger, Stuttgart.* — „Selbst in Fällen, wo bei reizbarem Darne verabreicht, erzielte das Wasser schmerzlosen Stuhlgang.“ — *Prof. Dr. W. Leube, Erlangen.* —

== Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen. ==

Volontairarzt.

Das Landes-Directorium der Provinz Sachsen hat die Anstellung eines zweiten Volontairarztes an der

psychiatrischen Klinik u. Provinzial-Irrenanstalt bei Halle a. S. genehmigt und für denselben bei vollständig freier Station eine Remuneration von 600 Mark durch Aufnahme in das Budget in Aussicht gestellt. Ausserdem wird die Gewährung einer staatlichen Remuneration von gleichfalls 600 Mark beantragt werden. Meldungen sind unter Beifügung der Approbation sowie event. Zeugnisse an den Unterzeichneten zu richten.

Provinzial-Irrenanstalt bei Halle a. S., den 19. Sept. 1879.

Der Director

Prof. Hitzig.

In dem Verlage von Ad. Bonz & Comp. in Stuttgart ist soeben erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Die Schrift.

Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie

VON

Dr. Albrecht Erlenmeyer,

dirig. Arzte der Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkrankte zu Bendorf bei Coblenz.

Mit 3 in den Text gedruckten Holzschnitten und 12 lithographirten Tafeln.

gr. 8^o, geheftet. Preis Mark 3. —

Steno-Tachygraphie.

Steno-Tachygraphie betitelt sich die neue Schnellschrift, welche die steno-tachygraphische Gesellschaft zu Berlin in 4 bis 6 Stunden lehrt. Die durchweg einstufigen Consonanten, schon in rationeller Beziehung unerlässlich, ergeben bei Vergrößerung die denkbar einfachste Vokalisation; die ihrer Artikulation gemäss gebildeten Lippenlaute, Zungen- oder Zahnlaute, Gaumenlaute u. s. w. vertreten in der Mehrstufigkeit noch den Vokal. Schon nach der ersten Stunde schreibt man nach diesem System einfache, wie zusammengesetzte Wörter bis zu sieben Silben mit Leichtigkeit. Ein schriftliches Aequivalent der Sprache setzt voraus, dass eine Silbe so geschrieben wird, wie man sie spricht, oder umgekehrt, dass sie wirklich so gesprochen wird, wie man sie geschrieben hat, was doch namentlich bei Citaten aus fremden Sprachen sehr nothwendig ist; diese Treue erreicht die Steno-Tachygraphie in hohem Grade. Auch in rhythmischer, begrifflicher und etymologischer Beziehung ist der Sprache Rechnung getragen; trotzdem alle Dehnungszeichen vermieden werden, unterscheidet man ganz schulgerecht z. B.: Riese — Riess — Riess, brau'n — braun, Dach's — Dachs, ehr't — erst, führ't — Fürst, bohr't — lies't — lieh't — List, bohr'te — Borte, wehr't — werth, gähr'ten — Gärten, denn die Aufnahme von einigen Flexionszeichen zur Unterscheidung von Stammlauten beseitigt sofort den Übelstand, und da in den Stämmen der Vokal meist scharf ist, ist diese Anwendung sogar ein Bedürfniss. Durch ein Zeichen für das Partizipium erzielt man die Unterscheidung von legende — Legende, thauende — Tauende u. s. w. Durch eine Regel für die hochtonigen fremden Nebensilben werden Begriffe wie modèle — Modelle, Fiedel — fidél, Ténor — Tenór adele — Adele, Formel — formell, módern — modérn unterschieden. Neben anderen wichtigen Bestimmungen hat diese Schrift auch je zwei Zeichen für einige Partikeln, wodurch bei wiederholen — widerholen, vollbringen — vollbringen, unterstehen — unterstehen, umwandeln — umwandeln, überlegen — überlegen, hintergehen — hintergehen, durchgehen — durchgehen ein Zweifel immer ausgeschlossen ist. Die Schrift, wie die Currentschrift auf einer Linie ausführbar, setzt den Lernenden nach kurzem Studium in den Stand, sie im Bureau, zur Correspondenz, wie zur Aufnahme von Verhandlungen in Schule und Haus anwenden zu können, sie erreicht durch symbolische Bezeichnung der häufigen Vor-, Nach- und Auslaute eine enorme Kürze und hat daher nur wenige Sigel. In 1300 Ortschaften hat dieses System seit der kurzen Zeit seines Bestehens die Anerkennung gefunden, die es mit allem Recht verdient. Das Lehrbuch zum Selbststudium erschien schon in vierter Auflage und wird durch den Vorsitzenden der steno-tachygraphischen Gesellschaft, Herrn A. Lehmann, Berlin, Bergmannstrasse 13, I bei Einsendung von 1 Mark franko versendet.

In 12 eleg. geb. Hefenfranzbänden à 7 Mk.
In Cairo à 6 Mk. 50 Pf.

Universal-Conversations-Praxis

Erschient in 180 Lieferungen à 50 Pf.

6. Auflage
mit zahlreichen Karten
und Illustrationen

ist das vollständigste, beste und
billigste Eßerh dieser Zeit.

Ph. Werle

Buch- und Notendruckerei von Ph. Werle in Coblenz,

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERMENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
30 Pfg. für die durchgehende Petitzelle oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

15. Oktober 1879.

Urs. 20.

INHALT.

- I. ORIGINALIEN. I. San.-Rath Dr. Richter: Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis. II. Die 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Baden-Baden. Fortsetzung. (IV. Prof. Dr. Schiff (Florenz): Ueber Metallotherapie. V. Dr. Soltmann (Breslau): Ueber die Reflex-erregbarkeit sensibler Nerven bei Neugeborenen. VI. Prof. Senator (Berlin): Zur Pathologie der Tabes dorsalis. VII. Dr. Filchne: Ueber experimentell erzeugten Morbus Basedow. VIII. Prof. Bäumlner: Ueber den Einfluss faradischer Ströme auf die Contraction von Blase und Magen. IX. Prof. Bäumlner: Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta. X. Dr. Ehrenhaus (Berlin): Ein Fall von infantiler Paralyse. XI. Dr. Seeligmüller (Halle): Ueber 3 Fälle von Ataxia hereditaria.)
- II. REFERATE. 271) Prof. H. Nothnagel (Jena): Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. 272) Mohr: Beitrag zur Frage der Semidecussation im Chiasma n. optic. 273) Gudden: Ueber die Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nerv. optic. 274) H. Bennet: Behandlung der Epilepsie. 275) Drosnes: Ein Fall von Lyssa humana. 276) Kowalewsky: Bericht über die psychiatrische Abtheilung des Charkower Gouvernementslandschaftshospitales.
- III. PERSONALIEN. IV. ANZEIGEN.
-

I. Originalien.

I.

Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis.

Von San.-Rath Dr. RICHTER, Besitzer der Wasserheilanstalt Sonneberg i. Th.

Nachdem Erb im deutschen Archiv für klin. Med. Bd. 24. Heft 1. die Pathologie der Hinterstrangklerose nochmals genauer und nach neueren Gesichtspunkten durchgesprochen, sowie schliesslich in dieser Arbeit der Syphilis, als ursägliches Moment für Tabes ausführlicher gedacht hatte, hielt derselbe während der 52. Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte in Baden-Baden in der ersten Sectionssitzung für Neurologie einen Vortrag „über die ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes dorsalis und deren therapeutische Consequenzen.“ Nach seinen Erfahrungen und Zusammenstellungen nimmt Erb einen sehr hohen Procentsatz

gerade für das Vorkommen von Tabes in Folge von Syphilis an, indem er anfügt, dass dieses ätiologische Moment bei andern Entzündungen des Rückenmarks eine viel geringere Rolle spiele. Weiter wird in dem Vortrage ausgeführt, dass schwer zu entscheiden sei, ob die Syphilis nur zu Tabes prädisponire, oder ob dieselbe als wirkliche Localisation der Syphilis — als eine spezifischluetische Erkrankung — betrachtet werden müsse. Da nun mit den bisherigen Methoden gegen die betreffende Affection so sehr wenig Hilfe zu schaffen sei, so liege es nahe, dass man die antisymphilitische Behandlung bei syphilitischer Tabes als eine neue und grosse Chance der Rettung bei dieser übeln Krankheit ansehe, sodass die Therapie zukünftig in dieser Hinsicht einen Umschwung erleiden würde.

Bei der dem Erb'schen Vortrag folgenden Discussion, für deren kurze Recapitulation ich mir, da die von mir bestellten Protocolle noch nicht in meiner Hand, etwaigen Irrthum vorbehalte, erklärte Meyer (Aachen), dass er wiederholte Versuche mit Bekämpfung von syphilitischer Tabes durch Schmiercur und warme Bäder gemacht und mit den Erfolgen zufrieden sei. Die begleitenden Erscheinungen wären besser geworden. Renz (Wildbad) tritt ebenfalls für die genannte Methode ein. Rinecker bezweifelt, ob alle von Erb als syphilitische Tabes bezeichneten Fälle wirklich syphilitischen Ursprungs gewesen seien, da vielen der wirklich sekundäre Character fehle. Ferner erklärt er, gegen die Schmiercur, als ein die Blutmasse destruierendes Mittel Bedenken zu haben, wenigstens für die Anwendung derselben bei Tabes. Senator fügt an, dass bei syphilitischen Neurosen sehr oft, trotz Anwendung der Schmiercur, die gesetzten Veränderungen bleiben, wenn er auch zugiebt, dass die begleitenden Erscheinungen, Neuralgien etc. eine Besserung erfahren können. Es sei daher anzunehmen, dass bei syphilitischer Tabes die Schmiercur allerdings Besserung, aber wohl sehr selten Heilung hervorbringen könne — wie dies auch bei andern, schon gebräuchlichen Heilmethoden bei Tabes der Fall. —

Die genauere Besprechung der öfter vorkommendenluetischen Basis der Hinterstransklorose von Seiten Erb's ist eine sehr dankenswerthe Sache. Denn wenn man sich auch gewiss der Ansicht Senator's anschliessen wird, dass auch bei syphilitischer Tabes das Quecksilber nicht als Specificum angesehen werden kann, so ist es doch der einzig richtige und mögliche Weg, durch immer genauere Beleuchtung der pathologischen Verhältnisse in deren Einzelheiten (also in unserem Falle des syphilitischen Ursprungs), der Therapie eine weitere Basis zu verschaffen, um gegen die in Rede stehende chronische Erkrankung erfolgreicher ankämpfen zu können. Ein Specificum gegen dieselbe wird selbstverständlich überhaupt nicht leicht zu finden sein. Es ist aber in dem letzten Jahrzehnt bereits so eifrig an der Pathologie und Therapie der Tabes gearbeitet und verbessert worden, dass es ein schlechter Trost für die Wissenschaft sein würde, wenn der Ausspruch wahr wäre, „man könne mit den jetzigen Mitteln fast nichts leisten.“ Gerade dieser Ausspruch, den ich während

meines Aufenthaltes in Baden von verschiedenen massgebenden Seiten hörte, veranlasst mich, diese kleine Mittheilung einzusenden, da mich meine eignen Erfahrungen bestimmen, anderer Meinung zu sein. Wenn es auch einzelne Fälle von Hinterstrangaffectionen giebt, die trotz rationeller Behandlung unaufhaltsam und rasch sich verschlimmern, sowie andere, die nur schwierig aufzuhalten sind, so ist doch die grosse Mehrzahl derselben einer entschiedenen Besserung zugänglich, so dass auch die heutige Therapie vielfach von gutem Erfolge ist und bisweilen nahezu das Resultat der Heilung erreicht werden kann.

Die bei Tabes zu erzielenden Erfolge resultiren meiner Meinung nach weniger aus der Wahl des Ortes an sich — Oeynhaus, Wildbad, Gastein, Aachen, die verschiedenen Wasserheilstätten kommen weniger in Frage im Bezug auf die ihnen zu Gebote stehenden Heilmittel an und für sich — sondern es fällt hauptsächlich in die Wagschale die geübte, gewissenhafte und zähe Ausführung des ganzen uns zu Gebote stehenden Heilapparates in seinen Nüancen, nach genauer Individualisirung der Erkrankung. Ob die Therme bis zu einem gewissen Grade abgekühlt, oder das Badewasser durch den Dampfkessel des Hydrotherapeuten erwärmt wird, dürfte sich für den Kranken gleich bleiben. Ferner bleibt uns oft die Wahl, ob wir lieber die Thätigkeit der Hautnerven durch den Kohlen säuregehalt von Thermalbädern, oder durch die ähnlich wirkenden Reibungsmethoden des Wasserheilverfahrens, das ja nach Temperatur und Mechanik der Bäder auf's feinste nüancirt werden kann, anregen sollen. Von grosser Wichtigkeit ist es natürlich, ob sich der Kranke an einem Ort befindet, wo man sich Zeit nimmt, die Wirkungen der einzelnen korrekt applicirten Prozeduren genauer zu überwachen, wo die Frequenz dem Dirigenten nicht derartig über den Kopf gewachsen, dass die Kenntniss der Individualität der einzelnen Erkrankungen darunter leiden muss. An Stationen, wo man nicht nach den angegebenen Gesichtspunkten arbeiten kann, wo es nicht möglich ist, die Methoden gewissenhaft und korrekt durchzuführen, wird man auch kein massgebendes Urtheil haben, in wie weit eine Chance der wirksamen Bekämpfung und Heilung der in Frage stehenden chronischen Entzündung vorliege. —

Die Methoden für die Behandlung der Tabes (ich rede vor der Hand von Fällen ohne syphilitische Basis) haben sich nach längerer schriftlicher und mündlicher Discussion geklärt. Da sie meist als bekannt vorauszusetzen, recapitulire ich dieselben kurz. —

Es ist eine allgemein anerkannte Thatsache, dass bei Anwendung der Wasserkuren zu kalte und zu heisse Temperaturen zu vermeiden sind, dass mit einem Worte die anzuwendenden Wärmegrade zwischen ca. 15—27° R. schwanken, indem so das Risiko aufhört durch zu warme Bäder Schädlichkeiten hervorzu bringen, durch zu kalte Applicationen zu sehr zu reizen. Die verschiedene Mechanik und Wahl der Temperaturen der Bäder, je nachdem man eine beruhigende, oder eine anregende und resorbirende

Behandlung hervorbringen will, ist bekannt.*) Ebenso festgestellt sind die Grundsätze, unter welchen man den constanten Strom in Anwendung bringt, den man vor Allem vorsichtig und nicht in zu grosser Intensität verwerthen soll. Bei der immerhin reizenden Application empfiehlt es sich, die Kranken, besonders wenn diese weitere Strecken bis zur Wohnung des Spezialisten zurückzulegen haben, wie das in grösseren Städten der Fall, nach den elektrischen Sitzungen eine Zeit lang ruhen zu lassen, damit nicht der erreichte Vortheil auf der Strasse, oder in den Droschken wieder zu Grunde gehe, oder gar in das Gegentheil umschlage. Grössere zu überwindende Entfernungen sind, besonders bei Rückenmarksaffectionen, immer eine Calamität für rationelle elektrische Behandlung. — Unterstützend wirken ferner äussere Ableitungen, Jodpräparate, Vesicantien, Moxen, Ferrum candens. Nothnagel lässt letzterer Zeit bei Fällen mit Druckschmerzstellen, die meningitische Processe voraussetzen lassen, mit Vortheil wiederholt einige Blutegel appliciren. Chapman'sche Schläuche dienen zur Aushilfe, wenn keine Möglichkeit vorhanden, eine methodische Wassercur durchzumachen. — Ferner ist der innern Mittel zu gedenken, unter denen besonders das Argentum nitr. im Rufe steht, zu nützen. Natürlich können narkotische und sedirende Mittel auch nicht immer entbehrt werden. — Ein weiteres Moment, welches von grosser Wichtigkeit, ist die Regulirung der Körperbewegung. Während dem einen Kranken mit frischen entzündlichen Erscheinungen dringend Ruhe anzurufen ist, muss dem andern mit vollständig abgelaufenen Processen angerathen werden, den Tonus der Muskeln durch passende Bewegung im Stand zu halten — der verschiedenen Mittelstrassen in ihren Nüancen nicht zu gedenken. —

Die Behandlung der syphilitischen Tabes besteht in einer Combination der angegebenen Methoden mit dem antisiphilitischen Apparat.

Da die Schmiercur auf Begleitung warmer Bäder, natürlich hier nicht über 27°, angewiesen ist, so würde diese hauptsächlich für Fälle mit intensiven Reizungserscheinungen passen, vorausgesetzt, dass der Kranke im Bezug auf seinen Säfte- und Kräftezustand nicht reducirt ist, so dass die Einwirkung des Quecksilbers keine weiteren Schädlichkeiten hervorbringen kann. Anstatt der Schmiercur kann man auch Sublimatinjectionen gebrauchen. Diese oder grössere Gaben von Jodkalium, oder beide in Verbindung können zu gleicher Zeit mit einer milden Kaltwassercur combinirt werden. Zieht man die kühle Behandlung, um den Patienten mehr zu tonisiren, vor, und will man dabei gerne stärker resorbirend wirken, als dies die einfachen Reibungsmethoden, unter kühlen Temperatureinflüssen, welche den Stoffwechsel erhöhen, zu effectuiren vermögen, so ist die kühle Einpackung mit ihren Graden bis zur mehr weniger starken Erwärmung des Patienten am Platze, mit nachfolgender kühler Abreibung. Im Ganzen halte ich eine

*) S. meine Arbeiten: Deutsche Zeitschrift für pract. Med. 1875 Nro. 47; Dieselbe Zeitschrift 1876 Nro. 26.

mässige Kaltwasserkur, die zugleich resorbirend, anregend und tonisirend wirkt in Verbindung mit grösseren Dosen Jodkalium, dessen Wirkung eventuell noch im vorsichtigen Maasse durch Sublimat-injectionen unterstützt wird, für weniger riskant und heilsamer für den Tabiker, als eine Schmierkur mit warmen Bädern.

Für heute schliesse ich diese vorläufige Mittheilung mit der Beschreibung von 7 in meiner Anstalt behandelten Tabesfällen ab. Weitere Versuche und deren Erfolge werde ich später veröffentlichen. Nro. 1—2 beschreiben Hinterstrangentzündungen ohne syphilitische Basis, welche mit recht gutem Erfolge behandelt wurden. Nro. 3, 4 und 5 betreffen Tabiker mit vorausgegangenen syphilitischen Affectionen bei denen es auffällt, dass ohne antisiphilitische Behandlung ebenfalls recht gute Erfolge durch die bisher gebräuchlichen Methoden sich erzielen liessen, eine Thatsache, die mich in so ferne selbst überraschte, als ich auf meine Anfrage die Anamnese nach der betreffenden Richtung erst jetzt brieflich von den angeführten Patienten erfuhr, da ich dieselben früher behandelt hatte, ohne viel Gewicht auf den syphilitischen Ursprung der Tabes zu legen. Nro. 6 ist ein Fall von Tabes syphilitica, welcher durch kühle Wasserheilmethoden und Jodkalium erheblich sich besserte, während Nro. 7 eine syphilitische Hinterstrangsklerose beschreibt, deren Verlauf während der Behandlung mit Schmierkur und warmen Bädern sich durch rapide Verschlimmerung kennzeichnete. Da Pat. Bäder von 31° R. neben der Schmierkur bekam, so hatten diese wohl einen grossen Antheil an dem üblen Erfolg. —

1. *Beamter.* 49 Jahre alt. *Dauer* 6 Jahre. *Aetiologie:* wiederholte Erkältungen. Pat. klagte im Beginne der Erkrankung über Schwindel, Doppeltsehen, Schwäche und Müdigkeit der Beine, lancinirende Schmerzen. Im weiteren Verlauf kamen Unsicherheit des Gehens und Stehens im Dunkeln und ataktische Erscheinungen dazu, sowie pelziges Gefühl der Füsse, sogenannter Gang „wie auf Watte“. Der Kranke, welcher sehr unsicher ging und nur kurze Strecken zurücklegen konnte, wird nach *Kaltenleutgeben* gesendet, wo er eine ca. 2monatliche kühle Wasserkur (Abreibungen und Halbbäder) nebst Galvanisation der Wirbelsäule mit ausgezeichnetem Erfolge gebraucht, so dass er wenig mehr über Schmerzen klagte und mit schöner Ausdauer und kaum sichtbaren ataktischen Erscheinungen längere Touren machte. — Da nach Jahresfrist pelziges Gefühl der rechten Hand und leichte Störung der Coordination derselben eintritt, wird Pat. von Herrn Prof. Eulenburg meiner Behandlung überwiesen. Es findet sich: Detrusor mässig afficirt, Fehlen der Schenreflexe, leichte Analgesie. Geringe neuralgische Affection. Gang gut, mit wenig Ataxie und ziemlich ausdauernd geblieben. Kein Schwindel, kein Doppeltsehen. Nach nochmaliger 6 wöchentlicher elektrischer- und Wasser-Cur (Abreibungen 20—16°, Halbbäder 22—18°) ist nichts Abnormes mehr an dem Gange zu sehen. Pat. hat noch grössere Ausdauer gewonnen. Gefühls- und Coordinationsstörung der rechten Hand nahezu geschwunden. Blasenschwäche gebessert.

2. *Rittergutsbesitzer und Offizier.* 40 J. *Dauer* 6 J. *Aetiologie:* Erkältungen u. Strapazen des Feldzugs 70. Die Initialerscheinungen zeigten sich während des Feldzugs. Zuerst traten Neuralgien der untern Extremitäten ein, welchen bald darauf erschwertes Urinlassen folgte, wozu sich Kältegefühl und s. g. Ameisenkriechen in den Beinen gesellte. Auch Schwindel und Rückenschmerz waren vorhanden. Die Bla-

senschwäche nahm in den Jahren 71—72 erheblich zu, so dass schon da öfter der Katheter angewendet werden musste. So zog sich Pat. unter vielen Consultationen bis zum Spätherbst 75 hin, wo er von Herrn Hofrath Nothnagel zur Kur hierher gesendet wurde. — Status: Schwäche der Beine, sehr leichte Ermüdbarkeit, Ataxie, Schwanken bei geschlossenen Augen, Analgesie. Blasenlähmung und Blasenkatarrh. Schwindel, Myosis, Anämie. Sehr schlechter Kräftezustand.

Unter stärkendem Regime wurde Pat. mit dem const. Strom und milder Wasserheilungsmethode behandelt. Bei neuralgischen Paroxysmen erhielt er laue Vollbäder von 25—26° R. Er blieb bis in den Winter hinein und erreichte erhebliche Besserung der Schmerzen und der Motilität. Nachdem der Kräftezustand sich zu Hause noch sehr gehoben hatte und die Kur in den nächsten Jahren hier 3mal wiederholt worden war, zeigte sich die Entzündung der Hinterstränge derartig gebessert, dass die Ataxie gänzlich geschwunden war, die Schmerzen sehr selten auftraten. Auch konnte der Harn wieder ohne Katheter gelassen werden. Pat. ging vollständig sicher, auch im Dunkeln, es war keine Spur von Motilitäts-Störung mehr zu constatiren. Er vermochte auf einem Beine frei zu stehen und das andere Bein über eine Stuhllehne zu schlagen, ohne zu wanken. — Im Anfange vor. Jahres verschied leider Pat., nachdem ich denselben $\frac{3}{4}$ Jahre nicht gesehen, an einer plötzlich auftretenden heftigen Lungenblutung. Wie ich höre, liess die Motilität bis zum letzten Tage nichts zu wünschen übrig.

3. *Polizeibeamter. 42 J. Dauer ca. 4 J. Aetiologie:* Litt 7 Jahren vor Beginn der Tabes an Schanker mit secundären Erscheinungen. Die Erkrankung begann mit Schwäche und Müdigkeit in den Beinen. Arme frei, desgl. Kopf. Später stellten sich Neuralgien ein, sowie Schwanken bei geschlossenen Augen. Als Pat., nachdem er Verschiedenes gebraucht, sich $2\frac{1}{2}$ Jahre nach Beginn der Erkrankung vorstellte, fand sich ziemlich starke Ataxie, Fehlen der Sehnenreflexe, Schmerzen in den Beinen, deutliche Analgesie, Blaseschwäche. Der Gang war sehr unsicher und wenig ausdauernd, so dass Pat. oft 2 Stöcke zum Gehen gebrauchte. Nach 2 monatlicher Kur, mit schwachen const. Strömen am Rücken, sowie milder Wasserkur (Abreibungen 20—16°, Halbbädern 22—18°) waren fast sämtliche Erscheinungen im Schwinden, die Neuralgien erheblich gebessert, desgl. die Ataxie und die Motilität. Nachdem Pat. während des Winters sich zu Hause hatte elektrisch weiter behandeln lassen, gebrauchte er im letzten Sommer eine zweite Kur dahier. Die Motilität war inzwischen noch besser geworden, sowie alle andern Erscheinungen erträglich geblieben. Nach Schluss der diesjährigen Kur war an dem Pat. nichts weiter zu constatiren, als das Fehlen der Sehnenreflexe und leichte Blaseschwäche. Er ging weite Strecken ohne Stock derartig, dass grosse Uebung dazu gehörte, noch eine Abnormität der Motilität herauszufinden. Auch im Dunkeln war der Gang ein sicherer. —

4. *Militärbeamter, hoher fünfziger. Dauer 9 Jahre. Aetiologie:* Litt 2 Mal (26 und 16 Jahre vor Beginn der Tabes) an Schanker mit Bubonen.

Vom Jahre 1870 ab empfand Pat. Gefühlslosigkeit in den Fingerspitzen, Reifgefühl um den Leib, später leichte Neuralgien der Arme und Beine. Doppeltsehen, schwacher Urinstrahl. Gang noch ganz leidlich, grobe Kraft sehr gut. Im Herbst 73 durch starke Fustouren in der Schweiz Verschlimmerung. Grosse Schwäche der Beine, Ataxie, Paraesthesien stellten sich ein, sowie Schwanken bei geschlossenen Augen. Pat. musste sich des Rollstuhles bedienen. 1874 Kur in Wildbad mit geringem Erfolg. Der Kranke konnte sich höchstens 50 Schritte weit schleppen. 1875 und 1876 Wiederholung der Kur in Wildbad mit besserem Erfolg. Pat.

kann wieder im Hochsommer des genannten Jahres eine Viertelstunde lang gehen, jedoch musste er unebene Wege vermeiden. Im Herbst dieses Jahres wurde er von Herrn Bezirksarzt Roth (Bamberg) hierher zur Nachkur gesendet. Während einer 8 wöchentlichen Kur mit kühlen Proceduren und constantem Strom besserte sich die Motilität rapid, sodass es dem Pat. ermöglicht war, einen 1700' über dem Meere liegenden benachbarten Berg auf ziemlich schlecht gehaltenem Wege zu ersteigen. — Nachdem Pat. während der letzten 3 Sommer jedesmal 6 Wochen hier verweilt, kann er, ohne im Geringsten zu ermüden, 1½ Stunden gehen. Ich finde dies in einer jetzt mir vorliegenden Nachricht noch bestätigt. Neuralgien treten selten auf, Ataxie kaum sichtbar. Kopf, Arme, Blase in Ordnung, Sehnenreflexe fehlen. —

5. Kaufmann, 40 J. Dauer 12 J. Aetiologie: 7 Jahre vor Beginn der Erkrankung Schanker, später syphilitische Rachengeschwüre *Initialerscheinungen*: Heftige Neuralgien im ganzen Körper, Blasenschwäche. Leichte Ataxie, Grobe Kraft gut.

Die Affektion erhielt sich lange in einem befriedigenden Niveau, erst nach 6 jährigem Bestand verschlechterte sich die Motilität, die Ataxie wurde stärker, Schwanken im Dunkeln trat ein. Als Pat. sich mir in Spätherbst 77 vorstellte, zeigte sich Analgesie, spinale Myosis, zuweilen heftige Neuralgien. Später ermittelte ich auch das Fehlen der Sehnenreflexe. Die Blase muss durch den Katheter entleert werden. Treppensteigen war erschwert. Geschlechtsschwäche. Patient, welcher 3 Jahre nach einander 6—8 wöchentliche Kuren (kühle Abreibungen, Halbbäder; bei heftigen Neuralgien laue Vollbäder, oder Wicklungen) dahier gebrauchte, ist jetzt mit seinem Befinden recht gut bestellt. Wenn auch eine ziemlich hochgradige Blasen- und Geschlechtsschwäche zurückblieb, so leidet derselbe doch nur sehr selten an Neuralgien, die Coordination ist kaum mehr gestört, der Gang, auch im Dunkeln, sicher. Die Ausdauer zeigt sich derartig gut, dass Pat. mir ganz kürzlich schrieb: „Meine Kräfte haben nach der letzten dortigen Kur und dem folgenden Aufenthalt im Harze derartig zugenommen, dass grössere Bergpartien mich nicht ermüden.“

6. Rechtsanwalt ca. 39 Jahre. Dauer ca. 5 Jahre. Aetiologie: Wiederholte Syphilis mit sekundärem Character. *Initialerscheinungen*: (1861—1863) Neuralgien.

Status am 11./VII. 79. starke neuralgische Erscheinungen, Taubheit der Beine, leichte Ermüdbarkeit, Ataxie, Schwanken im Dunkeln, Gang treppab unsicher, Analgesie, Fehlen der Sehnenreflexe. Blasenschwäche. Geschlechtsschwäche. Differenz des Umfangs der links- und rechtsseitigen Pupille.

Therapie: Jodkalium 1—2 gramm tägl., kühle Einwicklungen 20—16° R. bis zur stärkeren Erwärmung, mit nachfolgender kühler Abreibung (20—16°). Constante Storm. *Erfolg*: Motilität nach 10 wöchentl. Kur sehr gebessert, Gang fast normal, sicher und ausdauernd, dagegen immer noch Auftreten von lancinirenden Schmerzen.

7. Landrath, 40 J. Dauer ca. 8 J. Aetiologie: Schanker mit nachfolgenden syphilitischen Erscheinungen im Halse. *Initialerscheinungen*: Neuralgien und Schwäche der Beine.

Die Affection verlief zuerst längere Zeit ziemlich gutartig; sie hielt sich im Niveau, ohne dass irgend eine eingreifende Kur vorgenommen wurde. Nach und nach aber trat leichte Ataxie der Beine, Blasenschwäche, Unsicherheit im Dunkeln ein, sowie Störungen des Gefühls, welche sich auch leicht der Arme bemächtigten.

Nachdem die Analgesie sich verschlimmert hatte, desgleichen die Affektion der Blase, auch die Neuralgien erheblicher geworden waren und endlich die Motilität derartig gelitten hatte, dass Patient den Stock benutzen musste und im Dunkeln nicht allein gehen konnte, brauchte er eine Schmierkur in Verbindung mit Bädern von 31° R. Ca. 8 Wochen später hatte sich der Zustand rapid verschlechtert, Pat. war auf den Rollstuhl angewiesen, da er kaum mehr sich auf den Füßen halten konnte, die Affection hatte aufsteigend auch die Arme intensiv ergriffen, deren Bewegungen sehr erschwert waren. Nach einer Consultation des Herrn Geheime Rath Leyden wurde der Kranke von diesem mir übersendet, zu einem Versuch, ob noch eine Besserung zu erreichen sei. Doch scheiterte eine solche an den vorgeschrittenen pathologischen Veränderungen.

Wenn ich einerseits unerörtert liess, in wie weit die Syphilis bei der Genese der Tabes eine Rolle spielt, so habe ich andererseits resumierend auf Grund obiger Beobachtungen zu constatiren, dass erhebliche Besserung der Tabes in Fällen, wo die Patienten an Syphilis gelitten hatten, ohne jede antisiphilitische Behandlung möglich ist, während umgekehrt durch Schmierkur mit warmen Bädern entschiedene Verschlimmerung des Verlaufs eintrat. —

Sonneberg den 8. October 1879.

II.

Die 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Baden-Baden.

(Fortsetzung.)

IV. Professor Dr. Schiff (Florenz): *Ueber Metallotherapie.*

Nachdem Schiff die bekannten Erscheinungen, welche bei der Metallotherapie beobachtet werden, eingehend geschildert hatte, ging er dazu über seine Versuche mitzutheilen, die von ihm angestellt waren zu dem Zwecke, dem Wesen der Wirkung der Metallotherapie auf die Spur zu kommen. Bekanntlich huldigt man bis jetzt vorzugsweise der Ansicht, es handle sich um die Erregung zwar minimaler, aber immer noch messbarer electricischer Ströme, wenn auch die Thatsache, dass die Application nicht metallischer Substanzen doch dieselben Erfolge aufweisen können, wie Metalle, mit dieser Ansicht schwer oder richtiger gesagt, gar nicht in Einklang zu bringen ist. Zunächst wies nun Schiff den Irrthum dieser Voraussetzung nach, indem er zwischen das wirkende Metall und die anaesthetische Hautstelle Seide, also einen Nicht-Electricitätsleiter interponirte. Auch bei dieser Versuchsanordnung traten die bekannten Erscheinungen ein.

Schiff versuchte daher die Erklärung dieser auffallenden Erscheinungen durch die Annahme von Molekularwirkungen in den Nerven selbst, welche durch die anzulegenden Metallplatten hervorgerufen werden könnten. Er meint, dass die Annahme möglich sei, die Veränderung in den Nervenmolekulen, welche die einseitigen Lähmungen verursachten, könnten möglicherweise durch die von den Metallplättchen ausgehenden Molekularstösse ausgeglichen werden. Wenn nun diese Annahme richtig ist, so konnte man erwarten, die

selben oder ihnen ähnliche Wirkungen auf mechanische Weise zu erreichen, wenn man z. B. durch Erregung von Tonschwingungen Molekularveränderungen in den Nerven hervorzubringen im Stande wäre. Schiff konstruirte eine Anzahl sinnreicher Herrichtungen, um unendlich viele periodische Schwingungen in einer Zeiteinheit hervorbringen zu können, so in dem einen Falle 28,000 Schwingungen an Holzstäben in einer Minute. Eine ähnliche Wirkung auf die unempfindlich gewesenen Körpertheile, wie nach Berührung mit Gold oder Zinnplatten trat ein und schien jene theoretische Annahme von den Molekularveränderungen in den Nerven zu bestätigen. Allein der Vortragende hütete sich sehr wohl, diese Bestätigung der Hypothese durch eine Thatsache schon als einen Beweis für die Richtigkeit der Hypothese an sich auszugeben. Vielmehr verblieb er bei der rein hypothetischen Erklärung, die er selber wohl als eine *kühne* hinstellte, deren weitere experimentelle Begründung er jedoch den Forschern empfehlen könne.

V. Dr. **Soltmann** (Breslau): *Ueber die Reflexerregbarkeit sensibler Nerven bei Neugeborenen.*

Nach **Bezold** bewirkt jede Erregung sensibler Nerven bei curarisirten Thieren bedeutende Steigerung des Blutdruckes und Verlangsamung der Herzthätigkeit. **Soltmann** curarisirt die Versuchsthiere ganz schwach, schneidet die Nn. ischiadici durch und reizt mit intermittirenden Strömen unter Anwendung aller für solche Experimente gebotenen Cautele. Bei Hunden bis zu 5 Monaten findet selbst bei Anwendung sehr starker Ströme keinerlei Blutdrucksteigerung statt — bis dahin also die Reflexerregbarkeit sensibler Nerven, mindestens sehr gering ist. Von diesem Zeitpunkte ab steigert sich sehr rasch die Blutdruckzunahme bei Reizung sensibler Nerven während aber die analoge Wirkung auf das Herz ausbleibt; letzteres desshalb weil nach **Soltmann's** früheren Versuchen die Nn. Vagi bei Neugeborenen nicht so functioniren wie bei Erwachsenen. Die daran geknüpften Reflexionen über die auf sensibler Nervenreizung beruhenden Reflexkrämpfe bei Kindern in einem gewissen Alter und die grössere Gefahr solcher Convulsionen, weil die die Blutdrucksteigerung bei Erwachsenen begleitende Pulsverlangsamung fehlt, müssen wir der Prüfung der Praktiker überlassen.

VI. Prof. **Senator** (Berlin): *Zur Pathologie der Tabes dorsalis.*

Eine für die Pathologie der Tabes ausserordentlich wichtige experimentelle Arbeit wurde von **Senator** in ihren Resultaten folgendermassen praecisirt:

1. Bei Kaninchen und Hunden liegt das Centrum für den Achillessehnenreflex im Lendentheile des Rückenmarks und zwar zwischen dem 5. und 6. Lendenwirbel. Durchschneidung des Rückenmarks an dieser Stelle hebt den Reflex vollständig auf.

2. Durchschneidung nur der Hinterstränge des Rückenmarks in derselben Höhe ist ohne jeden Einfluss auf Eintritt des Phänomens.

3. Durchtrennung der Vorderhörner in demselben Niveau ist *beinahe* ohne Einfluss;

4. Nur durch die Durchschneidung der äussern Theile der Seitenstränge wiederum in der Höhe zwischen 5. und 6. Lendenwirbel wird der Achillessehnenreflex aufgehoben, das Centrum ist also daselbst zu suchen.

Weder der Vortragende noch sonst ein Glied der Versammlung unternahm es die Widersprüche zwischen den anatomischen Befunden bei der Tabes und diesen experimentellen Resultaten zu lösen.

VII. Dr. **Filehne**: *Ueber experimentell erzeugten Morbus Basedow.*

Filehne suchte die verschiedenen Meinungen über den Grund der Basedow'schen Krankheit auf experimentellem Wege einem endlichen Abschluss näher zu bringen. Seiner Auffassung nach handelt es sich bei der Affection um Erscheinungen von Lähmung, welche sich durch Verletzungen bestimmter Theile der Medulla oblongata künstlich erzeugen lassen. Selten gelingt es bei diesen Versuchen alle drei klassischen Symptome der Basedow gleichzeitig experimentell zu construiren, gewöhnlich kommen nur je zwei in verschiedener Combination zur Entwicklung. Nur einmal gelang es durch eine ziemlich ausgedehnte galvanocaustische Zerstörung der Corpora restiformia die bekannten 3 Symptome gleichzeitig aufzutreten zu sehen. Am Leichtesten gelingt es die Herzsymptome zu produciren. Dass es sich hierbei um ein Symptom von Lähmung handelt, wird durch die vollständig ohne Einwirkung verlaufende Durchschneidung des Vagus in der Continuität bewiesen. Der Exophthalmus — bedingt durch Erweiterung der Orbitalgefässe — und die parallelen ophthalmoscopischen Befunde kommen auch ziemlich leicht zur Beobachtung — auch dann wenn man vor der Verletzung des Centrums die Sympathicusfasern durchschnitten hat. Am schwierigsten gelingt es die Veränderungen in der Schilddrüse zur Anschauung zu bringen; vielleicht ist dies durch den anatomischen Bau der Drüse bei dem angewendeten Versuchsthiere — Kaninchen — bedingt.

VIII. Prof. **Bäumler**: *Ueber den Einfluss faradischer Ströme auf die Contraction von Blase und Magen.*

Vortragender fand bei Versuchen an Menschen, bei welchen in die mit Wasser gefüllte Harnblase (eventuell Magen) die Elektroden eingelegt worden, dass selbst starke faradische Ströme den Inhalt der Organe nicht auspressen konnten — ein Resultat, was man auch aus allgemein-physiologischen Erwägungen erwarten konnte.

Referent erwähnt hier nur für die Leser dieser Zeitschrift, dass in der hieran sich anschliessenden ziemlich animirten Diskussion, besonders v. Ziemssen sehr interessante Mittheilungen (welche theilweise schon publicirt sind) über die verschiedene Reaction einzelner Theile des Magens bei Hunden auf galvanische und faradische Ströme machte, während Kussmaul die faradische Behandlung des Ma-

gens (theilweise mit Einführen einer electr. Sonde in den Magen — oder auch, wie mehr in neuerer Zeit von ihm geübt, Anlegen beider Pole aussen) bei sogenannter nervöser Dyspepsie eine grosse Lobrede hielt, indem er dabei vor Allem die prompte Regulirung der Stühle hervorhob, sich aber entschieden dagegen verwahrte, als suche er die Erklärung dieser therapeutischen Resultate in einer Annahme directer Reizung der musculösen Elementen des Magens. Vielmehr erinnert er an die direct zu beobachtenden Contractionen der Bauchmuskeln und die gewisse Reizung der zahlreichen im Leibe vertheilten nervösen Organe.

IX. Prof. Bäuml er: *Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta.*

Der von B ä u m l e r mitgetheilte Fall ist durch die Schwierigkeit interessant, welche er einer genaueren differentiellen Diagnose bot. Neben den bereits bekannten klassischen Symptomen, Verlust resp. Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit, Erhaltung resp. Steigerung der Sensibilität, Freibleiben von Blase und Mastdarm fanden sich noch Neuralgien in verschiedenen Nervengebieten und constante Druckempfindlichkeit eines Rückenwirbels, sodass zu Lebzeiten die Diagnose auf Raumbeschränkung im Wirbelkanal gestellt wurde. Aetiologisch konnte nur eine einmalige bedeutende Muskelanstrengung verwerthet werden. Der Tod war bedingt durch Lähmung der Rumpfmuskulatur, Dilatation des Herzens und Lungenödem. Die Section ergab nichts als die bekannten Veränderungen der grauen Substanz.

X. Dr. Ehrenhaus: (Berlin): *Ein Fall von infantiler Paralyse.*

Unter heftigen Allgemeinerscheinungen, hochgradiger Somnolenz erkrankte ein 2½ jähriges Kind; am 3. Tage bemerkte die Mutter erschwerte Bewegungen des rechten Armes; weitere 3 Tage später nach Ablauf der Allgemeinsymptome wird linksseitige Facialislähmung und rechtsseitige Armlähmung, besonders des Oberarms constatirt. Die faradische Erregbarkeit der Armmuskeln ist vollständig aufgehoben, während die linke Gesichtshälfte auf den Strom reagirt. Die Sensibilität ist intakt; an den rechten Fingern wird eine leichte Contractur beobachtet. Während die Facialisparalyse 3 Wochen nach ihrer Entstehung ohne jede Behandlung vollständig gehoben ist, gelingt es erst nach längerer galvanischer und gymnastischer Behandlung die rechte Oberextremität beinahe wieder zur Norm zurück zu bringen.

Während die faradische Prüfung (deren Schwierigkeit bei Kindern Seeligmüller besonders betont, und zu deren Ueberwindung er Chloroform vorschlägt) über die spinale Natur der Oberarmparalyse keinen Zweifel lässt, spricht die Facialislähmung und die Contractur der Finger (im Gegensatz zu der mehr spinalen Natur von Contractur an den untern Extremitäten) für eine Erkrankung des Gehirns. Dem entsprechend hält H e n o c h den Fall für eine Complication spinaler Kinderlähmung mit einem acuten encephalitischen Process.

XI. Dr. **Seeligmüller** (Halle): *Ueber 3 Fälle von Ataxia hereditaria.*

Friedreich hat ursprünglich 9 Fälle beobachtet, welche sich auf 3 Familien vertheilen. Während die gewöhnliche Tabes ursprünglich erst im reiferen Alter zur Beobachtung kommt traten hier schon die ersten Symptome zur Zeit der Pubertät auf und nimmt dann die Krankheit auch einen entschieden langwierigeren Verlauf; es finden sich bei der in Rede stehenden Affektion ferner Erscheinungen, welche Friedreich als Ataxie der Sprache bezeichnet und weiterhin Nystagmus. Sensibilitätsstörungen, Lähmungen und Contracturen fehlen.

Die von S. beobachteten Fälle fallen in einer Familie, in der die Eltern nahe verwandt sind, die Mutter ziemlich schwer, der Vater leichter neuropathisch belastet sind. Genau untersucht sind nur die beiden ältern Brüder (28 und 26 J. alt) während über die 20 jährige Schwester nur anamnestiche Daten zu erhalten waren. Der jüngere der beiden Brüder entsinnt sich genau zuerst im 12. Lebensjahre die ersten Spuren seines Leidens bemerkt zu haben; während er im 9. Lebensjahre noch gut mit Stelzen über einen schmalen Steg gehen oder auf seinem Pony reiten konnte, war er im 12. Jahre dazu unfähig. Jetzt bietet er deutliche Symptome von Ataxie dar. Der jetzt bestehende Nystagmus, welcher durch die sehr unregelmässigen Bewegungen der Augäpfel sich von dem gewöhnlichen unterscheidet, ist erst seit 4 Jahren aufgetreten. Es bestehen bei ihm keine Sensibilitätsstörungen, keine Contracturen, Atrophien, Lähmungen (er kann noch meilenweit gehen) im Gegensatz zur gewöhnlichen Tabes, welche bei so langem Bestehen gewiss schon andere consecutive Symptome gezeigt hätte. Die Friedreich'sche Ataxie der Sprache fehlt, doch spricht der ältere Bruder etwas durcheinander, überhaspelt sich leicht. Möglicherweise könnte sich das ja noch im Laufe der Zeit ausbilden, wie ja doch auch der Nystagmus erst später zur Entwicklung gekommen ist. Bei den Kranken Seeligmüller's sind die Sehnenreflexe erhalten, von den 9 Kranken Friedreich's wurden nur zwei darauf untersucht und hier fehlten sie. — Einige von den Patienten Friedreich's hatten leichte cerebrale Symptome wie Schwindel, hysterische Convulsionen; bei dem jüngern Falle Seeligmüller's findet sich wohl durch Onanie bedingte Vergesslichkeit, Hang zur Träumerei, conträre Sexualempfindung; bei dem älteren war hochgradige Vergesslichkeit, woran übrigens auch der Vater leidet. — In den Beobachtungen Fr.'s finden sich Blase und Mastdarm frei (in einem Falle übrigens nichts vollständig); die Kranken S.'s leiden an Dysurie, welche bei dem Jüngern übrigens ganz gut auf die Onanie, bei dem Älteren auf starke Debauchen in venere zurückgeführt werden können. Nach S. haben wir es hier wiederum mit den Folgen der Inzucht besonders bei neuropathisch belasteten Eltern zu thun.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

271) Prof. H. Nothnagel (Jena): Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten.

(Berlin, A. Hirschwald. 1879. Preis M. 14.)

Das neue Werk Nothnagel's ist ein stattlicher Band mit 626 Seiten. Der Verfasser, welcher durch seine physiologischen ebenso wie seine pathologischen Studien über das Gehirn als Fachmann bekannt und berühmt ist, hat den Versuch unternommen, auf Grundlage der klinischen Erfahrung die Symptomatologie der einzelnen, verschieden lokalisirten Heerde im Gehirn aufzubauen. Er geht dabei allein von der Beobachtung am Krankenbett und Leichentisch aus, vermeidet streng jede physiologische Erörterung, jede Vergleichung zwischen den Resultaten physiologischer und pathologischer Forschung. Gewiss ist dies ein Akt der Resignation, denn ohne diese Beschränkung würde die Darstellung sicherlich belebter und unterhaltender geworden sein. Der Verfasser verurtheilt sich selbst zu einer gewissen Trockenheit, da er sich damit begnügt, Krankengeschichten zu vergleichen und zu kritisiren. Jedoch der Weg des Verfassers ist der einzige, der zu wissenschaftlich sicheren, in der Klinik verwendbaren Resultaten führt. Die Klinik muss auf eigenen Füßen stehen und die cerebrale Localdiagnostik muss ihre thatsächlichen Grundlagen aus der Beobachtung am Krankenbett entnehmen. Uebrigens hat Verf. sich für eine spätere Arbeit vorbehalten, die Physiologie des Gehirns mit Bezug auf die Localisirung der Functionen abzuhandeln, die Resultate der experimentalen Forschung mit den Thatsachen der Pathologie zu vergleichen, letztere durch erstere zu beleuchten, bezugsweise umgekehrt die physiologischen Ergebnisse an der Hand der „durch die Natur am Menschen angestellten Experimente“ zu prüfen. Dass gerade bei der cerebralen Localisation das Gefühl des Lesers nach physiologischen Anknüpfungen verlangt und sich durch die rein klinische Darstellung nicht ganz befriedigt fühlt, hat wohl darin seinen Grund, dass die Localisation zunächst mehr den Theoretiker, den Physiologen, als den Arzt interessirt. Es lässt sich doch die Vorstellung nicht ganz verdrängen, dass die Beobachtung am Krankenbett vorwiegend practische, Heil-Zwecke habe. Die Frage aber, wo sitzt der Herd im Hirn, erweckt nur ein sehr geringes praktisches Interesse, scheint somit für die Klinik nicht in erster Reihe zu stehen.

Was nun das vom Verf. benutzte Material angeht, so sind erstens nur Fälle mit Sectionsbefund verwendet und von diesen wieder nur solche, welche im strengen Sinne eine Herderkrankung darstellen. Ueber die Grundsätze, nach welchen bei der Auswahl der Krankenbeobachtungen verfahren werden muss, hat Verf. sich bereits früher (Deutsches Arch. für klin. Med. XIX., Dez. 1876.) aus-

gesprochen, wir verweisen daher auf diesen Aufsatz. Wenn man die Menge der Arbeit, welche in dem Buche steckt, beurtheilen will, muss man nicht nur das überaus grosse literarische Material, welches zur Lösung der Probleme herbeigezogen ist, ins Auge fassen, sondern auch das vielleicht ebenso grosse, welches die Vorarbeit des Verf. als unbrauchbar entfernt hat.

Bei der Bearbeitung verfährt nun der Verf. folgendermassen. Der 1. und Haupt-Theil überschrieben „spezielle Symptomatologie“, ist nach den Theilen des Hirns in Abschnitte getheilt: Cerebellum, Pons etc. Auch die Basis Cranii ist, obwohl sie streng genommen nur extracerebrale Affectionen aufweist, in den Kreis der Besprechung gezogen. Zunächst werden in jedem Abschnitt die einschlagenden Beobachtungen besprochen und verglichen, und zwar getrennt, je nachdem sie Ausfallsherde betreffen d. h. volle Geltung haben, oder fernwirkende Affectionen, frische Blutungen, Tumoren etc., darstellen d. h. nur mit grosser Vorsicht und accessorisch verwendet werden dürfen. Die festgestellten Thatsachen werden in der „Analyse der Beobachtungen“ gruppirt und wird aus ihnen ein einheitliches Bild gestaltet. Schliesslich wird in den „diagnostischen Sätzen“ das facit der ganzen Betrachtung gezogen und sozusagen in Scheidemünze ausgegeben. Betreffs der Besprechung der einzelnen Fälle ist hervorzuheben, dass der Verf. nie nach statistischer Schablone verfährt, dass er die Beobachtungen wägt und nicht zählt. Ausser den fremden Fällen zielt eine stattliche Reihe eigener Beobachtungen das Buch.

In dem 2., kürzeren Theile, überschrieben „Ueberblick über die Herdsymptome“, werden die letzteren nach ihrem lokaldiagnostischen Werth einzeln besprochen und dabei eingetheilt in „Ausfallsymptome“, „Hemmungserscheinungen“ und „Reizungserscheinungen“. —

Die Natur des Gegenstandes macht es unmöglich, in einem Referate in Einzelheiten einzugehen. Wir können nur auf das dringlichste zum Studium des Werkes auffordern; für jeden der sich mit der Lehre von den Hirnkrankheiten befasst, wird es unentbehrlich sein. Dass ein einzelnes Kapitel der Diagnostik ein so stattliches Buch erfordern kann, zeigt, welch ein Koloss die medicinische Wissenschaft geworden ist. —

Die Hirschwald'sche Buchhandlung ist der Verleger: Druck und Papier sind gut, Druckfehler reichlich, ein Register fehlt.

M ö b i u s (Leipzig).

272) **Mohr**: Beitrag zur Frage der Semidecussation im Chiasma n. optic.

(Gräfe's Archiv für Ophth. XXV. 1. p. 57.)

Verf. constatirte bei einem Patienten im Laufe eines halben Jahres allmähliche Abnahme der Sehschärfe des linken Auges, unter

den anfänglichen Erscheinungen der venösen Stase, und späteren Uebergang in Atrophie der pap. n. optic., und zwar war linksseitige Hemianopsie vorhanden für Licht und Farbeindrücke. Psychische Alteration, Stumpfsinn, Klagen über dumpfen Kopfschmerz der Stirngegend, später Verblödung. Zittern in der rechten oberen und unteren Extremität, zuweilen in allgemeine Schüttel-Krämpfe ausgehend. Tod unter den Erscheinungen der hypostat. Pneumonie. Sectionsergebniss: Der Boden des 3. Ventrikels ist gehoben und verdünnt, durch eine Cyste, die sich nach dem thalam. opt. sin. erstreckt, über eine 2. kleineren Cyste lagert und nach vorn und unten an einen wallnussgrossen Tumor angrenzt. Dieser liegt am Türkensattel und hat das Chiasma und den linken Opticus stark abgeplattet. Die art. carotis sin. läuft durch den äussern Theil des Tumors. Gehirnschubstanz und oberer Theil des Markes sehr weich. Seiner Natur nach gehört der Tumor zu den plexiformen- resp. Angiosarcomen. Der linke tractus war gleichermaassen degenerirt. Das Chiasma selbst ist normal. Die Leitung der die mediane Netzhauthälfte versorgenden Fasern des linken Auges und die *temporale* Hälfte der Netzhaut des *rechten* Auges konnten also in diesem Falle *nur* durch die noch erhaltenen Fasern des *rechten* tractus besorgt werden. N i e d e n (Bochum).

273) **Gudden:** Ueber die Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nerv. optic.

(Gräfe's Archiv für Ophth. XXV. 1. p. 1—56.)

Verf. tritt in stark gegen Michel, den Hauptvertreter der Totalkreuzung der Nervenfasern im Chiasma, polemirender Weise für seine Behauptung ein, dass eine Partialkreuzung beim Menschen, Hunde und Kaninchen statthabe und zwar, dass das gekreuzte Bündel grösser ist als das ungekreuzte.

G. stützt sich auf Untersuchungen an 3 menschlichen Chiasmen und Tractus, von denen das eine Präparat von einem 85 jährigen Mann stammt, der seit seiner frühesten Kindheit auf der rechten Seite durch Phthis. bulbi erblindet war. Die mikroskop. Untersuchung ergab, dass die erhaltenen Nervenfasern sich gleichmässig über die ganze Oberfläche des Querschnittes vertheilten. Beim 2. Fall bestand Phthisis. bulbi sin. und totale Atrophie des linken Sehnerven bei einem 30 jährigen Manne. Bei jedem dieser Präparate wurden beide tractus verkleinert gefunden. Zur Massbestimmung wurden die in Kal. bichrom. erhärteten Präparate mikrotomirt, gewässert und in Glycerin eingeschlossen und photographirt; die Photographien in 6 facher Vergrösserung dann durchgebaust, die Bausen auf Zinnfolien übertragen, ausgeschnitten und auf einer chemischen Wage gewogen. Das Verhältniss der Gewichte dieser Zinnfolien zu dem Gewicht eines Stückes Zinnfolie von bekannter Grösse z. B. eines □ Decim., ergab dann die Grösse der Nerven resp. Tractus-Abschnitte. Beim 1. Präparat war das Verhältniss der Gewichte resp. des Flächen-Inhalts:

Normal. n. opt. und Gegenttractus 1 : 0,74
 Atroph. " " " " " 1 : 1,50.

Das 2. Präparat ergab:

Normal. n. opt. und Gegenttractus 1 : 0,69
 Atroph. " " " " " 1 : 2,22.

Das *ungekreuzte Bündel* ist beim Menschen verhältnissmässig grösser, als das beim Hunde und der Katze. Bei Kaninchen, bei dem Verf. bis dahin vollkommene Kreuzung angenommen, fand er ein kleines Bündelchen ungekreuzter Sehnervenfasern. Ein 3. Präparat von einer weitvorgeschrrittenen Atrophie des linksseitigen tractus optic. herbeigeführt durch eine Apoplexie des corp. genicul. und thalamus vor vielen Jahren, in Folge deren linksseitigen Parese und Sprachstörungen eingetreten waren, ergab die Masse:

Normal. tract. opt. und Gegenttractus 1 : 1,20
 Atroph. " " " " " 1 : 1,62.

Die Frage, ob ein bestimmtes Verhältniss des Grades der Sehnervenkreuzung zum Grade der Trennung des Gesichtsfeldes obwaltet, ob man sich zur Lehre von der organisch bedingten oder der anerzogenen Identität der Netzhäute bekenne, muss noch eine offene bleiben.

N i e d e n (Bochum).

274) **H. Bennet**: Behandlung der Epilepsie.

(Brit. Med. Journ. June 7, 1879 in Cincinnati Lancet and Clinic Aug. 30.)

B. veröffentlicht die Analyse von 100 Fällen von Epilepsie, welche er mit folgender Formel behandelt hatte: Recp. Kalii bromati gr. XX, Ammonii bromati gr. X, Spirit. Ammonii aromati ʒʒ, Aquae ʒi. Mf. haustus ter in die sumendus. Die erste Gabe wird Morgens beim Verlassen des Bettes, die zweite um Mittag auf nüchternen Magen, die dritte kurz vor dem Einschlafen gegeben. Steigern sich im Verlaufe von 14 Tagen die Anfälle, so werden die Gaben bis selbst zu 60—90 Gran 3 Mal täglich erhöht. War von den ersten Dosen eine gute Wirkung gesehen worden, so wurde die Mischung ein paar Monate fortgegeben; Bromexanthem und ein mässiger Grad von Schwäche contraindicirten den Weitergebrauch nicht. Nach Verlauf von 2—3 Monaten wurde die Gabe je nach den Umständen vermindert, die Minimaldosis aber so lange fortgesetzt, bis eine wesentliche Veränderung in der Zahl und der Stärke der Anfälle eingetreten war; eine solche Veränderung zum Bessern wurde in allen 100 Fällen, mit Ausnahmen von 1—2 constatirt, wobei häufig auch der Allgemeinzustand sich besserte, immer vorausgesetzt, dass die oben angeführte Mischung lange genug gebraucht worden war. In 62,5% der Fälle war keine Nebenwirkung der Bromide bei längerem Gebrauche derselben zu bemerken; ein Kranker starb während dieser Cur, ob aber in Folge derselben, war nicht zu bestimmen.

H i n z e (St. Petersburg.)

275) **Drosnes**: Ein Fall von *Lyssa humana*.

(Wratschebnija Wedomosti (ärztliche Zeitung) 1879. Nr. 372).

Der gut ernährte 21 jährige Kranke ist von einem kleinen Hunde im Vorüberlaufen in das rechte obere Augenlid gebissen worden; er konnte unter dem Eindrucke der Angst nicht angeben, unter welchen Bedingungen der kleine Hund ihm die Wunde hatte beibringen können. Dieselbe blutete 1½ Stunden später, als D. sie untersuchte, nicht mehr und bot folgende Besonderheiten dar. Einen halben Zoll oberhalb der rechten Augenbraune, nicht weit vom rechten innern Augenwinkel zog sich fast bis zum freien Rande des Lides eine, wie eine scharfe Schnittwunde aussehende Verletzung, welche oberhalb flach, in der Mitte tiefer, am freien Rande aber das Lied in 2 Hälften, eine kleinere innere, und eine grössere äussere spaltete. Die Spalte mass 4—5““, doch wurde durch die ungleichmässige Zusammenziehung des orbicularis palpebrarum die obere Wundlippe nach oben gezogen, während die untere herabhing. Das Aussehen der Wunde war ein derartiges, dass man im Hinblick auf ihre scharfen Rändern an der Wahrhaftigkeit der Aussage des Kranken zweifeln musste. In Anbetracht des Ortes der Verletzung und des Umstandes, dass das Wuthgift wahrscheinlich bereits aufgesogen sei, vereinigte D. nach vorhergehender Reinigung die Wundränder mit Heftpflaster. Diese Wunde zeigte aber trotz ihrer Unbedeutendheit im Verlaufe fast eines Monats durchaus keine Tendenz zum heilen, erst nach 6 Wochen bildete sich eine sehr zarte und schwache Narbe. Während dieser ganzen Zeit brauchte der Kranke alle möglichen, von Aerzten und Nichtärzten vorgeschlagenen Mittel und war hinsichtlich seiner Zukunft vollständig beruhigt, da traten in der 8. Woche nach der Verletzung die Symptome der *Lyssa* ein, welcher der Kranke nach Verlauf von 2 Tagen erlag; mit dem Ausbruch der Krankheit öffnete sich die Wunde wieder.

Aus dieser Beobachtung zieht D. den Schluss, dass die Wunden im Gesichte lebensgefährlicher seien und eine Mortalität von mehr als 90% setzen (?); interessant sei dabei, dass bei der Geringfügigkeit der Wunde, resp. der consecutiven Blutung das Gift aus der Verletzung nicht hat weggespült werden können und dass die Wunde sich mit dem Ausbruche der Wuthkrankheit wieder eröffnete.

Hinze (St. Petersburg).

276) **Kowalewsky**: Bericht über die psychiatrische Abtheilung des Charkower Gouvernementslandschaftshospitales.

(Wratschebnija Wedomosti (Aerztliche Zeitung) Nro. 367 u. 368.)

Es wurden im Verlaufe des Jahres 1878 in dieser Abtheilung 454 Kranke (310 Männer und 144 Weiber) verpflegt; aus dem Vorjahre hinterblieben 75 Männer und 42 Weiber, neu aufgenommen wurden 337 Kranke, 235 Männer und 102 Weiber, entlassen wurden 284, 195 Männer und 89 Weiber, hinterblieben 1879 170, 115 Männer und 55 Weiber; gegen 1877 (378 Kranke) war ein plus von 76.

Nro. 20. Centralbl. f. Nervenhalk., Psychiatrie u. gerichtl. Psychopathologie. 30*

Nach den *Formen* vertheilt sich die Kranken folgendermassen:

	Rest 1877.		Zugang 1878.		Entlassen.				Tod.				Summa.		Rest 1879	
	M.	W.	M.	W.	Gegenes.		Gebessert.		Ungebessert.		M.	W.	M.	W.	M.	W.
					M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Melancholia																
Passiva . . .	13	2	52	23	27	10	9	3	1	2	3	1	65	25	25	9
Activa . . .	6	1	18	14	9	4	3	3	—	—	—	1	24	15	12	7
Mania																
Tobsucht . . .	6	4	14	10	8	5	2	2	—	1	4	2	20	14	6	4
Wahnsinn . . .	1	—	3	2	—	2	1	—	—	—	—	—	4	2	3	—
Dementia																
Verwirrtheit . . .	16	26	34	19	—	1	2	2	14	11	4	5	50	45	29	26
Blödsinn . . .	3	1	11	8	—	—	—	—	6	6	2	—	14	9	6	3
Idiotismus . . .	9	1	5	2	—	—	—	—	6	3	—	—	14	3	8	—
Paralysis																
progressiva . . .	8	3	21	8	—	—	3	1	8	3	4	4	29	11	14	3
Alcoholismus																
Delir. tremens . . .	4	—	39	8	39	8	1	—	—	—	—	—	43	8	3	—
Chronicus . . .	1	—	7	2	5	—	1	—	1	—	1	—	8	2	—	2
Epilepsia																
psychica . . .	8	4	22	5	17	6	3	1	—	1	2	1	30	9	8	—
Unbestimmte Formen . . .	—	—	9	1	4	—	—	—	1	—	3	—	9	1	1	1
Summa . . .	75	42	235	102	110	36	25	12	37	27	23	14	310	144	115	55

Es ist ganz interessant, zu wissen, auf wie viel gesunde Einwohner des Charkowischen Gouvernemente ein Geisteskranker kommt. Im Jahre 1877 war das Verhältniss wie 1 : 5082, für Charkow allein = 1 : 540, für das Gouvernemente = 1 : 10760. Diese Zahlen sprechen dafür, dass die Stadt Charkow Verhältnisse aufweist, welche denen in andern civilisirten Gegenden ähneln; so kommt in der Schweiz 1 Geisteskranker auf 350, in Frankreich und England 1 auf 400, in Preussen 1 auf 450 Gesunde u. s. w.; das Gouvernemente weist nur scheinbar so günstige Verhältnisse auf, da wir bei der Berechnung nur die in der Anstalt verpflegten Kranken berücksichtigt, während uns die bedeutende Anzahl der ausserhalb der Anstalt befindlichen Kranken unbekannt blieb.

In den Kreis der Berechnung für das Jahr 1878 wurden noch die in dem Armenhause befindlichen und die meine Ambulanz besuchenden Geisteskranken gezogen. In der psychiatrischen Abtheilung befanden sich im Jahre 1878 454, im Armenhause 42, in meine Ambulanz speziell aus dem Charkow'schen Rayon kamen 46, zusammen 572.

Die Gesamtbevölkerung des Charkow'schen Gouvernements betrug im Jahre 1878 1,963,447, die der Stadt Charkow 84,105; es kommt also für das Charkow'sche Gouvernemente 1 Geisteskranker auf 3431 Gesunde; theilt man Stadt und Gouvernemente, so ist für erstere das Verhältniss wie 1 : 503, für letzteres wie 1 : 4640, was fast das 2 1/2 fache im Vergleich zu 1877 ausmacht; die Ursache hiervon liegt aber nicht in der Zunahme der Zahl der Geisteskranken, sondern in den genauern statistischen Daten, wobei wir aber wiederum bemerken müssen, dass diese Zahlen wegen des beschränkten Rayons keinen reellen Werth haben.

Hinsichtlich der *Ehe* vertheilen sich die Kranken folgendermassen:

Junggesellen und Mädchen	205 = 151 Männer,	53 Weiber.
Verheirathete	240 = 154 "	86 "
Unbekannt:	9 = 4 "	5 "
Summa	454 = 310 "	144 "

Nach den *Confessionen* waren:

Rechtgläubige	402 = 270 Männer,	132 Weiber.
Katholiken	24 = 22 "	2 "
Protestanten	8 = 5 "	3 "
Muhamedaner	2 = 2 "	— "
Hebräer	11 = 7 "	4 "
Unbekannt	7 = 4 "	3 "
Summa	454 = 310 "	144 "

Nach den *Ständen* waren:

Bauern	238 = 157 Männer,	81 Weiber.
Edellente	106 = 78 "	28 "
Kleinbürger	86 = 59 "	27 "
Kaufleute	12 = 9 "	3 "
Ehrenbürger	3 = 3 "	— "
Unbekannt	9 = 4 "	5 "
Summa	454 = 310 "	144 "

Die auffallend geringe Zahl der, dem Bauernstande angehörigen Geisteskranken will durchaus auf ein besonderes Anrecht gewisser Stände, z. B. des Adels, auf psychopathische Erkrankung hinweisen, sie hängt von verschiedenen Umständen ab, unter denen die wichtigsten die Zahlung für den Hospitalsaufenthalt, die weite Entfernung und die vollkommenste Unkenntniß der Erkrankung sind.

Die Gouvernementslandschaftsversammlung bestimmte, dass arme Bauern unentgeltlich in die psychiatrische Abtheilung aufgenommen werden sollen; dessenungeachtet hielt die Entrichtung einer gewissen Summe für die Aufnahme ins Hospital so Manchen von der Placirung eines Irren in die Anstalt ab; in der That wird die Familie durch einen solchen Krankheitsfall des Arbeiters, des Ernährers beraubt, und nun soll sie noch für das Hospital zahlen! Es ist natürlich Anfangs vortheilhafter, den Kranken im Hause zu behalten, an die spätern Folgen denkt natürlich Niemand.

Hierzu kommt noch der Umstand, dass die Initial-Stadien der Geisteskrankheiten in den Dörfern gewöhnlich für Simulationen gehalten und nicht einer ärztlichen, sondern einer correctionellen Behandlung unterworfen werden. Die Landschaftsärzte haben in der Regel keine Ahnung von den in ihrem Bezirke vorhandenen Irren und erfahren erst etwas von ihnen, wenn von ihnen irgend ein Verbrechen begangen worden ist.

Meiner Ansicht nach müsste die gewöhnliche Verpflegung der Geisteskranken eine unentgeltliche sein, die ausserordentlichen Anforderungen aber nur nach Massgabe des Bedürfnisses und der Vermögensverhältnisse des betreffenden Kranken berücksichtigt werden. Nur auf diesem Wege kann das gemeinsame Uebel, die Anwesenheit von Geisteskranken in den Gemeinden, gehoben werden.

Infectiöse und acute Krankheiten

a) Typhus	16	7	=	23
b) Wechselfieber	5	4	=	9
c) Dysenterie	5	—	=	5
d) Rheumatismus	4	1	=	5
e) Pleuritis	1	—	=	1
Onanismus und Masturbation	3	2	=	5
Schwangerschaft	—	4	=	4
Geburt	—	7	=	7
Periode des Stillens	—	2	=	2
Unregelmässigkeit der Menstruation	—	4	=	4

Ich richtete bei der Forschung der ätiologischen Momente bei meinen Kranken ein besonderes Augenmerk auf die Trunksucht der Eltern; hier ergab sich Folgendes:

	M.	W.	
Der Vater trank	78	39	= 117
Die Mutter trank	55	22	= 77
Vater und Mutter tranken	18	5	= 23
Die Brüder tranken	24	8	= 32
Die Schwestern tranken	6	3	= 9

Recidive wurden beobachtet:

	M.	W.	
1 Mal	212	82	= 300
2 "	58	32	= 90
3 "	15	8	= 23
4 "	6	3	= 9
5 "	5	3	= 8
6 "	3	2	= 5
7 "	1	—	= 1
8 "	4	—	= 4

} Delirium tremens potatorum.

Dem Alter nach rangirten

Von	5	Jahren	M.	W.	
			2	—	= 2
"	10—	15 "	1	1	= 2
"	15—	20 "	25	15	= 40
"	20—	25 "	55	28	= 81
"	25—	30 "	57	26	= 83
"	30—	35 "	40	24	= 64
"	35—	40 "	52	19	= 71
"	40—	45 "	32	8	= 40
"	45—	50 "	17	6	= 23
"	50—	55 "	6	4	= 10
"	55—	60 "	6	3	= 9
"	60—	65 "	5	1	= 6
"	65—	70 "	3	1	= 4
"	70—	75 "	3	1	= 4
"	75—	80 "	1	—	= 1
"	80—	90 "	1	—	= 1
"	100—	105 "	—	1	= 1
Unbekannt			4	8	= 12
			310	144	454

Hallucinationen wurden beobachtet von Seiten des

	M.	W.	
Gesichtes . . .	95	36	= 131
Gehörs . . .	125	42	= 167
Geruchs . . .	4	1	= 5
Geschmacks .	5	2	= 7
Tastgefühls .	31	7	= 38
Allgemeingefühls	10	5	= 15

Mich interessirte bei diesen statistischen Untersuchungen das Verhältniss des Alters zum Ausgange der Krankheit, ob ersteres irgend wie den Krankheitsverlauf beeinflusse oder nicht. Eine besondere Wichtigkeit kann ich den von mir gewonnenen geringen Zahlen nicht beilegen, diese können aber, wenn sie sich mehren, doch in der Folge eine gewisse Bedeutung erlangen. Hierbei können nur die primären Formen der Psychopathien, die passive und active Melancholie und die Tobsucht in Betracht kommen.

Melancholia passiva

	Genesen.		Gebessert.		Ungebessert.		Tod.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Von 15—20 Jahren	8	3	—	—	—	—	—	—
" 20—25 "	6	3	4	2	—	—	2	—
" 25—30 "	8	1	1	—	—	—	1	1
" 30—35 "	2	1	3	1	—	2	—	—
" 35—40 "	2	2	1	—	—	—	—	—
" 40—50 "	1	—	—	—	1	—	—	—

Melancholia activa

	Genesen.		Gebessert.		Ungebessert.		Tod.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Von 20—25 Jahren	3	2	1	1	—	—	—	—
" 25—30 "	4	1	2	1	—	—	—	—
" 30—35 "	2	1	—	—	—	—	—	1
" 35—40 "	—	—	—	1	—	—	—	—

Mania

	Genesen.		Gebessert.		Ungebessert.		Tod.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Von 15—20 Jahren	—	2	—	—	—	—	—	—
" 20—25 "	3	1	—	—	—	—	—	—
" 25—30 "	4	2	—	—	—	—	3	2
" 30—35 "	1	—	—	2	—	1	1	—
" 55—60 "	—	—	1	—	—	—	—	—
" 60—65 "	—	—	1	—	—	—	—	—

(Referent vermisst mit Bedauern Angaben über die Dauer des Irreseins vor dem Eintritte in die Anstalt, über die Zeit des Aufenthaltes in der Anstalt bei den Geheilten und das Verhältniss dieser Periode zur allgemeinen Dauer der Krankheit.)

Hinze (St. Petersburg).

III. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königsutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, Volontairarzt, 600 M., fr. Station. Nur Preussen zugelassen. 3) Klingenmünster (Pfalz) Hülfarzt, 1000 Mark, freie Station. 4) Grafenberg, Volontairarzt, 600 M., fr. Station. 5) Allenberg, Volontairarzt. 6) Heidelberg (psych. Klinik), Assistenzarzt 900 M., fr. Station. 7) Stephansfeld, III. Assistenzarzt, 900 M., fr. Station. 8) Bois de Cery (Lausanne), II. Arzt u. stellvertretender Director, 2—3000 Frs., möblirte Familienwohnung. 9) Eichberg (Rheingau), III. Hülfarzt, 1. December, 900 M., fr. Station. 10) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., fr. Station. 11) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) II. Volontairarzt, 600—1200 M. fr. Station. 12) Görlitz (Privat-Anstalt), Assistenz- und Volontairarzt 13) Dalldorf (Berlin), Assistenzarzt, 31. October, 1500 M., fr. Station. 14) Die Kreisphysicate: Bomst (Posen) Bublitz (Cöslin), Dortmund (Arnsberg), Erkelenz (Aachen), Flensburg (Schlesswig), Gardlegen (Magdeburg), Hoyerswerda (Liegnitz), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegnitz), Malmedy (Aachen), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Quersfurt (Merseburg), Rees-Wesel (Düsseldorf), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), West-Sernberg (ebendas.), Wehlau (Königsberg), Warendorf (Münster), Wandsbeck-Storman (Schleswig) 15) Reg.-Medicinalrath-Stelle in Sigmaringen. 16) Bendorf, (Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt) vergl. Inserat in der heut. Nro.

Auszeichnungen. Der Kreisphysicus San.-Rath Dr. Heyland in Guben zum Geheimen San.-Rath. Der Kreisphysicus Dr. Beyer in Lübben zum Sanitätsrath. Kreisphysicus San.-Rath Dr. Brockmann in Clausthal erhielt den Rothen Adler-Orden III. Classe.

Ernannt. Dr. Bohde in Stade zum Physikus des Stader Marschkreises. Dr. Wiedemann in Seehausen zum Physikus in Ruppia. Kreisphysikus Dr. Wiedner in gleicher Eigenschaft nach Creuzburg versetzt. Dr. Peretti, Assistenzarzt in Andernach (prov. Irrenanstalt) zum II. Arzt daselbst befördert. Dr. Schuchard zum Assistenzarzt daselbst ernannt.

IV. Anzeigen.

Verlag von Harald Bruhn Braunschweig.

Monatsblatt

für

öffentliche Gesundheitspflege.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten zum Preise von 4 Mark jährlich.

Probenummern

versendet die Verlagshandlung jeder Zeit gratis und franco.

Assistenzarzt.

Ein psychiatrisch erfahrener Assistenzarzt kann zum 1. Dezember d. J. in der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenranke zu Bendorf bei Coblenz Anstellung finden. Bei freier Station wird ein jährliches Honorar von M. 1500 gewährt. Meldungen sind unter Beifügung event. Zeugnisse an den Unterzeichneten zu richten. **Dr. Erlenmeyer.**

In der J. DALP'schen Buchhandlung (K. Schmid) in Bern ist erschienen:

Illustrierte Vierteljahresschrift für ärztliche Polytechnik.

I. Jahrgang, 1879, 200 Seiten Text mit 180 Illustrationen.

Preis Frs. 5 = Mark 4 cart. Frs. 5.60 = Mark 4.60.

Dieses Organ, welches mit dem 1. Januar 1880 seinen zweiten Jahrgang beginnen wird, ist das *sine qua non*, welches diese Seite der ärztlichen Kunst vertritt. Die heutzutage unbestrittene Herrschaft der localen Therapie über die früher übliche, rein pharmaceutische Behandlungsweise, lässt diese Zeitschrift, welche das Neueste und Wissenswertheste in Betreff ärztlicher Erfindungen an der Hand guter Illustrationen zur Anschauung bringt, für jeden wissenschaftlich gebildeten Arzt geradezu unentbehrlich erscheinen. Bei der ausserordentlich grossen Zahl von Illustrationen war es eine typographische Unmöglichkeit, den Stoff der einzelnen Hefte in wissenschaftlicher Reihenfolge zu ordnen. Um so ängstlicher musste darauf Bedacht genommen werden den Jahrgang mit einem rationell angelegten Inhaltsverzeichniss zu schliessen, vermöge dessen in der Folge unsere Zeitschrift sich zu einem Sammelweg von immer steigendem Werthe gestalten wird.

Diesem, auf die Seitenzahl weisenden Inhaltsverzeichniss ist ein alphabetisches Namenregister mit doppelter (auf Nummern und Seiten bezüglicher) Verweisung angehängt, in welchem Namen der ärztlichen von denen der technischen Erfinder durch veränderte Schrift unterschieden sind.

Von vielen geachteten Zeitschriften: Berl. klinische Wochenschrift, Schmidt's Jahrbücher, allgem. med. Centralzeitung u. s. w. ist bereits auf dieses Unternehmen aufmerksam gemacht worden.

Vermöge des überaus billig gestellten Preises ist die Zeitschrift Jedermann zugänglich.

In 12 eleg. geb. Halbranzbänden à 7 Mk.
In Calico à 6 Mk. 50 Pf.

Erscheint in 180 Lieferungen à 50 Pfg.

• 6. Auflage mit zahlreichen Karten und Illustrationen •

MEYERS

Universal-Conversations-Lexikon.
ist das vollständigste, beste und billigste Werk dieser Art.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1 $\frac{1}{2}$ Bogen Stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
80 Pfg. für die durchgehende Feitzelle oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

1. November 1879.

Nro. 21.

INHALT.

I. ORIGINALIEN. Dr. Reinhard (Königsutter): Ueber das Saliviren bei Geisteskranken.

II. REFERATE. 277) E. Lucas: Historisch-kritische und experimentelle Untersuchungen über die arterielle Gehirncirculation. 278) Ch. Féré: Ueber die Beziehungen des sich entwickelnden Gehirnes zum Schädel. 279) W. R. Gowers: Cases of cerebral tumour illustrating diagnosis and localisation. 280) F. Brissaud: Fait pour servir à l'histoire de la dégénération de la peduncle cérébrale. 281) Thomas Smith: A case of bullet-wound of the anterior lobes of the brain. 282) Prof. Herm. Munk: Ueber die Physiologie der Schaphäre der Gehirnrinde. 283) W. R. Gowers: A manual and atlas of medical Ophthalmoskopie. 284) Prof. Maschka (Prag): Gutachten über den Geisteszustand des, des versuchten Meuchelmordes Angeklagten Franz Z.

III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 285) Aus der Provinz Sachsen. 286 und 287) Aus Berlin.

IV. NEUESTE LITERATUR. V. PERSONALIEN. VI. ANZEIGEN.

I. Originalien.

Ueber das Saliviren bei Geisteskranken.

Von Dr. REINHARD in Königsutter.

Wenn ich diesem Gegenstande hiermit einige Betrachtungen widme, so geschieht dies nicht, weil ich ihm eine hohe Bedeutung beimesse, sondern weil er mir immerhin etwas mehr Interesse zu verdienen scheint, als er bisher erfahren hat. Wenigstens konnte ich in der Literatur bis jetzt nur an sehr wenigen Stellen eine ganz kurze Erwähnung desselben finden; meist beschränkte sich letztere auf die blosse Notirung der Salivation als untergeordnetes Symptom in dieser oder jener Krankheitsgeschichte.

Und doch wird Jeder, der sich schon einige Jahre mit Geisteskranken beschäftigt, zugeben, dass das Saliviren unter denselben nicht sogar selten ist. Häufig ist dieses Krankheitssymptom bei 5, 6 Procent der Anstaltsbewohner nachzuweisen. Doch wäre es verkehrt, dasselbe unter einen Gesichtspunkt zu bringen, vielmehr zerfällt

die Zahl der Salivirenden je nach dem ursächlichen Moment in drei Gruppen, wobei die Salivation in Folge von Mund- oder Rachenaffectionen, oder von Quecksilbergebrauch natürlich ganz ausser Betracht gelassen wird.

Der *ersten* Gruppe gehören hochgradige blödsinnige Kranke mit lähmungsartiger Schwäche an, ferner Paralytiker.

In der *zweiten* befinden sich Kranke mit Vergiftungswahn und heftiger Nahrungsverweigerung.

In der *dritten* Gruppe, welche das grösste Contingent liefert, finden sich Geistesstörungen (primäre und secundäre) mit Reizzuständen im Gebiet des Sympathicus, die wohl ohne Ausnahme vom Genitalapparat ausgehen dürften.

Bei allen drei Gruppen kann die Salivation die verschiedensten Grade erreichen, stets wird sie sowohl für die Umgebung wie für die Kranken selbst ein unangenehmes, ja oft höchst lästiges Symptom bilden, das in manchen Fällen auch wohl nicht ohne direkte Schädigung des Organismus besteht.

Beschäftigen wir uns nun zunächst mit der ersten Gruppe etwas näher, so ergibt sich schon aus der ganzen Beschaffenheit der betreffenden Kranken der richtige Anschluss über die Entstehung und Bedeutung dieses Symptoms in diesen Fällen. Wir haben es da mit geistig und körperlich sehr tiefstehenden resp. heruntergekommenen Geisteskranken zu thun, bei denen nicht nur die animalen Funktionen, sondern auch bereits die vegetativen gelitten haben, Es sind Individuen, die den untersten Stufen des Cretinismus, oder dem Ausgangsstadium des Blödsinns mit Lähmung resp. der allgemeinen Paralyse der Irren angehören. Ueberall begegnen wir da den Zuständen unvollkommener Funktionirung mit dem Charakter der Lähmung. Dahin gehören z. B.: die blauröthe Farbe und die niedrige Temperatur der Extremitäten, der kleine, monocrote, tarde Puls. Wir werden daher nicht fehl gehen, wenn wir in diesen Fällen die Salivation auf die offenbar vorhandene Vasoparalyse zurückführen, wobei die vorhandene hydrämische Blutbeschaffenheit als förderlicher Umstand nicht unberücksichtigt gelassen werden darf. Unterstützende Momente werden freilich noch darin zu suchen sein, dass einzelne dieser Kranken wegen Schwäche oder Parese der unteren Gesichtsmuskulatur, besonders der Lippenmuskeln, beständig mit offenem Munde athmen, wodurch Trockenheit der Mundschleimhaut erzeugt wird, die nun ihrerseits auf die Speichelabsonderung als Reiz wirkt. (Eine Analogie hierfür findet sich bei manchen Geistesgesunden, die im Schlafe durch den offenen Mund Athem holen). Auch kommt bei manchen dieser Kranken noch hinzu, dass sie häufig allerlei reizende Substanzen, oder harte, rauhe Gegenstände in den Mund nehmen und daran kauen oder saugen.

Nach alledem dürfen wir erwarten, dass diese Patienten einen ziemlich dünnen, wässerigen Speichel absondern, was auch in der That der Fall ist. In wiefern das beständige Ausfliessen von Speichel ihrer Verdauung zum Nachtheil gereicht, ist freilich nur zu vermuthen, darf aber bei der Prognose bezüglich der Lebensdauer wenigstens nicht ganz ausser Betracht gelassen werden.

Von einer rationellen Behandlung dieser paralytischen Salivation wird natürlich gar keine Rede sein können.

Was die zweite Gruppe betrifft, so ist hier das ursächliche Moment für die vermehrte Speichelsecretion ein ganz anderes. Hier handelt es sich um einen psychischen oder cerebralen Reizvorgang, um einen Vorgang, der mehr oder weniger unter den Begriff der „bewussten Reflexe“ fällt. Die betreffenden Kranken haben beständig die Vorstellung, dass ihnen abscheulich schmeckende, schädliche oder geradezu giftige Stoffe eingegeben werden, ja sie schmecken diese Eigenschaften ganz deutlich heraus und werden den Geschmack gar nicht wieder los, und nun vollzieht sich bei ihnen ganz das Nämliche, wie bei vielen Gesunden, wenn sie z. B. recht lebhaft an eine abscheulich schmeckende Arznei denken, oder träumen, sie hätten auf Schlehen gebissen: Die Speichelsecretion steigert sich, der Speichel läuft ihnen im Munde zusammen, sie müssen alle Augenblicke ausspucken. Befördert wird die Steigerung der Secretion natürlich durch das Bemühen dieser Kranken, die vermeintlichen Reste der giftigen Substanzen, die ihnen noch zwischen den Zähnen, in den Kieferwinkeln, in Zahnhöhlen etc. sitzen, oder den illusorischen Geschmack los zu werden. In diesem vergeblichen Bestreben wälzen sie die Zunge forcirt nach allen Richtungen im Munde umher, stochern in den Zahnlücken herum, suchen mit den Fingern energisch in allen Falten der Mundhöhle nach, wodurch schliesslich nicht unbedeutende Reizzustände der Mundschleimhaut entstehen.

Anfangs ist der Speichel bei dieser Kategorie von Kranken dünn und wässrig und scheint vorzugsweise Chorda-Speichel zu sein; wenigstens konnte ich immer nur sehr wenige Gallertklümpchen in demselben nachweisen. Diese wässrige Eigenschaft geht aber mit dem zunehmenden Reizzustand der Mundschleimhaut allmählig insofern mehr und mehr verloren, als sich der gesteigerten Secretion eine vermehrte Abstossung von Epithel der Mundschleimhaut und der kleinen Drüsenausführungsgänge hinzugesellt, wodurch das Secret bald weisslich-trüb und dickflüssiger wird. Dies findet um so stärker statt, je heftiger sich der im Gefolge von Nahrungsverweigerung nie ausbleibende Katarrh der oberen Verdauungswege gestaltet. Wenn diese Begleiterscheinungen auf ihrer Höhe angelangt sind, nimmt der Speichel oft eine purulente, rahmige Beschaffenheit an, ohne an Quantität wesentlich zu verlieren.

Es ist erstaunlich, welche Mengen von Speichel manche dieser Kranken innerhalb 24 St. ausspucken. Ich habe einige gekannt, bei denen eine Schätzung von $1\frac{1}{2}$ — 2 Liter für den genannten Zeitraum sicherlich nicht zu hoch gegriffen war. Rechnet man nun noch das Quantum Speichel hinzu, welches sie beim Füttern hinunterschlucken mussten, oder das in der kurzen Zeit des Schlafes in den Magen gelangte, so ergibt sich eine Quantität, welche die normale wohl um das dreifache übertrifft.

Bemerkenswerth ist der Umstand, dass bei manchen von diesen Kranken, wenn auch ihr Geist allmählig immer mehr verblödet, mit dem Nachlassen des Affektes und dem Ablassen der Vergiftungssillusionen, die krankhaft gesteigerte Speichelsecretion doch

nicht immer ganz in dem gleichen Masse verschwindet, sondern sich zuweilen gewohnheitsgemäss noch auf einer ziemlichen Höhe hält.

Bei den Kranken dieser Gruppe ist der üble Einfluss der Salivation auf den Organismus am ersichtlichsten und verständlichsten. Die in Folge der kärglichen und höchst widerwilligen Nahrungsaufnahme erheblich gestörte Verdauung muss offenbar noch mehr leiden, da ihr ein in dem Chemismus der Verdauung nicht unwesentliches Secret fast ganz entzogen wird. Man kann dieses Moment zum Theil freilich dadurch paralsiren, dass man derartigen Kranken nur solche Nährstoffe beibringt, welche zur völligen Verdauung des Speichels nicht bedürfen. Man würde aber damit auf der einen Seite verderben, was man auf der andern gewinnt, wenn man hierbei nicht einen bestimmten Gesichtspunkt im Auge behalten wollte. Denn bei einer fast ausschliesslich stickstoffhaltigen Nahrung würde in Folge der dadurch vermehrten Wasserausscheidung im Harn der schon durch die Salivation bedingte Säfteverlust noch bedeutend gesteigert werden. Am besten wird es daher den Anforderungen des Organismus der salivirenden Nahrungsverweigerer entsprechen, wenn bei ihnen — wie gesagt — stärkemehlhaltige Nahrungstoffe möglichst vermieden werden, in der gereichten Nahrung aber sehr viel Fett enthalten ist. Diese Bedingungen erfüllt von allen Nahrungsmitteln noch am ersten unabgerahmte Milch, sei es im süssen oder im sauren Zustande, die daher nicht genug empfohlen werden kann. Natürlich unterstützt man diese Diät wesentlich, wenn man ausserdem den betreffenden Kranken häufig Wasser zu trinken gibt.

Um die Pilz- und Fermentbildung in den Verdauungswegen zu verhüten oder doch zu beschränken wird man neben der lokalen Behandlung der Mund- und Rachenhöhle in Form von öfterem Reinigen derselben mittelst Salicylsäurelösung ganz zweckmässig Kalichloricum innerlich geben, was am einfachsten in der Milch oder im Trinkwasser gereicht wird. Daneben wird die Anwendung leichter Adstringentien wie Decoct. cort. Querc. oder schwache Tanninlösung auf die Mundschleimhaut am Platze sein. Oft gelingt es mit dieser Behandlung die Salivation zu verringern. Symptomatisch kann man auch subcutane Morphininjektionen versuchen, um damit den psychischen resp. cerebralen Reiz, der die Nahrungsverweigerung und Salivation unterhält, zu mildern. Doch darf man nicht zu geringe Dosen wählen, auch empfiehlt sich ein geringer Zusatz von Atropin zu der Morphinlösung. Uebrigens habe ich bei den meisten hierher gehörigen Fällen auf die Dauer keinen Erfolg vom Morphin gesehen, auch vertragen es diese Kranken sehr bald schlecht.

Ich gehe nun zur Besprechung der dritten Gruppe von salivirenden Geisteskranken über. Dass dieselbe das grösste Contingent liefert, habe ich bereits oben bemerkt, und zwar bilden innerhalb desselben die weiblichen Kranken bei Weitem die Mehrzahl.

Während nun aber die Beschaffenheit des Speichels bei den vorhergehenden Gruppen im Allgemeinen als wässrig zu bezeichnen war, finden wir dagegen hier durchweg einen mehr glasigen zähen Speichel, dessen Menge auch nie die bedeutende Höhe erreicht, wie sie

zuweilen in der zweiten Gruppe vorkommt. Immerhin werden auch von diesen Kranken zu gewissen Zeiten ganz beträchtliche Quantitäten von Speichel abgesondert. Die Farbe desselben ist Anfangs fast wasserhell, nimmt aber bei längerem Bestehen der gesteigerten Secretion eine geringe weissliche Trübung an, die von der stärkeren Beimischung von Drüsenelementen herrührt. Auch findet man bei der näheren Untersuchung stets reichliche Gallertklümpchen in dem Secret, welche die zähere Beschaffenheit desselben hinreichend erklären. Mit einem Worte, es handelt sich in diesen Fällen um eine nicht unbeträchtliche relative wie absolute Vermehrung des sogenannten Sympathikusspeichels.

Dies weist auf einen Reizzustand im Gebiet des Hals sympathikus hin, und es fragt sich nun, ob die betreffenden Kranken vielleicht noch andere Anzeichen eines solchen darbieten. Dies ist in der That der Fall! Fast ohne Ausnahme haben sie weite Pupillen, die sich auf Lichteinfall nur widerstrebend contrahiren, und zwar steht diese Mydriasis meist im Verhältniss zur Stärke der Salivation. Wenn letztere sich, wie es bei dieser Art von Kranken in vielen Fällen geschieht, periodisch steigert, so kann man hierbei gewöhnlich auch eine Zunahme der Mydriasis constatiren; ausserdem verräth sich dann häufig eine Betheiligung des Herzsymphathikus an dem Reizzustande, auch pflegt der Puls dabei etwas kleiner und gespannter zu werden.

Bei der Untersuchung über den Ausgangspunkt und Grund dieser bald mehr bald weniger in- und extensiven Sympathikusreizung gelangt man zu übereinstimmenden Resultaten. Sämmtliche Kranke dieser Gruppe leiden an Genitalreiz. Die meisten treiben Masturbation. Bei den wenigen männlichen Geisteskranken, welche in diese Gruppe gehören, ist dies die einzige nachweisbare Ursache für den Reizzustand im sympathischen Nerven-System. Je nachdem sie diesem Laster zeitweilig schwächer oder stärker fröhnen, pflegen auch die Erscheinungen im Gebiet des Sympathikus, speziell die Salivation, mehr oder weniger hervor zu treten. Das Nämliche gilt von den betreffenden weiblichen Kranken. Bei diesen machen sich aber neben dem central bedingten Genitalreiz, der zur Masturbation führt, auch noch periphere Reizzustände im Genitalsystem geltend, die theils mit physiologischen Vorgängen auf diesem Gebiete zusammenhängen, theils auf pathologischen Veränderungen beruhen.

In ersterer Beziehung hat bereits v. Krafft-Ebing in seiner Arbeit, Untersuchungen über das Irresein zur Zeit der Menstruation“ (Archiv. für Psychiatrie Bd. VIII, Heft 1) mehreren Orts das Auftreten von Salivation um die Zeit der Periode kurz erwähnt, ohne sich über die Natur etc. dieses Symptoms auszusprechen. Ich kann seine einschlägigen Beobachtungen auf Grund meiner eignen Erfahrungen bestätigen. So weit ich übrigens nach meinen Beobachtungen urtheilen muss, handelt es sich auch bei diesen Kranken meistens um Masturbirende. In diesem Falle pflegt auch in den Intervallen zwischen den Menstruationen schon etwas Salivation zu bestehen. Jedenfalls steigern sich dann zur Zeit der Menses beide

Symptome sehr. Nur in Ausnahmefällen kommt es auch vor, dass sich die Salivation erst beim Eintritt der Menstruation und ohne vorausgegangene Masturbation einstellt. Uebrigens fand ich, dass, wenn die Menstruation Salivation hervorrief oder die bereits bestehende verstärkte, stets eine nicht unbedeutende Erregung (häufig unter der Form der Nymphomanie) nebenherging. Wir müssen uns den ganzen Hergang in diesen Fällen wahrscheinlich so deuten, dass sowohl das Wachsen des Graaf'schen Follikels wie auch das Platzen desselben im Verein mit dem stärkeren Turgor in den inneren Genitalien in intensiverer und ausgebreiteterer Weise, wie sonst, als Reiz auf das sympathische Nerven-System wirkt. Natürlich setzt dies eine grössere Labilität des Nerven-Systems voraus, die denn auch in der That stets vorhanden sein dürfte, da es sich bei diesen Kranken mehr oder weniger um von Haus aus zu Nerven- und Geisteskrankheiten stark disponirte Individuen zu handeln pflegt.

Was den Rest der zur dritten Gruppe gehörigen weiblichen Kranken betrifft, so besteht derselbe fast nur aus Fällen von Puerperal- resp. Laktationsalienation, in welchen deutliche pathologische Veränderungen am Genitalapparat bestehen. Hier findet man dann meistens Erosionen am Muttermunde, geringe Hypertrophie und Knickung der Cervicalportion, die Erscheinungen subacuter oder chronischer Metritis, sowie partiellen oder ausgedehnten Scheidencatarrh. Bei diesen Kranken scheint der dadurch unterhaltene Reiz oft so intensiv werden zu können, dass sie beständig an und in den Geschlechtstheilen manipuliren. Oft liegen diese Kranken dabei wie in Exstase da, lächeln übergücklich, recitiren schlüpfrige Verse; die Pupillen sind enorm weit, die Augen glänzen, der Puls ist beschleunigt und gespannt, das Gesicht eher etwas blass als geröthet, die Salivation geht mit der Zu- oder Abnahme dieser Symptome fast immer Hand in Hand. In prognostischer Beziehung ist der Salivation bei allen Kranken der dritten Gruppe eine weniger ungünstige Bedeutung zu messen als bei denjenigen der vorigen, weil Appetit und Verdauung nur selten gestört zu sein pflegen, und nur hier und da vorübergehend Nahrungsverweigerung eintritt. Immerhin wird auch hier eine stärkere Salivation auf die Dauer nicht ganz ohne schädlichen Einfluss auf Verdauung, Assimilation und Stoffwechsel bleiben können. Ihre Wirkungen werden um so nachhaltiger empfunden werden, je höher der schwächende Einfluss, sei es der Masturbation, sei es der pathologischen Veränderungen an den Genitalien, oder beider zusammen, sich beläuft.

Bei dieser Categorie von Salivirenden hat die Therapie die meiste Aussicht auf Erfolg. Abgesehen von gehöriger Beaufsichtigung und Beschäftigung dieser Kranken zur Verhütung resp. Beschränkung der Masturbation, kann man mit Erfolg Mittel anwenden, welche den central oder peripher bedingten Reizzustand im Genitalapparat und damit im Gebiete des Sympathikus herab zu setzen vermögen. Morphium, mit oder ohne Atropinzusatz, subcutan angewandt hilft in manchen Fällen ganz gut, besonders bei dem anscheinend nur central bedingten Reizzustand.

Bei vielen Fällen, in welchen die Salivation mit menstrualer

Erregung zusammenhing oder durch dieselbe gesteigert wurde, half Bromkalium in hohen Dosen (bis zu 6,0 pro die). Daneben habe ich die Anwendung von Campher, subcutan, versucht und einigemale erfolgreich gesehen, während mich die subcutane Morphininjektion in diesen Zuständen fast immer im Stiche liess. Beide Mittel, besonders das erstere, habe ich auch bei Puerperal- und Laktationsalienationen, in denen Salivation vorhanden war, angewandt. Daneben nützt aber hier, wo nur selten pathologische Veränderungen im Genitalapparat vermisst werden, am allermeisten eine rationelle lokale Behandlung. Was speziell die Mittel zur Irrigation der Scheide betrifft, so gebe ich für meine Person Ausspülungen mit 2%iger Carbolsäurelösung vor allen andern den Vorzug. Unter dieser Behandlung lässt die Salivation bald nach. Ich will diese Skizze nicht schliessen, ohne noch bemerkt zu haben, dass sich der Typus dieser drei Gruppen von salivirenden Geisteskranken nicht immer ganz rein durchführen lässt, da es in seltenen Fällen vorkommen kann, dass zu den Bedingungen, welche in der ersten und dritten Gruppe der Salivation zu Grunde liegen, vorübergehend auch noch die in der zweiten Gruppe massgebenden Faktoren treten. Andere Modificationen habe ich nie beobachtet. Für die erste Gruppe gehört selbst diese Möglichkeit zu den grössten Ausnahmen.

II. Referate.

277) **E. Lucas:** Historisch-kritische und experimentelle Untersuchungen über die arterielle Gehirncirculation.

(These de Paris 1879.)

Nach einer eingehenden Besprechung besonders der älteren einschlägigen Literatur, theilt Verf. seine eigenen Versuche mit. Er bediente sich mit Vorliebe der Injection einer alcoholischen Lösung von feinem Siegelack (gelegentlich auch einer Lösung von Asphalt in Benzin). Seine Resultate bestätigen in den meisten Punkten die Angaben von **Duret**, hingegen gelang es ihm immer, wenn die Injection vollständig ausgefallen war, sehr beträchtliche Anastomosen der Arterien innerhalb der Pia mater nachzuweisen. Ausser einem Maschenwerk feinsten arterieller Anastomosen konnte er häufig auch relativ grosse Gefässe mit einem Durchmesser von mehr als $\frac{1}{4}$ Mm. direct ineinander übergehen sehen; die beiden hübschen Zeichnungen, welche der Arbeit beiliegen, geben ein deutliches Bild dieser Verhältnisse.

Obersteiner (Wien).

278) **Ch. Féré:** Ueber die Beziehungen des sich entwickelnden Gehirnes zum Schädel.

(Revue d'Anthropologie 1779. 4. Heft.)

Der Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, die topographischen Beziehungen der Grosshirnwindungen zu den späteren Schädelnähten beim Foetus und beim Kinde zu studiren. Er beschränkte

sich dabei auf den Sulcus Rolandoi, die Fissura parieto-occipitalis und die Sylvische Furche. Ohne in die Einzelheiten seiner Resultate einzugehen, und Zahlen mitzutheilen, mögen hier nur folgende Thatsachen kurz Erwähnung finden.

Auch beim Foetus ist die Rolandoische Furche, sobald sie sich eben erkennen lässt, ihrer ganzen Länge nach, hinter der Sutura coronalis gelegen. Die Sylvische Furche liegt beim Foetus relativ hoch, und senkt sich, je mehr man sich dem ausgewachsenen Gehirn nähert, nach und nach herab; die Parieto-occipitalfurche hingegen findet man in den Entwicklungsstadien verhältnässig sehr weit vor der Lambdanäht. Aus diesen beiden letztgenannten Punkten ergibt sich also der Schluss, dass beim Foetus und beim Kinde die Occipito-temporalgegend auf Kosten des Parietallappens mächtiger entwickelt ist.

Beim Erwachsenen bleiben die Beziehungen der Hirnwindungen zu den Schädelnähten in den verschiedenen Altersstufen die gleichen.

Obersteiner (Wien).

279) **W. R. Gowers:** Cases of cerebral tumour illustrating diagnosis and localisation.

(The Lancet 1879 März.)

In der Einleitung zur Mittheilung der Fälle bemerkt Verf. dass die Wirkung einer Geschwulst sowohl eine directe, sei es lähmende, sei es reizende sein könne als auch eine indirecte, indem entweder durch Zerstörung irgend eines Theiles eine Hemmung für andere Bezirke ausfallen könne und hierdurch eine directe Reizung vorgetäuscht, oder die Hemmungsfuction einer Partie so angeregt werden, dass Lähmungserscheinungen zu Tage treten.

Der erste Fall betraf eine 32 jährige Frau, welche seit 3 Monaten vor der Aufnahme (26 VIII.78.) an epileptischen Anfällen litt, wozu sich allmählich zunehmender Stumpfsinn gesellte. Pat. war schlaflos, liess Urin und Stuhl unter sich; zeigte Schlingbeschwerden, Schwäche der Beine, doppelseitige Neuritis optica, Abweichen der Zunge nach links. Im weiteren Verlaufe nahm Unruhe und Verwirrtheit zu, es traten häufige Anfälle von Coma, später Wechsel von Coma und Unruhe auf; der linke Arm wurde paretisch, die linke Hand völlig gelähmt, die Sensibilität dieser Theile war herabgesetzt, die der linken Cornea erloschen.

Am 25. IX. erlag Pat. einer Pneumonie. Die Section ergab ein Gliom in der weissen Substanz des rechten Frontallappens, ca. $\frac{2}{3}$ seiner vorderen Hälfte einnehmend ohne scharfe Abgrenzung. Die Rinde war nicht von der Geschwulst ergriffen, jedoch über dem vorderen Theil der obern Frontalwindung mit den Häuten verklebt. Ausserdem fand sich noch eine kleine maulbeerförmige Geschwulst nach aussen vom linken Streifenhügel, und eine erweichte Stelle an der innern Seite des Schläfenlappens neben dem Tractus opticus.

II. Fall: Ein verheiratheter Mann, dessen Bruder epileptisch, war bis Februar 1878 völlig gesund gewesen. Eines Morgens hatte er plötzlich eine Lichterscheinung mit Schwindel. Von da an bekam er täglich leichte Anfälle. Dieselben begannen mit Schmerzen

im Nacken, welche sich dann über den Kopf und die Augen ausbreiteten; der Boden schien sich, wenn er ging, mehr und mehr zu nähern bis plötzlich auch das Sehvermögen verschwand, auf kurze Zeit; Pat. konnte dann nur geradeaus sehen; die Kopfschmerzen steigerten sich bis zu hohem Grade. In den letzten Tagen vor Eintritt in Behandlung begannen die Anfälle mit Flimmern vor den Augen. Unter Behandlung mit Bromkali und Belladonna cessirten die Anfälle 3 Monate lang. Pat. erlitt aber einen Fall aus dem Bett, nach welchem heftige Kopfschmerzen hauptsächlich rechterseits, Veränderung des Benehmens, Sprachstörung und Sinnestäuschungen auftraten; dann folgte 2tägiges Coma und Tod.

Bei der Section fand sich im Gehirn ein Sarcom, welches die erste und zweite Occipitalwindung, einen Theil des Gyrus angularis den obern und untern Parietallappen, den Zwickel und Vorzwickel rechterseits einnahm.

In angefügten Bemerkungen macht Verf. auf den ganz einer idiopathischen Epilepsie gleichen Charakter der Anfälle, den Erfolg der Behandlung, das Fehlen einer Neuritis optica aufmerksam, sowie auf das Zusammentreffen der Sehstörungen mit der Erkrankung des Gyrus angularis, in welchem Ferrier bei Affen die Localisation der Gesichtsempfindung fand.

III. Fall. Ein 24 jähriger Polizeimann, der seit einem Monate über Unwohlsein geklagt hatte, fand nachdem er einige Tage lang der Sonnengluth hatte sich aussetzen müssen, am 30. VII. 78, Aufnahme wegen heftigen Kopfschmerzen und geistigen Stupors. Ausserdem hatte er eine rechtsseitige Abducenslähmung, allgemeine Schwäche der Glieder u. beiderseitige Neuritis optica mässigen Grades. Im weiteren Verlauf trat vollständige Taubheit ein, ferner Incontinentia urinae. Pat. fieberte, der Urin enthielt Eiweiss; es stellte sich ein halbcomatöser Zustand ein, die rechte Gesichtshälfte wurde paralytisch, die Temperatur bewegte sich in den letzten 2 Wochen zwischen 38,8° und 40° C. und stieg am Tage des Todes (8. IX. 78) auf 41,1°. Der Befund am Gehirn war: Ein sarcomatöser Tumor zwischen den hinteren Theilen der Thalami optici und den Vierhügeln, von unregelmässiger Gestalt von ca. 1½" im queren und ¾" im Längsdurchmesser, mit einem 1½" langen und bis ½" dicken Fortsatz über das Tentorium cerebelli. Von den Vierhügeln war der vordere linke ganz, der rechte an seiner innern Seite in die Geschwulst aufgegangen, der rechte hintere normal, der linke erweicht. Ausserdem waren auch die oberflächlichen Züge der Hirnschenkel ergriffen, besonders links am Gehörnerven war keine Läsion zu entdecken.

Verf. bemerkt, dass nach der Anamnese an eine Meningitis der Convexität gedacht werden musste, dass wohl die Neuritis optica den Character, wie bei Meningitis gehabt habe, die übrigen Symptome aber für eine Localerkrankung gesprochen hätten. Die Taubheit könnte vielleicht durch die Läsion der oberflächlichen Hirnschenkelfasern erklärt werden, wenn nämlich hier die Acustici verliefen. In Fall 2 & 3 sind je 2 Illustrationen beigelegt.

Karrer (Erlangen).

280) **F. Brissaud**: Faits pour servir à l'histoire de la dégénération secondaire dans le pedoncule cérébral.

(Progrès. med. 1879. Nro. 40. und 41).

Charcot hat die Ansicht ausgesprochen, das zwischen dem vorderen Segment der capsula interna und der unteren Schichte der Hirnschenkel ein Nervenfasernzug bestehe, der bei irgend einer Erkrankung jener secundär degenerire. Dieser Fasernzug sei nicht in der Pyramidenbahn gelegen, sondern verlaufe im Hirnschenkel im inneren Rande desselben und es setze sich eine secundäre Erkrankung desselben niemals in die Med. oblongata, resp. Medulla spinalis fort, wie dies bei secundärer Degeneration der Pyramidenbahn der Fall sei. Verf. bezeichnet jenen Fasernzug als „*innere Peduncularbahn*“, welcher sowohl ganz als auch nur in seinem inneren oder äusseren Theil bei Erkrankung des vorderen Segments der caps. int. von secundärer Degeneration befallen werden könne. Diese ist entweder isolirt oder mit Erkrankung der Pyramidenbahn combinirt und könne man in den Fällen, wo die beiden erkrankten Stellen durch gesunde weisse Substanz getrennt sind, auch *getrennte* Läsionen der inneren Capsel constatiren.

Die bei Hemiplegie vorkommende Facialis- und Zungenlähmung lässt er von Erkrankung dieser „*inneren Peduncularbahn*“ abhängig sein, weil in den Fällen, wo nach dem Verschwinden der Hemiplegie an den Extremitäten Aphasie, Facialis-Zungenlähmung zurückgeblieben war, sich nur eine secundäre Degeneration unmittelbar neben der Pyramidenbahn nachweisen liess. Die caps. int. fand sich in diesen Fällen stets in der Mitte, in der Gegend des Kniees afficirt.

Die Bezeichnung von Ferrier für die Pyramidenbahn als „*alleinige* motorische Willensbahn“ hält er nicht für gerechtfertigt, weil sie nicht alle von der Rinde zur med. oblongata gehende motorischen Nervenfasern einschliesse.

Zur Bestätigung seiner Ansicht theilt Verf. folgende 7 Fälle von secundärer Degeneration in den Gehirnschenkeln mit:

1. Jeanne Bai . . . 67 Jahre alt, litt mit dem 28. Jahre an Anfällen von Betäubung u. Schlafsucht. Im 23. Jahre stellten sich nach einem Anfall von Bewusstlosigkeit epileptische Anfälle ein, die sich alle 2 bis 3 Stunden wiederholten. In der Zwischenzeit werden Anfälle heftiger Präcordialangst mit nachfolgender Bewusstlosigkeit, die circa $\frac{1}{4}$ Stunde dauerten beobachtet. Hierzu gesellte sich rasch eintretender geistiger Verfall. *Lähmungserscheinungen* werden nicht constatirt. Die Kranke starb an einer Pneumonie. *Autopsie*. Am inneren Rande des *rechten* Hirnschenkels befindet sich ein Streifen grauer Degeneration, der den fünften Theil desselben einnimmt. Er ist kleiner und abgeplatteter als der linke. Die *rechte* Hälfte der Breite ist ebenfalls leicht zusammengedrückt. Olive und Pyramiden absolut gleich, *keine Spur von Degeneration*. — In der *rechten* Hemisphäre Erweichung im Gebiete der art. lenticul. striata, dieselbe hat den ganzen Kopf des nucl. caud. zerstört und erstreckt sich bis zum vordern und innern Ende des vorderen Segments der caps. int. Leichte Induration des Amonshornes.

2. Honorine Cap . . . 56 Jahre, erlitt im Anfange 1878 einen apoplectischen Insult, welcher 2 Stunden dauerte in Folge dessen der Mund verzogen und die Sprache gestört blieb, die übrigen paretischen Erscheinungen waren bald wieder verschwunden. Es trat Intelligenz und Gedächtnisswäche und Verlust des Orientierungsvermögens ein. Ende Mai 79 Anfall von Bewusstlosigkeit, nach welchem erhöhte Muskelschwäche zurückblieb. Am 12. Juli ein weiterer Anfall von Bewusstlosigkeit mit zeitweisem Stossen des ganzen Körpers und Verlust der Haut- und Sehnenreflexe und Schläffheit aller Extremitäten. Sie verharrte in diesem comatösen Zustand und starb am 16. Mai 79. Hemiplegische Erscheinungen waren nicht beobachtet worden. — Autopsie: Ganz frischer hämorrhagischer Herd in der *rechten* regia lenticularis optica, der die untern und innern Partien des Linsenkerns einnimmt, das hintere Segment der caps. int. in 2 gleiche Theile theilt und sich in die untere Schicht des Hirnschenkels versenkt (entspricht offenbar dem Insulte am 12 Juli). Genau in der Mitte des rechten Sehhügels befindet sich ein kleiner, ockerfabriger Herd, wahrscheinlich vom Anfall im Mai herrührend. — In der *linken* Hemisphäre im Gebiete der art. lenticulo-striata ist der Linsenkern fast total durch Erweichung zu Grunde gegangen, nur die hintere Partie ist noch erhalten. Die caps. int. in der Ausdehnung des vord. Segments total erweicht und der nucl. caud. betroffen. Der *linke* Hirnschenkel zeigt in der Nähe des inneren Randes, jedoch noch von diesem durch gesunde weisse Substanz getrennt, einen grauen bandförmigen Streifen, der nicht das mittlere Drittel derselben erreicht. Pons u. medulla oblong. nicht erkrankt. Symetrie gut. —

3. Louise Th. . . 58 Jahre alt, emphysematisch und herzleidend, wurde im 38. Jahre von einer sehr leichten linksseitigen Hemiplegie ohne *Facialisparese* befallen, die bald wieder fast ganz verschwand; es blieb nur eine Schwere und Ungeschicklichkeit und Muskelschwäche dieser Seite zurück. 1871 Bewusstseinsverlust, und daran anschliessend Verfolgungsideen. Unter Zunahme der Herzaffection starb die Kranke am 22. Juli. *Autopsie*. In der *rechten* Hemisphäre ein alter hämorrhagischer (ockerfarbiger) Herd zwischen der äusseren Capsel und putamen. In der inneren Capsel an der Vereinigungsstelle des zweiten vorderen Drittels mit dem hintern Drittel des hintern Segments ein kleiner grauer Flecken secundärer Degeneration. Im *rechten* Hirnschenkel secundäre Degeneration der Pyramidenbahn, jedoch wenig ausgebreitet. Leichte Atrophie der *rechten* vorderen Pyramide. — In der *linken* Hemisphäre zwei kleine Erweichungsherde, die vor dem vord. Segement der caps. int. liegen, da wo die Fasern vom centr. ov. Vieussenii nach der caps. int. hinziehen. In der Capsel keine Läsion. In dem linken Hirnschenkel am inneren Rande desselben jedoch durch ein Streifen weisser Substanz getrennt, ein schmaler Streifen grauer Degeneration.

4. Fr. Fourn . . . 55 Jahre. Sie erlitt 1872 leichte linksseitige Hemiplegie ohne Sprachstörung. 1875 rechtseitige Hemiplegie ohne Bewusstseinsstörung mit geringer Aphasie. Es blieb leichte

rechtsseitige Facialisparese zurück. 1876 constatirte man Contractur der linken oberen Extremität und Steifigkeit in der linken untern. Sensibilität intact. Gedächtnisschwäche. Anfang Mai 79 Klagen über Betäubtsein, am 5. verlor sie das Bewusstsein, Drehung des Kopfes und der Augen nach links, erweiterte Pupillen, keine Convulsionen, erschwerte Respiration, coma, heftiger Schweiß. Tod am 6. Mai *Autopsie*: linke Hemisphäre weich, schlaff scheinbar hypertrophirt. Die untere Partie des Frontallappens ist erweicht wie angefressen, mit Blut infiltrirt, verschont die oberen drei Viertel der Frontalwindungen. Die Meningen sind adhärennd. Der ganze Lob. parieto-sphenoidalis ist erweicht. Ein Blutgerinsel verstopft die art. foss. sylv. bis zur cerebral. ant. Die Partien des centr. ovale sind zerstört. Sehhügel u. der Kopf des nucl. caud. u. das hintere Segment der caps. int. sind intact, das vordere ist gelb gefärbt. Im Knie der Capsel ein gelber Herd. Motorische Region intact. Der linke Gehirnschenkel zeigt an der Vereinigung der ersten mit dem 2. inneren Viertel geringe secundäre Degeneration. — In der rechten Hemisphäre, gerade über dem Thal. opt., der selbst intact ist, befindet sich ein Erweichungsherd der den nucl. caud. durchschneidet u. dessen zurückgebogenes Ende zerstört hat. Kleinere Erweichungen auch im übrigen Theil desselben. Das hintere Segment der caps. interna ist in seiner vord. Partie erkrankt. Das äussere Segment des Linsenkern ist durch einen kleinen Erweichungsherd eingenommen u. die mittlere Partie des hinteren Segments der caps. int. zeigt gelbe Verfärbung. Der rechte Hirnschenkel zeigt in der Pyramidenbahn secundäre Degeneration. Gewöhnliche Atrophie der rechten vorderen Pyramide, links nicht. —

5. Fall von Linksseitiger Hemiplegie mit secundären Contracturen. — *Autopsie* Secundäre Degeneration der vord. Pyramide der rechten Seite, sie ist reducirt auf die Hälfte der gewöhnlichen Dimensionen. Im rechten Hirnschenkel secundäre Degeneration der Pyramidenbahn. Nicht weit vom innern Rand, u. getrennt von der vorhergehenden, da wo sich das erste innere Viertel mit dem zweiten vereinigt, befindet sich ein schmaler Streifen secundärer Degeneration. Aber im Linsenkern und Sehhügel der rechten Seite, im Ausbreitungsgebiet der Fasern des Hirnschenkels, die mit dem Knie in Verbindung stehen und im Linsenkern endigen, liegt ein Erweichungsherd, der das vord. Segment der caps. int. berührt und in den Streifenhügel geht. Ein zweiter ockerfarbiger Herd ganz unabhängig von dem ersten liegt im hinteren und mittleren Theil der capsula interna, u. verliert sich im Sehhügel. — Links Alles normal.

6. Frau N a u c t litt an linksseitiger Parese mit Facialislähmung. Die *Autopsie* ergab 2 kleine Erweichungsherde unmittelbar hinter dem Knie der rechten caps. int. Im rechten Hirnschenkel in der Vereinigung des innern Drittel mit dem mittleren ein Streifen grauer Degeneration.

7. Fr. R. . . , seit 4 Jahren rechtseitig hemiplegisch mit Aphasie und secundären Contracturen und abgeschwächter Intelligenz, starb an neptrit. interstit. *Autopsie*. Rechte Hemisphäre gesund wiegt 480 gr. linke nur 270, linke art. comm. post. fadenförmig u.

obliterirt, ebenso die cerebral. art. vom Ursprung bis zum Abgang der art. comm. post. Die ant. foss. sylvii zeigt mehrfach Obliterationen. Mehr als die Hälfte der linken Grosshirnwindungen ist geschrumpft, fächerig, erweicht und von gelblicher Farbe. Die Rinde ist bis auf gelbe Platten verdünnt, Corp. striat. u. Thalam. opt. bis auf seine hintere Hälfte breiig erweicht. Die caps. int. war im hinteren Drittel erhalten. Der linke Hirnschenkel ist kleiner als der rechte. Die untere Fläche ist mit Ausnahme seiner äusseren Partie in grau verfärbt.

Halbey (Bendorf).

281) **Thomas Smith**: A case of bullet-wound of the anterior lobes of the brain.

(The Lancet 1879. 3. Mai.)

Ein 35 jähriger Mann hatte sich bei einem Selbstmordversuche eine kleine Pistolenkugel quer durch den Schädel von der rechten zur linken Schläfe gejagt. Die Kugel war unter der Haut der linken Schläfe stecken geblieben. Blutverlust aus der Wunde, wie aus der Nase, Blutung in den Rachen, sehr starke Sugillation der ganzen Stirngegend und der Augenlider, Austritt von Hirnsubstanz aus der Wunde liessen die Annahme begründen, dass einestheils der Boden der vorderen Schädelgrube vielfach verletzt, wie auch die anliegende Hirnsubstanz zerstört worden war. Mit einer Sonde gelangte Verf. völlig quer durch den Schädel, ohne auf Hindernisse zu stossen.

Der Verlauf war ein äusserst günstiger. Erbrechen trat nur unmittelbar nach der Verletzung auf, vom dritten Tage an floss keine Hirnsubstanz mehr aus dem Wundkanal, die Blutung aber dauerte noch mehrere Tage an, die Sputa waren noch bis zum 17. Tage blutig gefärbt. Die Temperatur erhob sich nur einmal einige Zehntel über die Norm, die Pulsfrequenz schwankte zwischen 60 bis 78. Hirnpulsation war an beiden Seiten bemerkbar. Das Bewusstsein blieb erhalten, in der ersten Zeit war Pat. öfters Nachts unruhig und blieb nicht zu Bette, späterhin war der Schlaf nicht gestört. Am auffälligsten war übergrosse Reizbarkeit, die sich etlichemale bis zu Gewaltthätigkeit gegen seine Umgebung steigerte und erst nach Verlauf eines Monats ruhigem und freundlichem Wesen Platz machte. Einigemale äusserte Pat. Wahnideen; hielt sich z. B. für sehr reich; einmal (am 11. Tage) war er nicht im Stande, auf einen von ihm gefertigten Brief die Adresse zu schreiben. Motorische Symptome fehlten vollständig. Von Seite der Sinnesorgane wurde Schwerhörigkeit, sowie Geruchstörung beobachtet, ferner Sehnervenatrophie und Amaurose rechterseits, beginnende Atrophie links. Mit Eintritt der Genesung hatte sich letztere völlig gehoben, die Amaurose rechts beträchtlich gebessert, auch die Geruchstörung war geringer geworden. Die Reconvalescenz war schon nach einem Monat eingetreten. (Eine Angabe über die gesammte Krankheitsdauer fehlt. Ref.)

Karrer (Erlangen).

282) Prof. Herm. Munk: Ueber die Physiologie der Sehsphäre der Gehirnrinde.

(Sitzung der Berliner physiol. Gesellschaft am 4. Juli 1879, Hirschberg's C. B. f. A. 1879. III. August p. 255 ff.)

Verf. referirt zuerst über die Resultate seiner ersten Untersuchungen aus den Jahren 77—78 über die Lage und Ausdehnung der Sehsphäre, die über den ganzen Hinterhauptslappen, die der Falx zugekehrte Seite des Gyrus medialis eingeschlossen, ausgebreitet gefunden wurde. Exstirpation einzelner dieser Parthien machten das Versuchsthier, Hund und Affe, allein seelenblind, d. h. das Thier hatte keine Gesichtsvorstellungen von früher mehr, seine Erinnerungsbilder der früheren Gesichtswahrnehmungen waren ausgelöscht, so dass es Nichts kennen oder erkennen konnte, was es noch sah. Wurde die ganze Parthie extirpirt, so wurde das Thier auch rindenblind d. h. die Gesichtswahrnehmungen für die einzelnen Retinalparthien wurden mit dieser Exstirpation aufgehoben, und die im ersten Falle sich rel. rasch vollziehende Restitution ging hier nur langsam und höchst unvollkommen vor sich. Zweck der jetzigen Untersuchungen war 1.) zu constatiren, ob sich durch Exstirpation der Rinde eines Hinterhauptlappens die Verbindung jeder Hemisphäre mit beiden retinae nachweisen und damit also die von G u d d e n'sche anatomische Untersuchung der unvollständigen Kreuzung der Sehnerven auch physiologisch beim Hunde sich beweisen lasse. Dazu bot die totale Exstirpation einer Sehsphäre d. h. eine solche, die die der Falx zugekehrte Rinde des Gyrus medialis und das ganze hintere Ende der Hemisphäre mitumfassten, das Mittel dar. — 7 Hunde, denen die Rinde in dieser Ausdehnung, in 3 Mm. Dicke abgeschnitten war, wurden bis 13 Wochen am Leben erhalten. Es wurde an ihnen allen gefunden, dass die äusserste laterale Parthie der retina nicht der gegenseitigen Sehsphäre angehört und zwar dass, so viel von der rechten Retina der linken Sehsphäre nicht zugehört, gerade soviel von der linken retina eben dieser Sehsphäre zugeordnet ist. Es ist also jede Retina zum grössten Theile mit der gegenseitigen Sehsphäre und nur zum kleineren Theile, nämlich mit der äussersten lateralen Parthie, mit der gleichseitigen Sehsphäre in Verbindung.

Der weitere Zweck der Untersuchungen war der, die relative Lage der lichtempfindlichen Netzhautschicht einerseits, der wahrnehmenden Rindenschicht andererseits genauer festzustellen.

Systematisch vorgenommene partielle Exstirpationen der Sehsphäre haben nun ergeben, dass jede retina mit ihrer äussersten lateralen Parthie zugeordnet ist dem äussersten lateralen Stück der gleichseitigen Sehsphäre. Der viel grössere übrige Theil der Retina gehört dem viel grösseren übrigen Theile der gegenseitigen Sehsphäre zu. Man kann sich nämlich die Retina so auf die Sehsphäre projicirt denken, dass der laterale Rand des Retinarestes dem lateralen Rande des Sehsphärenrestes, der innere Rand der retina dem medialen Rand der Sehsph., der obere Rand jener dem vorderen Rande dieser, endlich der untere Rand dort, dem hinteren Rande hier entspricht. Figuren versinnbildlichen den höchst interessanten Befund, der die Lehre der Semidecussation der Sehnerven im Chiasma der höheren

Säugethiere um ein folgeschweres Resultat bereichert und weiter noch uns gelehrt hat, dass im Verlaufe des gekreuzten Bündels des Sehnerven eine Verschiebung oder Umsetzung aller Fasern desselben der Reihe nach zu Stande kommt. Die Fasern sind also gerade so, wie sie anfangs von rechts nach links auf einander liegen, später von links nach rechts an einander gereiht.

N i e d e n (Bochum).

283) **W. R. Gowers.** M. D. F. R. C. P. A Manual and Atlas of medical Ophthalmoskopie.

London J. A. Churchill 1879. 352. pag. mit 16 chromo- und photolithographirten Tafeln.

Bekannt ist der Satz des alten Inder's Susrata: „Nur die Vereinigung der Medicin und Chirurgie bildet den vollkommenen Arzt. Dem Arzt, dem die Kenntnisse des einen dieser Zweige abgeht, gleicht einem Vogel mit nur einem Flügel.“ Dieses Dictum hat, setzen wir statt Chirurgie-Ophthalmologie, dem Verfasser obigen Werkes in seiner Folgerichtigkeit für die innere Medicin bei Abfassung seiner Arbeit vorgeschwebt. Verf. selbst ist Interner, F. R. C. P., er behandelt indess in seiner medicinischen Ophthalmoskopie das betreffende Gebiet der Augenheilkunde mit einer solchen Gründlichkeit, Klarheit und Tiefe des Verständnisses für den Werth der einen Disciplin für die andere, dass nur die eigenste, sorgfältigste Beobachtung dem Verfasser die Beschreibungen in die Feder dictirt haben kann. — Das Buch soll mehr ein Handbuch für den Schüler und Spezialisten, als ein Lehrbuch sein, und wird diesen beiden Anforderungen in vollkommener Weise gerecht. Um der ersteren zu genügen, werden die propädeutischen Capitel, die Beschreibung der normalen Verhältnisse und des ophthalmoskopischen Befundes mit grosser Ausführlichkeit, oft sogar etwas Breite, behandelt. Eine systematische Classificirung des Inhaltes der einzelnen Capitel, wie wir sie ähnlich von S ä m i s c h und G r ä f e in S ä m i s c h's Lehrbuch, durchgeführt finden, erleichtert gewiss die Uebersicht und begünstigt die Klarheit der Darstellung, wenn sie auch der Schönheit der Sprache und des Redeflusses gewissen Abbruch thun muss. Auf 112 Seiten giebt Verf. zuerst eine Darstellung der normalen und pathologischen Anatomie der Retina und des Sehnerven, nebst einer Beschreibung des ophthalm. Befundes der einzelnen Structur-Veränderungen. Er legt den Werth der ophthalm. Kenntnisse darin, dass wir durch den Augenspiegel in directer Beobachtung haben 1) die Endigung einer Arterie und den Anfang eines Venenohres, nebst der Circulation des Blutes in demselben 2) das Ende eines Nerven, der in Folge seiner nahen Beziehungen zum Gehirn, und noch aus andern Gründen, ganz charakteristische Beziehung zum übrigen Nervensystem hat. 3) Die Structur-Verhältnisse der Nerven-elemente der Retina, die in eigener Weise bei andern allgemeinen Leiden in Mitleidenschaft gezogen werden 4) das Adergeflecht der Chorioidea, welches auch bei gewissen Constitutionsanomalien Veränderungen darbietet. Die Literatur, speciell die deutsche, genießt besonderer Beachtung.

Im 2. Theile der Beschreibung der ophthalmosk. Veränderungen bei den einzelnen Krankheiten, wird in specie und zuerst des Zusammenhanges der ophthalmosk. Erscheinungen bei den Hirnkrankheiten in ausführlicher Weise gedacht. Betr. des genetischen Zusammenhanges werden genauer die von Gräfe'sche Ansicht über die Entstehung der von ihm genannten *Stauungspapille* durch Erhöhung des intracraniellen Druckes; die Schwalbe'sche Entdeckung des directen Zusammenhanges der Lymphbahnen des Hirns und der Augen und im Anschluss daran die Schmidt-Manz'schen Untersuchungen analysirt und diskutirt. Die Benedict'sche Theorie der vasomotorischen Reizung findet bei den englischen Autoren, ausser bei Hughlings Jackson wenig Anklang. Verf. kommt nach eingehenden Erörterungen zu dem Schlusse, dass die Sehnervpapille, aus freilich noch unbekannter Ursache, als Ort besonderer Reizbarkeit für entzündliche Einflüsse angesehen werden müsse. Papillitis lässt durchaus keinen Schluss auf Erhöhung des intracraniellen Druckes zu, wofür spricht, 1) dass in Fällen hochgradigsten chronischen Hydrocephalus Neuritis optica als seltene Ausnahme zur Beobachtung gelangt und ferner 2) Neuritis opt. genugsam gesehen wird bei Fällen, wo von Erhöhung des intracraniellen Druckes durchaus keine Rede sein kann. — Die grössten sowohl als die kleinsten Tumoren produciren dieselbe Neuritis, letztere schwillt ruhig ab, während der Tumor stetig an Grösse zunimmt.

Auch findet sich Ausdehnung der Sehnervenscheide nicht immer mit Neuritis associirt, ebensowenig mit Tumor cerebri und reichlich vorhandenem Subarachnoidal-Erguss des Gehirns. Folglich kann auch sie nicht, wie behauptet wird, das einzige Causalmoment der Papillitis sein. Das Zusammentreffen von Hydrops der Sehnervenscheide und Neuritis ist zweifellos constatirt, nicht aber das gegenseitige Causalitätsverhältniss, und dürfen wir dieselbe nur als eins der Hauptbeförderungsmittel für die Stauungspapille ansehen.

Speciell bei der Neuritis optica, bedingt durch Tumor cerebri, fand Verf. im Opticus-Stamm, direct hinter dem Auge, stets und ohne Ausnahme, Zeichen von stattgehabter entzündlicher Veränderung: Vermehrung der Kerne und des stützenden Bindegewebes. In den meisten Fällen konnte er den Weg der Entzündung im Stamm zum Cerebrum oder den Meningeae verfolgen, mochte der Process hier acuter oder chronischer Natur gewesen sein. Verf. kommt so zu dem Schlusse dass 1) bei Cerebral-Tumoren viel häufiger sich Zeichen einer Neuritis descendens finden, als allgemein angenommen wird; 2) die Gründe, warum einmal hierbei die Papillitis gering, einmal sehr heftig auftritt, sich zeitig unserer Erklärung noch entziehen 3) diese Stauung zugleich nicht von einem Drucke auf die Gefässe des nerv. optic. direct hinter dem Sclerotical-Ring, sondern von entzündlichen Producten in der Substanz der Papille abhängt und 4) eine rasche intracranielle Druckzunahme die Blutabfuhr aus dem Auge hindern und dadurch eine bestehende Papillitis verstärken kann und endlich 5) Ausdehnung der Opticusscheide allein wahrscheinlich keine Stauungspapille hervorrufen, wohl aber eine solche durch die Stauung des Lymphstromes entschieden vermehren kann.

Die Reflextheorie Benedict's und Jackson's stützt sich hauptsächlich auf die Beobachtung, dass Neuritis besonders in Fällen, wo ein Cerebralleiden vorliegt, welches gewisser Maassen als Fremdkörper wirkt, auftritt. Diese Ansicht kann indess nur dann zur Geltung kommen, wenn ein Fall nachgewiesen wird, wo wirklich andere Causalmomente ausgeschlossen werden müssen. Gerade dagegen spricht, dass man frühzeitige Erweiterung der Venen erst bei zunehmendem Grade der Stauung antrifft, während anfangs dieselben normale Weite besitzen. Nur die tuberculöse Meningitis macht hiervon eine Ausnahme.

Nach allem dem ist der Name „Stauungspapille (choked disc)“ als incorrect zu verwerfen und dafür der Name Papillitis oder intraoculäre Neuritis als pathologisch richtiger zu setzen; der Unterschied zwischen Neuritis descendens und Stauungspapille ist als unhaltbar fallen zu lassen. Betr. der Diagnose der Ursache der Papillitis vermag uns der Augenspiegel nur wenig sichere Gewähr zu geben. Ein hoher Grad von Neuritis mit ausgeprägten Strangulations-Erscheinungen spricht allerdings für Tumor cerebri und eine primär idiopathische Neuritis. Doch sind auch geringere Grade des Leidens bei cerebral- oder intracraniellen Krankheiten nicht selten beobachtet worden und können ebenso leicht mit denen bei Morb. Brightii, Bleiintoxicationen etc. verwechselt werden.

Man muss eben auf die allgemeinen Symptomen zurückgreifen, obgleich auch diese (Kopfschmerz, Erbrechen, Krämpfe etc.) wieder ein Cerebral-Leiden vortäuschen können. Es bedarf zur Diagnose eines intracraniellen Leidens Heranziehen sämtlicher Causalitäts-Momente, und ein gegenseitiges Abwägen derselben. Die Prognose hängt allein von der Ursache der Papillitis ab. Auch bei intracranialer syphilitischer Erkrankung geht nicht immer eine vollständige restitutio ad integrum mit der Heilung des ursächlichen Leidens Hand in Hand. Verf. hält auch hier, wie seine medicin. Landsleute im Allgemeinen, die Syphilis für eine viel häufigere Ursache von intracraniellen Leiden, als im Allg. vermuthet wird, und rath daher unter allen Umständen die Behandlung mit Jodkal. anzufangen. *Primäre Sehnervenatrophie*; d. h. solche, die, oft ohne nachweisbare Ursache, als Degeneration der Sehnervenfasern und damit einhergehendem Schwund des Sehmögens auftritt, ist zuweilen hereditär; sie afficirt in 75% das männliche Geschlecht. Erkältungen und Excesse in venere begünstigen vielfach ihr Entstehen, gleicherweise Alkohol-, Tabak- und Bleiintoxicationen. Ferner hängt sie häufig ab von localisirter Nervenregeneration des Rückenmarkes bei Tabes; indess ist für diese die *graue* Degeneration, das Ueberwiegen des Bindegewebes ohne Verminderung des Gefässlumens, charakteristisch. Sie lässt sich auch als *parenchymatöse* bezeichnen. Die tabetischen Symptome können lange nach dem Auftreten der Atrophie in Erscheinung treten, und so anfangs eine *primäre* Atrophie vortäuschen. Den gleichen Zustand beobachtet man gelegentlich bei *allgemeiner Paralyse* der Irrsinnigen, und selten auch bei disseminirter Sclerose oder Lateral-Sclerose des Rückenmarks. Bei der *allgemeinen Paralyse* soll, wie einige Beobachter behaupten, im Anfangsstadium die entzündliche Affection

vorhergehen. Sie tritt meist beiderseitig, wenn auch nicht in gleichem Grade auf.

Secundäre Atrophie folgt den Verletzungen der optischen Centren; eine solche der Rindensubstanz in der Nähe des supra-marg. Gyrus kann Verlust des Sehvermögens bedingen. Druck auf das Chiasma oder die Nerven an der Basis cranii ist eine bekannte Ursache dieser Atrophie ohne neuritische Erscheinungen, ebenso chronischer Hydroceph. int., während Meningitis dieselbe nur selten producirt. Rheumatische, syphilit. traumatische Läsion der Schädelknochen, in specie des Foramen opt., oder Schädelerschütterungen sind im Stande, Atrophie zu bedingen. Unter 166 Fällen fanden sich cerebrale Ursachen 40 ×, Tabes 33 ×, Traumen 22 ×, Alcoholiker 13 ×, Syphilis 12 ×, Diabetes 4 ×, etc. etc., also fast 50% aller Fälle im Causalzusammenhang mit Hirn- oder Rückenmarkskrankheiten stehend. Die Prognose ist im allg., bei ausgebildetem Charakter, schlecht; zumal, wenn anderweitige nervöse Störungen beobachtet werden. Die secundären Atrophien gestatten zuweilen eine günstigere Prognose, besonders, wenn ein Gesichtsfelddefect nicht nachgewiesen werden kann. — Betr. der Therapie so thut auch dann, wenn keine syphilit. Atrophie vorliegt, die dieser entsprechenden specifischen Behandlung oft gute Dienste. *Retinitis pigmentosa* findet sich bekanntlich häufig in blutsverwandten und zu Nervenleiden disponirenden Familien. In einem Falle waren 2 Cousinen epileptisch u. 2 irrsinnig; in einem anderen war der Grossvater und die Grossmutter wahnsinnig und eine Tante blödsinnig, ein Bruder paraplegisch. Bei einem 3. Patienten war die Mutter epileptisch und litt wahrscheinlich auch an *Retinitis pigmentosa*. — Ebenso finden sich auch *atrophische Chorioidealleiden* vielfach bei Familien, die zu Nervenleiden disponiren; vielleicht, dass hereditäre Syphilis hier das Verbindungsglied der Kette darstellt. (? Ref.) —

Indem dann der Verf. im 2. Theile auf die ophthalmosk. Veränderungen bei den speciellen Krankheiten übergeht, behandelt er zuerst und in sehr ausführlicher Weise die Erkrankungen und Verletzungen des Nervensystems. Er erklärt die Beobachtung, dass anämische oder hyperämische Zustände des Hirnes nicht oder nur selten ihren Ausdruck in gleichem Zustand des Augeninnern sich vorfinden, damit, dass der intraoculäre Druck die Blut-Zu- und Abfuhr allein regulirt. Bei der Behandlung der Frage der Hirnerweichung nach Syphilis soll der ophthalmosk. Befund der degenerativen Veränderung der intraoculären Gefässe spec. bei solchen Individuen, die noch nicht in dem Alter der atheromatösen Degeneration stehen, diagnostisch werthvoll sein. Bei *Hirnabscessen* findet sich häufig dann, wenn sie auf Knochenverletzung beruhen, Neuritis optica vor. Bei *Gehirntumoren* fand Verf. in $\frac{4}{5}$ der Fälle Stauungspapille; bei solchen der med. oblong. unterhalb des Pons ist dieselbe indess noch nicht constatirt worden. — Weder Sitz, noch Art, noch Grösse der Geschwulst kann von bestimmendem Einfluss auf das Entstehen der Neuritis sein. Verf. beobachtete z. B. einmal einen über faustgrossen Tumor der Dura mater ohne Neuritis als Begleiterscheinung. Eben-sowenig ist es die Schnelligkeit des Wachstums. Beobachtungen

zeigen, dass Tumoren Jahre lang existiren können bei vollkommen normalem Spiegelbefund, um dann plötzlich eine Neuritis zur Erscheinung zu bringen, die indess ebenso rasch wieder zum Schwunde kommt. Das Auftreten der Neuritis ist aber stets ein charakteristisches Zeichen für das Weiterwachsthum der Neubildung. Die Existenz einer Neuritis bei allgemeinen Cerebral-Symptomen wird also immer ein wichtiges diagnostisches und prognostisches Kennzeichen sein. Ebenso findet sich die einfache *Sehnervenatrophie* häufiger hier, als bei anderen Cerebralleiden.

Meningitis zieht je nach ihrem Sitz das Auge mehr oder weniger in Mitleidenschaft. Solche der Convexität hat selten, die der Basis öfter Neuritis im Gefolge. Die *tuberculöse Meningitis* führt selten nur Tuberkel-Ablagerung in der Chorioidea mit sich, während sie häufig von Neuritiden begleitet wird. Von 26 Fällen bei Kindern war nur 5 × die Opticusscheibe normal gefunden, in 13 Fällen deutliche Stauungspapille ausgeprägt. Man hat es hier mit einem im Sehnerventamm weitergewucherten, entzündlichen Process, einer wahren Neuritis descendens zu thun. Caries des Keilbeins, ebenso die allgemeine Verdickung der Schädelknochen führten zuweilen ophthalmosk. Veränderungen mit sich.

Primäre Myelitis und spinale Meningitis sind nur höchst selten von Veränderungen im Augenhintergrund begleitet, während bei *Sclerose* der hinteren Stränge Atrophie häufig beobachtet wird. Doch stimmt Verfasser nicht der allgemeinen Annahme des überaus häufigen Vorkommens dieser Complication bei, sondern hat nur bei 15% Tabetikern Atrophie des Opticus constatiren können. Sie tritt häufig als Anfangsstadium des Processes auf; ja die tabetischen Erscheinungen können lange der Atrophie folgen; Verf. beobachtete einmal einen 20 jährigen Intervall. Das Knireflexphänomen ist ein zur Diagnose wichtiges Symptom. Gewöhnlich ist bilaterale Affection vorhanden. Die *Lateral-* und die *disseminirte Rückenmarks-Sclerose* ist sehr selten von ähnlichem Befunde begleitet. Bei letzterer finden sich gleiche Heerde, wie im Centrum, in der Opticus-Nervenmasse vor. *Caries der Wirbelsäule* hat sicher constatirte ophthalmosk. Befunde bisher noch nicht aufzuweisen. *Verletzungen der Wirbelsäule*, wie sie z. B. bei Eisenbahnzusammenstößen vorkommen, können Mitaffectionen des Auges bedingen, wenn auch Beobachtungen von dadurch bewirkter Abnahme des Sehvermögens, der Natur der Sache resp. des Haftpflichtgesetzes nach, sehr vorsichtig aufgenommen werden müssen. Erkrankungen des *sympathischen Geflechtes*, wie bei Morbus Basedowii, haben keine ophthalmosk. sichtbaren Veränderungen, ausser der spontanen Arterien-Pulsation zur Folge. Die *Chorea* vermag zuweilen durch ihren Zusammenhang mit Endocarditis Embolien der Centralarterie zu Wege zu bringen, auch wurde schon Neuritis bei ihr constatirt. *Migräne* und *Neuralgien* sind zuweilen von Atrophie begleitet, auch können solche des Quintus Glaucomanfälle herbeiführen. Bei der *Epilepsie* ist in den freien Intervallen, nach über 1000 Beobachtungen des Verf., der Opticus stets normal, während des Paroxysmus sind die Venen erbreitert. Eine Verengung des Arterienrohres, wie es andere

Beobachter: Jackson, Arlidge, Albrecht mittheilen, konnte Verf. nicht constatiren. Auch während der Attaquen war eine allgemeine Veränderung der Sehnervenscheibe nicht vorhanden. Trotzdem bei der *Hysterie*: Hemioptien, Amblyopien, Farbenblindheit etc. häufige Begleiterscheinungen sind, findet sich Atrophie des Sehnervenstammes nur 1—2 × in der Literatur verzeichnet.

Die Statistik über das Vorkommen von internen Augenaffectionen bei den *psychischen Leiden* lässt noch, wegen der grellen Dissonanzen in den Ansichten der Beobachter, sehr zu wünschen übrig. Die *allgemeine Paralyse* ist am meisten complicirt mit der grauen Degeneration des Sehnerven und geht oft diese, wie bei der Tabes, dem Auftreten der allgemeinen Symptomen vorher. Betr. Melancholie und Dementia theilt Verf. die Beobachtungen aus der Literatur mit. (Cfr. Referat über Schreiber's Veränderungen etc. C. B. f. Nervhik. 1878. p. 70. u. 89.)

Weiter werden die Erkrankungen des uropoetischen, des Circulations-Systems, des Digestions-Tractus, des Genitalsystems behandelt; an diese knüpft Verf. die Infectionskrankheiten, Tuberculose, Syphilis, Rheumatismus. *Bleiintoxication* ist sowohl von vorübergehender als langbestehender Amblyopie, oder Atrophie des Opticus oder optischer Neuritis begleitet. Bei resp. nach *Abdominal Typhus* ist mit Sicherheit Amblyopie, sogar Amaurosis in mehreren Fällen constatirt unter dem Bilde der Atrophie resp. vorhergehender Neuritis. Bei *Malaria* hat man häufiger schon Hämorrhagie der Retina, Neuroretinitis und *Atrophie* des Sehnerven beobachtet. Die übrigen Allgemeinerkrankungen, welche Veränderungen des Augenhintergrundes zur Folge haben, werden in Kürze behandelt.

Verf. knüpft dann noch in der Absicht und mit dem Wunsche, sein Werk gerade dem Studenten dienlich zu machen, eine kleine Abhandlung über den Gebrauch des Ophthalmoskopes und über die Methode der Seh- und Farbenprüfung an und lässt schliesslich, the last not the least, eine Serie von 50 Original-Krankengeschichten seiner und anderer Beobachtungen folgen, von denen die interessantesten und wichtigsten später in d. B. referirt werden sollen. Das Werk ist mit 16 Tafeln theils chromolithographirt, theils photographirt und in Steindruck ausgestattet, von denen die beiden ersten Gattungen sehr gute und deutliche Bilder des Augenhintergrundes liefern, während die Lithographien der mikroskopischen Präparate sehr zu wünschen übrig lassen.

Gower's Arbeit füllt eine Lücke in der englischen Literatur voll und würdig aus und ist mit den vortrefflichen Arbeiten über dieses Capitel von Leber und Förster in Gräfe und Sämisch's Handbuch der Augenheilkunde, auf eine Stelle zu setzen. Auch wir können Verf. Wunsche nur innig beipflichten, dass auch auf unsern Hochschulen viel früher und intensiver der Student mit dem Gebrauche des Ophthalmoskopes bekannt gemacht werden sollte, damit ihm dasselbe ein ebenso handliches Instrument, wie Stethoskop und Percussions-Hammer sein möge, da es so sicherlich ein nicht weniger brauchbares auch für den practischen Arzt sein wird. —

Nieden (Bochum).

284) Prof. **Maschka** (Prag): Gutachten über den Geisteszustand des, des versuchten Meuchelmordes angeklagten Franz Z.

(Vierteljahresschr. für ger. Medicin u. öffentliches Sanitätswesen October-Heft 1879.)

Der 37 j. Grundbesitzer Franz Z. stammte aus einer Familie, in der Geisteskrankheiten nicht vorgekommen sind. Sein Verhalten war stets, sowie sein Fleiss in der Bewirthschaftung seines Grundbesitzes lobenswerth. Im Jahre 1874 befand sich Z. 16 Tage im Spitale zu O., wo er sich über die verschiedensten krankhaften Gefühle beklagte, aber nur ein Lungencatarrh diagnosticirt werden konnte. Zwei Jahre später fing er an über Angst zu klagen, dass er bald sterben müsse, so dass er sein Testament zu machen habe, und äussert er gossen Gram darüber, dass dann seine Frau sich wieder verheirathen würde. Dabei litt er an einer Lebervergrößerung, welche 13 Wochen gedauert haben soll, so dass er reizbar und jähzornig geworden sei, auch in diesem Zustande ein Holz- oder Eisenstück nach dem Kopfe seiner Frau geworfen habe. Nach überstandener Krankheit wurde er wieder ruhig und war kein Unfriede mehr im Hause. Im letzten Jahre fing Z. wieder an zu klagen, namentlich über Blutwallungen und suchte ärztliche Hilfe. Er wurde wieder reizbar, jähzornig und feindlich gegen seine Frau. Verwirrte Aeusserungen wurden aber nicht von ihm gehört. Oefters sei ihm das Blut nach Aussagen von Zeugen so in den Kopf gestiegen, dass er seiner nicht mächtig gewesen und nicht gewusst hätte, was er thäte. Auch seine Frau sagte aus, dass Z. nach einem solchen Anfälle sie jedes Mal gebeten, sie möge ihn binden oder prügeln, wenn er den Anfall bekomme, und ihm verzeihen, wenn er während desselben ihr etwas zu Leide gethan habe.

Im August 1878 befahl ihm nach einem Verdruss mit seiner Frau wiederum eine Blutwallung gegen den Kopf, wobei bei ihm der alte Vorsatz auftauchte sich zu erschiessen; dabei fiel ihm aber auch ein, dass er sein Weib erschiessen müsse, damit er mit ihr, die er so sehr geliebt hat, gleichzeitig aus der Welt scheide. Er nahm damals einen Revolver, schoss auf seine Frau, traf sie unterhalb der linken Schläfe und schoss sich dann in den Unterleib. Die herbeigekommenen Zeugen und Aerzte fanden ihn bei vollem Bewusstsein, und er dictirte ganz entsprechend sein Testament. —

Die Verletzung heilte bald und er erklärte im Verhör, die Absicht, sich und sein Weib zu tödten, schon öfters gehabt zu haben, so oft ihm nämlich seine Krankheit, d. h. die Schwermuth befel. Diese Absicht sei aber immer wieder geschwunden bis er sie diesmal ausgeführt hätte. Seine, auch wieder genesene, Gattin wollte nicht vornommen werden, mit der Aeusserung, was geschehen, sei nicht mit Ueberlegung und nicht mit gesundem Verstande geschehen. — Von den abgegebenen Gutachten lautete das eine dahin, dass *der geistesgesunde Franz Z. den versuchten Meuchelmord aus Hass* und das andere, dass *er die That im Zustande vorübergehender Sinnesverwirrung verübt habe*. — Wegen dieser Divergenz der Meinungen musste Verf. sein Ober-Gutachten erstatten.

Gutachten. Verf. führt aus, dass Z. seit einigen Jahren in ei-

nem abnormen Gesundheitszustande sich befunden habe; dass er gleichzeitig kleinmüthig, reizbar, furchtsam war, den Anblick der Menschen nicht ertragen konnte „weil sie die Krankheit an ihm beobachten wollten“, und dass er dann zu dem Gedanken kam unheilbar zu sein, und er nach sehr grossen Schmerzen sterben müsse; ferner, dass zur Evidenz erwiesen sei, dass diese abnormen Erscheinungen zeitweise verschwanden und zu unbestimmten Zeiten wiederkehrten. — Würde nun erwogen, dass in den äusseren Verhältnissen des Z. kein Grund zu seiner krankhaften Verstimmung gegeben war, welche durch die triftigsten Gegengründe nicht abzuschwächen gewesen, ferner berücksichtigt, dass diese Veränderung seines Verhaltens von der Zeit einer vor mehreren Jahren überstandenen körperlichen Krankheit sich datiren lasse: so sei nicht zu verkennen, dass Z. seit einer Reihe von Jahren an einer Gemüthskrankheit (Melancholie) und zwar an jener Species derselben, die man hypochondrische Melancholie nenne, und welche mit längeren Paroxysmen periodisch verlief, gelitten habe. Eine solche Form von Gemüthskrankheit könne erfahrungsgemäss selbst in ihren höchsten Graden ohne eigentliche Delirien, ohne Sinnestäuschungen und ohne formale Störungen der Denkhätigkeit vorhanden sein und verlaufen, wie dies auch der Fall bei Z. sei. Durch diese Eigenthümlichkeit liessen sich auch die Aussagen der vernommenen Zeugen, welche, mit Ausnahme jener der behandelnden Aerzte, eine psychische Störung bei Z. negirten, unschwer erklären, zu welcher falschen Ansicht die Laien um so leichter gelangt seien, als die Periodicität des Leidens öftere und längere freie Intervalle im Krankheitsverlaufe bedingt habe. —

Nachdem dann Verf. die Ausserungen, Benehmen und Gewaltthaten des Z. noch einmal geschildert, führt er zum Schlusse aus, dass die von allen Zeugen an Franz Z. gleich nach Verübung des Versuchs, seine Frau und dann sich selbst zu tödten, und noch während der Untersuchungshaft beobachtete Ruhe und Besonnenheit geeignet sei, die Ansicht, dass diese Acte nur aus der Gemüths- und Geisteskrankheit des Z. hervorgegangen seien, nur noch mehr zu stützen, weil es feststehe, dass solche aus einem krankhaften und daher unwiderstehlichen Drang hervorgegangenen Zwangshandlungen das kranke Gemüth sofort entlasteten und wenigstens für einige Zeit beruhigten. Man müsse daher zu dem Schlusse gelangen, dass *der an abwechselnder Sinnesverrückung leidende Franz Z. in einem Momente auf seine Gattin geschossen habe in welchem diese Verrückung vorhanden war.* Er sei übrigens als ein gemeinschädliches Individuum und als solches für eine Irren-Anstalt geeignet zu bezeichnen.

K o h l m a n n (Remagen).

III. Verschiedene Mittheilungen.

285) Aus der Provinz Sachsen. Alt-Scherbitz ist noch immer ohne Director. Wie man hört, soll die Wahl von Köppe's Nachfolger im Januar kommenden Jahres von dem Provinzial-Landtage vollzogen werden. Die

Zahl der Meldungen zu der Stelle ist Legion, doch werden nur 2 oder 3 Namen von dem Landesdirector dem Landtage zur Wahl empfohlen werden. Wir wollen diese Namen hier nicht nennen, um nicht allzufrüh Hoffnungen zu erwecken, die sich am Ende nicht realisiren.

- 286) Aus Berlin geht uns die bemerkenswerthe Nachricht zu, dass für die neue grosse Anstalt in Dalldorf das Gut Dalldorf angekauft, und eine Colonie sensu proprio errichtet und mit der Anstalt verbunden werden soll. Uns hier in der preussischen Rheinprovinz mit der sogenannten Reorganisation (?) unseres ständischen Irrenwesens erwecken derartige Mittheilungen stets Gefühle von Neid und Wehmuth.
- 287) Aus Berlin. Die Preussischen Kreisphysiker werden dem Abgeordneten-hause eine Petition, die Reform des Medicinalwesens betreffend einreichen. Es soll darin gesagt werden: „Das hohe Haus wolle erklären, dass eine Reform des Medicinalwesens im allgemeinen Staatsinteresse liege, und beschliessen, dass die Staatsregierung einen Gesetzentwurf, in welchem den Kreisphysikern die ihnen gebührende Stellung zugewiesen wird, ungesäumt und noch in dieser Session vorlege.“

IV. Neueste Literatur.

- 75) Eulenberg's Vierteljahreschrift für gerichtliche Medicin. N. F. XXXI.. 2.
- 76) Franz Müller (Graz), Die acute atrophische Spinallähmung des Erwachsenen. Mit 2 lith. Curven. Stuttgart, Enke. gr. 8°. 105 pag.
- 77) August Mercklin, Studien über die primäre Verrücktheit. Inaug. diss. Dorpat 1879. 120 Seiten.
- 98) Brousse, Quatre nouveaux cas d'Athétose Extr. du Montpellier medical. 1879.
- 99) Benard, Etude sur le mal de mer. Paris, Henry, 8°. 128 pag.
- 100) Arnozan, Etude expérimentale sur les actes mécaniques du vomissement. Paris, Delahaye. 8°. 116 pag. avec. fig.
- 101) Duboué, De la physiologie pathologique et du traitement rationell de la rage, ebendas. 8°. 270 pag.
- 102) American Journal of Insanity. Octoberheft.
- 103) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XXXVI, 4. Heft.

V. Personalien.

- Offene Stellen. 1) Königs-lutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, Volontairarzt, 600 M., fr. Station. Nur Preussen zugelassen. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Schwetz, a) Assistenzarzt, sofort, freie Station, 1500 Mark. b) Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Allenberg, Volontairarzt. 6) Heidelberg (psychiatrischen Klinik), Assistenzarzt 900 Mark, freie

Station. 7) Stephansfeld, III. Assistenzarzt, 900 M., fr. Station. 8) Bois de Cery (Lausanne), II. Arzt u. stellvertretender Director, 2-3000 Frs., möblierte Familienwohnung. 9) Eichberg (Rheingau), III. Hilfsarzt, 1. Dezember, 900 M., fr. Station. 10) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., fr. Station. 11) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) II. Volontairarzt, 600-1200 M. fr. Station. 12) Görlitz (Privat-Anstalt), Assistenz- und Volontairarzt 13) Dalldorf (Berlin), Assistenzarzt, 31. October, 1500 Mark, freie Station. 14) Regierungs-Medicinalrath-Stelle in Sigmaringen. 15) Bendorf, (Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt), Assistenzarzt, 1. Decbr., fr. Station, 1500 M. 16) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bomst (Posen), Bublitz (Cöslin), Dortmund (Arnsberg), Erkelenz (Aachen), Flensburg (Schleswig), Gardelagen (Magdeburg), Hoyerswerda (Liegnitz), Labiau (Königsberg), Luebau (Liegnitz), Malmödy (Aachen), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Querfurt (Merseburg), Roes-Wesel (Düsseldorf), Rüssel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Senburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wahrenndorf (Münster), Wandsbeck-Storman (Schleswig).

Auszeichnungen. Kreisphysicus Dr. Lachmann in Krotoschin zum Sanitätsrath.

Ernannt. Dr. Rothschild in Drossen zum Physikus des Kreises West-Sternberg.

VI. Anzeigen.

An der
Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz
ist die Stelle des

Assistenzarztes

mit welcher bei vollständig freier Station ein Gehalt von 1500 Mark jährlich verbunden ist, sogleich zu besetzen.

Meldungen sind unter Beifügung der Approbation und etwaiger Zeugnisse an den Unterzeichneten zu richten.

Schwetz, den 28. Oktober 1879.

Der Director Dr. Wendt.

Coblenz, Druck von Philipp Werle.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen Stark.

Zwei vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
80 Pfg. für die durchgehende Pettizelle oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

15. November 1879.

Nrs. 22.

I N H A L T.

- I. ORIGINALIEN. I. Dr. Erlenmeyer: Die Recidive der Morphiumsucht. II. Die 52. Versammlung deutscher Naturforscher in Baden-Baden (Fortsetzung.) XII. Prof. Dr. Schiff (Genf): Ueber die Leitung der Gefühls-Eindrücke im Rückenmark. XIII. Dr. Meschede (Königsberg in Preussen): Ueber die durch Febris recurrens bedingten psychischen Functionstörungen.
- II. REFERATE. 288) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. 289) H. Chiari: Ueber einen Fall von Mikrogryrie bei einem 13 monatlichen Knaben. 290) von Mandach: Ueber Neuralgia supraorbitalis intermittens. 291) Lents: Observation de Syphilis cérébrale. 292) Mendel (Pankow): Syphilis und Dementia paralytica. 293) I. E. Moret: Du Suicide en France. 294) S. Giovanni Ferrini: del Suicidio in Italia.
- III. NEUESTE LITERATUR. IV. PERSONALIEN.
-

I. Originalien.

I.

Die Recidive der Morphiumsucht.

Von Dr. ERLÉNMEYER.

Bereits in einer früheren Arbeit über denselben Gegenstand*) habe ich meine Ansicht dahin ausgesprochen, dass die Lösung dieser Angelegenheit durch die Cardinalfrage ausgedrückt sei: „*Wodurch schaffen wir eine Garantie, dass die Patienten nicht rückfällig werden.*“ Ich habe damals behauptet, dass die Entziehungscur, entweder die nach plötzlicher oder allmählicher Methode, keinen grösseren Werth als den einer *Vorcur* beanspruchen könne, dass nach der Entziehung des Morphium erst die Hauptarbeit für den Arzt anfangen, nämlich die Auffindung und Beseitigung der Ursache, aus welcher überhaupt die Einspritzung des Morphiums begonnen wurde, und dass,

*) Bericht über die Heilanstalt für Nervenranke zu Bendorf am Rhein. Neuwied 1877. pag. 70 ff. Morphiumsucht.

wenn dieser Hauptact der ganzen Behandlung versäumt werde oder fehlschlage, das grösste Contingent der Morphinumstichtigen rückfällig würde.

„Es kann auf keinen Widerspruch stossen, — sagte ich in jener Arbeit — wenn ich behaupte, dass fast alle dem Missbrauch des Morphin Ergebenen ursprünglich eines *wirklichen Leidens* wegen die wohlthätigen Einspritzungen von ihren Aerzten erhielten, und dass sie erst nach und nach, meist, weil die eigenhändigen Injectionen den Aerzten zu zeitraubend waren und den Patienten selbst Spritze und Morphinlösung überlassen wurden, sich an grössere und immer grössere Dosen gewöhnt haben. Hierin liegt auch bezüglich der Prognose das günstige Moment auf Seite der Morphinisten gegenüber den Alkoholisten, bei denen es sich um eine reine, auch *ursprünglich durch Nichts begründete* oder gerechtfertigte Gewohnheit handelt. Bei jenen aber liegt in den meisten, ja in allen Fällen ein wahrhaftes Leiden vor, das während der Periode der Einspritzung fortdauert, dessen Erscheinungen nür durch die Einspritzungen zum Schweigen gebracht werden, das aber nach der Entziehung früher oder später wieder hervortritt, und dessen erste wiederkehrenden Symptome den eben glücklich vom Morphin befreiten Patienten von Neuem wieder zur Spritze greifen lassen.

Diese Leiden zu erkennen und zu beseitigen ist die Hauptaufgabe bei der ganzen Cur.“

Diese Anschauungen, welche durch die Erfahrungen an weiten zahlreichen, seitdem in der hiesigen Anstalt behandelten Fällen erhärtet worden sind, verrete ich auch noch heute und lasse sie mir in der Praxis immer zur Richtschnur dienen. Ihnen schreibe ich es allein zu, wenn ich auch noch nach Jahren relativ zufrieden sein kann mit dem Erfolge meiner Behandlung, ihnen verdanke ich aber auch die Erkenntniss, dass bei einer Anzahl von Fällen das Morphin gar nicht entzogen werden kann, bei einer anderen Anzahl nicht entzogen werden darf.

Die Bedingungen mitzutheilen, unter denen die dauernde, absolute Entziehung des Morphin unmöglich erscheint, ist der Zweck dieser kurzen Skizze.

Die *erste* Categorie von Kranken, denen das Morphin auf die Dauer nicht entzogen werden *kann*, wird von jenen gebildet, bei denen die ursprüngliche Ursache zwar leicht gefunden aber nicht beseitigt werden kann, also ein unheilbares Leiden vorstellt.

Diese Kranken haben alle ein ursächliches Symptom gemeinsam, nämlich den *Schmerz*, der als wirkliche Neuralgie, oder als traumatisch-operativ bedingter Schmerz zur Beobachtung kommt. Es sind jahrelang bestehende, allen Mitteln trotzende Neuralgien bestimmter Nervengebiete, oder es sind neuralgiforme Schmerzen in einem Amputationsstumpf, in einem resecirten Gelenk und dgl. die während der Morphinperiode schweigen, die aber mit der fortschreitenden Verminderung der Dosis wieder erwachen, ansteigen und schliesslich mit dem vollständigen Aussetzen des Mittels mit der früheren Heftigkeit wieder einsetzen. In einem Falle bestanden heftige cardialgische, durch jede Nahrungszufuhr veranlasste, vielleicht von einem ulcus herrührende Schmerzen.

Psychische Schmerzen, Depressions- und Angstzustände, Gefühle von Schwäche und andere mehr in das psychische Gebiet hinüberspielende Symptome, die so häufig die Veranlassung zur Morphiumsucht abgeben, liefern zu dieser Kategorie keine Beispiele; sie bieten bezüglich absoluter Herstellung die beste Prognose, da es fast ausnahmslos gelingt diese krankhafte Zustände nach der Beendigung der Entziehungscur zu beseitigen und dadurch ein Recidiv zu verhüten.

Einige, ich möchte sagen handgreifliche Beispiele mögen das Gesagte kurz illustriren.

1. Herr S. 60 Jahre alt. Ursache der Morphiumsucht: Neuralgien in dem Amputationsstumpf des linken Oberarms, die nur durch Morphium sich mässigen. Zweimalige Entziehungscur, jedesmal nach wenigen Wochen Rückfall. Nachamputation. Frei von Schmerzen und Morphium fast 14 Monate. Wiederauftreten einer Neuralgie im Stumpfe, erneute Morphiumeinspritzungen.
2. Herr J. 28 Jahre alt. Ursache: Neuralgische Schmerzen in dem Amputationsstumpfe des rechten Oberschenkels. Zwei vergebliche Entziehungscuren; nach Aussetzen des Morphin kehren die Schmerzen wieder, die durch kein anderes Mittel zu lindern sind. Patient kann sich zu einer Nachamputation nicht entschliessen.
3. Herr N. 33 Jahre alt. Ursache: Schmerz in dem resedirten Ellbogengelenk. Zweimalige Entziehungscur, ebenso oft Rückfälle. Spritzt mit geringen Unterbrechungen seit 6 Jahren täglich 0,8 Morphin ein.
4. Herr P. 48 Jahre alt. Ursache: Neuralgia ischiadico-scolialis. Eine plötzliche, 2 allmähliche Entziehungen. Die Neuralgie kehrt in der Morphinfreien Zeit immer wieder, und ist durch nichts zu beschwichtigen. 3 Rückfälle. Tägliche Dosis zwischen 0,5 und 0,7 schwankend; dies schon mehrere Jahre.

Die *zweite* Gruppe der Morphiumsuchtigen, denen meiner Ansicht nach, das Morphin nicht entzogen werden darf, setzt sich aus solchen Kranken zusammen, bei denen die ursprüngliche Ursache zwar auch nicht direct zu heben ist, deren Symptome aber doch dem Kranken erträglich gemacht werden können, wobei aber nur solche Mittel wirksam sind, die für den Kranken entschieden nachtheiliger werden als Morphin. Es handelt sich hierbei also kurz gesagt um einen Ersatz für das Morphin, um andere, gleichartig narkotisierende Mittel. Dabei spielen vor allem Opium, Chloral, Alcohol und Nicotin die Hauptrolle, deren chronischer Missbrauch ohne Zweifel gefährlicher werden kann und gefährlicher wird als der des Morphin. Ich habe Morphiumsuchtige in Behandlung gehabt, welche die Einspritzungen schon Jahre lang fortgesetzt haben — ein Herr war hier in der Anstalt, der schon 8 Jahre spritzte — ohne das sie nennenswerthe erhebliche oder gar gefahrdrohende Symptome dargeboten hätten, was zweifellos bei einem gleichlangen Abusus spirituosorum oder Tabacksmisbrauch nicht der Fall sein kann. Hier treten die bekannten gefährlichen Erscheinungen von Seiten des Gehirns und des Herzens etc. ein, die dort ganz fehlen.

Ergiebt sich nun in der Periode nach der Morphiumentziehung, dass der betreffende Kranke um seinen Zustand erträglich zu gestalten, zwar nicht mehr zum Morphin zurückkehrt, aber zu jenen genannten Mitteln greift, und auch von diesen immer grössere Dosen sich zuführt, ergibt sich ferner durch Experimentiren mit anderen weniger gefahrbergenden Mitteln, dass eine dauernde und keine steigende Dosirung veranlassende Besserung des Krankheitszustandes absolut nicht, anders als durch diese gefährlichen Mittel erzielt werden kann, so ist es entschieden gerchtfertigt und erlaubt zu dem Morphium zurückzukehren, zumal die Erfahrung ja gelehrt hat, dass Morphium Jahre lang relativ gut ertragen werden kann.

Auch diese Ansicht will ich durch einige schlagende Beispiele belegen.

5. Herr B. 52 Jahre alt. Ursache: Schlaflosigkeit durch Malaria inventerata, Milztumor. Allmälige Entziehung. Schon gegen Ende der Cur Chinin, das nach Aussetzen des Morphium in Grammdosen verabfolgt wird. Rückkehr der Schlaflosigkeit. Chinin bleibt ohne jede Wirkung, ebenso Decoct. cort. Chinae. Patient fängt an Wein und Bier in grossen Dosen zu trinken, wodurch er sich mässigen Schlaf verschafft. Er trinkt täglich bis 7 Liter Wein und 4—6 Seidel Bier. Nach circa 5 Wochen heftiger Tremor der Hände und deutlich ataktischer Gang, Magencatarrh, Reduction der Ernährung. Es wird ihm wieder Morphium eingespritzt, wonach sehr bald der frühere, viel bessere Zustand herbeigeführt wird.
6. Frau E. 37 Jahre alt. Ursache: Allgemeine Nervosität, hysterische Krämpfe. Wiederholte Entziehungen. In der Morphinfreien Zeit raucht sie — eine Dame! — täglich 6—7 der schwersten Havannacigarren. Nur dadurch ist ihr Zustand einigermassen erträglich; kein anderes Mittel hat nur annäherende Wirkung. Nach einiger Zeit die bekannten Erscheinungen chron. Nicotinvergiftung, Rückkehr zum Morphium.
7. Herr R. 51 Jahre alt, sieht aber aus wie ein hoher Sechsziger. Ursache: Schwächegefühl, Schlaflosigkeit, wahrscheinlich alte Syphilis. 3 Vergebliche Entziehungscuren; zwei anderweitig, eine hier; Schmiercur ohne Erfolg. Hatte bei einer früheren, nicht hier durchgemachten Entziehungscur die Wirkung von Opium kennen gelernt, und sich dieses zu verschaffen gewusst. Nahm täglich einen Gramm Opium purum und Abends 2 Gramm Chloral, oder ohne Chloral täglich 28 Gran = 1,68 Opium. Von dieser colossalen Dosis entwöhnte ich ihn hier unter allmäliger Resubstitution von Morphium subcutan. Davon brachten 0,55 Gramm pro die dieselbe Wirkung hervor wie jene Opiummasse. Er bekam darauf sehr schnell ein frisches, und seinem Alter entsprechendes Aussehen.

Weitere Beispiele hier aufzuführen, verbietet mir der Raum; die angegebenen vermögen aber gewiss auch allein meine oben ausgesprochene Ansicht zu bestätigen.

Wie richtig mein Behandlungsprincip: *die Beseitigung der ursprünglichen Ursache der Morphinumzufuhr* ist, habe ich in neuester Zeit an dem gewiss seltenen Falle erfahren, dass ein Morphinist sich das Mittel *selbst* abgewöhnt hat. Es handelt sich um einen Herrn von 29 Jahren, dem nach halbjähriger Ehe ziemlich plötzlich die Frau starb. Sein psychischer Schmerz liess ihn zur Morphinumspritze greifen und er injicirte sich schliesslich 0,3 per Tag. Bei allmäliger Beruhigung, Ueberwindung des Verlustes und wiedergewonnener Fassung entzog er sich das Morphinium in kurzer Zeit ganz. *Cessante cause cessat effectus.*

II.

Die 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Baden-Baden.

(Fortsetzung statt Schluss.)

XII. Prof. Schiff (Genf): *Ueber die Leitung der Gefühls-Eindrücke im Rückenmark.*

(Originalreferat des Autors.)

Der Vortragende hat sich seit zwölf Jahren aufs neue mit Untersuchungen über das Rückenmark beschäftigt und besonders die Methode der Prüfung der Ausdehnung der experimentellen Verletzung des Markes wesentlich gebessert. Er hat ausserdem die Thiere möglichst lange (bis zu 4 Monaten) am Leben zu erhalten gestrebt, um die ersten Folgen des Trauma von den dauernden Lähmungen und Anästhesien zu unterscheiden und letztere durch häufig wiederholte Prüfung an demselben Thiere möglichst allseitig kennen zu lernen. Die Operations-Methode ist wesentlich dieselbe geblieben, wie sie in seinem Lehrbuch der Muskel- und Nerven-Physiologie skizzirt ist. Dies gilt wenigstens für die weisse Substanz, die graue Substanz aber wurde dadurch zerstört, dass sie durch mechanische Reizung oder durch Injectionen in Entzündung versetzt und dann ihre Schmelzung und Resorption abgewartet wurde. Auf anderem Wege ist es gerade zu *unmöglich*, die *gesammte* graue Substanz ohne beträchtliche Beschädigung der weissen Stränge local ausser Thätigkeit zu setzen.

Bei der postmortalen Untersuchung wird das Rückenmark in Querschnitte zerlegt. Da aber die Untersuchung nicht mehr wie früher bei reflectirtem, sondern bei durchtretendem Lichte vorgenommen wird, müssen die Querschnitte ziemlich dünn sein. Die Untersuchung von Querschnitten aus dem Niveau der Wunde hat in vielen Fällen nur einen zweifelhaften Werth und kann nur mit der grössten Vorsicht geschehen, da das erhärtete Mark an den Rändern der Wunde bröckelig wird. Dies ist allerdings weniger zu befürchten, wenn, wie in allen beweisenden Fällen, die Thiere die Verwundung längere Zeit überlebt haben und die eigentliche Entzündung vorüber ist. Im besten Falle zeigt aber eine solche Untersuchung nur, wie weit die Marksubstanz getrennt worden ist. Da nun die Lähmung in Folge eines Schnittes in der Nervensubstanz immer etwas (und ein Bruchtheil eines Millimeters ist hier manchmal von grosser Wichtigkeit) weiter in die Ränder hineinragt als der Schnitt

selbst, da die Wandungen der Wundhöhle ebenfalls unthätig werden, so muss man die Ausdehnung der Lähmung noch auf genauere Weise zu bestimmen suchen. Für die weisse Substanz (auf ein geringes Mehr oder Minder der grauen kommt es vorläufig nicht an) ist dies mit aller Schärfe möglich, wenn man die Thiere lange genug am Leben erhalten hat. Es bildet sich dann in der nächsten Nähe, manchmal nur $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Millimeter oberhalb und unterhalb der Wunde, die sogenannte *primäre Degeneration* aus, die Nervenröhren verschwinden hier in einem sclerotischen Gewebe und soweit die Nervenröhre haften, muss sich die lähmende Wirkung des Schnittes ausgedehnt haben.

Am besten wird das Rückenmark in Weingeist gehärtet, um jede Färbung zu vermeiden, dann wird es aus freier Hand in nicht allzudünne Scheiben zerlegt und diese werden mit dem Polarisations-Mikroskop, nöthigenfalls mit Zuhülfenahme eines Gypsplättchens untersucht. Eine sehr schwache Vergrösserung, die noch den ganzen Umfang des Querschnittes (vom Hunde) zu übersehen gestattet, genügt, um mit der grössten Schärfe in jedem Präparate, das in der gebräuchlichen Weise mit Nelkenöl getränkt und in Balsam eingeschlossen ist, jeden einzelnen Querschnitt *einer* erhaltenen Nervenfasers viel schärfer zu erkennen, als dies bei gewöhnlichem Lichte auch bei starker Vergrösserung möglich ist, die Nervenfasern zeigen sich in dem dunkeln Gesichtsfelde als leuchtende Punkte mit schwarzem Kreuze.

Die Untersuchung im polarisirten Lichte gewährt auf diese Weise eine Sicherheit und Leichtigkeit, verbunden mit einer schnellen Uebersichtlichkeit, wie sie keiner anderen Methode zukommt. Wo im Gebiete der weissen Stränge, das man zuerst bei eingekreuzten Prismen fixirt, nach der Kreuzung kein leuchtender Punkt auftritt, da ist es sicher, dass alle Längsfasern wirklich entartet waren, dass sie ferner nicht erst bei der Bereitung des Schnittes, bei der Präparation durchtrennt sind, denn sie müssen im Leben getrennt gewesen sein, wenn sie Zeit gefunden haben, ihre Doppelbrechung zu verlieren, zu degeneriren. War im Leben nur *eine* Faser oder eine Fasergruppe, etwa am Rande oder in den Buchten der grauen Substanz, ungetrennt, so tritt sie bei dieser Untersuchungsweise als leuchtende Stelle hervor. Die Grenzen der grauen Substanz zeigen sich beim Drehen des Nikols aufs schärfste und so wird man oft auf einen noch erhaltenen Rand der grauen Hörner aufmerksam, der uns bei der gewöhnlichen Betrachtung entgangen wäre. Eine stärkere Vergrösserung bei intensivem gewöhnlichen Lichte ist dann zu Hülfe zu nehmen, um mit Sicherheit zu entscheiden, ob das, was graue Substanz zu sein scheint, wirklich solche ist oder nur ein anderes degenerirtes, nicht doppelbrechendes Gewebe. (Es wurden mikroskop. Präparate vorgelegt.)

Nach der eben gegebenen Auseinandersetzung der Methode wird es leicht sein zu erkennen, dass bei einigen dieser Hunde die sämtlichen Stränge der weissen Substanz degenerirt sind, d. h. *keine Spur* von doppelbrechenden Elementen mehr führen, während schon sogleich unter oder über dem Schnitte die graue Substanz

mit ihren Ganglienkörpern vollständig erhalten ist. Die Entartung zeigt an, welche Ausdehnung die Verletzung an der Schnittstelle hatte. Zum Vergleiche sind andere Präparate beigelegt, wo ein oder der andere Theil der weissen Stränge der Verletzung entgangen ist. Die enthaltenen Fasern werden als leuchtende Gruppe im dunklen Felde erkannt.

Ferner wurde von einem der Hunde mit völlig getrennter weisser Substanz ein Präparat gezeigt, das in grösserer Entfernung von der Wunde entnommen ist, man sieht hier schon wieder Gruppen von normalen Fasern, die sich besonders beim Gebrauch eines Gypsplättchens (roth erster Ordnung) durch Glanz und Farbe schön abheben. In einem der Präparate erkennt man im Vorderstrang deutlich nur vier wieder doppelbrechende Primitivfasern. In einigen dieser Präparate, die mit Carmin gefärbt sind, kann man in dem, laut Aussage des Polarisations-Mikroskops gänzlich entarteten Vorderstrang, ganz nahe den vorderen Nervenwurzeln drei bis vier der rothen Punkte sehen, die man problematisch als *nakte* Achsencylinder bezeichnet hat. In einer Arbeit in einer wissenschaftlichen Zeitschrift wird der Vortragende auseinandersetzen, wesshalb er sie nicht als Achsencylinder betrachten kann. Aber selbst wenn er hierin irrte, würde es seiner Demonstration keinen Eintrag thun, denn schon der Verlust der Markscheide zeigt, dass die Entartung auch hier platzgegriffen, und die Entartung soll ja nur zeigen wie weit die Wirkung der experimentellen Verletzung reichte.

Diese Präparate demonstrieren ad oculos, wie sehr diejenigen im Irrthum sind, welche es geradezu für unmöglich erklären, die gesammte weisse Substanz oder einzelne Stränge derselben mit genügender Schonung der grauen Substanz zu durchschneiden. Allerdings ist dazu unermüdliche Geduld erforderlich und es haben sehr viele misslungene Versuche erst gemacht werden müssen, um endlich über eine Anzahl entschieden beweisender Thatsachen und Beobachtungen zu verfügen. Man muss so viel als möglich den aus der Anatomie bekannten Contouren der Stränge zu folgen suchen und Votr. muss es als eine grosse Verirrung betrachten, durch Schnitte, die nach geraden Linien und in rechten Winkeln gemacht sind, Aufschlüsse über die Physiologie des Rückenmarks zu erstreben.*) In der That konnten diese Bemühungen nur zu irrigen Ansichten führen, und dies um so eher, da man die Beobachtung nur wenige Stunden fortsetzte und so die Folgen des Trauma, der Blutung im Innern des Markes nicht von den bleibenden Folgen der Verletzung scheiden konnte. Auch die Hunde des Votr. bei denen die weissen Stränge vollständig unterbrochen waren und andere mit blosser Unterbrechung der beiden Seitenstränge (am letzten Brust- oder ersten Lendenwirbel) waren in den ersten Stunden wie gelähmt und das Gefühl fehlte oder war nur spurweise vorhanden, aber nach und nach erholten sie sich, das Gefühl für Schmerz und Druck und,

*) Dieser Vorwurf ist nicht gegen Van Deen gerichtet, der sich allerdings zuerst des geraden Schutzmessers bediente, aber nur zu einem bestimmten Versuche, bei dem dasselbe zwar anwendbar, aber bei der Wiederholung an Säugethieren ebenfalls entbehrlich ist.

wo die Hinterstränge erhalten waren, auch das für Berührung und die willkürliche Bewegung der Hinterfüsse und des Schwanzes kehrte zurück. Die Bewegung hatte meist etwas schwankendes, fehlte aber in keinem Gelenke, das Schmerzgefühl war vollkommen.

Auch wenn die graue Substanz mehr oder weniger bedeutend mit verletzt war, kehrten Bewegung und Gefühl (letzteres in den von früheren Untersuchungen des Vortr. her bekannten Normen) zurück und es kann nach diesen Versuchen nur wiederholt werden, dass das Gefühl *aller* Theile des Hinterkörpers und die willkürliche Bewegung geleitet werden, wenn eine relativ sehr enge Brücke in normaler grauer Substanz erhalten bleibt. Dieselbe Stelle der grauen Substanz welche der Brücke entspricht, kann sogar einen Centimeter oberhalb oder unterhalb der Hauptverletzung durch einen zweiten Schnitt quer getrennt werden und die Leitung bleibt erhalten. Die Brücke kann ferner in der Mitte oder in einer der beiden Seitenhälften des Markes liegen. Ist aber die Brücke sehr schmal und umfasst sie nur einen äussersten Seitentheil der grauen Substanz (der bei Hunden, Katzen und Kaninchen schon zwischen den Falten der weissen Seitenstränge eingeschlossen ist, so bleibt nur die Empfindlichkeit *einer* Seite des Hinterkörpers.

Es scheint, dass die soeben erwähnten seitlichen Ausstrahlungen der grauen Substanz noch nicht allgemein bekannt sind, und das Viele noch die irrige Ansicht hegen, welche einst von Ludwig und Biel vertheidigt wurde, dass es nämlich nur Bindegewebssepten seien, welche von den Marksäulen zur grauen Substanz ziehen. Allerdings gehen Bindegewebe und Gefässe in diese Fortsätze mit ein. Stilling hat aber schon früher, und besonders in seiner letzten grossen Arbeit über das Rückenmark, gezeigt, dass es wesentlich nervöse Fortsätze der grauen Substanz (manchmal mit Ganglienkugeln) sind, die ramifizierend bis weit zwischen die Bündel der Seitenstränge einstrahlen, sich auf- oder abwärts biegen und hier zum Theil wieder zur centralen grauen Substanz zurückkehren können. Die meisten Forscher, welche diese Fortsätze unter stärkeren Vergrösserungen geprüft, haben die wesentlich nervöse Natur dieser seitlichen Schlingen anerkannt und ich habe selbst neue Argumente gefunden, um die Lehre Stilling's selbst ohne den Gebrauch sehr starker Objective zu stützen.

Wenn man, wie einige Experimentatoren der Leipziger Schule, diese Schlingen übersieht, so kann man glauben, jede Brücke grauer Substanz zwischen Vorder- und Hinterkörper getrennt zu haben, wenn man nur die *centrale* graue Substanz durchschnitten hat. Da in diesem Falle das Gefühl, und oft sehr lebhaft, noch fort-dauert, kommt man zu dem irrigen Schlusse, dass das Gefühl durch die weissen Seitenstränge allein geleitet werde, und wenn man es nicht versteht, Berührungs- und Schmerzgefühl bei den Versuchsthiereu zu unterscheiden, wenn man die Verlangsamung der Empfindungsleitung nicht erkennt, kann man sogar behaupten, dass *alles* Gefühl durch die Seitenstränge geleitet werde, und der Bruch zwischen der pathologischen Beobachtung und dem physiologischen Experiment wäre fertig.

Es ist aber jetzt gelungen, thatsächlich zu beweisen, was Votr. früher nur als sehr wahrscheinlich hinstellen konnte, dass nämlich *die weissen Längsfasern des Vorderseitenstranges* keine Spur von Empfindung zum Grosshirn leiten, dass sie hingegen der willkürlichen Bewegung dienen.

In einer Reihe von Versuchen hat Votr. nämlich im ersten Lendenwirbel die gesammte graue Substanz, auch ihre seitlichsten Theile zwischen den Seitenstrangbündeln zerstören können. Die meisten und vielleicht alle Längsfasern der weissen Seiten- und Vorderstränge haben ihre Structur und ihre Doppelbrechung erhalten, aber die Gestalt der Seitenstränge ist dadurch verändert, dass sich, ihre innern Bündel, ihres Haltes beraubt, in die centrale Lücke des Rückenmarkes, in den scheinbar sehr erweiterten Centralkanal, um den keine Spur von grauer Substanz mehr sichtbar ist, hineindrängen. In diesen Fällen war noch theilweise willkürliche Bewegung der Hinterfüsse, wenigstens in den Gelenken vom Knie abwärts, erhalten, *aber alle Empfindung*, auch für die stärkste faradische Reizung mit eingestochenen Nadeln, *war dauernd verloren*, wenn man bei der Operation auch die weissen Hinterstränge getrennt hatte.

Votr. zeigte dann noch andere Präparate, aus denen hervorgeht, dass bei der durch Entzündung hervorgerufenen Schmelzung der grauen Substanz, die Zerstörung derselben unterhalb der Wunde sogar an den seitlichen Verzweigungen *früher* beginnt als an der centralen Masse.

XIII. Dr. Meschede (Königsberg in Preussen): *Ueber die durch Febris recurrens bedingten psychischen Funktionsstörungen.*

Votr. weist zunächst darauf hin, dass in Bezug auf die pathogenetische Bedeutung, welche der Recurrens-Process für psychische Störungen habe, eine Lücke vorhanden sei, und theilt seine hierauf bezüglichen Beobachtungen mit, die er bei Behandlung einer grösseren Anzahl Recurrens-Kranker in der städtischen Kranken-Anstalt gemacht hat. Je nach den verschiedenen Stadien des Recurrens-Processes macht sich auch der psychopathogenetische Einfluss desselben in verschiedener Weise geltend. Was zunächst die am häufigsten und bekanntesten im Verlaufe des Rückfall-Typhus zu beobachtenden psychischen Alterationen anbetreff, die Delirien, so ist hervorzuheben, dass, wenn sie auch im allgemeinen das Gepräge sogenannter febriler Delirien darbieten, doch auch Unterschiede bestehen von denen des Abdominaltyphus, nicht allein bezüglich ihres zeitlichen Auftretens und Verlaufs, sondern auch in ihrer Eigenart. Während beim Abdominaltyphus der somnolente Charakter überwiegt, zeigen die Delirien der Recurrens meist ein affectives Gepräge. Delirien sind keineswegs immer an die Temperatur-Erhöhung gebunden, sondern bestehen in einzelnen Fällen auch noch nach eingetretener Deffervescenz, was darauf hindeutet, dass die Temperatur-Erhöhung als solche nicht immer die einzige Causa movens für die in Rede stehenden psychischen Störungen sein kann. In einzelnen Fällen gestaltete sich der Symptomencomplex zu dem

Bilde einer activen Melancholie mit Hallucinationen und Ideen des Verfolgungswahnsinns. Redner hebt sodann die Bedeutung des *Incubationsstadiums* und der abortiven Formen während herrschender Recurrens-Epidemien hervor und erwähnt einer Beobachtung von *Mania transitoria*, welche auf dieses aetiologische Moment zurückgeführt werden musste, da sonst jedes andere aetiologische Moment absolut fehlte. Solche Fälle können in ihrer Pathogenese nur dann richtig gedeutet werden, wenn man Gelegenheit hat, eine grössere Reihe von Recurrens-Krankheitsprocessen in ihrer verschiedenen Gestaltung genauer zu beobachten und zu studiren. Im *Nachstadium* der Recurrens kommen krankhafte Affectzustände depressiver und ängstlicher Natur zur Geltung, mitunter auch Zustände von Hebetudo, allgemeine Abschwächung der intellectuellen Fähigkeiten mit furchtsam-ängstlicher oder abulischer Gemüthsstimmung.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

288) O. Kahler und A. Pick: Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.

(Prager Vierteljahresschrift 1879.)

(Schluss.)

X. Ein Fall von amyotrophischer Bulbärparalyse mit den Erscheinungen der amyotrophischen Lateralsclerose Charcots (mit Tafel).

Ein genau beobachteter und untersuchter Fall von amyotroph. Lateralsclerose gibt den Verff. Gelegenheit auf die Frage einzugehen, ob man die anatomischen Befunde bei den nach dem Typus *Aran-Duchenne* der progress. Muskelatrophie verlaufenden Fälle (amyotroph. Bulbärparalyse *Leyden*) einerseits und bei den Fällen von amyotroph. Lateralsclerose (mit der Atrophie vorhergehender Lähmung und Rigidität sowie wirklicher Muskelcontractur) andererseits für identisch halten kann. Eine 64 jähr. Tagelöhnerin erkrankte mit fibrillären Zuckungen und 'Zuckungen grösserer Muskelbündel an den Muskeln der r. obern Extremität. Einige Monate später traten Schwäche, Abmagerung und endlich Contractur beider oberen Extremitäten auf. Gleich zu Beginn der Erscheinungen zeigt sich Anarthrie, die nach 5 Monaten in vollkommene Unfähigkeit zu articuliren übergeht und ferner stellen sich Schlingbeschwerden ein. Nahezu gleichzeitig mit den Lähmungssymptomen in den oberen Extremitäten treten solche, jedoch ohne Atrophie, auch in den untern auf. Acht Monate nach Beginn des Leidens wird die Kranke aufgenommen und liefert folgenden Befund. Lähmung der untern Facialisäste, leichte Ptosis rechts, normale Beweglichkeit der Stirnmuskeln, Parese der Kiefermuskeln, schwere Beweglichkeit der atrophischen Zunge mit fibrillären Zuckungen, Paralyse des weichen Gaumens, Störungen beim Schlingen, Lähmung und Halbblähmung einzelner Halsmuskeln, vollkommene Lähmung der oberen Extremität, Contractur der Oberarmadductoren, Beuger und Pronatoren des Vorderarmes; Atrophie en masse aller Extremitäten. Die untern

Extremitäten sind gelähmt bis auf leichte Bengebewegungen der Oberschenkel und Zehen, es besteht Rigidität der Adductoren und Flexoren des Oberschenkels und es findet sich eine bedeutende Steigerung aller Sehnenreflexe. Sensibilitätsstörungen fehlen. Alle Nerven zeigen intacte elektr. Erregbarkeit, die sich natürlich nur durch Contraction der nicht hochgradig atrophischen Muskeln äussert. Die Muskeln zeigen eine sehr deutliche Herabsetzung der farad. Erregbarkeit, proportional der Atrophie, nirgend eine ausgesprochene Entartungsreaction bei Prüfung mit dem galvanischen Strom.

Drei Wochen später erlag die Kranke einer Pneumonie. Die Section ergab eine auffallende Verschmälerung der Centralwindungen beiderseits, die Untersuchung des frischen Rückenmarks und verlängerten Markes folgendes: Körnchenzellen nur in beiden Hinterseitensträngen, die Pyramiden vollständig durchsetzt von Körnchenzellen, reichlich finden sie sich ferner in der vorderen Brückenabtheilung, sehr zahlreich in beiden Hirnschenkelfüssen und zwar im mittleren Drittel verfallen.

Die Untersuchung des gehärteten Rückenmarks ergab den bekannten Befund der amyotrophischen Lateralsclerose, doch mit geringer Betheiligung der Seitenstrangreste und zahlreichen vollkommen gut erhaltenen Ganglienzellen im Lendentheil der Vorder säulen. Die Pyramiden des verlängerten Markes zeigen die gleiche Beschaffenheit wie die Pyramidenseitenstrangbahnen im Rückenmark, die Stilling'schen Nervenkerne weisen zahlreiche geschrumpfte Zellen auf. An den Längsfasern der vordern Brückenabtheilung findet sich die gleiche Degeneration, endlich in beiden Grosshirnschenkeln die directe Fortsetzung dieser Degeneration im *dritten* Viertel von Innen nach Aussen gerechnet.

Mit Berücksichtigung des allerdings nur makroskopischen Befundes an den Centralwindungen konnte man demnach das ganze Leitungssystem der Pyramiden in diesem klinisch durch seinen raschen Verlauf (8 Monate) ausgezeichneten Falle als ziemlich in gleicher Intensität erkrankt ansehen; Leyden hingegen macht für seine Fälle von amyotroph. Bulbärparalyse die Angabe, dass der Process in den Pyramidenbahnen nicht bis über die Mitte der Brücke hinaus zu verfolgen sei. Diese Differenzen in dem anatomischen Befunde geben Verff. Gelegenheit mit der nöthigen Reserve (wegen des Fehlens bestätigender Befunde) die Ansicht auszusprechen, dass der Ort, an dem der Degenerationsprocess zuerst und am intensivsten sich localisirt, bestimmend sei für das Vorherrschen der einen oder der anderen Erscheinungsweise; d. h. wenn die Degeneration zuerst die Pyramidenbahnen central von der grauen Substanz befällt (was an der gleichmässigen Erkrankung der ganzen Strecke erkennbar ist), werden Lähmung und Contracturen auftreten, wenn der Process zuerst, in den grauen Vordersäulen beginnt und dann erst centralwärts vorschreitet (was an der Intensitätsabnahme der Degeneration gegen das Hirn hier zu erkennen ist), werden Atrophie und Schlawheit der Glieder beobachtet werden.

XI. *Casuistische Nachträge.* a) *Zur Lehre von der Ataxie.*

Hier veröffentlichen die Verff. zwei bemerkenswerthe Fälle. Der erste betrifft ein Compression des Rückenmarks mit folgender Compressionsmyelitis, bei der die ersten Krankheitserscheinungen in ausgesprochener Ataxie bestanden. Eigenthümlich war anfangs die Form der Coordinationsstörung; es war nämlich das volle Bild der cerebellaren Ataxie („Schon beim Stehen ohne Unterstützung war leichtes Oscilliren wahrzunehmen, beim Gehen neigt die Kranke den Oberkörper nach verschiedener Richtung, nur zwei bis drei Schritte werden in gerader Linie gemacht, dann weicht sie bald nach rechts bald nach links ab, sucht diesen Fehler durch beschleunigte Gangart zu corrigiren, geräth aber dabei in immer stärkeres Schwanken und stürzt häufig nach vorn, mitunter auch nach der Seite.“) vorhanden, das in den folgenden Tagen langsam durch die Erscheinungen einfacher Bewegungsataxie verdrängt wurde; dann entwickelten sich Sensibilitätsstörungen (zuerst Verlust des Muskelgefühls) und endlich paralytische Symptome. Dem Sectionsbefunde zufolge müsste die an umschriebener Stelle (3ter Brustwirbel) vorgefundene Compression zuerst die Hinterstränge betroffen haben.

Verff. betrachten diese Beobachtung als Stütze für die von ihnen vertretene (Vgl. Cap. IV.) Anschauung von der sensorischen Natur der Ataxie.

Der zweite hier mitgetheilte Fall betrifft eine halbseitige Bewegungs-Ataxie bei Bulbäraffektion, die nach jahrelanger Beobachtung zur Section kam und so den Verff. es ermöglichte den Sitz der bulbären Laesionen, welche Ataxie bedingen können, näher zu bestimmen.

In diesem Falle hatte ein alter haemorrhagischer Erweichungsherd seinen Sitz in der hintern Abtheilung der untern Ponshälfte, in einer Längenausdehnung von dem obern Ende der Olive bis über die Ponsmitte mit einer grössten Breitenausdehnung von 8 Mm., in dem untersten Theile des Pons, überall in der Tiefe der Substanz gelegen, nirgend den Boden des 4. Ventrikels erreichend. Er lag an der Raphe und zwar in seinem untern Drittel nur links von derselben, in den obern Dritteln griff er nach der rechten Seite über. Ausserdem fand sich eine Sklerose der linken Olive, der linken Hälfte der Olivenzwichenschicht und angrenzender Theile der *formatio reticularis*, welche von den Verff. jedoch als secundäre Prozesse angesehen werden.

Aus diesem Falle und aus dem Vergleich desselben mit den Fällen von Proust und Leyden ziehen die Verff. den Schluss, dass die bulbäre Ataxie in gewisse Partien der *formatio reticularis* zu localisiren sei.

Wegen den übrigen Einzelheiten des klinischen und anatomischen Befundes muss auf das Original verwiesen werden.

b) *Zur Localisation der Worttaubheit.*

Hier bringen die Verff. einen neuen Fall von Worttaubheit bei, der vollständig die in dem 1. Capitel darüber aufgestellten Anschauungen bestätigt.

58 jähriger Kutscher; einige Tage vor der Aufnahme wahr-

scheinlich apoplectischer Insult; bei der Aufnahme: Leichte Parese des rechtsseitigen Mundfacialis und der rechtsseitigen Extremitäten; Patellarsehnenreflex gesteigert, Sensibilität nicht als gestört nachweisbar; spricht nur das einzige Wort „Djon“, versteht selbst die einfachsten an ihn gerichteten Fragen nicht, trotzdem er sie hört; Gesten versteht er; Intelligenz gestört, er weint beim Anblick einer Uhr; später Besserung der Erscheinungen; einzelne Aufforderungen werden jetzt verstanden, von andern Aufforderungen ist es zum grössten Theile evident, dass er sie nicht versteht. Die Diagnose wurde auf Läsion der 3. linken Stirnwindung, der linken Insel und des l. Schläfenlappens mit geringer Betheiligung der motorischen Zone gestellt. Die Section ergibt einen grossen gelben Erweichungsherd der Rinde, welcher äusserlich die ganze hintere Hälfte der 1. Schläfenwindung einnimmt und sich nach rückwärts verbreiternd auf die Uebergangswindungen zwischen Schläfe-, Scheitel und Hinterhauptslappen übergreift; oberhalb der Sylvischen Spalte findet sich in der untern Partie der vordern Centralwindung ein Ausläufer des grossen Herdes; Frontalschnitte weisen ferner einen Herd nach im Mark der 3. linken Stirnwindung; beim Durchschnitt durch die vordere Centralwindung; zeigt sich, dass der grosse Herd das Operculum und die ganze erste Schläfenwindung durchsetzt; im Claustrum und in der Capsula int. findet sich ein bohngrosser Herd; ein weiterer Schnitt zeigt, dass auch die obere Partie der 2. Schläfenwindung betroffen ist. Auf Grund dieses Befundes schliessen sich die Verf. noch enger an die Anschauung Wernicke's an, dass die der Worttaubheit zu Grunde liegende Läsion in die 1. linke Schläfenwindung zu verlegen sei.

Rosenbach (Breslau).

289) **H. Chlari:** Ueber einen Fall von Mikrogyrie bei einem 13 monatlichen Knaben.

(Jahrb. für Kinderheilk. n. f. XIV.)

Unter dem Namen Mikrogyrie hat Heschl eine Windungsanomalie am Grosshirne beschrieben, deren Wesen darin besteht, dass die laterale und mediale, nie aber die untere Fläche des im Ganzen seinem Volum nach zurückgebliebenen Organes mit sehr reichlichen, vielfach geschlängelten und auffallend schmalen, jedoch dicht aneinander gedrängten Windungen versehen ist, in deren Anordnung sich das bekannte Schema nur schwer erkennen lässt. Dabei ist das eigentliche Centrum semiovale klein, während die in die Windungen eintretenden Ausläufer der weissen Substanz sehr lang, schmal und reichlich verzweigt sind. Die Träger solcher Gehirne sterben meist vor dem zweiten Lebensjahr, sind stets blödsinnig und leiden zuweilen an einem ziemlich hochgradigen Hydrocephalus externus. Derartige Fälle sind sehr selten. Der vorliegende betrifft einen 13 monatlichen an Enteritis zu Grunde gegangenen Knaben. Das Gehirn hatte ohne Meningen ein Volumen von 460 ccm. wovon 80 ccm. auf das Kleinhirn sammt Pons und Medulla oblongata kamen. Die Länge der Grosshirnhemisphäre betrug 14 mm., die grösste Höhe jeder Hemisphäre 70 mm. die grösste Breite 45 mm. Der übrige Gehirnbefund entsprach vollkommen

den oben angegebenen Merkmalen der Mikrogyrie. Die Consistenz des Gehirnes war nicht auffallend verändert und auch mikroskopisch liess sich nichts Pathologisches auffinden. Die beigegebene Abbildung der linken Hemisphäre zeigt, wie sehr die typischen Hirnwindungen durch die pathologischen, accessorischen Einkerbungen der Hirnrinde verwischt wurden.

Ueber die Genese dieses Zustandes spricht sich Verf. dahin aus, dass es sich um eine vom Schädel ganz unabhängige Wachstumsabweichung im Gehirne handle, welche in einer reichlicheren Ausbildung und Faltung der Corticalis und gleichzeitigen geringeren Entwicklung der weissen Substanz besteht. Obersteiner (Wien).

290) von Mandach: Ueber Neuralgia supraorbitalis intermittens.
(Corresp. für Schweiz. Aerzte 1879. 1. Novbr.)

Verf., Assistent der ophthalm. Klinik in Zürich, hat die Protokolle der Klinik von 1860—1879 nachgesehen, um eine statistische Uebersicht über Vorkommen, Häufigkeit, veranlassende Momente etc. der Neuralgia supraorbitalis intermittens anzustreben. Seine sehr interessanten Resultate sind folgende. In der angegebenen Zeit fanden sich nach Ausschluss aller zweifelhaften und complicirten Fälle 82 typische intermittirende Neuralgien, welche genau die Stunde des Eintritts und die Ablaufszeit angegeben hatten. Mit einer Ausnahme waren alle aus dem Canton Zürich, der bekanntlich frei von Malaria ist. Männer 65, Weiber 17 (4:1); Herz in Ziemssen's Handbuch giebt das Umgekehrte Verhältniss als das normale an. Die Hälfte der Fälle gehörte dem 3. Decennium an, circa $\frac{1}{5}$ dem zweiten und vierten und nur 7 Fälle der Periode vom 41. bis 50. Lebensjahre. Griesinger hatte früher angegeben (Infectionskrankheiten) es seien vorwiegend ältere Leute betroffen. Die rechte und linke Seite sind ungefähr gleich erkrankt; 3 Fälle beiderseitig; Recidive häufig, 6 Mal sind solche angegeben, bald nach 1 Jahre, bald nach längerer, z. B. 5 jähriger Pause. Kein Stand und keine Berufsart ist bevorzugt. Die Anfälle sind quotidian, selten doppelt an einem Tage, setzen am Morgen früh ein, dauern 2—3—4—13 Stunden; wenn nicht die rechte Behandlung rechtzeitig eingeleitet wird, wiederholen sie sich 14 Tage und noch länger täglich und bringen den Kranken sehr herunter.

Einen wichtigen Hinweis in aetiologischer Beziehung giebt die Häufigkeitscurve: Es waren Fälle im Januar 7, Februar 15 (Maximum) März 12, April 11, Mai 8, Juni 9, Juli 8, August 5, September 3, October 1 (Minimum) November 4, Dezember 4. Das Maximum im Februar fällt wohl zusammen mit dem Züricher Maximalneuralgie für die Folge einer catarrhalischen Affection des Stirnhöhlegebietes und behandelt sie auch experimenti causa zuweilen einzig mit Inhalation warmer Dämpfe, unzweifelhaft nicht ohne Erfolg, aber nicht mit so raschem, als er durch energische Chinindosen zu erreichen ist. Beste Methode der Verabreichung: Abends spät 1 Gramm, Morgens früh vor Beginn des Anfalls 1 zweites Gramm. Meistens reicht eine zweimalige Verabreichung aus.

Erlenmeyer.

291) **Lentz:** Observation de Syphilis cérébrale.

(Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1879. N. 14).

Verf. bringt folgenden Fall von Hirnsyphilis. Der Vater des Kranken war Säufer. Der Kranke acquirirte vor 5 Jahren einen harten Schanker. Zwei Jahr später Necrose der Stirn, noch ein Jahr weiter epileptiforme Anfälle mit Verwirrtheit, maniakalischer Gewaltthätigkeit und Gemeingefährlichkeit. Dann Intervall, vollständig gesund, geht seinen Geschäften nach, klagt aber stets über Kopfschmerz meist in der Stirn, so dass er nicht schlafen kann. Er bekam den Schmerz meist Abends, mit morgendlichen Steigerungen. Er wurde gedrückter Stimmung, dann reizbar, fing an zu trinken und kam so in das Asyl von Froidmont. Hier bessert sich sein Zustand bald, er wird entlassen. Sieben Monate später Rückfall. Epileptiforme Anfälle, vollständige Verwirrtheit. Der Kranke ist eigensinnig mürrisch, man kann seinen Geschmack und seine Wünsche kaum befriedigen; das Gedächtniss und hauptsächlich das für die Gegenwart ist ungemein schwach. Das am meisten hervorstechende Symptom ist eine allgemeine Kaducität im Bereiche der motorischen Sphäre. Der Kranke fühlt sich immer müde, will immer zu Bett. Der Gang ist wackelnd, unsicher, der Druck beider Hände gleich aber stark vermindert. Die Sprache langsam, schleppend, zuweilen häsitirend. Die Zunge zittert, Pupillen gleich, Sensibilität erhalten. Klagen über Kopfschmerzen, Ohrensausen, Taubsein in den Beinen sind beständig. Der Zustand verschlimmert sich schleichend, die Symptome werden ausgesprägter. Der Kranke vergisst von einem Augenblick zum andern, was er sagt; Incontenz von Urin und Faeces stellt sich ein, rechts Facialisparalyse. Eines Morgens findet man ihn todt im Bett.

Autopsie.

Die Dura ist in ihrer ganzen Ausdehnung verdickt und auf einigen Stellen nur mit der pia, auf andern fest mit dieser und mit der Hirnrinde verwachsen und lässt sich von letzterer ohne Substanzverlust nicht trennen. Die Hauptveränderungen sitzen zu beiden Seiten der Hirnspalte. Wo die Dura nur mit der pia verwachsen ist, bilden die Membranen einen harten zähen, graugelblichen, wie Leder erscheinenden 1—2 Mm. dicken Fleck. In der Mitte desselben befinden sich gummata von Gerstenkorn- bis Erbsen-Grösse, die wie hinein gedrückt in die Hirnsubstanz sind, ohne Adhaerenzen zu bilden, jedoch zeigen sich beim Aufheben die im Werden begriffenen Verklebungen. Wo die Affection tiefer greift, ist das Ganze in harte breite Haufen verwandelt, die sich ohne Substanzverlust, bis in die weisse Substanz hinein abheben lassen. Die Textur bietet alle Charactere eines fibrösen Gewebes, sieht perlmutterartig aus, knirscht unter dem Messer. Ein grösserer gummöser Tumor sitzt an der linken Hemisphäre und nimmt die hintere Parthie der grossen Hirnfurche ein, von der er wie eingebettet in die Hirnsubstanz der rechten Hemisphäre reicht. An der vorderen Parthie des Stirnlappens befindet sich ein Herd von rother Erweichung, von der Grösse eines Zweifrancstückes, entsprechend

der Necrose an der Stirn. Die weisse Substanz des ganzen Centraltheils ist unverändert, doch leicht zerreisslich.

Verf. bedauert, dass diese Beobachtung nicht vollständig sei; sie zeige jedoch, und das habe ihn zur Veröffentlichung bestimmt, die excessive Differenz zwischen dem pathologischen Befund bei syphilitischer Paralyse und gewöhnlicher Paralyse.

Neuendorff (Sonnenstein).

292) Mendel (Pankow): Syphilis und Dementia paralytica.

(Vortrag. Berlin. Klin. Wochschr. 1879. 36. 37.)

Ueber das oben bezeichnete Thema hat Verf. in der Berliner medicinischen Gesellschaft einen Vortrag gehalten, an den sich eine sehr bemerkenswerthe Discussion anschloss. Den Vortrag gebe ich zunächst im Referat wieder, und lasse dann die Discussion nach dem Bericht der berl. Klin.-W. folgen.

Mendel unterzieht 171 Fälle von Paralyse bei Männern einer Besprechung. Herderkrankungen sind vorher ausgeschlossen. Der Inhalt des Vortrags schliesst sich an die Beantwortung folgender Fragen an:

1. Was ergab die Section bezüglich der Frage Syphilis oder nicht?
2. In wie vielen Fällen ging Syphilis der Geisteskrankheit voraus und eventuell in welcher Reihenfolge treten die syphilitischen Erscheinungen auf?
3. Welche klinischen Unterscheidungsmerkmale können statuirt werden zwischen nicht syphilitischen Fällen, und syphilitischen?
4. Wie stellten sich die therapeutischen Resultate?

Ad. 1. Von 62 Obductionen gab nur eine positive Anhaltspunkte. Der Fall ist kurz folgender.

S. Kaufmann, 40 Jahre alt, erblich belastet. Chronisches Eczem der Füsse; Nasen-, Rachen- und Angencatarrh. Später wird eruir, dass er im Alter von 22 Jahren einen Schanker hatte. Seit 7 Jahren kinderlos verheirathet. — Winter 1871/72 melancholisch, Kopfdruck. Nach einigen Monaten wird er erregt, excentrisch. Seebad. Unaufhörliches Sprechen. September 72 Aufnahme in die Anstalt. Der Status praesens constatirt: normale innere Organe; langsame, schwere, mitunter stockende Sprache; unsicherer, breitbeiniger Gang; Pupillen mittelweit, gleich; Gesichtshälften gleich; psychisch ausgesprochener Grössenwahn. Januar 73: Pupillendifferenz (linke erweitert) linkes Gesicht und Gaumen herabhängend, Uvula nach links, Sprache lallend, grosse Schwäche in den Beinen, Kopfschmerzen. 6. Februar 73: Apoplectiformer Anfall. Puls 112. Zunehmende Dementia, Kothschmieren. 7. October: Apoplectiformer Anfall mit Convulsionen im linken Arm, Parese der linken Körperhälfte. T. Abends 40,1. 8. October: Zuckungen im rechten Arm, Schlucken behindert; 10. October: Sopor; 11. October: Tod.

Section: Schädeldach schwer und dick; gut erhaltene Diploe; auf der Innenfläche des linken Stirnbeins dicht neben der Mittellinie eine erbsengrosse, warzenartige Exostose; nach oben davon 3 kleine, stecknadelkopfgrosse. Dura verdickt, opak. Pachymenin-

gitis haemorrhagica, Arachnitis. Stirntheil der Hemisphäre stark abgeplattet; Hydrocephalus internus. In der linken Hemisphäre des Cerebellums ein erbsengrosses Gumma.

Verf. bezeichnet die gesammte Erkrankung der Hirnhäute und des Hirns als syphilitische. Er führt dann noch kurz einen Fall an, bei dem der bekannte Heubner'sche Sectionsbefund constatirt wurde. Für beide postulirt er den Befund der Syphilis als Substrat der Paralyse, meint aber diesen Fällen gegenüber könne man bei jenen, die uns den alltägigen Befund bei Paralyse darböten und daneben die Syphilis in anderen Organen aufwiesen, zweifelhaft sein, ob bei einem Syphilitischen Paralyse bestehe, oder ob es sich um syphilitische Paralyse handele.

Ad. 2. „Coffin's Behauptung, dass Syphilis die häufigste Ursache einer gewissen Art der allgemeinen Paralyse sei, der P. praecox, die zwischen dem 25. und 35. Jahre eintritt konnte ich nicht bestätigen“ schreibt Verf. führt aber an, dass er unter 7 Fällen dieser Art 5 mit Syphilis beobachtet habe, also 71%.

Bei seinen 171 Fällen war 53 mal eine sichere Anamnese, ob Syphilis oder nicht, nicht zu eruiren. Von den übrigen 118 war in 13 Fällen Syphilis auszuschliessen, dagegen in den restirenden 90 vorangegangene secundäre Syphilis zu constatiren also bei 76%.

Verf. bemerkt sehr richtig zu dieser hohen Zahl, dass eine Vergleichszahl fehle darüber, wieviel gesunde Männer in demselben Lebensalter früher syphilitisch gewesen sind. Um einen annähernden Anhalt über diese Frage zu bekommen, hat Verf. die gleichalterigen Fälle von primärer Geisteskrankheit in seiner Anstalt nach dieser Richtung hin anamnestisch geprüft und dabei in 18% Syphilis gefunden (101 : 18), eine Differenz, die sehr zu denken giebt, und die vom Verf. herangezogen wird zu einem Erklärungsversuch folgender Punkte. Die syphilitische Ursache der Dementia paralytica producire 1) ein Ueberwiegen der Städter, 2) der Männer bei dieser Erkrankung; sie begünstige 3) die relative Häufigkeit der kinderlosen Ehen bei Paralytikern. Von den 171 Paralytikern des Verf. waren 48 ledig; von den 123 verheiratheten 27 ohne Kinder; d. i. 22% (eigentlich 29, aber 2 wegen Hypospadie abgerechnet); von diesen 27 waren 16 syphilitisch = 59%.

Ueber den Zeitraum zwischen der syphilitischen Infection und dem Ausbruch der Paralyse stellt Verf. seine eigenen Erfahrungen folgendermassen zusammen: Der Beginn der Paralyse fiel nach der Acquirirung der Syphilis

2— 3 Jahre in	2 Fällen,
3 - 4	2
4— 5	6
5— 7	9
7—10	16
10—15	20
15—20	44

Ad. 3. Erwähnenswerth erscheint das ungemein häufige Vorkommen von Augenmuskellähmung bei syph. Hirnerkrankungen. Braus fand sie unter 100 Fällen 34 mal, besonders Lähmung des

Oculomotorius. S a n d r a s bezeichnet Ptosis als pathognomisches Symptom der Syphilis, A l e x a n d e r hält die mit Mydriasis verbundene Accomodationslähmung in vielen Fällen für ein Prodrom psych. Störung. Verf. selbst constatirte in seinen Fällen 12 mal vorangegangene Augenmuskellähmung; in 9 dieser Fälle bestand mit Sicherheit secundäre Syphilis, in 3 war bestimmt nichts zu eruiren.

Ad. 4. Glänzende Resultate hat Verf. nicht aufzuweisen. Er plaidirt dafür, und wie dem Ref. scheint mit vollem Recht, bei manchen Fällen von s. g. Hypochondrie, die sich aber bei genauer Untersuchung als Prodromalerscheinungen psychischer Störungen oder gar der Paralyse entfalten und bei denen Syphilis in der Vorgeschichte statuirt ist, eine energische antisymphilitische Behandlung einzuleiten. Diesen Standpunkt hält Ref. für den einzig richtigen, auch für den allein verantwortbaren. Unsere ganze Forschung geschieht in letzter Instanz doch immer nur zu therapeutischer Erkenntniss und therapeutischen Zwecken, und im Interesse der Kranken muss bei zweifelhaften Punkten und so lange die Zweifel bestehen immer derjenige praktisch eingehalten werden, der dem Kranken den grösstmöglichen Vortheil bringt. Erkennen wir in einer s. g. Hypochondrie eine beginnende Tabes dorsalis so zögern wir keinen Augenblick die dadurch indicirte Behandlung einzuleiten und wäre sie die eingreifendste; warum sollen wir bei früh erkannter Paralyse anderen Principien folgen? Eine manifeste Paralyse, und ich füge rückhaltlos bei auch eine Tabes dorsalis wenn sie manifest erscheint, ist unter allen Umständen verloren, es ist also durch eine Schmiercur — deren Gefährlichkeit übrigens bis jetzt nur behauptet aber nicht bewiesen ist — auf keinen Fall etwas zu verlieren, nur zu gewinnen. Es scheint mir darum nicht nur kein Recht vorzuliegen die therapeutische Handhabe abzulehnen, die uns das Causalitätsverhältniss zwischen Syphilis und Paralyse darbietet, auch wenn es noch nicht über jeden Zweifel erhaben ist, sondern ich erachte es sogar Angesichts der trüben Prognose der 2 genannten Erkrankungen als eine Pflicht diese Handhabe unverzüglich zu ergreifen. Ref.

Es wäre sehr wünschenswerth, wenn nicht nur die Methode der Behandlung sondern auch die Dosirung der verabfolgten Mittel namhaft gemacht worden wäre. Wenn die beiläufige Bemerkung „— Schmiercur (Morgens und Abends 1 Gramm Ung. cin. in den Nacken) —“ allgemein für das Verfahren des Verf. gültig sein soll, so muss Ref. diese Dosen sowohl wie den Ort der Application als viel zu klein und unzweckmässig bezeichnen. Wenn bei diesen Fällen etwas erreicht werden soll, muss viel energischer vorgegangen werden.

E r l e n m e y e r.

Discussion über diesen Vortrag.

Herr Wernike: Herr Mendel habe zu beweisen versucht, dass die Syphilis eine der häufigsten Ursachen der progressiven Paralyse sei, und dafür zunächst angeführt, dass unter 171 Fällen seiner Beobachtung 90 mit Syphilis behaftet gewesen seien. Redner

habe in 7 Jahren in den betrf. Kliniken zu Breslau und Berlin 4—500 Fälle von Paralyse gesehen, und wenn er auch keine genauen Notizen über dieselben habe, so könne er doch nach seinen Eindrücken versichern, dass Syphilis kein ursächliches Moment der Dementia sei; allerdings wolle auch er ein häufiges Zusammentreffen beider Krankheiten nicht bestreiten. Von dem Rathe Mendel's, die Prodromalerscheinungen der Dementia, namentlich Hypochondrie mittelst einer Inunctionskur zu bekämpfen, könne er sich keinen Erfolg versprechen, da Mendel selbst nur in einem Falle davon eine Besserung sah und die Paralyse häufig spontan Remissionen von längerer Dauer mache. Wäre in der That Syphilis die Ursache, so müsste die Dementia, wie andere syphilitische Affectionen einer energischen Behandlung weichen, was Redner jedoch nie beobachtet hat. Das ferner Paralytiker häufig kinderlos bleiben, könne einfacher durch eine Complication mit Tabes dorsalis erklärt werden. Der Umstand, das besonders Männer, und zwar Männer, der bessern Stände und andererseits unter den Weibern vornehmlich Prostituirte an Dementia erkrankten, deuten nicht auf einen causalen Zusammenhang der Syphilis und der Dementia, vielmehr nur auf eine Gleichzeitigkeit beider Affectionen. Dass Männer der besseren Stände z. B. so häufig an Syphilis erkrankten, läge an der Erschwerung des Heirathens. Um aus der statistisch nachgewiesenen Häufigkeit des Zusammentreffens zweier Erscheinungen einen Schluss auf causale Zusammengehörigkeit derselben ziehen zu dürfen, müsse gleichzeitig ein logischer innerer Zusammenhang derselben nachgewiesen werden, wie z. B. zwischen Aneurysma der Hirngefäße und Hirnblutungen. Was dann die Häufigkeit der Augenmuskellähmung anlangte, so müsse auch hierbei an complicirende Tabes erinnert werden. Bei den Sectionen von Paralytikern habe Redner ebenso, wie Herr Mendel fast nie Zeichen von Syphilis auffinden können. Nur einmal sei eine Meningitis mit gummösem Exsudat im hiesigen pathologischen Institut constatirt worden.

Herr Mendel verwahrt sich dagegen, dass er die Syphilis als eine der häufigsten Ursachen der Dementia bezeichnet habe und behält sich die weitere Entgegnung bis zum Schlusse der Discussion vor.

Herr B. Fränkel: Die Resultate der statistischen Aufnahmen des Herrn Mendel seien in hohem Grade bemerkenswerth. Des Redners allerdings geringe Erfahrung über diese Krankheit ergebe andere Resultate. Die Paralytiker seiner Praxis seien meist nicht syphilitisch gewesen, und von dem von ihm an Syphilis Behandelten sei seines Wissens keiner paralytisch geworden. Er glaube nun, dass diese statistische Frage von den Hausärzten besser wie von den Spitalern gelöst werden könne. Mit Ausnahme der Statistik könne er die Beweisführung des Herrn Mendel als stichhaltig nicht anerkennen. Der pathologische Befund ergäbe auch bei Herrn Mendel ein fast negatives Ergebniss und die klinische Beobachtung keine Heilung nach antisymphilitischer Kur. Bei rein irritativen Processen sei der klinische Nachweis, dass es sich um Syphilis handele, entweder aus begleitenden Er-

scheinungen, dem Nachweis von bestehender Syphilis in andern Organen, Dürsenanschwellungen etc. — oder ex juvantibus zuführen, d. h. der prompten Einwirkung antisypilitischer Mittel, nachdem vorher andere Versuche negativ ausgefallen seien. Den Nachweis ex juvantibus habe Herr Mendel aber nicht führen können. Er glaube, dass unter diesen Umständen die Frage entstehe, ob es nicht angezeigt sei, unter den Mitgliedern der Gesellschaft mittelst Fragekarten eine statistische Erhebung vorzunehmen, um zu constatiren, ob nach den Erfahrungen derselben in der That das Zusammentreffen von Syphilis und Dementia ein sehr häufiges sei.

Herr Westphal: Herr Mendel habe in seinem Vortrage, den er leider nicht gehört habe, zum Beweise dafür, dass die Dementia paralytica etwas mit Syphilis zu thun habe, sich vorwiegend auf statistische Daten gestützt, die die Anamnese ergäbe. Trotz aller Sorgfalt sei es in diesem Falle ausserordentlich schwer, zu positiven Resultaten bei Aufnahme der Anamnese zu gelangen. Die Erfahrungen in der Charité bestätigen es durchaus nicht, dass prostituirte Frauenzimmer häufig an Dementia erkrankten. Aus der syphilitischen Abtheilung gelangte nach seiner jetzt 20 jährigen Erfahrung sehr selten Frauenzimmer in die Irrenanstalt und am aller seltensten als paralytische Geisteskranke. Es sei dies um so auffallender, als nach Herrn Lewin's Ermittlungen von den Syphilitischen der Charité bei den Frauen 50% secundäre Erscheinungen zeigen, während nur 30—35% Männer secundär sind. Hierdurch werde das Missverhältniss zwischen der Häufigkeit der Erkrankung von Männern und Frauen an Dementia noch auffallender, wenn Syphilis mit dieser Krankheit etwas zu thun hätte. Was nun die pathologische Anatomie anlangte, so würden in den zahlreichen Sectionen von Paralytikern, die im pathologischen Institut gemacht würden, fast nie Spuren von Syphilis, weder Narben in der Leber, den Nieren etc. noch Gummiknoten gefunden. Vom pathologischen Standpunkt laute die Frage: Kann chronische Meningitis syphilitischen Ursprungs sein? Hierüber lasse sich nichts Gewisses aussagen, doch hätten wir keine Ursache, die Frage zu bejahen, so lange in andern Organen keine Spur von Syphilis dabei gefunden werde. Es sei richtig, dass Frauen erheblich seltener an Dementia erkrankten wie Männer, und die paralytischen Frauen gehörten fast ausschliesslich den niedern Ständen an. Er entsänne sich nur eine Frau der besseren Stände mit Dementia paralytica gesehen zu haben. Dies spräche aber nicht für eine syphilitische Ursache der Dementia, da es nicht feststehe, dass die Frauen der niedern Stände häufiger an Syphilis erkrankten, es sei vielmehr eine Thatsache, für die bisher eine genigende Erklärung fehle. Eine antisypilitische Kur helfe bei Dementia nichts. Besserungen, die während einer solchen eintreten, könnten ihr nur scheinbar zugeschrieben werden, hingen vielmehr von Remissionen ab, die diese Krankheit häufiger mache, Recidive die eintreten, wie Redner dies noch jüngst bei einem Collegen beobachtet hat, belehrten dann über die Erfolglosigkeit der Cur. Wo eine Heilung bei antisypilitischer Cur beobachtet werde, liege eine irrthümliche Diagnose vor. Syphilitische Herderkrankungen des Gehirns hätten in solchen Fällen eine Dementia vorgetäuscht.

Er glaube also, in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Irrenärzte, dass Syphilis mit Decentia paralytica Nichts zuthun habe.

Herr G. Lewin: Er könne die von Herrn Westphal angeführten statistischen Daten bestätigen.

Er habe in der Charité gegen 20000 constitutionell Syphilitische behandelt und davon seien 12000 Weiber und 8000 Männer gewesen. Unter diesen sei vielleicht 10/100 geirnt worden, fast gar keiner aber paralytisch. Man müsse selbst bei constatirter Syphilis sehr vorsichtig sein, andere begleitende Erkrankungen ursächlich von der Lues herzuleiten; so habe er heute gerade einen Fall von Epilepsie bei einem syphilitischen Mädchen gesehen, in welchem erst die wiederholte Aufnahme der Anamnese gezeigt habe, dass die Epilepsie schon vor der syphilitischen Infection bestanden hatte. Was den Schluss ex juvantibus anlangte, so müsse die Syphilis länger und energischer behandelt werden, als dies gewöhnlich geschieht. Namentlich gelte dies von der Gehirnsyphilis, die weil sie mit Erkrankungen der Knochen, der Gefässe und der Nerven einhergehe, besonders hartnäckig sei.

Herr Jürgens: Bei Sectionen von Paralytikern werde zuweilen an der Neuroglia oder den Hirnhäuten durchaus Nichts anomales gefunden, sondern lediglich Veränderungen der Nervenfasern oder der Ganglien, also Zustände, die man als parenchymatöse Erkrankungen bezeichne. Diese könnten aber nicht als syphilitische betrachtet werden.

Herr Mendel: Herr Wernicke habe seinen Zahlen Eindrücke entgegengesetzt, mit denen er allerdings nicht rechten könne. Herr B. Fränkel habe betont, dass antisymphilitische Kuren unwirksam gegen Dementia seien. In dieser Beziehung würde die Dementia mit bekannten syphilitischen Erkrankungen des Gehirns übereinstimmen, deren schwierige Beseitigung allgemein zugegeben wurde. Gegen Herrn Westphal bemerke er, dass er die Schwierigkeit der Aufnahme der Anamnese ebenfalls anerkannt und deshalb von seinen 171 Fällen 53 ausser Rechnung gelassen habe. Der Behauptung des Herrn Westphal, dass Dementia bei Prostituirten selten sei, werde von andern Autoren widersprochen. (Fraillaud, Simon in Hamburg). Er selbst habe über Prostituirte keine Erfahrung. Was die pathologische Anatomie anlange, so sei es nach den Auseinandersetzungen von Virchow unbedingt erlaubt, auch eine Meningitis als von Syphilis herrührend zu betrachten. Es sei kein Gegenbeweis gegen die syphilitische Natur der Meningitis, wenn in anderen Organen keine syphilitischen Affectionen aufgefunden würden. Gegen Herrn Jürgens bemerke er, dass nach Anderer und seinen eigenen Untersuchungen interstitielle Prozesse bei der Dementia ausserordentlich häufig, wenn auch vielleicht nicht in allen Fällen gefunden würden. Im Gegensatz zu Herrn Westphal müsse er bemerken, dass die meisten Irrenärzte annehmen, die Syphilis habe mit der Dementia etwas zu thun. Nur müsse man hierbei nicht immer an ein direct wirkendes ätiologisches Moment denken, sondern das Vorhandensein der Syphilis als einen prädisponirenden oder auxiliären Umstand auffassen.

Die Selbstmorde in Frankreich und Italien.

- 293) 1. **E. Morer**: Du Suicide en france. These de Paris 1878.
- 294) 2. **Giovanni Ferrini**: del Suicidio in Italia. Milano 1879.

1. Aus dieser fleissigen statistischen Zusammenstellung entnehmen wir folgende Daten:

Der Selbstmord nimmt in Frankreich in rascher Progression zu. In der Periode 1831—1835 kamen jährlich auf 100,000 Einwohner 6,41 Selbstmorde, in den Jahren 1851—1855 jährlich 10,04, und endlich im Quinquenium 1871—1875 jährlich 16,80. — Diese Zunahme ist eine so regelmässige, dass mit Ausnahme der letzten Periode und wenn man von den Bruchtheilen absieht, die Anzahl der Selbstmorde in jedem Quinquenium um 1 auf 100,000 Einwohner steigt. —

Die Anzahl der Selbstmorde nimmt im höheren Alter immer zu. Unter 16 Jahren kamen auf 100,000 männliche 0,43, im Alter von 41—50 Jahren 33,99, und im Alter zwischen 71—80 Jahren 70,5 Selbstmorde.

Auch die im kindlichen Alter verübten Selbstmorde mehren sich, wenn auch langsam. In dem Zeitraume von 1871—1875 tödteten sich 175 Kinder im Alter von 7—15 Jahren; im Jahre 1875 kam ausserdem noch ein Fall bei einem 5 jährigen Kinde vor; einen weiteren Fall theilt *Moreau fils* (*de Touss*) mit von einem 5 jährigen Kinde, welches zweimal den Versuch machte sich das Leben zu nehmen. Am meisten Selbstmorde kamen im Juli vor, am wenigsten im Februar. — Für den Civilstand der Selbstmörder ergibt sich folgende interessante Tabelle:

Es kommen auf 100,000 ledige Männer	Frauen.		
46,20	8,3	}	
verheirathete	20,71		Selbstmorde.
verwitwete	77,12		
	15,69		

Diese Zahlen bedürfen keiner weiteren Erklärung. Am grössten dürfte aber die Anzahl der Selbstmörder unter den geschiedenen Personen sein.

Bei den Landbewohnern kommen auf 100,000 Menschen jährlich 11,21 Selbstmörder, in den Städten (exclus. Paris) 16,74 und in Paris selbst 32,76. —

Auch die gewählte Art des Todes ist ihrer Häufigkeit nach nicht gleich am Lande und in Paris; während beispielsweise hier die Erstickung durch Kohlenoxyd sehr beliebt ist, kommt sie auf'm Lande nur selten vor. — Wir müssen uns mit den wenigen hier mitgetheilten Daten begnügen.

2. Es ist noch nicht lange her, dass Selbstmorde in Italien fast zu den aussergewöhnlichen Dingen gehörten. In der letzten Zeit ist dies anders geworden, und es macht sich eine constante Zunahme der Selbstmordfälle bemerkbar. Im Jahre 1874 tödteten sich in Italien 762 Männer und 253 Frauen, im Ganzen 1015 (bei einer Gesammtpopulation von circa 26 Millionen also 3,9: 100,000.) Man glaubt die rasche Zunahme der Selbstmorde in den letz-

ten Jahren mit der grösseren politischen Freiheit und Selbständigkeit, welche sich Italien errungen hat, sowie mit dem damit verbundenen lebhafteren Aufschwung aller Leistungen Bedürfnisse u. s. w. in Zusammenhang bringen zu dürfen. Auch in Italien ist die Zahl der männlichen Selbstmörder weitaus grösser als die der weiblichen (in den Jahren 1872—1875 betrug das Verhältniss der weiblichen Selbstmörder zu den männlichen 1 : 3,75). Wenn im höheren Alter auch absolut weniger Selbsttötungen vorkommen, so ergibt sich aber aus dem Verhältniss zu der Anzahl lebender Personen in den verschiedenen Altersperioden eine stetige Zunahme der Selbstmorde von der Kindheit bis ins Greisenalter.

Der Verfasser vertritt mit grosser Wärme die Ansicht, dass weitaus der grösste Theil aller Selbstmorde in einem Zustande verminderter oder aufgehobener Zurechnungsfähigkeit begangen wird. Interessant ist es, dass von 735 Selbstmorden, deren Ursache angegeben ist (im J. 1870) 145 mal Pellagra dafür in Anspruch genommen wird. Die Zunahme der Selbstmorde in den wärmeren Monaten ist eine ganz auffallende, bildet man aus der Anzahl der in jedem einzelnen Monate vorgekommenen Fälle eine Curve so steigt dieselbe vom Dezember ganz constant bis zum Juni an, um ebenso gleichmässig gegen den Jahresschluss herabzusinken (z. B. 1874, Januar 69, März 88, Juni 148, September 62, Dezember 54) während häufig so regelmässige Verhältnisse in andern Ländern nicht gefunden werden, in England sogar November und Dezember ein sehr grosses Contingent stellen.

Verf. betont, dass bei den Sectionen von Selbstmördern häufig nicht genug Rücksicht genommen wird auf solche Veränderungen in den verschiedensten Organen (Herz, Lungen, Uterus etc.) welche indirect das Gehirn und seine Ernährung beeinflussen können.

Obersteiner (Wien).

III. Neueste Literatur.

- 104) Parinaud, Atrophie des nerfs optiques dans l'érysipèle de la face. brochure in 8^o, 24 pag. Paris, Asselin.
 - 105) Desplats, Application de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies. 8^o. 80 pag. Paris, Baillièrre et fils.
 - 106) T. Stretch Dowse, The Brain and its diseases. Vol. I. Syphilis of the brain and spinal cord. (Paralysis, Epilepsy, Insanity, Headache, Neuralgia, Hysteria etc.) mit color. und photogr. Tafeln. London. 10 S. 6 d.
 - 107) Day, Headaches: their causes, nature and treatment. London, A. Curchill. II. Aufl. 8^o. 6 S. 6 d.
 - 108) H. Obersteiner, Ueber Erschütterung des Rückenmarks. Sep.-Abdr. aus den Medicin. Jahrbüchern III. IV. Heft. 1879, mit Tafel.
-

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königsutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Merzig, a) Volontairarzt, 600 M., fr. Station. Nur Preussen zugelassen. b) Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche u. Arznei 1200 M. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Schwetz, a) Assistenzarzt, sofort, freie Station, 1500 Mark. b) Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Allenberg, Volontairarzt. 6) Heidelberg (psychiatrischen Klinik), Assistenzarzt 900 Mark, freie Station. 7) Stephansfeld, III. Assistenzarzt, 900 M., fr. Station. 8) Bois de Cery (Lausanne), II. Arzt u. stellvertretender Director, 2—3000 Frs., möblierte Familienwohnung. 9) Eichberg (Rheingau), III. Hülfarzt, 1. Dezember, 900 M., fr. Station. 10) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., fr. Station. 11) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) II. Volontairarzt, 600—1200 M. fr. Station. 12) Görlitz (Privat-Anstalt), Assistenz- und Volontairarzt 13) Dalldorf (Berlin), Assistenzarzt, 31. October, 1500 Mark, freie Station. 14) Regierungs-Medicinalrath - Stelle in Sigmaringen. 15) Bendorf, (Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt), Assistenzarzt, 1. Dezbr., fr. Station, 1500 M. 16) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bomst (Posen), Bublitz (Cöslin), Dortmund (Arnsberg), Erkelenz (Aachen), Flensburg (Schleswig), Gardelegen (Magdeburg), Hoyerswerda (Liegnitz), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegnitz), Malmedy (Aachen), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Querfurt (Merseburg), Rees-Wesel (Düsseldorf), Rendsburg (Schleswig), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wahrenndorf (Münster), Wandsbeck-Storman (Schleswig).

Ernannt. Herr Dr. Wiedemann zum Assistenzarzt bei der württembergischen Heil- und Pflegeanstalt in Schussenried; der bisherige Inhaber dieser Stelle Herr Dr. Pfeilstücker ist auf sein Ansuchen von der Stelle enthoben worden. Kreisphysikus San.-Rath Dr. Hermann Becker in Hannover zum Medicinalreferenten.

Auszeichnungen. Director Dr. Ast zu Schussenried erhielt das Ritterkreuz II. Classe der württembergischen Krone. — Dr. Erlenmeyer in Bendorf zum corresp. Mitglieder der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden erwählt. —

Berufungen. Professor Dr. W. Erb in Heidelberg hat einen sehr ehrenvollen Ruf als Prof. ordin. und Director der Poliklinik nach Leipzig erhalten. Dr. Adamkiewicz, Privatdocent für Nervenkrankheiten in Berlin ist zum ordentlichen Professor für allgem. Pathologie nach Krakau berufen und hat angenommen.

Todesfall. Kreisphysikus Dr. Thygessen in Rendsburg.

Den Directionen öffentlicher und privater Irrenanstalten, so wie den Vorständen psychiatrischer Kliniken sagen wir wiederholt unseren Dank für die Mittheilungen über offene Stellen, Versetzungen und andere Personalien. Wir bitten ganz ergebenst, uns diese Unterstützung des Blattes auch fernerhin zuwenden zu wollen, und sprechen dabei den Wunsch nach noch *eingehenderen* Nachrichten, namentlich auch darüber aus, ob, und durch wen eine ausgeschriebene Stelle wieder besetzt worden ist.

Die Redaction.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLENMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1½ Bogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an — Insertion
30 Pfg. für die durchgehende Fettszeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

1. Dezember 1879.

Nro. 23.

I N H A L T.

- I. ORIGINALIEN. Medicinalrath von HESSE (Darmstadt): Ueber ein absolutes elektrisches Maass-System.
- II. REFERATE. 295) A. Friedenreich: Bidrag til den nosologiske Opfattelse af Athetosen og de dermed beslaegtede Krampeformer. 296) H. Obersteiner: Ueber Erschütterung des Rückenmarks. 297) S. Weir. Mitchell: The cremaster reflex. 298) Ladislaus Pollak: Multiple Herdsklerose des Hirns u. Rückenmarks. 299) Cases of injury to the skull, with cerebral symptoms. Aus Seamen's Hospital Greenwich. 300) Mitchell Penmann: Two cases of cerebral abscesses. 301) H. Jellinek (Ottakring): Eine Cyste im Kleinhirn. 302) A. Jänicke: Ein Fall von Echioococcus des Wirbelkanals. 303) Raynaud: De la transmission de la rage de l'homme au lapin. 305) O. Schnex: Ein Fall von Aphasie in Folge von psychischer Aufregung. Aus der gerichtlich-medizinischen Abtheilung des Prof. Erhard in Kiev. 306) Otto Schwartzler: Die thermische Behandlung der maniakalischen Phase der Psychoneurose. 307) Jacob Weiss: (Privatdocent in Wien): Die klinische Bedeutung der Krampfanfälle in der Pathologie der Psychosen. 308) Arnold Pick: (Prag): „Drei Fälle traumatischen Irreseins“ Beiträge zur Casuistik der Psychosen.
- III. VERSCHIEDENE MITTHELUNGEN. 309) Cedron als Ersatzmittel für schwefelsaures Chinin. 310) Aus Heidelberg. 311) Aus der Schweiz. 312) Aus America. 313) Aus Bonn. 314) Aus Budapest.
- IV. NEUESTE LITERATUR. V. PERSONALIEN. VI. ANZEIGEN.
-

Mittheilung der Redaction.

Wir sind in der glücklichen Lage unseren verehrten Lesern die Mittheilung machen zu können, dass es uns nach vieler, bisher vergeblicher Mühe endlich gelungen ist einen Referenten für *dänische* Literatur zu gewinnen in der Person des Herrn Dr. med. Max Dehn, Arzt für Electrotherapie und Nervenkrankheiten in Hamburg.

Indem wir in der heutigen Nummer das erste Referat einer bedeutungsvollen Arbeit über *Athetose* aus der Feder des genannten Herrn bringen, stellen wir für die Zukunft über alle bemerkenswerthen, in unser Gebiet einschlagenden dänischen Arbeiten Referate in sichere Aussicht. Auch an Notizen für die „Verschiedene Mittheilungen“ wird es nicht mangeln.

I. Originalien.

Ueber ein absolutes elektrisches Maass-System.

Von Medicinalrath von HESSE in Darmstadt.

Klares Verständniss der physikalischen Gesetze und Bedingungen, welche bei der Application elektrischer Ströme auf den menschlichen Körper massgebend sind, ist für eine rationelle Elektrotherapie absolut nothwendig, aber leider nicht bei allen zu finden, welche die Electricität in der Medicin anwenden. Als ein Hauptgrund dieser Unkenntniss dürfte der Mangel eines einheitlichen, verständlichen Systems für Messung elektrischer Kräfte zu betrachten sein.

Die Ausdrücke elektromotorische Kraft, Widerstand, Stärke des Stroms müssten als abstrakte Begriffe bei Messungen verlassen werden und an ihre Stelle greifbare Grössen gesetzt werden, so dass wir in den Stand gesetzt würden die Electricität zu dosiren wie Arzneimittel und wir schliesslich Ströme von der und der Stärke verschreiben könnten wie wir Bäder von der und der Temperatur verordnen u. s. w.

Wir hatten bis jetzt als Maass der Vergleichung für elektromotorische Kräfte das Daniell'sche Element, und für Widerstände die Siemens'sche Einheit. Aber um Stromstärken zu messen waren wir genöthigt von Abweichungen der Galvanometernadel zu sprechen. Dies ist offenbar ungenügend, da nicht zwei Galvanometer (wenn sie auch genau nach demselben Modell construirt sind) dieselbe Ablenkung für dieselbe Stromesstärke geben. Ausserdem ist es ein wohl bekanntes Faktum, dass der Ablenkungswinkel nicht proportional der Stromesstärke wächst.

Alle diese Mängel hat jeder rationelle Elektrotherapeut gewiss gefühlt. Es scheint mir daher ein bedeutender Schritt vorwärts auf diesem Gebiete gethan, wenn wir, wie es die british association thut, ein System adoptiren, was auf dem absoluten Maasssystem von Gauss und Weber (siehe Kohlrausch, Leitfaden der praktischen Physik, Leipzig bei Teubner) basirt ist, und welches leicht auf medicinische Zwecke anwendbar ist. In diesem System ist die Einheit der elektromotorischen Kraft oder „Volt“ ziemlich gleich der eines Daniell'schen Elementes. Die Widerstandseinheit oder „Ohm“ ist gleich 1,0486 Siemens'schen Einheiten (d. i. 20 Ohm = 21 S. E. ungefähr) und die Einheit der Stromesstärke, das ist die Quantität Electricität, die in einer Sekunde durch einen Bogen von 1 Ohm Widerstand, bei einer elektromotorischen Kraft von 1 Volt geht, wird „Weber“ genannt, und ist eine solche, die 0,1146 CC. Wasserstoff durch Electrolyse des Wassers bei 0° C. und 760 Mm. Druck (Barometerstand) frei macht. Der Weber indessen ist keine passende Grösse um die Stärke von medicinischen Strömen zu messen, da er viel zu gross ist, es schlägt daher de Watteville in „A practical introduction to Medical Electricity“ London H. K. Lewis 1878 vor, den „Milliweber“ als medicinische Einheit zu adoptiren. Die Zweckmässigkeit

dieser Einheit ist einleuchtend. Die elektrischen Widerstände des menschlichen Körpers bei medicinischen Applicationen variiren sehr; aber 3000 Ohm können getrost als Durchschnitt angenommen werden. Daher würde ein Strom von 3 Daniell'schen (oder Siemens'schen) Elementen durch den menschlichen Körper etwa 1 Milliweber messen; ein Strom von 15 Elementen 5 MW.; von 30 Elementen, 10 MW. von 60 Elementen, 20 MW., der letztere ist wohl ungefähr der stärkste von einem Patienten zu ertragende, während der erstere etwa der schwächste ist, den man überhaupt anwendet. Daraus folgt, dass das, was wir schwache Ströme nennen (3—15 Daniell'sche Elemente) in medicinischen Einheiten als Ströme von 1 bis 5 MW.; mittlere Ströme von 5—10 MW.; stärkere Ströme 10—15 MW.; sehr starke von 15—20 MW. ausgedrückt wird. Es ist einleuchtend, dass wir auf diesem Wege zwei konstante Fehlerquellen eliminiren, die allem unserem electrotherapeutischen Thun anhaften: Die wechselnde Natur und Stärke der angewandten Elemente und die nicht weniger wechselnden Widerstände der Patienten. Wir entledigen uns daher aller ungenügender Pseudomessungen mittelst Ablenkung der Nadel. Denn, einmal das System der Einheiten angenommen, ist nichts leichter als das Galvanometer einzutheilen in wirkliche Einheiten von Stromstärke, anstatt in Kreisgrade, so dass das Ablesen nach Ausdrücken geschieht, die mit allen ähnlich eingetheilten Galvanometern vergleichbar sind, so verschiedenartig auch ihre Konstruktion sonst sein mag. Wir werden dann im Stande sein Resultate zu vergleichen, uns zu verständigen und Ströme zu dosiren.*)

Es erwächst aber noch ein anderer Vortheil aus dem fortwährenden Gebrauch von Messungen in der Elektrotherapie, das ist eine klarere Auffassung der Ideen, auf welchen das Ganze basirt, nämlich des Ohm'schen Gesetzes.

Dies führt uns dazu einen anderen Punkt zu erwähnen, welchen auch *Watteville* in seinem Buche betont, nämlich eine klare Definition des Begriffes Spannung (*tension*) des Stromes. In den Augen von Vielen ist dieses ein *quartum quid*, welches keiner von den drei Begriffen $I = \frac{E}{R}$ ist, nicht vergleichbar mit einem von diesen, nur jeden von ihnen verwirrend. Ein Strom von hoher Spannung ist ein Strom durch eine solche elektromotorische Kraft erzeugt und durch einen solchen Widerstand kreisend, dass die Einschaltung eines gegebenen Körpers in seinen Lauf ihn nicht wesentlich verringern wird. Also, 3 Daniell geben durch den menschlichen Körper einen Strom von 1 MW. Stärke; 300 Daniell mit einem eingeschalteten Widerstand von 297000 Ohm werden durch denselben Körper ebenfalls einen Strom von 1 MW. geben. Aber der erste ist ein Strom von geringer Spannung, der zweite von hoher Spannung, weil die Einschaltung des Körpers den pra-

*) Von der Zweckmässigkeit dieser Galvanometer habe ich mich in London experimentell überzeugt und habe einen solchen patentirten von *Gaiffe* in Paris bezogen.

existirenden Strom nicht wesentlich abschwächt, denn $300000/297000 = 1,01$ MW., das nicht sehr verschieden von 1 MW. ist.*) Die Spannung einer Ruhmkorff'schen Rolle mit einem langen dünnen Draht und die eines Funkens der statischen Maschine ist offenbar auf dieselbe Weise erklärlich.

II. Referate.

295) **A. Friedenreich:** Bidrag til den nosologiske Opfattelse af *Athetosen* og de dermed beslaegtede Krampeformer.

(Diss. inaug. Kopenhagen 1879, 201 pag.)

F. hat sich in dieser ausserordentlich fleissigen und interessanten Arbeit zur Aufgabe gestellt: erstens eine Beantwortung der schon vielfach besprochenen Frage nach der Berechtigung, die Athetose als besondere Krankheitsform aufzustellen; zweitens die Erörterung der pathologischen Physiologie dieser und verwandter Krampfformen, um soweit dies zur Zeit möglich, zu einem Verständniss der Natur derselben zu gelangen.

In dem ersten Hauptabschnitt „*Casuistik und Analyse der Fälle*“ zeigt eine kritische Betrachtung zunächst der beiden von Hammond im Jahre 1871 als A. publicirten Fälle, die man doch als Norm ansehen muss, wenn es sich um die Frage handelt, ob ein Krankheitsfall zu A. gezählt werden muss, dass dieselben, abgesehen von ihren sonstigen grossen Verschiedenheiten auch in der Art der pathologischen Bewegungen durchaus nicht identisch sind, dass wir vielmehr in denselben zwei ganz verschiedene Arten von Bewegungen, nämlich spontan hin und her gehende und tonische finden. Dass aber in dem einen der beiden Fälle beide Arten sich zusammen fanden, deutet andererseits auf eine Verwandtschaft dieser verschiedenen Bewegungsformen. Im weiteren Verlauf wird an den übrigen in der Literatur vorliegenden Fällen, die F. noch durch eine Anzahl theils eigener, theils bisher noch nicht veröffentlichten Beobachtungen aus den Kopenhagener Hospitälern vermehrt, nachgewiesen, dass sich ein Theil der fraglichen Krampfformen unmittelbar an die secundären posthemiplegischen Contracturen anschliesst, und dass dann auch zwischen den übrigen sich ganz allmähliche Uebergänge statuiren lassen. Mit Hinzurechnung der secundären Contracturen lassen sich alle diese Formen unter 10 Typen classificiren. Diese sind:

I. Secundäre, posthemiplegische Contracturen.

II. Tonische, exacerbirende oder nur temporär auftretende Krämpfe.

*) Tschiriew und Watteville haben einen solchen Strom bei ihren Untersuchungen über die elektrische Erregbarkeit der Haut benutzt (Brain, October 1879) und es haben diese Untersuchungen, sowie anderartige auf der Erb'schen Klinik von Drosdoff angestellten Versuche (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1879 IX. 2.) zu interessanten Resultaten geführt.

- III. Tonische, wechselnde Krämpfe.
- IV. Tonische, alternirende Krämpfe.
- V. Langsam, alternirende Krämpfe ohne deutlich tonischen Character.
- VI. Kleine, mehr weniger langsame Oscillationsbewegungen.
- VII. Schnelle, spielende Oscillationsbewegungen.
- VIII. Postparalytische Chorea, Locale Ataxie.
- IX. Tremor, hemiplegisch als Folge von Hirnerkrankung auftretend.
- X. Imbecillität mit Ataxie oder beiderseitige Athetose.

Bei der Rubricirung der bisher unter der Bezeichnung Athetose publicirten, von F. im Auszug mitgetheilten Fälle, erhält der eigentliche Normalfall, Hammonds Fall 1, seine Stelle in der Gruppe IV, während der andere H'sche Fall der Gruppe II zugerechnet wird. Indem nun F. mit Hitzig die secundären posthemiplegischen Contracturen als Mitbewegungen erkennt, und für diese Ansicht zwei Beobachtungen, in denen die Tendenz zu pathologischen Mitbewegungen neben den bestehenden dauernden Contractur der Schultermuskeln deutlich hervortritt, als weitere Stütze mittheilt, wird auch bei jeder der übrigen Gruppen diese Auffassung der krampfhaften, sowohl tonischen wie klonischen Bewegungen als Mitbewegungen aus den vorliegenden Krankengeschichten überzeugend erwiesen. Im Uebrigen kommen die fraglichen krampfhaften Erscheinungen bei sehr verschiedenen Grundleiden vor, und haben nur die Bedeutung von Syptomen. Nur eine einzige der oben aufgeführten zehn Gruppen kann nach F. den Anspruch erheben, als eine Krankheit für sich angesehen zu werden, nämlich die zehnte, die „Athetosis or imbecility with Ataxia“ von *Claye Shaw* oder „Athetose double“ von *Oulmont*. Diese bietet aber ein von der Hammond'schen Athetose durchaus verschiedenes Krankheitsbild. Alle übrigen hierher gehörigen Krampfformen sollten nach F's Vorschlag wegen ihres Grundcharacters als Mitbewegungen unter der Bezeichnung „synergische Krämpfe“ zusammengefasst, und in die zwei Hauptgruppen der *tonischen* und der *choreoiden* geschieden werden. Zu der ersten Hauptgruppe würden dann Gruppe I—IV, zu der zweiten VI—IX und wohl auch die meisten der in der Gruppe V vereinigten Fälle zu zählen sein, welche letztere Gruppe überhaupt den Uebergang zwischen beiden Hauptgruppen vermittelt. Die Bezeichnung „Athetose“ könnte dann am liebsten ganz aufgegeben werden. Will man aber durchaus den Namen behalten, so müsste er als Bezeichnung für eine bestimmte Modification von Mitbewegungen, wie sie in Hammonds Fall 1 aufgetreten, also für die tonischen alternirenden Krämpfe gebraucht werden.

In dem zweiten Hauptabschnitt, der „*pathologischen Physiologie*“ wird die Entstehung von Mitbewegungen im Wesentlichen nach dem Vorgange von Hitzig erläutert. Bekanntlich hat dieser Autor als Ursache der in der Form der posthemiplegischen Contracturen sich manifestirenden Irradiation der Bewegungsimpulse „einen Reizzustand innerhalb einzelner, zur „Coordination der Bewe-

gungen bestimmter Abschnitte der Centralorgane“ angenommen. Indem Verf. diese Annahme auch für die übrigen Formen der pathologischen Mitbewegungen adoptirt, sucht er zunächst die Frage zu entscheiden, welcher Abschnitt der Centralorgane als leidender Theil, als Sitz der erhöhten Erregbarkeit anzusprechen sei. Es können hier nur drei Centren in Betracht kommen: Die motorischen Partien der Hirnrinde, die grossen Hirnganglien und die graue Substanz des Rückenmarkes. Für die Hirnrinde als Ausgangspunkt der athetotischen Erscheinungen hat sich bisher nur Eulenburg ausgesprochen. F. verwirft diese Annahme schon aus dem Grunde, weil Mitbewegungen in Extremitäten, die absolut gelähmt sind, auftreten können. Auch gegen die von den meisten Autoren angenommene Ansicht, dass der Sitz der pathologischen Reizung in den grossen Hirnganglien zu suchen, spricht sich F. nach einer ausführlichen kritischen Besprechung der wenigen vorliegenden Sectionsbefunde, welche aber nur zum Theil dieser Annahme zur Stütze dienen, aus. Dagegen spreche die grösste Wahrscheinlichkeit für ein functionelles Leiden der motorischen Centren des Rückenmarks, denen noch die motorischen Kerne der Hirnnerven zuzurechnen. — Die Hyperexcitabilität dieser spinalen Centren, welche aus verschiedenen Gründen als identisch mit denen für die Reflexbewegungen angenommen werden müssten, sei in den meisten, aber nicht in allen bisher beobachteten Fällen secundär nach einem Hirnleiden, und zwar meist der grossen Ganglien, entstanden. Diese krankhaft erhöhte Erregbarkeit bewirke, dass die von dem Gehirn bei jeder willkürlichen Bewegung, aber ebenfalls wenn auch viel schwächer im Zustande der Ruhe des Körpers, ja sogar während des Schlafes, ausgehenden und sich über die ganze Muskulatur ausbreitenden motorischen Impulse, welche unter normalen Verhältnissen keinen in die Augen fallenden Effect, sondern nur einen gewissen Tonus der Muskeln zur Folge haben, dass also diese „latente Innervation“, wie F. mit seinem Lehrer C. Lange (S. dessen Forelaesninger over Rygmarvens Patologie Kphgn. 1871 bis 76 p. 344 ff) diesen cerebralen Einfluss benennt, eine bald unaufhörliche, bald mehr intermittirende Muskelthätigkeit hervorruft. Durch Ausbreitung der krankhaften Erregung auf andere, mit dem zuerst afficirten spinalen Centrum in Verbindung stehende Centren können dann die pathologischen Bewegungen sich allmählig auf andere Körpertheile ausbreiten, sogar auch auf solche, die von ihren psychomotorischen Centren vollständig getrennt sind.

Schliesslich versucht F., die Bedingungen für das Auftreten der verschiedenen Formen der krampfhaften Erscheinungen näher festzustellen. Er sieht sich genöthigt, neben quantitativen Verschiedenheiten in der Uebererregbarkeit der afficirten Centren auch qualitative, wie eine mehr weniger rasche Erschöpfbarkeit, anzunehmen, um so die Intermittenzen und das Alterniren der Krämpfe zu erklären. So gelangt Vf. zur Aufstellung folgender Sätze.

1. „Sowohl die tonischen wie die choreoiden synergischen Krämpfe sind nur pathologische Manifestationen der physiologisch bestehenden latenten Innervation.“

2. „Bedingung für diese abnorme Wirkung der latenten Inner-
vation ist eine krankhaft erhöhte Erregbarkeit in gewissen Ab-
schnitten des Nervensystems, welche unserer Annahme zufolge die
gangliösen Centren im Rückenmark sind.“

3. „Die den einzelnen Krampfornen eigenthümlichen Ver-
schiedenheiten beruhen auf quantitativen und qualitativen Verschie-
denheiten in der abnormen Uebererregbarkeit der betreffenden
Centren.“

D e h'n (Hamburg).

296) H. Oberstelner: Ueber Erschütterung des Rückenmarks.

(Sep.-Abdr. a. d. medicin. Jahrbüchern III. IV. Heft 1879. Wien.)

Verf. defnirt den Begriff der Rückenmarkerschütterung dahin,
dass man von einer solchen nur sprechen könne, „wenn durch eine
einzige heftige Einwirkung oder durch wiederholte, wenn auch be-
deutend weniger heftige Einwirkungen, welche die Wirbelsäule di-
rect oder indirect treffen, die Functionen des Rückenmarks alterirt
werden, ohne dass sich in diesem Organe, alsbald nach dem Einwir-
ken der äusseren Gewalt, gröbere anatomische Veränderungen nach-
weisen oder annehmen lassen.“ Für die durch einmaligen heftigen
Insult bedingte „acute“ Rückenmarkerschütterung — über die „chro-
nische“ besitzt Verf. keine Erfahrungen — lassen sich die ursäch-
lichen Momente in drei Hauptgruppen zusammenfassen: 1) Sturz
oder Schlag auf die Wirbelsäule, 2) Schussverletzungen der letzte-
ren, 3) heftige allgemeine Erschütterungen. Es folgt als Beispiel
die Krankengeschichte mit Autopsie eines Falles von Rückenmarks-
erschütterung (und consecutiver Myelitis) nach einem Schuss in die
Wirbelsäule. Ein 21 jähriger Soldat erhielt eine Kugel in die Hin-
terseite des Halses, und war sofort an den Beinen gelähmt. Es ent-
wickelte sich in kürzester Frist das Bild einer transversalen (dor-
salen) Myelitis, vollkommene Lähmung der unteren Extremitäten,
Anästhesie bis zur Höhe des Nabels, Blasenlähmung, incontinentia
alvi, Verlust der Reflexe an den unteren Extremitäten, tiefer, aus-
gebreiteter Decubitus in der Sacralgegend, janchige Cystitis und Pye-
litis. Der Tod erfolgte c. 6 Wochen nach der Verletzung. Bei der
Autopsie fand man ausser den consecutiven Organveränderungen
(Cystitis, Pyelitis, circumscriphte interstitielle Nephritis, Peritonitis,
Pleuritis, Decubitus) zwischen dem rechten Quer- und dem Dorn-
fortsatz des 3. Brustwirbels das Projektil in einem Schusscanal, der
den Wirbelcanal nicht erreichte. Das Rückenmark war im mittlere
Dorsaltheil total, im untern Dorsal- und Lendentheil partiell
erweicht. Mikroskopisch bestand die erweichte Parthie aus Fett-
körnchenzellen und Myelintrümmern nebst spärlichen Hämatoidin-
krystallen. Auf- und abwärts von dem Erweichungsherd zeigten
die Ganglienzellen verschiedene Veränderungen, Vacuolenbildung,
Aufblähung, die Axencylinder vielfach varicöse Auftreibungen, die
Gefässe in ihrer Wand zahlreiche Körnchenzellen. Die vorderen
Nervenwurzeln der erkrankten Parthie z. Th. hochgradig degenerirt,

die hinteren viel weniger. Am gehärteten RM. fanden sich zerstreute myelitische Herde hauptsächlich in Vorder- und Seitensträngen von der Cervicalanschwellung bis zur Lendenanschwellung neben secundärer absteigender Degeneration der hinteren Seitenstränge vom nteren Dorsalmarke ab, aufsteigende Degeneration der Goll'schen Stränge und der Kleinhirnsseitenstrangbahnen im ohren Dorsal- und im ganzen Cervicalmark. Letztere war bis zur med. oblongat. resp. in die Corpora restiformia zu verfolgen. Eine zweite Beobachtung mit myelifischen Erscheinungen nach einem Fall, höchst wahrscheinlich mit Wirbelfractur, dürfte kaum zur Rückenmarkerschütterung gehören und wird vom Verf. selbst nicht mit Sicherheit als solche aufgefasst.

Die *Symptome* der Rückenmarkerschütterung werden nach Verf. hauptsächlich von der Ausdehnung abhängig sein, indem das Rm. von der die Wirbelsäule treffenden Gewalt geschädigt wird. Ein Unterschied, der sich vorläufig noch nicht erklären lässt, liegt in dem Zeitintervall, innerhalb dessen nach einer Rm.-Erschütterung die Symptome in ihrer stärksten Intensität auftreten. Unter 63 Fällen, die in einer angefügten Tabelle zusammengestellt sind, traten bei 27 (43%) alsbald nach dem Unfall keine erheblichen Erscheinungen auf, sondern erst nach Stunden, Wochen, Monaten. Die Prognose ist für diese latent verlaufenden Fälle besonders ungünstig.

Die ausgebildeten Symptomen der Rm.-Erschütterung sind: mehr minder vollständige Lähmung der Extremitäten, (haupts. der untern) der Blase, des Rectum, Anästhesie, verschiedene accessorische Symptome können daneben als Ausdruck einer consecutiven Myelitis auftreten. Erscheinungen einer Gehirnerschütterung können sich damit combiniren. In den 63 Fällen trat 20 mal vollständige Heilung, 18 mal der Tod an den Folgen der Erschütterung ein. Nach den wenigen Sectionsbefunden scheint der der Rm.-Erschütterung consecutive myelitische Process in regellos zerstreuten Herden, bes. der Marksubstanz aufzutreten; zuweilen entwickeln sich Tumoren. Bezüglich der *Theorie* der Rm.-Erschütterungen nimmt Verf. gewisse *moleculare* Veränderungen in den nervösen Elementen an, die bald sich ausgleichen, bald zu myelitischen Vorgängen führen können.

Es folgen noch einige Bemerkungen über Verbreitung der secundären Degeneration anknüpfend an die vorangehende Beobachtung: Bezüglich der Wege des Vorschreitens jener denkt Verf. besonders an die *interfibrillären Lymphbahnen*.

Eisenlohr (Hamburg).

297) S. Weir. Mitchell: The cremaster-reflex.

(The journal of nervous and mental disease Vol. VI. Octbr. 1879. Nr. 4.)

Der Verf. hat schon im Jahre 1864 dem Cremasterreflex seine Aufmerksamkeit zugewandt nachdem er einen Fall gesehen hatte, bei dem durch eine Schusswunde an der Innenseite des Schenkels ein durch mehrere Stunden anhaltendes Emporziehen des Hodens verursacht worden war; bereits 1878 hat er in seinem bekannten Werke

(Nerve injuries) bei Erwähnung des Falles eine kurze Beschreibung des genannten Reflexes und Hautbezirktes gegeben, von dem aus es gelingt, ihn hervorzurufen. In der vorliegenden Abhandlung bespricht Verf. zuerst die Vorsichtsmassregeln, welche man beim Hervorrufen des Reflexes beobachten muss und erwähnt die Erschöpfbarkeit des Phänomens, welches er bei älteren Leuten oft vermisst, während er in vielen anderen Fällen einen gekreuzten Reflex oder doch ein nachträglich erfolgreiches Emporziehen auch des Hodens der andern Seite constatirte. Der Bezirk, von dem aus sich der Reflex, hervorrufen lässt ist bei Knaben von 6—10 Jahren am grössten und umfasst den ganzen Oberschenkel mit Ausnahme des hinteren, lateralen Drittels; bei Erwachsenen ist er viel kleiner. Die Reflexerregbarkeit wird durch die beständige Berührung von Seiten der Kleidung, durch das Tragen von Bruchbändern abgeschwächt oder ganz aufgehoben; gewöhnlich, wenn auch nicht immer, haben gesunde Leute, welche den Hoden spontan bewegen können, noch einen deutlichen Cremasterreflex. Die Schnelligkeit des Vorganges ist bei den verschiedenen Altersstufen eine verschiedene und variirt sogar bei einem und demselben Individuum. Bei Hemiplegischen hat Verf. das Fehlen des Reflexes auf der gelähmten Seite constatiren können, in einigen Fällen sah er einen gekreuzten Reflex, in einem Fall beobachtete er clonische, convulsivische Zuckungen des Hodens. Die diagnostische Bedeutung des Phänomens hält Verf. wegen der Inconstanz seiner Befunde für gering, da auch Untersuchungen bei spinalen Lähmungs- und Krampfformen keine werthbaren Resultate gaben. (Ref. glaubt, dass der hochverdiente amerikanische Neuropathologe den Werth des Phänomens, welches zweifellos in vielen zweifelhaften Fällen wichtige diagnostische Merkmale an die Hand gibt entschieden unterschätzt.) Die neueren deutschen Arbeiten (des Ref., Moeli's etc.) sind dem Verf. nicht zugänglich gewesen, wie er selbst angibt.

Rosenbach (Breslau).

298) **Ladislav Pollák**: Multiple Herdsklerose des Hirns u. Rückenmarks.

(Deutsch. Arch. f. kl. Med.)

Verf. erzählt sehr umständlich folgenden Fall: Rosa Deim, 3 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, stammt von gesunden Eltern. In den ersten 5 Monaten fiel der Mutter auf, dass das Kind die Arme immer am Körper herabhängen liess und nie mit den Händen die Brüste suchte. Im 5. Monate fingen Arme und Hände zu zittern an. Zwischen dem 6. und 7. Monate fing das Kind an, den Kopf rasch hin und her zu werfen, zu schütteln. Geh- und Stehversuche mit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren, lernte Gehen und Laufen mit vieler Mühe, wobei die Kopf- und Armbewegungen zunahmen. Um diese Zeit erster und heftiger Schwindelanfall.

Bei der Untersuchung fiel zunächst ein leichter, isochroner Nystagmus auf, der bei Schiefstellung des Kopfes einem Strabismus convergens Platz machte auch zum Zudrücken eines Auges

führte, woraus der Verf. auf Dyplopie schliesst. Geistiger Defect bedeutend; niemals sind Buchstaben ausgesprochen, selbst keine Interjections- und Klagelaute. Dem Schütteln und Zittern des Kopfes und der Arme ist ein Mäckern und Blöcken beigesellt, Thierlauten auffallend ähnlich. Wort- und Sprachverständnis fehlt ebenfalls, ebenso die Geberdensprache. Dabei besitzt sie starke Willenskraft und instinctive Urtheilsfähigkeit. Orientirungstalent ziemlich gut. Der Lage ihrer Glieder ist sie sich bewusst, wie aus der Erhebung aus der Rückenlage zu schliessen, die freilich mit vieler Mühe vor sich geht.

Gang ist nicht atactisch; Pat. bleibt oft minutenlang auf einem Platz stehen, um darauf allerlei Spiral- und Cirkelbewegungen und Rotationen um die Körperaxe zu vollführen, wobei Kopfschütteln, Zittern der Arme, Nystagmus und die erwähnten Thierlaute.

Darm- und Blasenfunction normal. Durch das Beklopfen der Patellarsehnen und Rückwärtsbeugung des Fusses werden auch die Bewegungen der oberen Extremitäten, sowie des Kopfes ausgelöst. Im Schlafe vollständige Körperruhe. In den unteren Extremitäten bei passiven Bewegungen vorübergehende Contracturen nachzuweisen. Schwindelanfälle ohne Bewusstseinsverlust mit soporösem Zustande und Temperatursteigerung (39,8) mehrmals beobachtet. Aus diesen Symptomen schliesst Verf. auf eine multiple Hirn- und Rückenmarkssclerose, welche die ganze Cerebrospinalaxe in grösseren und kleineren Herden durchsetze und verlegt den Ursprung in die embryonale Periode.

Goldstein (Aachen).

299) Cases of injury to the skull, with cerebral symptoms. Aus Seamen's Hospital Greenwich.

(The Lancet Mai 1879.)

Im ersten Falle handelt es sich um eine vernachlässigte Sticlwunde in die Schläfe bei einem Matrosen. Nach eintägiger Bewusstlosigkeit versah derselbe wieder völlig seinen Beruf auf einer Fahrt in der heissen Zone. Die Heilung trat erst ein, nachdem aus der angeschwollenen Stelle nach beinahe Jahresfrist noch 6 Knochensplinter entfernt worden waren. Bemerkenswerth ist der günstige Verlauf bei mangelnder Pflege.

Der zweite Fall betraf einen Zimmermann, welcher durch einen Fall von etwa 20 Fuss Höhe sich eine ausgedehnte Verwundung der rechten Gesichts- und Schädelhälfte zugezogen hatte — Zerschmetterung des rechten Nasenbeines, Bruch des Oberkiefers, des Angularfortsatzes vom Stirnbein und der Schläfenbeinschuppe neben einer Hautrisswunde. Nach der ersten Woche trat Parese der linken Extremitäten ein, ebenso Erweiterung der linken Pupille. Nach 14 Tagen wurden in der Narcose 5 Knochenstücke entfernt, worauf die Heilung rasch von Statten ging. Immer aber blieben Klagen über Kopfschmerzen rechterseits und Klopfen im Hinterkopfe be-

stehen. In der fünften Woche tauchten Wahnideen auf, Vergiftungswahn und Eifersucht gegen die Frau, so dass schliesslich (nach 12 Wochen) wegen Verrücktheit die Ueberführung in eine Irrenanstalt nöthig wurde. Die Geistesstörung kann hier vielleicht durch Verletzung des Frontallappens bedingt gewesen sein.

III. Fall. Bei einem Matrosen, der in Folge eines 9 Monate vor seiner Aufnahme (30. I. 78.) erfolgten Sturzes auf den Kopf an Epilepsie mit intercurrenten maniakalischen Anfällen litt, fand sich eine Knochendepression in der Nähe der Cervicalnaht links mit empfindlicher Narbe darüber. Am 14. Februar wurde an dieser Stelle ein ziemlich grosses Knochenstück mittels des Trepans entfernt. Ausser fester Verwachsung mit der Dura fand sich nichts Abnormes. 4 Tage nach der Operation kamen die Anfälle wieder, sistirten aber nach Setzung eines Haarseiles für mehrere Wochen, nach welchen der Kranke entlassen wurde.

Im vierten Falle ergab die Section eine bedeutende Hirnhämorrhagie, entstanden durch Contrecoup bei einem Sturz auf den Schädel aus 12 bis 14' Höhe. Die Symptome während des 5 tägigen Verlaufes boten nichts Besonderes.

Karrer (Erlangen).

300) **Mitchell Penmann:** Two cases of cerebral abscesses.

(Edinb. med. Journ. 1879 October.)

Ein 35 jähriger Arbeiter war wegen *Melancholia agitata* am 6. November 1878 aufgenommen worden. Die Aufregung war so hoch gradig, dass seine Isolirung nöthig war, und dass nur durch Chloral mit Bromkalium Schlaf erzeugt werden konnte. Nach einigen Wochen stellte sich eine Remission in den Krankheitserscheinungen ein, worauf dann im März d. J. eine Exacerbation folgte. Bei einem Fluchtversuche erlitt Pat. durch Sturz aus dem Fenster einen Bruch des rechten innern Malleolus. Pat. litt in der Folgezeit an äusserst lebhaften Gesichts- und Gehörshallucinationen schreckhafter Art, der Schlaf konnte nur durch grosse Dosen Chloral und Bromkali erzeugt werden, Fieber trat auf und beträchtliche Abmagerung. Einige Zeit nach dem Vorfall stürzte Pat. bewusstlos vom Stuhle und starb nach 3 Tagen, innerhalb welcher er halb bewusstlos, an den rechten Extremitäten paretisch und sprachlos gewesen war. Bei der Section fand sich ein grosses Blutgerinsel über der linken Hemisphäre, ferner ein über Hühnerei grosser Abscess in dem linken Frontallappen. Der mittlere Gyrus frontalis war an seinem Ursprung in der Grösse eines halben Zolles völlig zerstört, ebenso auch Theile des obern Gyrus front. und des Gyr. praecentralis. Nach unten war der Abscess noch von einer ca. $1\frac{1}{2}$ " dicken Schichte Hirnsubstanz, nach vorn von einer $\frac{1}{2}$ " dicken begrenzt. Das umgebende Gewebe war erweicht, im Uebrigen das Gehirn normal.

Im zweiten Falle, der eine 23 jährige Patientin betraf, fehlte eine Anamnese. Die Kranke litt in den letzten Lebensjahren an Epilepsie mit völliger Geistesschwäche und zeitweisen Wuthausbrüchen. Sie wurde todt im Bette gefunden, wahrscheinlich in einem

Anfalle erstickt. Die Section ergab ausser dem Befunde bei Erstickung von Seite des Hirns folgendes: Die beiden Stirnlappen waren so fest miteinander verwachsen, das die Trennung mit dem Messer nöthig war, ein Theil der obern Frontalwindung und der Praecentralwindung eingesunken, runzlich, und dieser Einsenkung entsprechend befand sich im Centrum des Frontallappens ein $1\frac{1}{4}$ Zoll langer und $\frac{1}{2}$ Zoll breiter theils verkalkter theils verkäster Herd, der durch eine Kapsel vom umgebenden Gewebe abgegrenzt war.

Während im ersten Falle bemerkenswerth war, dass keinerlei motorische Störungen aufgetreten waren, auch Aphasie fehlte, ist der zweite wohl als relative Heilung eines Hirnabscesses aufzufassen.

Karrer (Erlangen).

301) **H. Jellinek**: (Ottakring): Eine Cyste im Kleinhirn.

(Mitth. des Vereins d. Aerzte in Nied. Oester. 1879. 21.)

Eine 21 jährige Magd fühlte seit 12 Wochen beim raschen Erheben oder bei einer andern starken Bewegung heftige Schmerzen im Hinterhaupt; dieselben liessen in der Ruhe wieder nach. Später traten die Schmerzen auch ohne jede Ursache auf, und hielten oft über einige Stunden mit gleicher Heftigkeit an. Seit 4 Wochen klagte sie über dumpfen Druck in den Augen, undeutliches Sehen, mitunter Doppelsehen; Appetit geschwächt, Verstopfung, die Menstruation regelmässig. Keine Lähmungserscheinungen, Psyche normal. Pupillen weit, reagiren gut. Bei der genaueren Untersuchung zeigte sich, dass die Sehstörung auf das linke Auge beschränkt war. Bald stellte sich Erbrechen zur Zeit der heftigsten Kopfschmerzen ein, sowie Unsicherheit beim Gehen und Stehen, besonders mit geschlossenen Augen; Schwindel, mit dem Gefühle aus dem Bette zu fallen. — Schwellung der Pappillen und Retinitis haemorrhagica links stärker. — Druck auf den Hinterkopf oder Nacken war sehr schmerzhaft, ebenso das Aufsitzen; im Bette pflegte sie auf der linken Seite zu liegen. Nach einem Aufenthalte von 4 Wochen im Spitale starb die Kranke ziemlich rasch, nach einem relativ guten Tag.

Bei der Section fand man in der linken Kleinhirnhemisphäre mehr gegen das hintere Ende derselben, eine kuglige 3,5 cm. im Durchmesser haltende Cyste von klarer, gelblicher, wässriger Flüssigkeit erfüllt. Der vierte Ventrikel war von dem Cystenraume durch eine $\frac{1}{2}$ cm. dicke Schichte normalen Markgewebs getrennt.

Obersteiner. (Wien).

302) **A. Jänicke**: Ein Fall von Echinococcus des Wirbelkanals.

(Bresl. ärztl. Zeitschrift 1879. N. 21.)

Bei einer 53jährigen Frau, welche ein Jahr lang über heftige neuraliforme, in Paroxysmen auftretende Schmerzen in dem oberen Theile der Lendenwirbelsäule geklagt hatte, die nach links und unten ausstrahlten, traten nach Verlauf dieser Zeit die deutlichen

Zeichen einer Leitungsstörung im Rückenmark — Sensibilitätsabnahme im rechten, Lähmung des linken Beines — ein. Allmählig erlosch in der rechten untern Extremität jede Gefühlswahrnehmung völlig und es begann die Motilität auch rechts und die Sensibilität links zu leiden. Die Section der unter den Erscheinungen der Blasen- und Mastdarmlähmung zu Grunde gegangenen Person ergab als Ursache der beobachteten Störungen einen Echinococcus uniloc., welcher sich linkerseits im subpleuralen Gewebe in der Höhe des 9.—12. Brustwirbels entwickelt hatte, nach Usur der Wirbelknochen und Erweiterung der Foramin. intervertebr. in den Wirbelcanal durchgebrochen war und das Rückenmark allmählig von links nach rechts comprimirt hatte. Die Untersuchung des gehärteten Rückenmarks ergab dieselben Befunde, wie bei andern durch langsame Compression entstandenen Läsionen des Rückenmarks.

Rosenbach (Breslau).

303) **Charcot:** VI. u. VII. Leçons recueillie par Brissand. Dégénération secondaires de cause cérébral (Amyotrophies consécutives) et de cause spinale.

(Progr. med. 1879. Nro. 42 u. 44.)

I.

Ch. zeigt, dass nach seinen und Flechsig's Untersuchungen ein directes Hinübertreten der Nervenfasern der Pyramidenstränge zu den vord. Wurzeln des Rückenmarkes nicht stattfindet. Er sieht für seine Ansicht eine Stütze darin, dass bei secundärer absteigender Degeneration nach primärer Hirnläsion weder eine Structurveränderung noch eine Volumsabnahme der vorderen Wurzeln nachzuweisen ist. Ch. ist vielmehr der Ansicht und mit ihm die meisten Autoren, dass ein Theil der Fasern der Pyramidenstränge mit den grossen motorischen, multipolaren Zellen der grauen Substanz der Vorderhörner in Verbindung stehe, und dass ein anderer Theil durch die Commissur zur anderen Seite hinüberziehe. Zum Beweise für das Zusammenhängen der Fasern der Pyramidenbahn mit den Ganglienzellen der Vorderhörner werden folgende 2 Fälle von consecutiver Amyotrophie mitgetheilt.

1.) Bei einer Frau, in Folge cerebraler Hämorrhagie hemiplegisch traten *sehr frühzeitig Contracturen und gleichmässiger Muskelschwund* der betroffenen Seite ein, der rasch voranschritt und mit erheblicher *Herabsetzung der electrischen Reizbarkeit* combinirt war. *Section:* Neben der charakteristischen Seitenstrangsclerose im vorderen Horn der afficirten Seite deutliche Atrophie und selbst vollständiger Schwund einer grossen Anzahl motorischer Zellen.

2. In Folge eines cerebralen, hämorrhagischen Herdes war rasch Muskelatrophie der linken Extremität mit wesentlicher *Herabsetzung der electrischen Reizbarkeit* entstanden, während die linke untere Extremität keine bemerkenswerthe Atrophie darbot. *Autopsie:* Gewöhnliche absteigende secundäre Degeneration des linken Seitenstranges längs des ganzen Rückenmarkes. An der Cervico-

brachial-Anschwellung im *linken vorderen Horn* Schwund des grössten Theiles der hinteren und vorderen-äusseren Zellen. Die correspondirenden vord. Wurzeln waren von mehr grauer Farbe.

In beiden Fällen liess sich ein direkter Uebergang der Degeneration von den Pyramidensträngen zu dem vord. Horn nicht erkennen, es lag vielmehr zwischen beiden ein Zug grauer Substanz, aus welchem Umstand Ch. den Schluss zieht, dass die Erkrankung nicht durch das intermediäre Bindegewebe weiter geleitet werde, sondern wahrscheinlich durch die in kleine Bündel von der äusseren Partie der Pyramidenstrangbahn zum vord. Horn abgehenden Nervenfasern.

Da die motorischen Zellen bei absteigender Seitenstrangsclerose meist *intact* bleiben, so glaubt Ch. dass dieselben ein Hinderniss für die Fortpflanzung der Degeneration auf die vord. Wurzeln abgeben, zumal auch in den Fällen, wo die graue Substanz der Vorderhörner keine Erkrankung zeigte, die Atrophie der paralytirten Muskeln sich genau in der Art und Weise entwickelt hatte, wie bei Muskeln, die längere Zeit ausser Thätigkeit gesetzt waren. —

II.

Charcot bespricht in der VII. Vorlesung *die auf- und absteigende Degeneration des Rückenmarkes in Folge spinaler Herd-erkrankung* und stehen seine Ansichten und Beobachtungen im Einklang mit denen der meisten andern Autoren. In *absteigender* Richtung sind unmittelbar unter der primären Läsion die ganzen Vorder- und Seitenstränge afficirt und nur die Hinterstränge sind *intact*. Weiter nach unten beschränkt sich die Sclerose auf die Türck'schen Stränge im Vorderstrang und auf die gekreuzten Pyramidenstränge im Seitenstrang. Die graue Substanz und das Vorderhorn bleiben *intact*. In *aufsteigender* Richtung bleiben die Pyramidenstränge in den Seitensträngen verschont, dagegen erkrankt das cerebellare Faserbündel (Flechsig), dessen Degeneration durch die corp. restif. bis in das Kleinhirn verfolgt werden kann. Unmittelbar über dem primären Herd durchsetzt die secund. Degeneration die ganze Dicke der Hinterstränge, beschränkt sich aber weiter nach oben auf den medialen Theil derselben, auf die Goll'schen Stränge und kann dieselbe bis in die Höhe des 10. Ventrikels nachgewiesen werden.

Ch. beobachtete bei partieller Primärläsion des Rückenmarkes nur dann secundäre Degeneration, wenn die *weissen Stränge* afficirt waren, nicht aber bei alleiniger Erkrankung der grauen Substanz. Bei unilateraler primärer Affection sah Ch. mehrmals die beiden Seitenstränge von secundärer Degeneration befallen, jedoch war dieselbe auf der primär erkrankten Seite ausgebreiteter. Auch bei secund. Degeneration cerebralen Ursprungs beobachteten Ch. und Hallopeau Aehnliches und sieht Ch. darin einen Beweis für seine in der VI. Vorlesung ausgesprochene Ansicht, dass die Fasern der gekreuzten Pyramidenstränge theilweise durch die Commissur, besonders in der regio dorsalis zu den Seitensträngen der entgegengesetzten Seite hinziehen, um von da zur regio lambaris hinabzusteigen. Durch diese doppelte Kreuzung der Pyramidenbahn-

fasern findet die bei unilateraler Erkrankung des Rückenmarks und bei cerebraler Herderkrankung beobachtete doppelseitige Lähmung der unteren Extremitäten ihre Erklärung.

Halbey (Bendorf).

304) **Raynaud**: De la transmission de la rage de l'homme au lapin. (Vortrag in der Academie der Medicin zu Paris am 4. Novbr. 1879. Le progrès médical Nro. 46).

Im Hospital Lariboissière hatte Votr. auf seiner Abtheilung einen Fall von Wuthkrankheit beim Menschen. Der Kranke starb. R. impfte Blut und Speichel seines Kranken auf Kaninchen über; die Blutimpfungen hatten Keinen Erfolg. Die Speichelimpfungen dagegen producirt schon nach wenigen Tagen bei den Thieren die Erscheinungen der Wuth. Er extirpirte dann bei zwei Wuth-Kaninchen die Submaxillardrüsen und impfte sie gesunden Thieren ein, ebenfalls mit positivem Erfolg. Die Wissenschaft kennt bis jetzt noch keine Uebertragung dieser Krankheit vom Menschen auf den Menschen. Votr. glaubt auf Grund seiner Versuche, dass es beim Menschen sich ähnlich verhalten würde.

Erlenmeyer.

305) **O. Schnex**: Ein Fall von Aphasie in Folge von psychischer Aufregung. Aus der gerichtlich - medicinischen Abtheilung des Prof. Erhard in Kiev.

(Wratschebnija Wedomosti (Aerztliche Zeitung) 28. Oct. 1879, Nro. 335.)

Am 2. October a. c. wurde in die psychiatrische, unter der Leitung des Prof. Erhard stehende Abtheilung des Kiev'schen Militärhospitals der Kranke mit ausgesprochener Sprachstörung aufgenommen. Die Anamnese war in diesem Falle eine sehr klare; die Tochter des Kranken, von ihrem Bräutigam verlassen, hatte sich in der Voraussetzung, dass dieser nicht mehr wiederkehren würde mit einem Andern vermählt. Da erscheint der erste Bräutigam im Hause des Vaters und nach voraussageschickten Drohungen zündet er dasselbe an. In Folge dieses Unglücksfalls verlor Pat. die Sprache und wurde so aufgeregt, dass seine Umgebung, um ihn zu beruhigen, ihm Branntwein zu trinken gab. In einem solchen aufgeregten Zustande wurde er ins Hospital aufgenommen und war es bei der ersten Untersuchung schwierig, in ihm einen Geisteskranken zu erkennen, da er alle an ihn gestellten Fragen verstand, selbst die Umstände des Brandes seines Hauses mittheilte, freilich sehr vieles mimisch dabei darstellte. Der Kranke genas nach 5 tägiger ableitender Behandlung vollständig und bestätigte vollkommen die Anamnese sowie auch die Thatsache, dass er trotz der Aphasie das Bewusstsein keinen Augenblick verloren hatte. Es hat folglich die psychische Erschütterung (Schreck) ausschliesslich das Sprachcentrum afficirt, da die gewöhnlich bei Aphasie vorkommende Agraphie und Alexie hier fehlten.

Hinze (St. Petersburg).

306) **Otto Schwartzer**: Die thermische Behandlung der maniakalischen Phase der Psychoneurose.

(Pester Medicinisch-Chirurgische Presse, 1879, Heft 24, 26, 27, 30.)

Verf. hat sich mit seiner Auffassung von dem psychophysischen Mechanismus bei der Entstehung der einfachen Geistesstörungen an die Erklärungsweise Schüle's (Handbuch der Geisteskrankheiten) gehalten. „Gewisse psychische Einflüsse können dem zu Folge unbekannte Molecular-Veränderungen im Gehirne hervorrufen, welche rückwirkend die alterirte psychische Sphäre pathologisch zu afficiren im Stande sind.“ Dieser Vorgang äussert sich Anfangs lediglich unter den Erscheinungen der Unlust, der Verstimmung, der Depression. Im weiteren Verlaufe schliessen sich an die gesetzten Molecular-Veränderungen Störungen im vasomotorischen Bereiche an. Es entstehen Hyperämien, die manchmal mit capillärer Anämie verbunden sind, Austritt von rothen Blutkörperchen, seröse Ausschwitzungen in die Lymphräume und ins Gewebe, und erhöhter Druck im ganzen Gehirn. Unter diesen Umständen wandelt sich das melancholische Stadium nach der Ansicht des Verf. fast stets in die maniakalische Phase um, und bei längerem Bestehen dieser Circulations-Anomalien kann die bisherige einfache Psychoneurose sich bald in eine Cerebropsychose umwandeln. Dies zu verhindern ist die lohnende Aufgabe des Irrenarztes. Nach Verf. gelingt dies dadurch, dass man nach der ganzen Oberfläche des Rumpfes und der Extremitäten hin häufig resp. dauernd einen stärkeren Blutzufluss zu etabliren und damit die unter der Herrschaft der krankhaften Circulationsthätigkeit stehende Partie von der Hyperämie zu entlasten sucht. Dies kann man am besten durch ein combinirtes Verfahren erreichen, nämlich dadurch, dass man den Kranken längere Zeit in ein warmes Bad bringt und ihm gleichzeitig den Kopf durch kalte Umschläge tüchtig abkühlt.

Da man die Kranken nicht gut über eine gewisse Zeit hinaus im Bade lassen darf, so empfiehlt es sich, für die Zwischenzeit die sogenannte Wadenbinde, d. h. Priesnitz'sche Wasserumschläge auf die Waden zu appliciren. (Ob hierdurch ein bemerkenswerther Effekt erzielt wird, scheint mir doch sehr fraglich. Ref.)

Von dieser Behandlungsmethode will Verf. ganz hübsche Erfolge gesehen haben. Von den Fällen, die er mit gutem Resultate so behandelt hat, sind 3 angeführt. Beim 1. trat schon nach dem vierten Bade Besserung und nach vier Wochen vollständige Heilung ein. Im 2. Falle besserte sich der Zustand erst nach dem achtundvierzigsten Bade, die Heilung erfolgte nach fünf Wochen. Im 3. Falle liess die Heilung sieben Wochen auf sich warten, ein Nachlass der Krankheitssymptome machte sich aber bereits nach dem sechsten Bade bemerklich. Wie auffallend beruhigend und günstig diese Behandlung wirkte, wurde besonders dann recht einleuchtend, wenn die Bäder etc. einmal kurze Zeit ausgesetzt worden waren und dann wieder aufgenommen wurden.

Als Kennzeichen für die der maniakalischen Phase der Psychoneurose zu Grunde liegende Hyperämie bezeichnet Verf. neben

der allgemeinen Agitation: partielles, zeitweise auftretendes, schnell verschwindendes Zucken in den Gesichtsmuskeln, injicirte Conjunctiva, gesteigerte Empfindlichkeit gegen Licht und Schall, geröthetes Antlitz und vermehrte Pulsation der Carotiden.

Als contraindicirende Zustände für die beschriebene Behandlung führt er Herz- und Lungenaffektionen, hochgradige Anämie und bedeutende Ernährungsstörung an. In diesen Fällen muss man zuerst danach trachten, diese somatischen Zustände zu beseitigen.

Die Temperatur der Bäder bewegte sich zwischen 25 und 30° R.; die Dauer derselben variirte zwischen $\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{2}$ St. Das Wasser wurde durch eine besondere Heizvorrichtung während des Badens allmählich erst von 25° bis auf 30° R. erwärmt.

Reinhard (Königsutter).

307) **Jacob Weiss:** (Privatdocent in Wien): Die klinische Bedeutung der Krampfanfälle in der Pathologie der Psychosen.

(Pester Medicinisch-Chirurgische Presse, 1879, Heft 40 u. 41.)

Nachdem Verf. der von ihm schon anderen Orts vertretenen Ansicht von der „Belanglosigkeit“ der bis jetzt noch gültigen Krankheitsformen Ausdruck verliehen hat, weist er darauf hin, dass es wichtig sei, „die klinische Bedeutung der einzelnen krankhaften Erscheinungen des Gehirnlebens als solcher zu eruiren, ohne Rücksicht darauf, mit welchen andren Symptomen sie sich combiniren.“

In dem vorliegenden Aufsätze widmet er speziell der Bedeutung der Krampfanfälle bei Geistesstörungen einige Betrachtungen. Er betont, dass dieselben weder etwas Charakteristisches an sich haben, noch ein diagnostisches Merkmal für die heute angenommenen Formen von Geistesstörung abgeben. „Sie machen für sich allein nicht die Epilepsie aus, weil sie einmal letzterer nicht allein zukommen, und zweitens weil die Epilepsie lange Zeit oder ganz und gar ohne solche verlaufen kann.“ Das Gleiche gilt nach Verf. für die Bedeutung der Convulsionen in der allgemeinen Paralyse und bei Geistesstörung in Folge von Alkoholintoxikation.

Verf. hat vielmehr bei den verschiedensten Formen von Geistesstörung Krampfanfälle auftreten sehen, aber stets *nur dann, wenn es sich um ein in seiner Totalität afficirtes Gehirn handelte.* Selbst die bei nachweisbaren Herderkrankungen vorkommenden epileptiformen Anfälle müssen als die Folgeerscheinung eines von dem Herde auf das *ganze* Gehirn fortgepflanzten Reizzustandes betrachtet werden.

Treten im Verlaufe oder mit dem Beginn von Psychosen Krampfanfälle mit Bewusstseinsstörung auf, ohne dass „epileptische Antecedentien“ vorhanden sind, so sind diese Fälle als der Ausdruck einer — angeborenen oder erworbenen — reizbaren cerebralen Schwäche aufzufassen: Wir haben es hier nach der Ansicht des Verf. mit einem Gehirn zu thun, was nicht mehr als „rüstig“ zu bezeichnen war.

Als prädisponirende Momente für diesen Totalzustand des Gehirns gibt er unter Anderem vorausgegangene Schädeltraumen, Al-

koholmissbrauch, angeborene psychoneuropathische Constitution und infantile Gehirnerkrankung an.

Selbst direkt an ein Schädeltrauma sich anschliessende Krampfanfälle mit Geistesstörung betrachtet Verf. nicht als eine besondere Krankheitsform, d. h. „Epilepsie“, sondern nur „als eine Begleiterscheinung der schweren Gehirnaffection, der jede diagnostische Dignität fehlt.“

Anders verhält es sich mit dem prognostischen Werthe der Krampfanfälle. Aus dem Gesagten geht nämlich schon hervor, dass den Krampfanfällen stets eine sowohl für das psychische wie für das somatische Leben höchst ungünstige, ja oft geradezu delätäre Bedeutung zukommt, die um so verständlicher wird, wenn man bedenkt, dass der cerebrale Schwächezustand sich nach jedem einzelnen Anfall steigert.

Für die Wahrheit seiner theoretischen Auseinandersetzungen hat Verf. zwei kurze Beläge mitgetheilt.

Reinhard (Königsutter).

308) **Arnold Rick**: (Prag): „Drei Fälle traumatischen Irreseins“
Beiträge zur Casuistik der Psychosen.

(Separatabdruck aus der Prager Medicinischen Wochenschrift 1879).

In diesen drei Fällen handelt es sich zweimal um einen Sturz aus ziemlich beträchtlicher Höhe auf den Kopf, und einmal um eine Läsion desselben durch einen herabfallenden Centner schweren Kohlenblock. Dieselben geben dem Verf. Gelegenheit zu einer klinischen Studie des traumatischen Irreseins nach mehreren Richtungen hin. Einmal zeigen sie, dass der Satz der englischen Autoren, besonders *Skae's*, das traumatische Irresein sei stets ein klinischspezifisches, auf schwachen Füßen steht. Denn Fall 1 bot die Erscheinungen einer multiplen Sclerose mit ziemlicher Demenz dar, während in Fall 2 die Charaktere eines durch das Trauma in seiner cerebralen Entwicklung gehemmten Individuums mit hervorstechendem Hange zu *Moral Insanity* vorlagen, Fall 3 aber einen epileptoiden Zustand mit zeitweiliger Verwirrtheit und Aufregung betraf. Im 2. und 3. Falle waren Schwindel, Kopfschmerz, Schmerzhaftigkeit in der Umgebung der Narbe und öftere Benommenheit vorhanden. In Fall 1 war das erste und praevalirendste Symptom die scandirende Sprache, der sich allmählich Tremor der Finger, Intentionzittern und eine der posthemiplegischen ähnliche linksseitige Parese hinzugesellte. Eine äussere Verletzung am Kopfe hatte hier nicht stattgefunden. Verf. ist daher der Ansicht, dass es sich hier anfänglich nur um eine durch *Contrecoup* zu erklärende *circumscripte traumatische Läsion* (Blntaustritt oder ZerreiSSung) im *Callosus* handelte, in Folge deren sich später eine multiple Sclerose oder secundäre Atrophie einer Hemisphäre entwickelte. Zu dieser Annahme bestimmen ihn besonders *Duret's* Untersuchungen über die Wirkung des von ihm sogenannten *Choc cephalo-rachidien*. Beiläufig bespricht Verf. die psychische Störung in der multiplen Sclerose, führt

dieselbe lediglich auf den pathologischen Process in den wichtigen Fasersystemen des Grosshirns, namentlich in den „Associationssystemen“ Meynert's zurück, und erklärt das Schwächliche, Unvollständige dieser Störung aus der blossen Beeinträchtigung der Leitungsfähigkeit der Fasern.

Im 2. und 3. Falle war der Schädelknochen den äusseren Narben entsprechend rau und etwas eingedrückt. Verf. ist daher der Meinung, dass die bei diesen beiden Kranken beobachteten periodischen Reizzustände auf ein Ergriffensein der Dura hindeuten, die an jenen Stellen dem Knochen höchstwahrscheinlich adhärent geworden sei.

Als gemeinsames Symptom fand sich in allen drei Fällen neben den mehr oder weniger ausgesprochenen tobsüchtigen Aufregungszuständen mit feindlicher Apperception und Persecutiosdelirien, den impulsiven Akten blinden Zerstörungsdranges und den in den verschiedensten Formen auftretenden Zügen von Demenz *eine ziemlich vollständige Einsicht in den eignen Schwächezustand und ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl*. Bislang ist dem Verf. in der Literatur nur eine einzige gleichlautende Beobachtung aufgefallen (Manual of Psychological Medicine von Bucknill und Tuke, p. 311), während diese Erscheinung in Fällen schwerer Demenz bei akut aufgetretenen grob materiellen Hirnläsionen und bei Intoxikationen mit Kohlenoxydgas nach einer Arbeit von Moreau de Tours (De la Démence dans ses rapports avec l'état normal des facultés intellectuelles et affectives, Paris 1879, p. 39) sehr häufig beobachtet wird. Verf. möchte diese Form von Geistesstörung als „partiellen“ Blödsinn bezeichnen und findet die Erklärung für dieselbe darin, dass in den Fällen akut erworbener Demenz nach Erweichungen, Embolien und *namentlich nach traumatischen Vorgängen gewöhnlich ein Theil des den psychischen Funktionen vorstehenden Apparates intakt bleibt, den Ausfall zu percipiren*, während in allen andern Fällen erworbener Demenz meist von vornherein der ganze cerebrale Apparat gleichmässig tief geschädigt oder ausgeschaltet wird. Seiner Ansicht nach lässt sich ein Theil jener Fälle akut erworbener („partieller“) Demenz aus dem jetzt fast allgemein angenommenen Dualismus der Hemisphären erklären.

(Ref. erinnert sich, in der Göttinger psychiatrischen Klinik seiner Zeit einen an traumatischem Irresein (Demenz mit hypochondrischer Färbung und periodischen heftigen Tobsuchtsanfällen, leidenden Soldaten gesehen zu haben, der ebenfalls das Gefühl seiner Krankheit und eine ziemliche Einsicht in seinen Zustand besass.)

Reinhard (Königsutter).

III. Verschiedene Mittheilungen.

309) Cedron als Ersatzmittel für schwefelsaures Chinin. Bei den jetzigen theuren Chininpreisen und der bisherigen Unmöglichkeit, statt desselben unter den vielfach empfohlenen Mitteln ein geeignetes Antiperiodicum zu finden, weist der Admiral Lapelin auf eine Bohne hin,

welche den Bewohnern Mittelamerikas zur Beseitigung des kalten Fiebers dient, Dr. Coignard, welcher sich das Mittel in Puerto Arenas (Costa Rica) verschaffte, sah davon günstige Heilerfolge, und die Dr. Dr. St. Père, sowie Quesnel fanden die Wirkungen noch kräftiger, als die des Chin. sulph. Man schneidet die Bohne in kleine Stückchen und reicht dem Kranken in der Zeit zwischen den Anfällen mehrere erbsengrosse Partikel. Diese Mandel oder Bohne stammt von Simaraba feruginea. (Riv. settimana di med. e chirurg. 1878. — med. chir. Rundschau 1879. 11.)

- 310) Aus Heidelberg. An der hiesigen Irrenklinik sind ausser dem Vorstande derselben, Herrn Professor Dr. Fürstner, als Assistenzärzte thätig die Herren Dr. Zacher und Dr. Kreglinger.
- 311) Aus der Schweiz. Herr Dr. Henne, früher Director in der Cantonalirrenanstalt zu St. Pirminsberg hat seine Privatanstalt zur Limburg in Wyl (Canton St. Gallen) eröffnet; dieselbe, in herrlicher Lage und mit den besten Einrichtungen versehen, ist bestimmt zur Aufnahme von körperlich Kranken und Gemüthsleidenden.
- 312) Aus America. Dr. Hughes in St. Louis giebt vom Januar 1880 ab ein neues Journal unter dem Namen „The Alienist and Neurologist“ heraus; dasselbe wird vierteljährlich erscheinen.
- 313) Aus Bonn Die Privat Heil- und Pflegeanstalt für Gemüths- und Nervenranke zu Kessenich bei Bonn, wird nach dem Ableben ihres Gründers des Dr. E. Peters von der Wittve desselben in bisheriger Weise weitergeführt. Als Arzt ist Herr Dr. med. A. Schmitz, bisher Arzt an der Irren-Anstalt zu Düren angestellt.
- 314) Aus Budapest. Herr Dr. Takács hielt zum Zwecke seiner Habilitation als Privatdocent der Nervenpathologie an unserer Hochschule am 8. d. M. eine Probevorlesung über Facialisparalysen.

IV. Neueste Literatur.

- 109) Maurice (Paris), Memoire sur les Affections syphilitiques precoces des Centres nerveux. 199 pag.
- 110) Gavoy (Algier), Morphologie du Cerveau. Pour l'étude des localisations des centres excito-moteurs des Hemispheres et de l'Operation du Trepan. (Journ. de Med. et Pharm. d'Algirie.
- 111) Pelizzari (Florenz), Della Sifilide Epiletiforme. Florenz 1879.
- 112) Govroy (Paris), Des aliénés voleurs. Non existence de la Kleptomanie et des Monomanies etc. Thèse. Paris 1879.
- 113) Edes (New-York) A case of anterior spinal Paralysis with formation of Vacuoles in the Ganglion celles of the spinal cord. Vortrag in der American. Neurolog. Assoc. Sep.-Abdr. vom Boston Med. and surg. Journal. 1879.
- 114) Wright (Bellefontaine, Ohio), Some points conncted with the Question of Responsibility as it relates to the Partially Insane.

- 115) Hughes, Reflex Cerebral Hyperaemia. Vortrag in der St. Louis Medical Society. Sep.-Abdr. vom St. Louis Med. and Surg. Journal. 1879.
- 116) Goodell (Philadelphia), Annual Address on the relation of Neurasthenia to diseases of Womb. (Gynaecolog. Transactions 1879. Vol. III.
- 117) Bauduy (St. Louis), Views suggested by the Study of the Etiology of puerperal Eclampsia. Vortrag in der Obstetrical and Gynaecolog. Society of St. Louis. Sep.-Abdr. v. Courier of Medicine 1878. VIII.
- 118) Hammond (New-York) The Construction, Organisation and Equipement of Hospitals for the Insane. New-York 1879. G. S. Putnam's Sons.
- 119) Shaw (New-York), The tendon reflex in the Insane. New-York, ebendas.
- 120) Channing (Boston), Buildings for Insane Criminals. Boston 1879. Rand, Avery and Co.
- 121) Bauduy (St. Louis), Emotional Insanity. St. Louis 1879. O. Rumbold and Co.
- 122) Report of the Board of Trustees of the Michigan Asylum for the Insane, for the years 1877—78.
- 123) American Clinical Lectures, herausgegeben von Seguin im Verlage von Putnam's Sons in New-York. (Aehnlich wie Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge.) Der II. Band enthält:
Heft 2: Jewell, On certain forms of morbid nervous sensibility.
Heft 3: Seguin, The treatment of mild cases of melancholia at home.
Heft 10: Hammond, Spinal irritation; its pathology and treatment.
Heft 12: Miles, Peripheral Paralysis.
- 124) Archiv für Psychiatrie etc. Bd. X. Heft 1.

V. Personalien.

- Offene Stellen. 1) Königsutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Mersig, a) Volontairarzt, 600 M., fr. Station. Nur Preussen zugelassen. b) Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche u. Arznei 1200 M. 3) Dören, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Schwetz, a) Assistenzarzt, sofort, freie Station, 1500 Mark. b) Volontairarzt, 600 Mark, freie Station. 5) Allenberg, Volontairarzt. 6) Stephansfeld, III. Assistenzarzt, 900 M., fr. Station. 7) Eichberg (Rheingau), III. Hülfarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 8) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., fr. Station. 9) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) II. Volontairarzt, 600—1200 M. fr. Station. 10) Görlitz (Privat-Anstalt), Assistenz- und Volontairarzt 11) Dalldorf (Berlin), Assistenzarzt, 31. October, 1500 Mark, freie Station. 12) Regierungs-Medicinalrath-Stelle in Sigmaringen. 13) Bendorf, (Dr. Erlenmeyer'sche Anstalt), Assistenzarzt, sofort, fr. Station, 1500 M. 14) Grafenberg (Düsseldorf), a) Assistenzarzt 900 Mark, freie Station. b) Volontairarzt 600 M. fr. Station.

15) Stephansfeld-Hörde (Elsass), Assistenzarzt, 1. Januar 1880, 900 M., fr. Station. 16) Owinsk (Posen) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 17) Allenberg (Ostpreussen) 2 Arztstellen, a. 2100 M.; b. 1200 M., beide freie Station. 18) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Flensburg (Schleswig), Hagen (Arnsberg), Hoyerswerda (Liegnitz), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegnitz), Lüneburg (Lüneburg), Mörs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Rendsburg (Schleswig), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Wehlau (Königsberg), Wahrendorf (Münster), Wandsbeck-Storman (Schleswig).

Ernannt. Dr. Tacke in Wesel zum Physicus des Kreises Rees; Dr. Hagemann in Perleberg zum Kreisphysicus in Dortmund; Stadtphysicus Dr. Koch in Breslau zum Physicus des Kreises Bomst, mit dem Wohnsitz; in Wollstein; Dr. Probst in Friedewald zum Kreisphysicus in Gardelagen; Dr. Fielitz in Lauchstädt zum Kreis-Physikus in Querfurt; Dr. Schmitz in Nieder-Breisig a. Rh. zum Physikus des Kreises Malmedy.

Besetzte Stellen. Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Heidelberg (vergl. Verschiedene Mittheilungen); II. Arzt in Bois de Cery durch Herrn Dr. Kayser in Leubus.

Auszeichnungen. Dr. Pelmann, Director der provinzialst. Irrenanstalt in Grafenberg zum Sanitätsrath ernannt. Geh. San.-Rath Dr. Levinstein in Schöneberg-Berlin erhielt das Ritterkreuz I. Cl. des sächs. Albrechtordens.

Todesfälle. Kreisphysicus San.-Rath Dr. Dunccker in Lüneburg; Kreisphysicus Dr. Gieffers in Hagen in Westphalen; Privatdocent Dr. Adolf Ferber in Marburg.

VI. Anzeigen.

Verlag von FERDINAND ENKE in STUTTGART.

Soeben ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:
Die

acute atrophische Spinallähmung der Erwachsenen.

Von **Dr. Franz Müller,**

Privatdocent an der K. K. Universität in Graz.

Mit 2 lithographirten Curven. gr. 8. geheftet. Preis 3 M. 60 Pf.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben ist erschienen:

Die Morphiumsucht.

Eine Monographie

nach eigenen Beobachtungen.

Von

Dr. Ed. Levinstein,

Geh. San.-Rath, Chefarzt der Maison de santé Schöneberg-Berlin.

Zweite Auflage. gr. 8. 5 Mark.

Oesterreichische Aerztliche Vereinszeitung

Blätter

für

ärztliches Vereinswesen und öffentliche Gesundheitspflege.

Organ des österr. Aerztevereinsverbandes,
des Landes-Vereines der Aerzte in Steiermark, der ärztlichen
Vereine in Cilli, Marburg, Znaim, Troppau, Pisek und Mähren.
Herausgegeben und redigirt von

Dr. Carl Kohn,

Gegründet im Jahre 1877.

Die „Oesterr. Aerztliche Vereinszeitung“ erscheint am 1.
und 15. eines jeden Monates.

Pränumerationspreise:

Ganzjährig 3 fl. — kr. ö. W.

Halbjährig 1 fl. 50 kr. ö. W.

Vereinen, welche die „Oesterr. Aerztliche Ver-
einszeitung“ für Vereinsmitglieder pränumeriren, wird das Exem-
plar um den Jahrespreis von 1 fl. 75 kr. ö. W. überlassen.

Redaction und Administration:

Wien, Ober-Döbling, Alleegasse Nr. 7.

In dem Verlage von Ad. Bonz & Comp. in Stuttgart ist
soeben erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Die Schrift.

Grundzüge ihrer Physiologie und Pathologie

von

Dr. Albrecht Erlenmeyer,

dirig. Arzte der Erlenmeyer'schen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranke
zu Bendorf bei Coblenz.

Mit 3 in den Text gedruckten Holzschnitten und 12 lithographirten
Tafeln.

gr. 8^o, geheftet. Preis Mark 3. —

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

☞ das annerkannt wirksamste aller Bitterwässer. ☜

„Mit Vorliebe verwendet weil dieses Wasser wegen den anwendbaren mässigen Dosen und seiner schonenden Wirkung oft einer wichtigen Causalindication genügt.“ — *Reg. Rath Prof. Dr. Meynert, Wien.* — „Lässt seine Anwendung selbst bei entzündlichen Zuständen des Darmes, die andere Bitterwasser oft verbieten, noch vollkommen zu.“ — *Obermed.-Rath Dr. Landenberger, Stuttgart.* — „Selbst in Fällen, wo bei reizbarem Darne verabreicht, erzielte das Wasser schmerzlosen Stuhlgang.“ — *Prof. Dr. W. Leube, Erlangen.* —

== Vorräthig in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen. ==

Im eleg. geb. Halbranzbänden à 7 Mk.
In Calico à 6 Mk. 50 Pf.

Erseheint im 180. Lieferungen à 50 Pf.

•6. Auflage
mit zahlreichen Karten
und Illustrationen.

**Universal-
Conversations-Perikon.**

ist das vollständigste, beste und
billigste Werk dieser Art.

Briefkasten.

Dr. Möbius in Leipzig: Ihr Vorschlag ist angenommen für nächsten Jahrgang. Das Verlangte besitze ich nicht.

Dr. Goldstein. Besten Dank, unsere Briefe haben sich gekreuzt. Die 4 Fälle von Brousse sind auch zum Referat.

Dr. Krueg, Wien. Octoberheft vom Journ. of ment. sc. ja.

Bitte.

Die geehrten Herren Autoren werden im Interesse einer schnelleren Berichterstattung über ihre Arbeiten um Einsendung von Separatabdrücken an die Redaction d. Bl. gebeten.

Druckfehler.

Seite 490 Z. 6 v. u. liess *Brücke* statt *Breite*; Seite 492 Z. 16 v. u. liess „*Ueber dem Linsenkern*“ etc.

Centralblatt

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und redigirt

von

Dr. med. A. ERLÉNMEYER,

dirig. Arzte der „Dr. Erlénmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nerven-
kranke zu Bendorf bei Coblenz.“

Alle 14 Tage eine Nummer — 1 $\frac{1}{2}$ Sogen stark.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten im In- und Auslande an. — Insertion
80 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Commissions-Verlag von Georg Böhme in Leipzig.

2. Jahrg.

15. Dezember 1879.

Nro. 24.

I N H A L T.

- I. ORIGINALIEN. Dr. Karl Langenbuch (Berlin): Ueber Dehnung grosser Nervenstämmé bei
Tabes dorsalis.
- II. REFERATE. 815) Dr. Franz Müller (Graz): Die acute atrophische Spinallähmung der Erwach-
senen (Poliomyelitis anterior acuta adultorum). 216) Th. Rumpf Düsseldorf): Zur Function
der grauen Vordersäulen des Rückenmarks. 817) G. Gallopin (Evreux): Der Gyrus angu-
laris und seine Beziehungen zu den Gesichtswahrnehmungen und den Bewegungen der Augen.
818) H. Taguet (Marseille): Ueber die versuchsweise Entlassung als Heilmittel bei der Be-
handlung von Geisteskranken. 819) Palmerini: Sulla questione della pazzia morale.
820) Bonfigli: Ulteriori considerazioni sull' argomento della cosi detta pazzia morale.
- III. VERSCHIEDENE MITTHEILUNGEN. 821) Aus Andernach. 822) Aus Jena. 823) Aus Breslau.
824) Aus Würzburg.
- IV. PERSONALIEN. INHALTSVERZEICHNISS.
-

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ganz ergebenst gebeten, das Abonnement auf das I. Quar-
tal 1880 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Auflage kein Miss-
griff gemacht wird, und in der Zusendung keine Störung eintritt.

Ueber die mit dem folgenden Jahrgang beginnende *Erweite-
rung* des Centralblattes wird in der kommenden Neujahrsnummer
Mittheilung gemacht werden.

I. Originalien.

Ueber Dehnung grosser Nervenstämmen bei Tabes dorsalis.

Vorläufige Mittheilung von Dr. KARL LANGENBUCH, dirigir. Arzt des Lazaruskrankenhauses in Berlin. *)

Der Handelsmann K., 40 J. alt war vor einigen Monaten mit den Erscheinungen der Tabes dorsalis erkrankt und liess sich am 11. August 1879 in das Lazaruskrankenhaus aufnehmen. Der klinische objective Befund, wie auch die Stellung einer genauen Differentialdiagnose, liessen an der Natur des Leidens, Tabes dorsalis dolorosa, keinen Zweifel.

Neben der voll ausgebildeten Ataxie traten besonders intensive, blitzartige durchfahrende Schmerzen in allen 4 Extremitäten in den Vordergrund. Das Romberg'sche Symptom war vorhanden, dergleichen auch die typischen Sensibilitätsstörungen, namentlich in den unteren Extremitäten. Der Patient schlenderte sich beim Gehen die Pantoffeln von den Füßen, ohne etwas davon zu merken, und konnte nicht unterscheiden, ob und welche Stoffe er unter den Fusssohlen hatte. Ab und zu trat Gürtelgefühl auf. Reflexerregbarkeit etwas gesteigert, Kniephänomen nicht vorhanden, dagegen hochgradige Myosis und Hyperästhesie der Haut, namentlich an den vorderen Flächen der Oberschenkel. Alle diese Innervationsstörungen waren in den Armen ebenfalls, doch in weit geringerem Grade, vorhanden. Die Schmerzen quälten den Pat. trotz aller angewandten Sedativa ausserordentlich und, als es gerade in dem linken Ischiadicus besonders zu toben schien, schlug ich eine Dehnung dieser Nerven vor. Pat. willigte ein, und ich führte diese Operation am 13. Septmbr. aus. Freilegung des röthlich injicirten und etwas geschwollen erscheinenden Nerven in der Narcose und intensive Dehnung desselben. Naht, antiseptischer Verband. Als der Pat. wieder zu sich gekommen war, constatirte er sofort ein vollständiges Verschwinden der Schmerzen im Bezirk des gedehnten Nerven. Natürlich fand sich statt dessen eine motorische und sensible Lähmung, welche aber schon in den nächsten Tagen verschwand, ohne dass die Schmerzen zurückkehrten. Die Wunde war in wenigen Tagen geheilt, und ich konnte schon am 25. September zu weiteren Dehnungen schreiten. Diese wurden dann in einer Sitzung an den beiden Cruralstämmen, wie auch dem rechten Ischiadicus, in ausgedehnter Weise vorgenommen. Antisepsis. Heilung auch dieser drei Wunden in wenigen Tagen. Der Effect dieser Eingriffe war derselbe wie bei der ersten Dehnung. Alle Schmerzen waren und blieben verschwunden, und die zunächst aufgehobene Motilität und Sensibilität stellten sich binnen wenigen Tagen wieder her. Als der Pat. die ersten Gehversuche machte, äusserte er, dass er nun

*) Anm. der Red. Um die vorstehende, sehr bemerkenswerthe Arbeit durch ein Referat nicht zu verkürzen, haben wir dieselbe mit ausdrücklicher Erlaubnis des Herrn Verf. aus der Berliner Klin. W. Nro. 48 abgedruckt.

doch wieder wisse, was er unter den Füßen habe. Diese Versuche fielen anfangs noch schwach aus, vervollkommneten sich indessen schnell und nun liess sich auch die unerwartete Thatsache constatiren, dass die atactischen Erscheinungen ebenfalls vollständig verschwunden waren. Nachdem Pat. seine Gehfähigkeit leidlich wiedererlangt, verliess er häuslicher Angelegenheiten halber das Haus. Kurz darauf hörte ich, dass er sich von neuem in ein anderes Krankenhaus hatte aufnehmen lassen. Ich suchte ihn dort auf, und fand ihn, frei von aller Ataxie und Sensibilitätsstörung in den Beinen, ohne Stütze umhergehen. Seine Klagen bezogen sich nur auf Schwäche und Schmerzen in den Armen.

Ich behalte mir vor, in einer anderen Publication ausführlicher auf diesen interessanten Fall, in welchem die Krankheit ihren Sitz zunächst nur noch in den peripheren Nerven genommen zu haben schien, zurückzukommen; kann aber schon jetzt mit gutem Gewissen den Herren Collegen eine weitere Prüfung dieser Dehnungstherapie, namentlich an noch jüngeren Fällen von *Tabes dorsalis*, empfehlen. Natürlich muss die Antisepsis dabei in vollkommener Weise gehandhabt werden, da ich, ohne diese, derartige Nervenoperationen nicht riskiren würde.

II. Referate.

315) Dr. Franz Müller (Graz): Die acute atrophische Spinallähmung der Erwachsenen (*Poliomyelitis anterior acuta adultorum*).

(Stuttgart bei Enke. 1880.)

Die vorliegende Monographie ist besonders werthvoll durch 4 neue Beobachtungen dieser in neuerer Zeit vielfach die Aufmerksamkeit auf sich ziehenden Nervenkrankheit, namentlich aber ist es der erste Fall, bei dem mit der grössten Genauigkeit die electr. Untersuchung der Muskeln und Nerven vorgenommen wurde und da er gleichsam in *statu nascendi* zur Prüfung kam, so konnte gleich vom Eintritt der Paralyse an die electr. Exploration vorgenommen werden, die sich dann über einen Zeitraum von $1\frac{1}{2}$ Jahren erstreckte. Dadurch wurde eine Lücke in der Literatur ausgefüllt, da eine erschöpfende und genaue Untersuchung namentlich mit Berücksichtigung der Entartungsreaction bislang nicht gemacht wurde. Aber auch in mancher anderen Beziehung bietet das Werkchen werthvolle Daten. Die „Geschichte und Casuistik“, mit der es anhebt, führt neben dem Hinweise auf die Analogie mit der spinalen Kinderlähmung in erschöpfender Darstellung und kritischer Sichtung die einschlägigen Fälle der Gesammtliteratur auf. Am Schlusse dieses Capitels folgen die eigenen Beobachtungen, die wir in Kürze wiedergeben:

I. F. r. Grünauer, 19 J. a., keinerlei hereditäre Anlage zu Nervenkrankheiten, keine Hysterie, keine Lues. Erkältungen beim Waschen. Plötzlich Kopfschmerz, Ueblichkeit und Erbrechen. Ein

tritt der Menses. Somnolenz. Vom 11.—14. Oct. 1877 Steigerung der Prostration, der Apathie und des Fiebers. Nachts Delirien, am 15. Eingeschlafensein der l. Hand. Am 16. complete Lähmung mit totaler Erschlaffung in der l. Oberextremität, Fieber und Delirien. Reissende Schmerzen in den Extremitäten; in der Nacht vom 16.—17. complete Lähmung der rechten Unterextremität. Am 17. Aufnahme in's Krankenhaus.

Status: Rückenlage mit schlaff am Rumpf liegendem l. Arme, nach innen rotirtem, vollständig gelähmten rechten Beine. Cerebrale Functionen intact. T. 38. P. 120, klein, leicht comprimierbar, dirot. Bei der Untersuchung der gelähmten Extremitäten zeigte sich an der l. Oberextremität complete Lähmung sämtlicher Muskeln, ohne jedwede Contractur oder spastische Erscheinung.

Finger in paralytischer Krallenstellung, Hand selbst in Beugstellung, Arm im Ellenbogen leicht flectirt, keine Spur activer Beweglichkeit, passive Bewegungen sämtlich ohne Schmerzen möglich. Die einzige willkürliche Bewegung in der l. Schulter besteht in unbedeutendem Heben des Akromion. Musc. rect. abd. total gelähmt. Die Unterextremitäten ebenfalls, nur in den Zehen eine Spur von Flexion und Extension. Von Seiten der Sensibilität nichts Abnormes. An den gelähmten Theilen sind die *Reflexe* vollständig erloschen. Blase und Mastdarm frei. In der Nacht vom 17.—18. incomplete Lähmung der r. Ober- und l. Unterextremität. Die beiden gel. Extremitäten sind stets geröthet und fühlen sich wärmer an. T. 39. P. 110. Am 19. T. 38. P. 100. 20. T. 37,3. P. 88. Im weiteren Verlauf vollständige Apyrexie. Am 24ten waren die reissenden Schmerzen total verschwunden, Wiederkehr der Extensionsbewegungen der Finger rechts, sowie des l. Beines, am 26. schon im 3. und 4. Finger der linken Hand, ohne dass von dort Reflexbewegungen ausgelöst werden konnten. In den nächsten Tagen Schmerzen in allen Muskeln, Abmagerung der Extremitäten. Die allmähliche Besserung der Bewegungsfähigkeit, sehr ausführlich geschildert, umgehen wir hier und geben den Befund am 17. April 1879. Patientin ist schlecht genährt; Gehen ziemlich sicher, doch fällt auf, dass das Bein hoch im Hüftgelenke gebeugt und im Kniegelenke flectirt wird, während Winkel des Fusses zum Unterschenkel fast unverändert. Mm. tibial. ant., delt. dext. noch paretisch. Adductoren d. r. Oberschenkels willkürlich noch unerregbar. Linke Hand in Krallenstellung, livid und kalt, Flexion der Finger normal, Extension deutlich vermindert, Pronation, sowie Flexion des Vorderarmes äusserst rudimentär, Mm. triceps und deltoideus noch schwer gelähmt. Die höchst interessanten Ergebnisse der electr. Exploration siehe ausführlich im Original; das uns Interessirende später bei der Symptomatologie.

II. Tollert 22 J. a., ohne erbliche Anlage zu Nervenkrankheiten. Viel im Regen gearbeitet; plötzliche, reissende Schmerzen in den Beinen und Schultern. (Anfangs Septbr.) Fieber. Plötzliche Lähmung der l. oberen Extremität. Anfangs October geringe Bewegung in Vorderarmen und den Fingern, Abmagerung des

Armes. Status d. 23 Oct. Fieberlos. Muskulatur des l. Armes stark atrophirt, hängt schlaff am Körper herunter, Deltoideus, Infraspinatus fast ganz geschwunden, Supinator longus als dünnes Bündel nachweisbar. Nirgends Contractur. Extremität kühl. In den Fingern sind sämtliche Bewegungen möglich. Supination insufficient. Beugen des Vorderarms schlecht; schlechte Bewegung im Schultergelenk. Abduction, sowie Adduction des Oberarms minimal. Auswärtsrollen möglich. Sensibilität intact. Nerv. axillar. faradisch unerregbar, schwache Erregung im Radialisgebiete, musc. delt. und infraspinatus keine Contraction. Pector. major und Triceps brachii schwache Zuckungen, Supinator longus keine Zuckung. Biceps schlecht, Brachial. intern. gar nicht erregbar. Nerv. axill. spricht bei galvan. Reizung nicht an, Nerv. rad. 20 El. Ka S Z (schwach) keine An S Z. Bei 24 El. Ka. SZ > An SZ.

Musc. delt., infrasp. schwache, supin. long. bei 28 El. ebenfalls schwache, träge An und Ka S Zuckung. Muskeln d. Thenar zeigen deutliche Entartungsreaction. Besserung bei electr. Behandlung. Jetzt nur noch Schwäche im Arm.

III. Wagner Elis. 22 J. a., 8. Jan. 1879 aufgenommen, bis 23. Aug. 78 immer gesund. An jenem Tage, während sie im Nassen arbeitete, plötzliche, reissende Schmerzen in beiden Beinen, Fieber, Cephalaea Delirien. Am 25. Paraplegie, Fieber hört auf. Nach 14 Tagen Schmerzen in den gelähmten Muskeln, rasche Atrophie. Ganz geringe Besserung in den Ab- und Adductionsbewegungen des Oberschenkels und schwache Bewegungen in den Zehen. Linkes Bein später kalt. Status: Fieberlos, Anaemisch, Mikrocephal. Hochgradige schlaffe Paraplegie der unteren Extremitäten mit den geringen, eben angegebenen Bewegungen. An beiden Beinen im Sartor. gelähmt. Beide Beine stark atrophirt, Quadriceps, sowie Adductoren fast gänzlich geschwunden. Sensibilität intact. Reflexe erloschen. Die directe, wie indirecte faradische, sowie indirecte galv. Erregbarkeit allenthalben erloschen, und im Peron. long. dexter, u. Extens. digit. com. long. Spuren von Reaction. Bei direct. galv. Muskelreizung exquisite Entartungsreaction. Ka. Sz. < An SZ. Beide bei 20 El. schwach.

IV. Baron Z., 27 J. a., Gutsbesitzer, früher Pneumonie, nachher stets gesund. 4. Sept. 78 erkrankt; schwaches Reissen in Armen und Beinen, Fieber. Folg. Tag versagt l. Bein den Dienst, Schmerzen in Armen fort, intensiver in Beinen, Nachts heftiger, im r. Bein stärker, zum letzten Male in der Nacht vom 11.—12. Septbr. Unter Kaltwassercur und Jodcur Besserung, stetige Progression der Lähmung. Nach 2—3 Wochen Abmagerung, namentlich an der Rückseite des Oberschenkels.

Status. 14. Jan. 79. Puls und Temp. normal; keine Lues. Sensibilität normal. R. Bein vollständig gesund. L. Bein schlaff 1,5 Ctm. (am Oberschenkel) dünner, als rechts; es wird schwer und langsam vom Boden gehoben, Fuss dabei in Abduction. Dorsalflexion. Adduction im Sprunggelenke verloren. Flexion im Kniegelenke fehlt fast ganz. Kreuzen des Beines unmöglich. Rotation nach aussen

vermindert. Fussspitze hängt stark nach abwärts (bei Rückenlage). Von der Fusssohle aus im Tib. ant. keine, in den Adductoren nur sehr schwache Reflexzuckungen auslösbar. Patellarsehnenreflexe links gegen rechts gesteigert.

Faradische Erregbarkeit:

Nerv. crur. dext. 16 R. D. Nerv. peron. dextr. 17 $\frac{1}{2}$.

Nerv. crur. sinist. bei 12 Contractionen im quadriceps und sartorius.

Nerv. peron. bei 11 dentl. Zuckungen im Musc. peron. und Extens. digit. comm. long.

Tibialis bleibt stumm.

Nerv. tibial. bei 16 Contr. im Triceps sur.

Musc. quadriceps bei 16 R. D.

„ sartor. „ 12 „ „ } Contractionen.

„ adduct. mag. „ 8 „ „ }

„ tibial. ant. total unerregbar.

„ extens. digit. comm. und peron. bei 7 R. D. Contr.

„ gastr. bei 14 R. D. Contr.

Beuger d. Unterschenkel unerregbar.

Galvanische Erregbarkeit:

Musc. quadr. dextr. 16 El. Ka SZ

„ tibial. ant. dextr. 12 El. Ka SZ

„ quadriceps sinistr. 20 El. Ka SZ blitzähnlich.

„ tibial. ant. 20 El. Ka SZ < An SZ

„ biceps fem. 20 El. keine Zuckung.

Besserung bei electr. Behandlung. Anfangs Juni m. biceps fem. hat sich functionell vollständig erholt, Entartungsreaction hat einer einfachen Verminderung der Erregbarkeit Platz gemacht.

Symptomatologie. Nachdem wir die 4 neuen Fälle unseren Lesern vorgeführt, erlauben wir uns, aus den folgenden Deductionen des Verf's nur das Hauptsächliche anzufügen und nur auf die electr. Verhältnisse etwas näher einzugehen.

Es wird betont: plötzliche, unter mehr oder weniger schweren Allgemeinstörungen auftretende Lähmung, die bald ihr Maximum erreicht, einige Zeit auf der Höhe bleibt, bis dann Rückgang eintritt, die entweder zur vollständigen Restitution führt, oder auf einzelnen Muskeln localisirt bleibt. Fieber wird (gegen Eulen burg) als constantes Symptom der Initialerscheinung aufgestellt. Ebenso sind reissende Schmerzen über die ganze Extremität verbreitet, häufig auch im Kreuz von 1—14 Tage dauernd, initiales Symptom, während die im Verlauf der Krankheit vorkommenden, dumpfen, praecis in die Muskeln versetzt werden und wahrscheinlich mit der degenerativen Muskelatrophie zusammenhängen: je intensiver diese letzteren, desto schwerer und bleibender ist die Lähmung. Häufig constatirt man im Anfange Paraesthesien, sensus formicationis der befallenen Extrem., während sonstige Sensibilitätsstörungen fehlen. Muskellähmung ist das Cardinalsymptom der ganzen Krankheit, die ausserordentlich schnell eintritt, die Ausbreitung derselben erfolgt gewöhnlich stossweise. Die häufigste Form in der die Lähmung

auftritt, ist die generalisirte, weniger häufig ist die Paraplegie, am seltensten sind die Monoplegien, welche letzteren im Kindesalter am zahlreichsten sind. Synergisch wirkende Muskeln werden öfters gleichzeitig und gleich intensiv gelähmt.

In der Regel sind die Haut- und Sehnenreflexe der betr. Extremitäten total erloschen, sehr selten sind sie erhalten oder gar gesteigert. Das Erlöschen geschieht im Allgemeinen mit dem Verschwinden der Motilität. Die Restitution derselben ist jedoch eine zeitlich verschiedene von der der Muskeln. Die vegetativen Funktionen erleiden keine Störung. Was das Verhalten der Temperatur des gelähmten Gliedes anbetrifft, so lehrt der ausführlich beobachtete I. Fall des Verf's., dass den späteren Temperaturerniedrigungen in den gelähmten Extremitäten in den ersten Tagen eine deutlich nachweisbare Erhöhung vorausgeht. In Uebereinstimmung mit Experimenten am Thiere steht die Beobachtung des Verf's., dass die Schweisssecretion nicht abhängig ist vom Vasomotorius und von localen Circulationsvorgängen, ferner liegen dann auch die supponirten Nervencentren der Schweisssecretion wahrscheinlich nicht in den Vorderhörnern, sicher nicht in den Abschnitten, in denen die motorischen Ganglienzellengruppen sich befinden.

In Betreff der Veränderungen der *electr. Erregbarkeit* im Nerv-Muskelapparate bemerkt Verf., dass bisheran gerade die wichtigste Zeit für die Constatirung derselben nicht habe untersucht werden können und dass durch seinen I. Fall diese Lücke ausgefüllt sei; diese Zeit umfasst die ersten 3 Tage resp. die erste Woche der Krankheit. Die Untersuchungen zeigen im Ganzen, dass die faradische wie galv. Erregbarkeit vom Nerven aus, sowie die Faradocontractilität frühzeitig erlöschen, wogegen die directe galvanische Erregbarkeit der Muskeln fortbesteht. Ferner, dass das Sinken der galv. Nervenerregbarkeit nicht ganz parallel läuft mit dem der faradischen, da sie noch 2 Tage länger als letztere nachgewiesen werden konnte. Die farad. Erregbarkeit des Muskels ist noch — zwar vermindert — vorhanden, wenn die der Nerven schon verloren gegangen ist. Die farad. Nervenerregbarkeit, sowie die der Muskeln ist in den schwer gelähmten Muskeln schon am 5.—6. Tage nicht mehr nachweisbar. Die erstere verschwindet schon vom 4. Tage an. Dazu kommt bald Herabsetzung der directen galvan. Erregbarkeit, welche im Laufe der 3. Woche deutliche Erhöhung zeigt, mit der bekannten Aenderung des Zuckungsmodus, indem AnSZ früher eintritt; endlich gleichzeitig mit KaSZ. Diese Steigerung dauert 6—10 Tage, von wo ein allmähliches Sinken eintritt, dann Umkehr zur Norm oder gänzliches Erlöschen auch der galv. Erregbarkeit. Dabei auch die Mittelform im Fall I (M. supin. long dextr., quadriceps sinister, glut. max. dextr.) Im rect. abdom. dextr. konnte bei galv. Reizung weder eine quantitative noch qualitative Modification constatirt werden. Die degenerative Atrophie in den Muskeln die ihre Faradocontractilität verloren haben, ist am schwersten in denen, wo die farad. Erregbarkeit schon in den ersten 4—5 Tagen total verloren gegangen ist.

Die 2. Periode dieser Krankheit ist diejenige der Rückbildung, indem die Beweglichkeit zuerst in den Muskeln wiederkehrt, die eine einfache quantitative electr. Erregbarkeitsverminderung erlitten hatten. Der Zeitpunkt ist verschieden, oft schon nach 4—6—12 Tagen; am spätesten kehrt die Motilität in den Muskeln wieder, die die schwere Form der Entartungsreaction zeigten. Schliesslich bleibt gewöhnlich die Lähmung auf einzelnen Muskeln localisirt. Aus der „*Pathogenie*“ erwähnen wir nur, dass der Verf. sich bemüht, das Befallenwerden der ganzen Längsausdehnung der Vordersäulen bei Vermeidung jeder Diffusion in die Breite, zu erklären in dem eigenen System, das die Vordersäulen in der grauen Substanz bilden, welches seine Selbständigkeit und Individualität grob anatomisch wie histiologisch functionell documentire.

Aetiologische Momente, praedisponirende Ursachen mit Bestimmtheit anzugeben, kann auch Verf. nicht. Die Erkältung soll die wichtigste Rolle in der Aetiologie spielen. Bei der differentiellen *Diagnose* führt Verf. die Unterscheidungsmerkmale an zwischen dieser Erkrankung und der acuten diffusen Centralmyelitis, der acut. diffusen Hämatomyelitis, der Myelitis acuta transversa, der Haematomyelie, der Paralysis accendens acuta, der amyotrophischen Seitenstrangsclerose. Unter den Intoxicationslähmungen wird die Aenlichkeit der Poliomyelitis mit der acuten Arsenikvergiftung nach dem Ablauf der gastrischen Erscheinungen besprochen.

Was endlich den *Verlauf* und die *Prognose* der Krankheit anbetrifft, so bleiben alle jene Muskeln dauernd gelähmt, bei denen die farad. Erregbarkeit von der normalen Höhe steil abfällt, bei denen sie nach 4—5 Tagen erloschen war. Die Constatirung der An S. Z. als einzige noch restirende Reaction eines Muskels auf den galv. Strom zeigt den gänzlichen Untergang der contractilen Substanz an. In der *Therapie* wird der electr. Behandlung kräftig das Wort geredet.

Goldstein (Aachen).

316) **Th. Rumpf** (Düsseldorf): Zur Function der grauen Vordersäulen des Rückenmarks.

(Arch. f. Psych. und Nervenkrankh. X. B. 1. H.)

Einige neuerdings wieder bezüglich der Abhängigkeit der progressiven Muskelatrophie von den Vorderhörnern des Rückenmarks laut gewordene Zweifel geben dem Verf. Veranlassung, auf die Frage von der *Function der grauen Vorderhörner* und der *klinischen Erscheinungen*, die auf eine Läsion derselben zu schliessen erlauben, einzugehen. Er statuirt vor Allem, in Uebereinstimmung mit Erb, dass die Veränderung der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln, die als Entartungsreaktion bezeichnet wird, stets eine *Erkrankung der trophischen Centren* in den Vorderhörnern oder eine *Trennung* von diesen Centren bedeute und dass eine ähnliche Reaktionsform bei *rein peripheren* Muskelaffectionen bis jetzt nicht nachgewiesen sei. (Ref. behält sich vor, auf die Differenz der Anschauung bezüglich des von ihm (Ref.) als „*idiopathische subacute*

Muskellähmung und Atrophie“ publicirten Falles gelegentlich zurückzukommen; es möge zunächst nur betont werden, dass Ref. nach dem anatomischen Befund das Vorhandensein einer Neuritis keineswegs leugnet, jedoch die *primäre Natur* derselben nach dem klinischen Verlauf in Abrede stellen muss.) Das Vorkommen der galvanischen Entartungsreaktion in den Muskeln bei typischer progressiver Muskelatrophie ist dem Verf. zufolge ein weiterer Beleg für die *centrale neurotische* Natur dieser Affection; der Fall von *Lichtheim*, wie schon *Erb* und *Schultze* hervorhoben, ist keineswegs geeignet, diese Anschauung zu widerlegen! Als Erklärung der Thatsache, dass in den zwischen grauer Substanz des Rückenmarks und atrophirenden Muskeln liegenden Nervenstämmen eine Degeneration von Nervenfasern nicht zur Evidenz kommt, nehmen *Erb* und *Schultze* die Möglichkeit an, es bleibe zwischen erkrankter grauer Substanz und degenerirender Muskelfaser der leitende Axencylinder mit seinen Hüllen erhalten. Verf. hält es dagegen für wahrscheinlich, dass die Zeichen der Degeneration im Nerven-Untergang der Nervenfasern durch die von ihm studirten physikalischen Prozesse und reaktive Entzündung des Bindegewebes — bei dem langsamen Ablauf der Veränderung in der grauen Substanz, wie er bei progressiver Muskelatrophie statt hat, eben dieses, Faser für Faser ergreifenden langsamen Fortschreitens halber, nicht zum optischen Ausdruck kommen. Bei den *acuten Affectionen* der grauen Substanz hingegen kann die massenhafte und bündelweise Degeneration von Nervenfasern dem Blick nicht entgehen. Mit der Annahme eines unmerklichen Schwindens von Nervenfasern fällt auch die Nothwendigkeit, *getrennte motorische und trophische Centren* für Nerven- und Muskelfaser zu statuiren: jede Ganglienzelle der grauen Vordersäulen hat eine *doppelte Function*. Diese Anschauung wird vom Verf. in Bezug auf die bekannten Erkrankungsformen des motorischen Systems geprüft. Zeigen die Muskeln qualitative Veränderung der galvanischen Erregbarkeit, ohne dass die Nerven degenerirt oder unerregbar sind — partielle Entartungsreaktion bei der Mittelform peripherer Lähmungen, so ist anzunehmen, dass die Hemmungsstelle zwar für die *motorische Leitung* ein Hinderniss ist, die *trophischen Störungen* aber passiren lässt. Denn eine Ernährung von der Nervenendplatte aus ist dem Verf. unwahrscheinlich.

In gleicher Weise erklären sich auch die Erscheinungen bei spinalen Affectionen mit Parese und galv. Entartungsreaktion der Muskeln *ohne* Degeneration der Nerven (*Erb'sche* Mittelform der *Poliomyelitis chronica*). Hier genügen die Ganglienzellen, ohne dem Untergang gänzlich zu verfallen, ihren gesammten trophischen Functionen nicht mehr, die Muskelfasern machen in beschränktem Maasse dieselben Veränderungen durch, wie bei der Trennung vom Centralorgan resp. Zerstörung dieses, doch nicht in der typischen Form, wie bei den übrigen trophischen Erkrankungen. Die motorischen Nerven zeigen keine weitere Veränderung, als in der qualitativen Erregbarkeit, indem die An O. Z. früher auftritt, wie in dem peripheren Stück eines von seinem Centrum getrennten Nerven. Bei

der progressiven Muskelatrophie und der Bulbärparalyse entspricht das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit vielleicht nur *scheinbar* der Mittelform der Entartungsreaktion, — wenn sich nämlich herausstellen sollte, dass bei direkter galvanischer Reizung andere Partien des Muskels mit qualitativ veränderter Zuckung antworten als bei Reizung vom Nerven aus und bei direkter faradischer Reizung, während bei der Erb'schen Mittelform der Poliomyelitis anter. subacut. *dieselben Partien* des Muskels vom Nerven aus blitzähnliche Zuckung, bei direkter Untersuchung Entartungsreaktion darbieten. (Ersteres scheint allerdings bei progressiver Bulbärparalyse nach des Ref. Untersuchungen der Fall zu sein und damit im Zusammenhang zu stehen, dass nicht in allen Fällen von Bulbärparalyse die directe galvanische Entartungsreaktion in den betroffenen Muskeln nachweisbar ist, weil nämlich die von der Mehrzahl intakter Muskelfasern ausgehende rasche Zuckung jene verdeckt. In früherem Stadium der Krankheit hat Ref. übrigens eigenthümliche Erscheinungen der galvanischen Erregbarkeit in den betr. Muskeln, leichte Steigerung bei direkter Reizung mit auffallend frühem Erscheinen der Ka O Z bei unzweifelhaft *raschem* Charakter der Zuckung und ungestörtem Verhalten der Nervenirregbarkeit beobachtet.)

Eisenlohr (Hamburg).

317) **G. Gallopin** (Evreux): Der Gyrus angularis und seine Beziehungen zu den Gesichtswahrnehmungen und den Bewegungen der Augen.

(Annal. méd. psych. 1879 Septembre.)

Der Verf. läugnet, dass der Gyrus angularis (pli courbe) das Centrum für die Gesichtswahrnehmungen und die Bewegungen der Augen sei und theilt zur Stütze seiner Behauptung die beiden folgenden Fälle mit.

R. J . . ., 25 Jahre alt, leidet an hochgradigem Stumpfsinn, meist niedergeschlagen und apathisch zeigt er mitunter Spuren maniakalischer Erregung. Bei andauernd gleichem psychischem Verhalten geht er an Phthisis pulmonum rasch zu Grunde, ohne während des Lebens irgend welche Störungen des Sehvermögens und der Augenbewegungen dargeboten zu haben. Bei der Section findet sich die Pia mater ödematös und stark vascularisirt. An der rechten Hemisphäre ist die Corticalsubstanz der 1. und 2. Stirnwindung gelb und erweicht. Ueber dem Gyrus angularis ist die Pia mater mit der Hirnrinde verwachsen, welche von röthlicher Farbe und namentlich in der oberen Hälfte dieser Windung erweicht ist.

Der 2. Fall betrifft einen Potator von 62 Jahren, welcher an heftigen Aufregungszuständen leidet und bei zunehmender Verblödung und fortdauernder Excitation eines Tages plötzlich zu Grunde geht, ohne dass an ihm intra vitam Symptome von Lähmung, namentlich nicht von Seiten des Sehapparates beobachtet worden sind. Nach dem Tode fiel auf, dass die rechte Pupille weiter war als die linke. Aus dem Sectionsbefund, welcher ein verbreitete

tes frisches Haematom der Dura mater als Todesursache ergab, sei hier nur erwähnt, dass die Corticalsubstanz der rechten Hemisphäre eine gelblich-rothe Verfärbung und eine derartige Erweichung zeigt, dass die graue Substanz unter einem Wasserstrahl vollkommen zerfällt und zwar entsprechend folgenden Punkten: Dem Gyrus angularis in seiner ganzen Ausdehnung, dem hinteren Drittel der ersten und der hinteren Hälfte der 2. und 3. Schläfenwindung, dem hinteren Ende des oberen Parietallappens und dem vorderen Ende der 1. Occipitalwindung. Dieselbe Erweichung der Rinde befindet sich an der linken Hemisphäre entsprechend dem unteren Drittel der beiden Centralwindungen, dem vorderen Drittel des Lobulus supramarginalis (lobule *opli courbe*), der hinteren Hälfte der 1. und 2. Schläfenwindung und der vorderen Hälfte der ersten und 2. Occipitalwindung.

Die an der Leiche beobachtete Erweiterung der rechten Pupille hält Verf. für eine Folge der intraarachnoidalen Blutung und bringt sie um so weniger in Beziehung mit der Erweichung des Gyrus angularis, da dieser an der linken Hemisphäre keine pathologische Veränderung darbot und die linke Pupille, welche dem erweiterten Gyrus angularis entspricht sich als normal erwies.

An den letzten Fall knüpft Verf. noch einige Bemerkungen über die pathologischen Veränderungen der Schädelcontenta in Folge von Alcoholismus chronicus, welche mit der Hirnphysiologie in keinem näheren Zusammenhang stehen.

Engelhorn (Winnenthal).

318) H. Taguet (Marseille): Ueber die versuchsweise Entlassung als Heilmittel bei der Behandlung von Geisteskranken.

(Annal. méd. psych. 1879 Septembre.)

Verf. spricht sich für die Zulässigkeit der versuchsweisen Entlassung von Reconvalescenten oder solchen Kranken aus, bei welchen aus irgend welchen Gründen eine Behandlung in der Familie angezeigt erscheint und theilt 4 Beobachtungen mit, aus welchen die Zweckmässigkeit dieser in Frankreich ungesetzlichen Maassregel hervorgeht.

Der erste Fall betrifft eine Frau von 30 Jahren, welche in schwerem melancholischem Stupor sich befindet und in Folge ernstlicher Nahrungsverweigerung körperlich sehr heruntergekommen ist. Bei Besuchen ihres Mannes und ihrer Kinder war sie vorübergehend aus ihrer Apathie und Regungslosigkeit herauszubringen, wesshalb ihr Besuche in ihrer Familie von Zeit zu Zeit gestattet werden. Jedesmal erfolgte Besserung, so lange sie zu Hause war, Verschlimmerung bei ihrer Rückkehr in die Anstalt. Die Kranke wird daher auf Wunsch ihres Mannes nach Hause entlassen, wo sie binnen Kurzem sich vollständig und dauernd erholte.

Im 2. Fall handelt es sich um eine hochgradige Puerperalmanie. Nachdem die grösste Aufregung der Kranken vorüber war, blieb ein Zustand grösster Verworrenheit zurück, in welchem die Kranke auch äusserlich zu keinem geordneten Verhalten zu brin-

gen war. Bei einem Besuche ihres Mannes benahm sie sich durch aus anständig, machte in aller Ordnung einen grösseren Spaziergang mit ihm und sprach verständig. In die Anstalt zurückgekehrt, bot sie dieselbe Verworrenheit und Unordnung wie vorher dar. Bei einem wiederholten Besuch ihres Mannes war sie abermals ruhig und geordnet, während sie dem gewöhnlichen Anstaltsleben zurückgegeben in ihren alten Zustand verfällt. Die Kranke wird daher in ihre Heimat entlassen, wo sie unter regelmässiger Beschäftigung mit ihrer Haushaltung sich sehr schnell erholt.

Die beiden letzten Beobachtungen beziehen sich auf 2 weibliche Kranke, welche von Hallucinationen des Gesichts und Gehörs und peinlichen Sensationen im Epigastrium gequält in ängstlicher Aufregung sich befanden. Die Zurückgabe in die Familie hatte eine schnelle Beruhigung und baldige Heilung der Kranken zur Folge, welche der Anstaltsbehandlung trotz aller angewandten Mittel nicht gelang.

(Solche und ähnliche Beispiele könnten nach Beobachtungen in unseren deutschen Anstalten, in welcher die versuchsweise Beurteilung gesetzlich zulässig ist, gewiss beliebig vermehrt werden. Ref.)

Engelhorn (Winnetthal).

319) **Palmerini**: Sulla questione della pazzia morale.

320) **Bonfigli**: Ulteriori considerazioni sull' argomento della cosi detta pazzia morale.

(Riv. sper. di fren. e di med. leg. A., V., F I. e II. pp. 20 bis 40 und 41 bis 88).

Beide Arbeiten bilden die Fortsetzung einer Polemik über das moralische Irresein, die in A. III. F. III. e IV., der Rivista sperimentale zwischen *Palmerini* und *Bonfigli* einerseits, *Tamassia* andererseits begonnen wurde. Die ersten beiden sind gegen die Aufstellung des „moralischen Irreseins“ (pazzia morale) als einer besonderen, selbstständigen, *nur* durch Defecte der moralischen Anschauungen, nicht auch der Intelligenz begründete Form.

Palmerini geht nochmals sein von *Tamassia* angegriffenes Gutachten durch, *Bonfigli* vertheidigt vier von ihm früher aufgestellte von *Tamassia* angegriffene Sätze. Der Gedankengang seiner Ausführungen ist in Kurzem folgender:

Wenn man eine isolirte Erkrankung der moralischen Vorstellungen annimmt, so müsste man auch ein specielles Organ zur Erzeugung derselben annehmen, es gibt aber weder dieses noch jenes, ja die ganze Eintheilung der Vorstellungen in moralische und intellectuelle ist keine natürliche, sondern eine veraltete philosophische. Die moralischen Vorstellungen sind ein Product aus der Intelligenz und der Erziehung. Ein guter Theil der, als moralisches Irresein beschriebenen Fälle lässt sich bei genauerer Untersuchung unter andere wohl definirte Formen der Geistesstörung einreihen, bei dem Reste ist immer ein Fehler in der Intelligenz vorhanden, ein gewisser *Schwachsinn* („imbecillita parziale“, wobei

das parziale auf den *Grad* der Verblödung zu beziehen ist). Umgekehrt hingegen müssen nicht bei jeden Schwachsinnigen auch die moralischen Vorstellungen alterirt sein.

Den noch unbekanntem anatomischen Zustand, welcher dem Schwachsinnigen zu Grunde liegt, nennt *Bonfigli*: „*Nervismus*“ („*nervismus*“ nicht zu verwechseln mit „*nervosismo*“), *Palmerini*: „*Schwäche des Gehirnes*“ (*grazilita del ceryello*). Anthropologische Merkmale, Entwicklungsfehler u. dgl. können nicht als Krankheitsursachen in Anspruch genommen werden. Die wichtigsten derselben, wie Kleinheit, oder Missstaltung des Schädels bedingen, wenn sie stark entwickelt sind, allerdings Idiotie oder Blödsinn, geringere Grade derselben können aber bei vollständig geistesgesunden, ja bei geistig hoch entwickelten Individuen vorkommen. Noch weniger Werth haben andere Defecte, wie z. B. Schielen, unregelmässig entwickelte Zähne oder Ohren etc.

(Die Arbeit *Bonfigli's* ist in dem vorliegendem Hefte der *Rivista* noch nicht abgeschlossen.)

K r u e g (Oberdöbling bei Wien).

III. Verschiedene Mittheilungen.

- 321) A u s A n d e r n a c h. Am 9. December Nachmittags gegen 4 Uhr entstand in der Provincial-Irren-Anstalt, und zwar im Speicherraum des Gebäudes für unruhige Frauen, ein Brand, der im Verlaufe mehrerer Stunden das Gebäude bis auf die Umfassungsmauern zerstörte, während die Gefahr für die nebenstehenden Gebäude trotz der Schwierigkeit des Löschens bei der strengen Kälte durch die vereinten Kräfte des Anstaltspersonals und desjenigen der benachbarten Bewahranstalt St. Thomas schnell beseitigt wurde. Sämmtliche das Gebäude bewohnende Personen wurden ohne die geringste Beschädigung und mit grösster Ruhe und Ordnung in anderen Wohnungsräumen untergebracht und auch das Mobilium gerettet.
- 322) A u s J e n a. Am 1. November ist die neu erbaute Irrenanstalt in Gegenwart des Erbgrossherzogs und des Ministers v. Gross eingeweiht worden. Director ist Herr Professor Dr. S i e b e r t.
- 323) A u s B r e s l a u. Am 15. November fand dahier die 21. Sitzung des Schlesirrenärztlichen Vereins statt. Anwesend waren die Herren A l t e r b r i e g, E i c k e - S c h e i b e, F r i e d l ä n d e r - P ö p e l w i t z, J u n g - L e u b u s, L e p p m a n n - B r e s l a u, N e u m a n n - P ö p e l w i t z, P o p p o - B e r n s t a d t, W ä h n e r - L e u b u s. Zunächst wurden einige Interna des Vereins berathen und mehrere Beschlüsse gefasst, welche eine festere Organisation desselben bezwecken sollen. Dann berichtete Herr Dr. L e p p m a n n im Anschlusse an einen klinischen Fall „über das Vorkommen von Sclerose des Ammonshorns bei Epileptischen“, an welchen Vortrag sich eine sehr lebhaftes Discussion anschloss.
- 324) A u s W ü r z b u r g. Nachdem vor einigen Jahren Herr Dr. B ö h m (der Uebersetzer Maudsley's) von hier nach D o r p a t, später Herr Prof. B e r g

mann von Dorpat hierher berufen wurde, hat sich dieses freundschaftliche Verhältniss zwischen den beiden Hochschulen in kurzer Zeit jetzt zum drittenmal bethätigt. Herr Dr. Emminghaus hierselbst ist zum *ordentlichen Professor der Psychiatrie nach Dorpat* berufen worden und hat angenommen.

IV. Personalien.

Offene Stellen. 1) Königsutter, II. Assistenzarzt, 1000 M. fr. Station. 2) Mersig, Assistenzarzt; fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Arznei 1200 M. Nur Preussen zugelassen. 3) Düren, Volontairarzt, 600 M., fr. Station, nur Preussen zugelassen. 4) Schwetz, Volontairarzt, 600 M., freie Station. 5) Eichberg (Rheingau), III. Hülfarzt, sogleich, 900 M., fr. Station. 6) Leubus (Schlesien), II. Volontairarzt sofort, 600 M., freie Station. 7) Halle a. Saale, (psychiatr. Klinik) II. Volontairarzt, 600–1200 M. fr. Station. 8) Dalldorf (Berlin), Assistenzarzt, 1500 Mark, freie Station. 9) Regierungs-Medicinalrath-Stelle in Sigmaringen. 10) Grafenberg (Düseeldorf), a) Assistenzarzt 900 M., fr. Station. b) Volontairarzt 600 M. fr. Station. 11) Stephansfeld-Hörde (Elsass), Assistenzarzt, 1. Januar 1880, 900 M., fr. Station. 12) Owinsk (Posen) Volontairarzt, 1600 M., fr. Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Wäsche. 13) Allenberg (Ostpreussen) 2 Arztstellen, a. 2100 M.; b. 1200 M., beide freie Station. 14) Die Kreisphysicate: Ahrensburg (Schleswig), Bublitz (Cöslin), Erkelenz (Aachen), Flensburg (Schleswig), Hagen (Arnsberg), Hoyerswerda (Liegnitz), Labiau (Königsberg), Lueben (Liegitz), Lüneburg (Lüneburg), Mürs (Düsseldorf), Mogilno (Bromberg), Osterburg (Magdeburg), Rendsburg (Schleswig), Rössel (Königsberg), Schlochau (Marienwerder), Sensburg (Gumbinnen), Stuhm (Marienwerder), Tondern (Schleswig), Wehlau (Königsberg), Wahrendorf (Münster), Westpriegnitz (Potsdam).

Besetzte Stellen. Die Assistentenstelle in Schwetz ist durch Herrn Dr. Josef Sergot besetzt. Die an der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt in Bendorf durch Herrn Dr. Hahn aus Coburg, zuletzt in Berneck. — An die Stelle des nach Krakau berufenen Herrn Dr. Adamkiewicz tritt als Assistent der Nervenkl. in der Kgl. Charité in Berlin am 1. Januar 1880 Herr Dr. Otto Ludwig Binswanger aus Kreuzlingen bei Constanz, bisher in Breslau.

Ernannt Dr. Gürtler in Hannover zum Physikus des Stadtkreises Hannover, Dr. Haase in Veckerhagen zum Physikus des Kreises West-Sternberg. Dr. Heidemann zu Oldendorf zum Kreisphysikus in Wandsbeck.

Todesfall. Kreisphysikus Dr. Schlaikier in Tondern,

Inhalts-Verzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.

- Accommodationskrampf, hyst. 14.
Achintre 378.
Agnew 40.
Alcoholismus chron. 208.
Althaus 371.
Amaurose, toxische 427.
Amblyopie, bei diabetes 14, toxische 37, 427.
v. Andel 405.
Aneshänsel 15.
Anaesthetie, de retour 10; ausgebreitete 85, 107; circumscripte 277; cerebrale 179.
Aphasie 421, 423; nach Epilepsie 328; nach psych. Erregung 543.
Appolonario 85.
Apyrexie durch Verletzung des R. M. 272.
Arbeit geistige, ihr Einfluss auf Form des Schädels 117.
Arteriitis gummosa 304.
Assagioli 159, 447.
Ataxie 341, 516; hereditäre 468.
Athetose 2, 48, 532.
Atrophie cerebrale 278.
Attention expectant 27, 180.
Attkins 157.
- Malbesin 228.
Bäumler 242, 466, 467.
Baillarger 428.
Balighian 137.
Bannister 32, 445.
Basedow'sche Krankheit 63, 305; experim. 466.
Bastelberger 242.
- Bauchreflex 34, 193.
Baudy 308
Baumgarten 304
Beach 328.
Beck 180.
Benedict 348, 434.
Bennet 9, 25, 472.
Berger 73, 217, 266, 275, 276.
Bernhardt M. 110, 222.
Betz 5.
Bewusstlosigkeitszustände 17.
Billod 333.
Binnengeräusche im Ohr bei Facialis-krampf 217.
Binswanger 287, 436.
Blasencontraction durch Faradisation 466.
Bleilähmung 82, 110, 232.
Boettcher 68.
Bonfanti 20.
Bonfigli 94, 564.
Bonvecchiato 159, 447.
Bourneville 278, 299.
Brachialmonoplegie 394.
Bramwell 115, 378, 390.
Braun 39.
Brigidi 63.
Brissaud 490.
Broadmoor (Bericht) 43
Brookwood (Bericht) 43.
Brown-Sequard 24.
Buch 306.
v. Bueren 353.
Bulbärparalyse, amyotrophische 514.
Bureq 9 (vergl. Metallotherapie).
Burnet 375.

Calabarextract. bei Tetanus 446.
 Cannabis ind. 40.
 Caradec 13.
 Carlsfeld, (Bericht) 68.
 Carotis int. Urspr. derselben 281.
 Carpenter. 25.
 Carrières 165.
 Catalepsie 280.
 Cedron 547.
 Centralganglienarterien 6.
 Centren der Hirnrinde, motor. 79. 102;
 sensor. 440; psycho.-sensor. 439;
 funktionelle 236; die peripher-vaso-
 motor. 306.
 Charcot 5, 14, 26, 511.
 Chapmann 309.
 Charkower Gouverm. Landsch. Hospital
 (Bericht) 473.
 Chateaufort 63.
 Chiari 517.
 Chloralhydrat, Missbrauch dess. 328.
 Chorea magna 97, chron. 396; sympto-
 mat. 159; minor 220.
 Christian 156.
 Circulation intraoculäre 36.
 Cliquet 117.
 Clouston 423
 Cohn, H. 14.
 Corpus callosum, Mangel dess. 118.
 Corticalarterien 6.
 Craniometrie 434.
 Cremasterreflex 536.
 Cuprum sulphur. amoniacal. 395.
 Curtis 59.
 Cysticercus racemos. d. Gehirns 103.
 Czerny 247.

Dastre 38.
 Danillo 326.
 Day 396.
 Debore 154, 232.
 Deeke 424.
 Degeneration secundäre 490. 541.
 Déviation conjugée 90, 345.
 Dewey 238.
 Déjérine 276.
 Dieulafoy 324.
 Dittmar 92.
 Dixon 445.
 Dochmann 172
 Donkersloot 405.
 Donkin 25.
 Drossdorff 443.
 Drossnes 473.
 Druckmesser (Bastelberger) 242.
 Dumontpallier 12.
 Duquet 255.
 Duret 6, 27
 Dyes 290.

Echeverria 161, 425.
 Echinococcus des Wirbelkanals 540.
 Eckhard 136.
 Ehescheidung bei Geisteskrankheit 407.
 Ehrenhaus 467.
 Eichhorst 111.
 Eisenlohr 100.
 Electricität statische 1, 315.
 Electrification céphalique 117
 Embolie der Hirnarterien 255, 344.
 Emminghaus 249.
 Entlassung versuchsweise der Geistes-
 kranken 563.
 Epilepsie, nocturna 425, corticale 447,
 larvata 160, hereditaria 183, Diagnose
 325, Pathogenese 181, Therapie 40, 161
 (Trepan) 40 (Can. ind.) 472.
 Erb, 224, 225, 246, 248, 410.
 Erinnerungsdefect bei Epilepsie 160.
 Erlenmeyer 1, 62, 315, 505.
 Ernährung künstliche 328.
 Erysipelas, Ursache der Neuropsychosen
 353.
 Eulenburg 30, 56.

Faradisation der Bauch- und Mastdarm-
 muskulatur 41.
 Faserbahnen im periph. Nervensystem
 260.
 Féaux 16.
 Febris recurrens als Ursache von Psy-
 chosen 513.
 Feldbausch 248.
 Féré 487.
 Ferreol 395.
 Ferrier 8, 126.
 Ferrini 526.
 Filehne 466.
 Flechsig 27.
 Follet 377.
 Fournier 156.
 Fränkel 181.
 Friedenreich 532.
 Friedländer 82.
 Friedreich 244.
 Fritsch 397.
 Frommann 138.
 Fürstner 245.

Galezowsky 14, 427.
 Gallopin 562.
 Gangrène symétrique 153.
 Gapen 449.
 Gaumenmuskulatur bei Facialiskrampf
 221.
 Gauster 329.
 Gefühlleitung im R.-M. 509.
 Gehirn, Entwicklungshemmung 80, 104;
 bei angebor. Handmangel 155.
 Gehirnkrankheiten, Rückenmarkerschei-
 nungen bei dens. 346; top. Diagnostik
 ders. 469.

Gehirntraumen 376, 493.
 Gehirnaabcess 436, 539.
 Gehirncirculation 487.
 Gehirn und Schädel 487.
 Gehirnsyphilis 107, 171, 519, 520.
 Gehirntumoren vergl. Tumor cerebri.
 Gehörapparat 377.
 Gehstörung bei chron. Alkoholismus 208.
 Geisteskrankheiten, Classification ders.
 93, 350, 405, 423; Aetiologie ders.
 309, 513.
 Geistesranke, Pflicht des Staates [für
 sie 406.
 Gesichtstrophie progressive 230.
 Gesichtshallucinationen bei Blindheit 42.
 Gheel 427.
 Giraud 356.
 Giuseppe 19.
 Glax 41.
 Goltz 387, 435.
 Gowers 155, 375, 393, 488, 495.
 Grasset 88, 152, 158, 345.
 Gratiolet 28.
 Graux 90.
 Gray 257.
 Grosshirnrinde, Physiologie ders. 8, 301,
 435; Functionen ders. 126, 387; Læ-
 sionen ders. 209, 258.
 Grossmann 283.
 v. Gudden 471.
 Gutachten forensisch- psychopathologi-
 sche 20, 21, 44, 45, 69, 94, 140, 163,
 164, 165, 355, 356, 501.
 Gyrus angularis 562.

Hammond 21, 230.
 Harnstoffausscheidung bei Anaemie 424.
 Haut, electr. Untersuchung ders. bei Ge-
 sunden und Kranken 443.
 Hautkrankheit durch Neurotomie ge-
 heilt 210.
 Hemianaesthesia 1, 158, hysterische 145,
 243.
 Hemichorea praehemipleg. 158.
 Hemiparaplegie 342.
 Hemiplegie, syphilitische 156, saturnine
 232, cerebrale 266.
 Herdsclerose 302.
 Herterich 57.
 v. Hesse 145, 243, 530.
 Heusche 190.
 Heubner 6.
 Hinterstränge, strangförm. Degen. ders.
 274.
 Hirschberg 37, 351.
 Hoedemaker 446.
 Hollaender 397.
 Hoffmann, E. A. 254.
 Horner 37.
 Hospice Guislain 401.

Hughes 421.
 Huguenin 8.
 Hydrocephalus 118.
 Hydromyelie 391.
 Hydrophobie 59, 375.
 Hyperemesis gravidarum 244.
 Hyperpyrexie durch R.-M.-Verletzung
 272.
 Hystero- Epilepsie 112, 113, 179, 231,
 243, 281, 447.

Jaccoud 260.
 Jackson 325.
 Jaeger 310.
 Jaenike 540.
 Jastrebow 277.
 Iconographie fotogr. de la Salpêtrière
 299.
 Idlopathische subacute Muskellähmung
 100.
 Idiotie 397.
 Jellinek 540.
 Ingels 400, 401.
 Inglis 112.
 Insensibilisation 12.
 Insomnie 64.
 Johnstone 423.
 Irrenstatistik in Preussen 65, Württem-
 berg 186, Belgien 400.
 Irrenanstalten in Amerika 266.
 Irresein, emotives 308, erbliches u. chro-
 nisches 337, traumatisches 546.
 Jung 450.

Kähler 252, 319, 337, 391, 416, 514.
 Katatonie 405.
 Kéttili 342.
 Klapp 85.
 Kleinhirnerkrankungen 157; Geschwülste
 113, 122, 375; Cyste 540.
 Kleudgen 282.
 Kniephaenomen 32.
 Knochenelongation an gelähmten Glied-
 dern 419.
 Koch 186.
 Korczynski 41.
 Kowalewsky 42, 255, 473.
 v. Kraft-Ebing 18, 45, 69.
 Krämpfe bulbäre 245.
 Krampfanfälle, ihre klin. Bedeut. in d.
 Path. der Psychosen 545.
 Kreuzung der motor. Fasern 137.
 Kuhnt 249.

Lacassagne 117.
 Lähmung, hysterische 1, der Augenmus-
 keln bei Diabetes 14; des rectus ex-
 ternus 90; periphere 110; infantile
 211; bulbäre 225; erb'sche 446.

- Landesberg 137.
 Langenbuch 554.
 Lasalle 39.
 Laskiewicz-Friedenfeld 42.
 Lefèbre 165.
 Legrand du Saulle 404.
 Leloir 394.
 Lentz 351, 519.
 Lepra, R.-M. Section dabei 278.
 Letourneau 117.
 Leube 221.
 Lenbus (Bericht) 450.
 Leyden 148.
 Lindsay 307, 427.
 van der Lith 405.
 Localisation im Gehirn 5, 13, 27, 29,
 260 (gegen dieselbe).
 Lossen 39.
 Löwe, Lndwig 260.
 Lucae 487.
 Luciani 187, 439, 440.
 Luftdruck erniedrigter, Ursache von
 R.-M. Affection 248.
 Lyssa humana 244, 350, 473, 543.
- Maas-System** absol. electricisches 530.
 Maclaren 118.
 Magencontraction durch Faradisation
 466.
 Magnetotherapie 1, 317.
 v. Mandach 518.
 Mania transitoria 19.
 Maragliano 102, 113, 208, 258, 448.
 Marchand 84, 103.
 Martin 183.
 Maachka 501.
 Mechanical restraint 307.
 Meerenberg (Bericht) 450.
 Mendel 520.
 Meningitis 326; spin. tubercul. 63, 154.
 Mershejewsky 80, 104.
 Meschede 153
 Methylgrün als Tinctionsmittel 190.
 Metallotherapie 1, 9, 25, 180, 231, 233,
 243, 464.
 Meynert 236.
 Mikrocephalus 248.
 Mikrogryrie 517.
 Mitschell 129, 308, 536.
 Möbius 97, 441.
 Moeli 34.
 Mohr 470.
 Monomanie impulsive 19.
 Moral Insanity 564.
 Morat 38.
 Morer 526.
 Morphiumsucht 505.
 Morton 230.
 Müller, Franz 25, 555.
 Munk 301, 494.
 Muskelatrophie, progressive 195, 213,
 224.
- Muskelatrophie, pseudohypertroph. 256.
 Muskelsteifigkeit und hypertrophie 222.
 Myelitis chron. hypertroph. 106, 246.
 Myelitis acute bei Kinderlähmung 340.
- Needham 328.
 Nerven, gefässerweiternde 38, 306; sen-
 sible (bei Neugeborenen) 465.
 Nervencentren, Verhalten ders. gegen
 äussere Reize 84.
 Nervendehnung 61, 247, 554.
 Nervenganglien, automatische 83.
 Nervenkrankheiten, hereditäre 441.
 Nervus Vagus, a. troph. Bezieh. zum
 Herzmuskel 111.
 Neuralgia subramaxill. 39; intercost 61;
 supraorbital. intermittens 518.
 Neuritis optica 301; olfactoria 372;
 acustica 373; d. Gehirnnerven 371.
 Neurom 156.
 Neuroretinitis duplex bei diab. mell.
 283.
 Neurotomie 129, 210, 247.
 Nicolson 118.
 Nicotin, Urs. d. Psychosen 42.
 Nieden 91, 169, 272.
 Nothnagel 469.
 v. Nussbaum 61.
 Nystagmus 154; der Bergleute 91; Ae-
 tiol. 176.
- Bersteiner 535.
 Occipitallappen (Schsphäre) 301.
 Ophthalmoscopie 495.
- Palmerini 564.
 Palmieri 164.
 Panach 190.
 Paraesthesia, eigenth. Form ders. 276.
 Paralysis agitans 57, 175.
 Paralysis saturnina 276.
 Paralyse, allgem. fortschreitende 284;
 ohne Grössenwahn 249; syphilitische
 253, 520; Remission ders. 426; Hei-
 lung ders. 379.
 Paraplegia chron. spast. 174.
 Patellarsehnenreflexe 32.
 Pavor nocturnus 302.
 Pedunculi cerebri 490.
 Penmann 539.
 Periarthritis gummosa 304.
 Persjin 450.
 Pick A. 252, 319, 337, 391, 416, 514,
 546.
 Pierson 24.

Pincus 140.
Phosphorsäure bei Anaemie 424.
Plexus coeliacus bei Anaemie 63.
Poirier 278, 281.
Poliomyelitis anter. acuta adultorum
415, 555; infant. 467; subacuta 416, 467.
Pollák 537.
Pons, tubercel dess. 351.
Putjatin 83.
Putnam 36, 59, 210.

● **Quaerulantenwahnsinn** 15.

Radialislähmung 324.
Rahlmann 176.
Ramaer 406.
Raynaud 543.
Reflexlähmung 254.
Reflexschwindel 62.
Reform der amerikan. Irrenanstalten 185.
Regnard 299.
Reich 301.
Reinhardt 481.
Rendu 353.
v. Renz 348.
Restraint 307.
Richer 280.
Richter 49, 457.
Riesenpyramidenzellen 5.
Rigler 329.
Rindencentren, Atrophie ders. 245.
Rippenbrüche in engl. Irrenanstalten
427.
Rosenthal 193.
Rosenbach, M. 109, 122.
Roth, Wladimir 273, 313.
Rousseau 165.
Rückenmarksaffection durch Vermin-
derung des Luftdruckes 148.
Rückenmarksbefund bei Syphilis 337;
bei Kinderlähmung 340.
Rückenmarkerschütterung 535.
Rückenmarksmissbildung 339.
Rückenmarksverletzung 150, 339, 445.
Rumpf 244, 346, 560.

Saliviren der Geisteskranken 481.
Savage 328, 329.
Sawyer 64.
Schädelnähte, Sens. ders. 181.
Schädelverletzung 13, 172, 538.
Schädel und Gehirn 487.
Schielen bei Kleinhirnverletzung 136.
Schiff 233, 464, 509.
Schluckbewegungen, Innervation ders.
435.

Schnex 543.
Scholz 447.
Schwabe 136.
Schwartzter 171. 544.
Schwimmer 306.
Schulterdeformität seltene 257.
Schulz 156.
Schulz, Richard 229.
Schultze, Fr. 248, 256.
Sclerodermie 88, 306.
Sclerose multiple 138, 213, 282, 537.
See 63.
Seele, Entd. ders. 310.
Seeligmüller 24, 275, 419, 468.
Sehnenreflexe 73.
Sehnervenkrankung bei Gehirnleiden
249.
Sehnsphäre der Gehirnrinde 494.
Seguin 230.
Selbstmorde in Preussen 385; in Frank-
reich 526, in Italien 526.
Semidecussation 470, 471.
Senator 965.
Sepilli 113, 258, 448.
Serratuslähmung 242.
Shaw 135.
Shew 427.
Siderodromophobie 329.
Sigerson 179.
Silbermann 446.
Sinkler 40.
Smith 493.
Solaville 44.
Soltmann 465.
Somnambulismus hysterischer 280.
Spinalhaemorrhagie 445.
Spitzka 183, 374.
Spodomyelitis 13.
Statistik der Geisteskrankheiten in Preus-
sen 65; in Württemberg 186.
Steiner 435.
Sterblichkeit in den Irrenanstalten 308.
Stevens 421.
Stilling, J. 301.
Strumpell 86, 107, 213.
Sturge 415.
Strychnin, Wirkung dess. 85, 374.
van der Swalme 407.
Sympathicus, Pathologie dess. 137; Pa-
ralyse dess. 445.
Syphilom des Pons 107.
Syringomyelie 227, 391.
Systemerkrankung des R.-M. 228, 229,
392.

Tabak, Urs. von Psych. 42.
Tabes dorsalis 311; Aetiologie ders. 375,
410; Pathologie 457, 465; Behandlung
ders. 93, 457.
Taczák 341.
Taguet 563.

Tammassia 163.
Tamburini 160, 439, 440.
Taylor 340.
Tenon'sche Capsel, ihre *Communic.* mit dem Schädel 333.
Tephromyelitis 13.
Testator, die Dispositionsfähigkeit dess. 404.
Tetanus 235, 446.
Teuffel 171.
Thermen indifferente 348.
Thermometrie, cerebrale 257, 448.
Thermotherapie bei Psychoneurosen 544.
Tic convulsif, electr. Behandlung dess. 230.
Tic. douloureux 395.
Tiling 93.
Tontaubheit 291.
Toselli 20.
Transfert 11. 244.
Traumatisches Irresein 546.
Tschiriew 278.
Tuke 180.
Tumor cerebri 115, 282, 283, 301, 378, 381, 390, 488; gland. pin. 169; Medullae 227.
Turner 340.

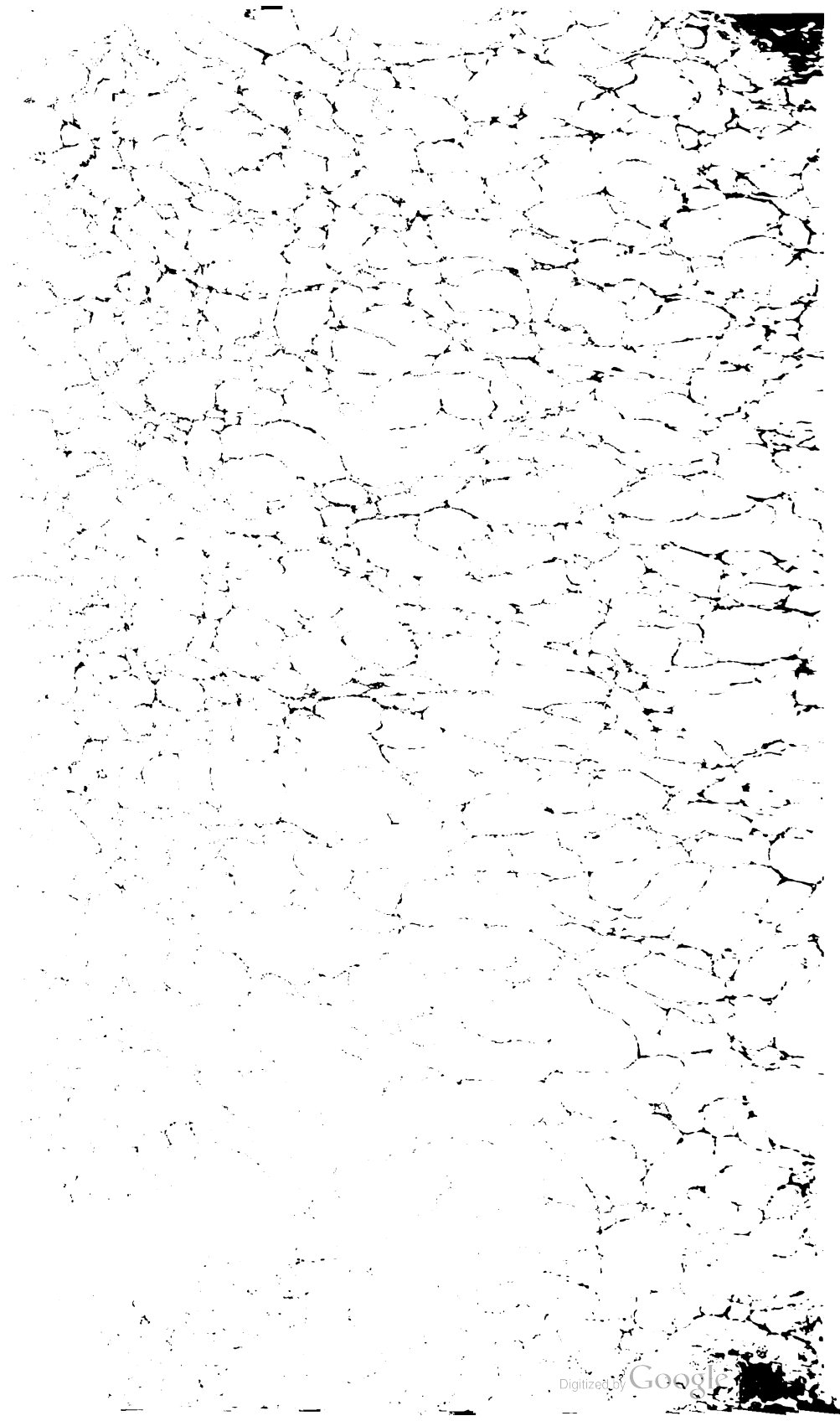
Vacuolenbildung im R.-M. 338.
Vaginismus 231.
Venenpuls 36.
Verantwortlichkeit 118.
Verbrecher irre; Fürsorge für dies. 238.
Verbrechergehirne 348.
Verrücktheit primäre 397.

Vertebraten, vergl. Anatomie ihres Nervensyst. 294, 322.
Vetter 79.
Veyssiére 27.
Viéusse 333.
Vigouroux 27.
Voelker 156.
Vogel 106.
Voisin 284.
Vordersäulen, graue d. R.-M., ihre Function 560.
Vulpian 12, 361.

Wassworth 36.
Wahnsinn hallucinatorischer 16.
Weiss 45.
Weller 350.
Werner 324.
Wernher 29.
Wertheimer 302.
Westphal 2, 6, 174, 175, 208, 274, 392.
Wittaker 344.
Wilheim 305.
Wirbelsäule, Verletzung ders. 150; Trepanation ders. 324.
Worttaubheit 252, 516.

Wandell 235.

Ziino 164.
Zwangsmittel in der Psychiatrie 405.



UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 07024 6114

